

Políticas del sector salud en Venezuela: 1993-2003*

*Agustina Yadira Martínez***

Resumen

El trabajo pretende analizar las políticas del sector salud teniendo en cuenta los lineamientos que derivan del IX Plan de la Nación (1993-1998), la propuesta de Transición en Salud 1999-2001, que en realidad se prolongó hasta el 2002, y el Plan Estratégico Social (PES), que sirve de base para la operación de los Planes operativos desde el año 2003, fecha en la que se inició la misión Barrio Adentro, la cual representa dejar atrás el modelo asistencialista y echar andar el Modelo de Atención Primaria Integral en Salud. Estos últimos planes son delineados por el Gobierno instaurado en 1999. El nuevo orden constitucional de 1999, le otorgó al Estado venezolano dos elementos fundamentales para reforzar y dar continuidad a este proceso: el carácter participativo y descentralizado. De ahí que hoy en día se impulsa la municipalización del sector salud, se crean las posibilidades y mecanismos para la participación ciudadana en la adopción de políticas y decisiones institucionales, junto con el Estado, lo que ha permitido, que el Estado oriente su actuación hacia la intervención, con un elemento nuevo para su desempeño: la corresponsabilidad con los ciudadanos en la realización de esta tarea.

Palabras clave: Salud, lineamientos y planes operativos, IX Plan de la Nación, Plan Estratégico Social (PES), participación ciudadana.

* El trabajo es parte del proyecto de investigación titulado "Los Derechos Sociales: alcance, contenido e interpretación constitucional", el cual es financiado por el Consejo de Desarrollo Científico y Humanístico (CONDES) de la Universidad del Zulia.

** Jurista. Mgs en Derecho Internacional. Doctora en Derecho. Docente e Investigadora, adscrita al Instituto de Estudios Políticos y Derecho Público de la Universidad del Zulia, Venezuela. Email: rone02@hotmail.com

Venezuelan Health Sector Policies: 1993-2003

Abstract

This paper analyzes health sector policies taking into account the directive derived from the IX National Plan (1993-1998), the proposal for Health Transition 1999-2001, which in reality extended through to 2002, and the Strategic Social Plan (PES) that served as a base for the operation of health plans up until 2003, the year in which the Barrio Adentro Mission began, which represents leaving behind the attention assistance model, and the beginning of the Integral Primary Health Attention Model. These last plans were outlined by the government installed in 1999. The new constitutional order of 1999 gave the Venezuelan State two fundamental elements to reinforce and give continuity to this process: and a participative, decentralized character. Due to this, nowadays the municipalization of the health sector is being promoted, which creates mechanisms for citizen participation in the adoption of policies and institutional decisions, together with the State, which has permitted the State to re-orient its actions towards intervention, with a new element for its functioning: co-responsibility with citizens in the undertaking of this plan.

Key words: Health sector policy, operative plans and guidelines, the IXth Plan of the Nation, Strategic Social Plan (PES), citizen participation.

Introducción

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.

A propósito de tal situación, se pretende mostrar a grandes rasgos las acciones anteriores del Estado Venezolano en el ámbito del sector salud, para analizar las políticas de este sector teniendo en cuenta los lineamientos que se derivan del IX Plan de la Nación (1993-1998), la propuesta de Transición en Salud 1999-2001, que en realidad se prolongó hasta el 2002, y el Plan Estratégico Social (PES), que sirve de base para la operación de los Planes operativos desde el año 2003, fecha en la que se inició la misión Barrio Adentro, la cual representa dejar atrás el modelo asisten-

cialista en salud y echar andar el Modelo de Atención Primaria Integral. Estos últimos planes son delineadas por el Gobierno instaurado en 1999.

1. 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, etc. 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 según Capella (2004: 2), responder a las exigencias de la intervención del capital internacional que comienza la explotación petrolera.

Como consecuencia del complejo sistema consensual que identificó al sistema venezolano a partir de 1958, se pudo evidenciar el alto número de prácticas de carácter institucional, jurídico o político implantadas para definir puntos de conflicto, evitar tensiones y así institucionalizar un orden democrático.

En los años sesenta, nace el Instituto de Nacional de los Seguros Sociales que llegó a ser un ejemplo y referencia para la América Latina. Se inicia el Pacto de Punto fijo. Ese Pacto de gobernabilidad le dio al partido Unión Republicana Democrática (URD), el ministerio de sanidad, a pesar de producir un gran aumento en la infraestructura de salud y un significativo aumento en el promedio de vida, fue alejándose cada día más de la realidad social venezolana, negando el acceso a la salud a los sectores so-

ciales con menores recursos. Es el momento del modelo Curativo Asistencial (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 subnacionales 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 de la Matriz Estado Céntrica (MEC), 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 tecnomédico, 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 salud va tomando un ritmo adecuado a la agudización de la crisis que envuelve al sector y a la incapacidad del Estado para gerenciar, 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, 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). Al respecto, Quintín refiere (2002: 71-72), el déficit de coordinación interinstitucional la creación inorgánica y por agregación de muchas entidades públicas, atomizadas y desarticuladas entre sí, se tradujo en duplicidad de funciones y conflictos interinstitucionales con importantes impactos en el gasto fiscal y en la consistencia de las políticas públicas.

Esta situación demostró por un lado, el agotamiento del modelo centralista y el manejo de la cosa pública por parte de estructuras que actúan a espaldas del interés nacional; y por otro lado, incapacidad del Estado venezolano para promover desde el nivel central la solución de los problemas de la nación y para actuar como factor de equilibrio y moderación de excesos que irían en contra del bienestar general y de la prosperidad económica.

En este contexto se aprueba el Decreto (Nº 403 de 1984) de creación de la Comisión Presidencial para la Reforma del Estado (COPRE en adelante), cuyos objetivos generales apuntan hacia el establecimiento del Estado Moderno, esencialmente democrático y eficiente en el cual los postulados de la Constitución adquieran plena vigencia, y la participación ciudadana constituya un elemento efectivo en la toma de decisiones de los poderes públicos.

De tal forma, que para materializar este proceso era necesario un consenso de todos los actores inmersos en el proceso; este factor también estaba presente en el propio organismo de la COPRE el cual se constituyó con carácter político institucional conformado pluralmente tanto en lo ideológico como en lo sectorial.

Sin embargo la firma del pacto para la reforma encontró retinencia de la dirigencia político-partidista tradicional (fundamentalmente AD). Frente al dilema cooperación-competencia la COPRE buscó superar el problema del egoísmo mediante el monitoreo de los acuerdos por la opinión pública y la sociedad civil. Servirían como ejemplos las amplias consultas a las que fueron sometidas las medidas contenidas en las PRPI¹, en el PRIE, en el seguimiento del Pacto para la Reformas y en las propuestas para el Quinquenio (1999-2000), medidas que fueron elaboradas consultando a todos los sectores sociales interesados, como lo prueban las reuniones consultivas que impulsó así como los actos de difusión a través de todos los medios Cuñarro (2002: 108- 109).

Este procedimiento permitió, a nuestro entender la legitimación de la COPRE como la institución generadora de un mecanismo adecuado para dar un giro innovador y transformar la democracia venezolana en medio de la crisis socioeconómica que se vivía, propone expandir el margen de democratización política y social, y que las decisiones políticas y administrativas se aproximen más a las expectativas e intereses de las diversas colectividades.

La consolidación de este proceso va unido a la profundización de la democracia como sistema político, y al incremento de la participación organizada de la comunidad. Pues el proceso de descentralización territorial, iniciado en 1989 con la aprobación de la Ley de Elección y Remoción de Gobernadores, la modificación de la Ley Orgánica para elegir en forma directa a los Alcaldes, y con la aprobación de la Ley Orgánica de Descentralización, Delimitación y Transferencia de competencias del Poder Público, abre una nueva etapa de trascendental importancia en la evolución política de Venezuela. La descentralización de la salud busca según expone el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (1994), la trans-

1 Propuestas de Reformas de Políticas Inmediatas (PRPI), y Proyecto de Reforma Integral del Estado (PRIE).

ferencia 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.

2. Las políticas de salud en el IX Plan de la Nación 1993-1998

El desarrollo de este Plan coincidió con el Acuerdo para la Descentralización que se inició en agosto de 1993. En este sentido, ambos proyectos iban casi a la par. El Plan de la Nación comprendía su ejecución desde 1993 hasta 1998, y contempla la orientación de las políticas públicas, entre ellas la política de salud.

Se entiende la salud como un proceso determinado por las condiciones de vida y trabajo de la población, y por el acceso y calidad de los servicios que se ofrecen, atribuye al Estado el rol de garante del derecho a la salud de la población, así como la responsabilidad de superar las deficiencias presentes en el sistema de prestación del servicio.

En este sentido, el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (actualmente Ministerio de Salud y Desarrollo Social MSDS), recupera su liderazgo y papel rector, no sólo en el marco de la propia institución, de sus organismos de adscripción y de los pertenecientes al componente extraministerial del sector, sino también de otras instituciones extra-sectoriales públicas y privadas, y en el ámbito interno como en el externo. El ámbito interno persigue la redefinición de la misión de la institución, la cual debe estar acompañada de mejoras de las condiciones salariales de los trabajadores y el desarrollo de una visión del recurso humano cónsona con la nueva realidad del Ministerio. En el ámbito externo, los componentes de las políticas y estrategias son asumidas por otras instituciones, no sólo por las que conforman los Poderes Ejecutivos de nivel nacional, estatal y local, sino también por las del Poder Legislativo e incluso, por organizaciones destacadas de la sociedad civil.

Esta inclusión de otras instituciones y de la sociedad civil, también era una práctica casi permanente de la COPRE de hecho afirma Cuñarro (2004: 133), se reconocía como su labor fundamental impulsar “una cultura para la transformación capaz de producir una nueva cultura”; de allí la importancia de movilizar fuerzas y consolidar una opinión pública favorable, pues la transformación del modelo no se concebía como posi-

ble, sino prevalecía el nivel de la sociedad civil como terreno de la construcción social.

En cuanto a la eficiencia y la eficacia del sistema de servicios de salud, se propuso mejorar su capacidad resolutoria mediante la formulación de una política de personal que reduzca a su mínima expresión la interrupción de los servicios por conflictos laborales, el aporte adecuado de recursos financieros para gastos de funcionamiento, y una política de renovación y mantenimiento preventivo-correctivo del parque tecnológico instalado en las instituciones dispensadoras.

El desarrollo de un nuevo modelo conceptual tendente al privilegio de las acciones de carácter preventivo estaría enfocado en el marco de las variables sociales, económicas, culturales, psicológicas y de saneamiento ambiental que determinan la salud. Adoptando como estrategia fundamental el fortalecimiento de la atención primaria en salud con énfasis en la participación de los ciudadanos y de la sociedad civil.

Las desigualdades sociales se tratarán en relación con enfermedad, salud y muerte, para garantizar el derecho constitucional a la salud de los ciudadanos, especialmente de los sectores de menores recursos.

En este sentido, los principios que orientan estas reformas son la integralidad, eficacia, y solidaridad. La integralidad que a diferencia de los modelos adoptados en el pasado intenta superar el predominio histórico de lo curativo y hospitalario en el sistema de salud. El nuevo modelo entiende la unidad y complementariedad de lo curativo y lo preventivo, de lo biológico y lo social, al igual que lo individual y lo colectivo, privilegiando las acciones orientadas al fomento de la salud, a la prevención de la enfermedad y al reforzamiento de la estrategia de atención primaria.

Respecto a la eficiencia en la prestación de los servicios, a partir de la deficiencia de este sector, caracterizada por algunos rasgos que ya mencionamos como la dispersión del sector, el déficit de coordinación interinstitucional, la duplicidad de funciones entre otros, se propone implementar nuevos conceptos gerenciales en el manejo de los establecimientos, garantizando la dotación de los recursos necesarios, propiciar la utilización de métodos diagnósticos y terapéuticos apropiados para cada nivel y producir un nuevo estilo de relación con gremios y sindicatos, el cual permita reorganizar el trabajo en beneficio de la población usuaria.

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 marcado 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.

Estos principios apuntan a cambios estructurales, así como a mejorar el desempeño de la gestión en salud, una mirada retrospectiva nos permite evidenciar que estos principios iniciaron su materialización con la transferencia del Sector hacia los Estados, y muy tímidamente hacia los Municipios.

3. El nuevo modelo de desarrollo en Salud IX Plan de la Nación

Basados en los lineamientos del IX Plan de la Nación, y con el propósito de garantizar su cumplimiento, se inició en la Región occidental la ejecución de veinticuatro (24) programas de salud. Finalizando el período de vida del IX Plan de la Nación, en 1999 concurren eventos de suma importancia para la vida nacional, se instala un nuevo gobierno iniciando la gestión del Presidente Chávez, y a finales de ese año se aprueba el texto constitucional vigente, el cual toma los principios de este Plan y suma otros. En ese mismo año, con el propósito de iniciar una serie de cambios y la reestructuración institucional prevista en la carta magna, se experimenta el cambio de nombre del Ministerio² proceso que se inició con la fusión del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social y el Ministerio de la Familia.

2 Decreto con rango y fuerza de Ley de Reforma de la Ley Orgánica de la Administración Central. Gaceta oficial Nº 36.860 del 30-12-1999.

Este ministerio inició los cambios en el ámbito de la planificación y asignación de recursos, a su vez recibiría las demandas de la población y la incorporación de mecanismos institucionales para hacer posible la gestión participativa que produzca relaciones horizontales entre gobierno y sociedad civil y hacer que la participación de los beneficiarios de los programas sociales sea cuestión de primer orden.

De acuerdo a los preceptos constitucionales el Estado ahora debe profundizar en el proceso de descentralización a fin de democratizar el poder, y abrir espacios para la participación ciudadana en la toma de decisiones, ejecución y fiscalización de las inversiones sociales.

Estos cambios han sido un proceso complejo, incluso para los mismos servidores públicos de este sector que se han adaptado poco a poco a nuevas estructuras y mecanismos de gestión. Al respecto, Douglass (1993:17), refiere que la función principal de las instituciones en la sociedad es reducir la incertidumbre estableciendo una estructura estable (pero no necesariamente eficiente) de la interacción humana. Aunque las normas formales puedan cambiar de la noche a la mañana como resultado de decisiones políticas o judiciales, las limitaciones informales encajadas en costumbres, tradiciones y códigos de conducta son mucho más resistentes o impenetrables a las políticas deliberadas. Estas limitaciones culturales no solamente conectan el pasado con el presente y el futuro, sino que nos proporcionan una clave para explicar la senda del cambio histórico.

En el ámbito regional se mantiene la estructura organizativa ya mencionada así como la ejecución de los 24 programas; los cambios se han centrado en el nuevo modelo de desarrollo donde se fortalezca el sistema democrático que deviene del nuevo texto constitucional, y establece en su artículo 84, la creación de un sistema público nacional de salud, bajo la rectoría del MSDS, de carácter intersectorial, descentralizado y participativo. Estas características novedosas constitucionalmente en el sistema de salud, nos orienta hacia dos perspectivas: primera, la continuidad del proceso de descentralización y segunda, la creación de mecanismos de participación ciudadana.

En efecto, en el año 2000 se publicó el reglamento N° 7 relativo al funcionamiento de las Juntas Socio Sanitarias y Socio Comunitarias cuyo fin en resumen, es crear un espacio para la educación y la participación ciudadana, a través de promover acciones para concienciar a la comuni-

dad sobre la importancia de su participación al logro del mejoramiento del servicio de los hospitales y los ambulatorios; involucrando al personal que labora en este centro de atención, a los familiares de los pacientes. La puesta en marcha de este reglamento impulsó este propósito, sin embargo su estructura organizativa de la Junta Directiva³ merma la posibilidad de generar una participación en la toma de decisiones, de ahí que los representantes de la comunidad generalmente aprueben políticas de salud ya decididas.

Sin embargo, este no es el único espacio de participación⁴ que en la actualidad se ha puesto en marcha, existen otros donde a mi entender, se convierte en un desafío para las comunidades, tener presencia y elevar propuestas sobre las políticas públicas de salud a definir. Los recién creados Consejos Regional y Local de Planificación y Coordinación de Políticas Públicas. El primero lo conforman los Gobernadores con la participación de Alcaldes, Ministerios, legisladores, y representantes de la comunidad organizada; el segundo, es un órgano Municipal presidido por los Alcaldes con la participación de los Concejales, Juntas parroquiales, organizaciones vecinales y otras de la sociedad civil.

Esto requiere como afirma Bresser (2000: 547), de ciudadanos más solidarios por ser más aptos para la acción colectiva, y por lo tanto con más disposición para organizarse en instituciones de interés público o de protección de intereses del grupo.

Creada esta oportunidad surge la necesidad del reacomodo en el dominio de la política, se podría argumentar la urgencia de preparar a las comunidades para asumir esta tarea, o bien su abdicación frente a agendas propuestas. La contrapartida es que el proceso de cambio que se inició en 1999, enfrenta una aguda resistencia a estas situaciones, en todo

3 La Junta Directiva se conforma por cinco miembros, de los cuales tres Presidente, Vicepresidente y Tesorero deben pertenecer al centro de salud, y dos son miembros de la comunidad.

4 El artículo 70 del texto constitucional refiere a los medios de participación entre ellos: asamblea de ciudadanos, empresas comunitarias, cajas de ahorro, cooperativas etc. Por otro lado el Artículo 184: reza que "la Ley creará mecanismos abiertos y flexibles para que los Estados y Municipios descentralicen y transfieran a las comunidades y grupos vecinales organizados los servicios que éstos gestionen previa demostración de su capacidad para prestarlos, promoviendo: 1. la transferencia de servicios en materia de salud, educación....

caso, no es ocioso recordar que existen otros factores en el desarrollo de las políticas que de alguna manera pudieran trastocar su conducción.

4. El Sistema de Salud y el Plan Cívico Militar Proyecto Bolívar 2000

A este proceso interesa sumar las políticas que devinieron con la implementación del Plan Cívico Militar Proyecto Bolívar 2000⁵, aun cuando no pretendemos su evaluación, nos interesa conocer sus objetivos en cuanto a salud se refiere; este Proyecto surgió en principio para desarrollarse por un espacio de seis meses, sin embargo las necesidades del servicio de salud de la población permitió su extensión hasta el año 2002. Atendió los principales problemas de la comunidad a través de tres acciones básicas: Fase Diagnóstico, Curativa y la Referencial.

La Fase Diagnóstico, se refiere a la realización de un censo poblacional, un plan de fumigación y control de los bienes de los ambulatorios. Así como la concesión o conexión de pozos de agua dulce a los centros ambulatorios, mantenimiento de obras y resolver las prioridades que tenga la comunidad en cuanto a electricidad y servicios públicos.

La segunda fase llamada Curativa, consiste en el plan de vacunación⁶ su efectividad estará sujeta a la exactitud de las cifras del censo y

- 5 Su principal objetivo es crear acciones para la lucha contra la miseria y la pobreza en la cual se encuentra el 60 % de los venezolanos, el Plan se conforma de tres Proyectos que deberán cumplirse en tres fases. **Proyecto País**, Patria y Nación. El primero, consiste en brindar una atención y protección social a los más necesitados para lo cual se diseñaron acciones para la salud, educación, vivienda y seguridad pública, con la finalidad de elevar el nivel de vida de los sectores más deprimidos; el segundo, se propone, incorporar a los desempleados y subempleados en cooperativas agrícolas, a las que se le darán en propiedad tierras del Instituto Agrario Nacional o en su defecto en centros de producción adecuados al perfil personal o profesional de los hombres y mujeres que acudan a registrarse en las guarniciones establecidas en cada región, y el tercero el **Proyecto Nacional**, pretende la realización de varios proyectos industriales, petroquímicos y agroindustriales de largo plazo, coordinados por CORDIPLAN.
- 6 El Plan de vacunación se inició en el año 2004, y aún continúa el propósito es vacunar quince (15) millones de venezolanos contra doce (12) enfermedades (Sarampión y Rubéola; Fiebre Amarilla; Antihepatitis B; Antipoliomielitica; Pentavalente: difteria, tétanos, tosferina, hepatitis B, hemophilus influenza; Toxoide Tetánico; DT difteria y tétanos; Trivalente Viral: sarampión, rubéola, y parodititis), lo cual significa una inversión de 95 millardos de Bolívares y se está llevando a cabo de forma mancomunada con las

estadísticas que arroje la primera fase; la cual determinará el número de niños vacunados. Esta fase, abarcará a su vez acciones más concretas para la comunidad como jornadas de despistaje de cáncer, y la atención de cirugías simples y ambulatorias.

La tercera fase Referencial⁷ consiste en una atención semi-permanente de referencia, es decir, se prestará a aquellos pacientes que tienen patologías un poco más graves que no pueden ser atendidos en la fase curativa por carencia de infraestructura y equipo adecuado. En esta fase se hará referencia del paciente a un centro asistencial donde pueda ser intervenido quirúrgicamente, de una forma ordenada y planificada, dentro de sus beneficiarios se encuentran aquellos con problema de malformaciones, oftalmológicos y maternidad.

El Ministerio de Salud y Desarrollo Social, elaboró la Propuesta de Transición, la cual se enmarca en el desarrollo del capital humano como insumo necesario para el crecimiento económico, político social, cultural, y ambiental del país, presenta como orientación fundamental centrarse en los programas de salud, pues a través de su éxito se podrá mejorar la calidad de vida de los ciudadanos, en conjunción con los esfuerzos de otros sectores gubernamentales y del conjunto de la sociedad.

5. Las propuestas del Plan Cívico Militar Proyecto Bolívar 2000 al Sistema de Salud

La propuesta se centró en instaurar el Modelo de Atención Integral para lo que es necesario rescatar la misión fundamental de la red ambulatoria (promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento precoz), tanto en los establecimientos centralizados y descentralizados, como en los dependientes hoy del Seguro Social, el propósito es dejar atrás el modelo curativo centrado en la enfermedad; la aplicación de los programas preventivos del Ministerio, y atender la capacidad resolutoria de los servi-

Comisionadurías de Salud de los Estados.

7 Esta fase se llevó a cabo en todo el territorio nacional, las Fuerzas Armadas fue pilar fundamental para esta acción conjuntamente con personal médico y paramédico de la población civil. Su aplicación tuvo mayor auge entre los años 2000-2002, la participación de las Gobernaciones de Estado y Alcaldías fue voluntaria.

cios de atención primaria. Este modelo de atención necesita la presencia de médicos generales y de Familia y personal capacitado para la educación y promoción en salud⁸. En este sentido, se debe priorizar por un lado, en la formación de personal médico para su atención, y por otro, en los programas de salud integral desde la red ambulatoria, lo que debe ser el corazón de la reforma sanitaria, por cuanto estos programas son los que generan mayores beneficios e impacto en la población.

La propuesta contempla profundizar el proceso de descentralización de forma responsable. Descentralizar es democratizar el poder, y construir un “espacio” desconocido o poco conocido de nuevas relaciones intergubernamentales, donde los mecanismos de consenso y concertación debe ser los fundamentales. Ya en el MSAS se creó una Comisión Permanente para la Descentralización, que incluso se mantendrá en la estructura del nuevo Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Frente a esta propuesta, es importante incentivar la participación comunitaria en la gestión integral de las redes locales de establecimientos y servicios de salud (investigación, planificación, ejecución, control), logrando la inclusión de líderes en “Consejos Directivos”, máxima autoridad del centro asistencial. Estas actividades se facilitarán dentro del nuevo Ministerio de Salud y Desarrollo Social, con el Fondo de Fortalecimiento Social.

En toda gestión de salud son prioritarios los recursos financieros aquí se propone modificar el mecanismo de asignación de recursos financieros al interior del sistema, y aumentar el porcentaje del presupuesto nacional para salud a 8%.

En la actualidad el mencionado Plan Cívico Militar aún funciona en algunos Estados aunque su operatividad no es tan continua, es efectivo en situaciones coyunturales. A nivel nacional se viene implementando el Plan Estratégico Social (PES), que sirve de base para la operación de los Planes operativos desde el año 2003, y constituye un instrumento de pla-

8 Al respecto, se ejecuta el Plan de Desarrollo de los Recursos Humanos de MSDS, a través de varias etapas. Una de ellas, va dirigida a la capacitación de personal para las Redes Sociales quienes abogan por la promoción de la salud, y se constituyen como forma de articular procesos de organización para dar respuesta a las necesidades sociales con universalidad y equidad. En el mediano plazo, se propone deben existir en cada entidad regional. El propósito es lograr una agenda social compartida para todos los actores, que vinculen acciones en torno a necesidades concretas de los grupos sociales.

nificación política orientado a transformar las condiciones de calidad de vida del pueblo venezolano viabilizando la aplicación integral de los derechos garantizados constitucionalmente, y el desarrollo de los objetivos del proyecto político nacional bajo un enfoque de construcción de un nuevo orden de justicia social para todas y todos con poder de participación en las decisiones políticas, basado en fundamentos de carácter ético que se traducen en directrices estratégicas.

En este sentido, ese mismo año se inició en el Municipio Libertador (Distrito Capital) la puesta en marcha de la Misión Barrio Adentro⁹, un programa de atención primaria en salud integral que se ha extendido hoy en día, por todo el territorio nacional, recoge los principios delineados por el sistema nacional de salud comprende tres niveles de atención: el primero, lo conforma los consultorios populares, el segundo, las clínicas populares y el tercero, los hospitales del pueblo. Este modelo de atención tiene como eje transversal la construcción de la democracia participativa y protagónica, focaliza su actuación en los lugares más desasistidos para de esta manera dar cumplimiento a los preceptos constitucionales establecidos en los artículos 83, 84, y 85 a la satisfacción del derecho a la salud que gozan todos los venezolanos y a la obligación que el Estado tiene de garantizarla.

Sin embargo la puesta en marcha de este programa trae consigo una metodología y estructura organizacional definida que se hace compleja para los países como el nuestro que adolecen de una buena planificación del sector salud, de la acción intersectorial, de la incorporación de la realidad en la planificación operativa de los programas etc. Estas circunstancias hacen más tardíos los resultados en el tiempo. En este sentido, un análisis de su realidad deberá hacerse con el conocimiento necesario, para medir el impacto en la salud individual y colectiva en su espacio determinado.

9 La Misión la llevan a cabo médicos cubanos conjuntamente con venezolanos, este modelo de atención ha sido reconocido por la Organización Mundial de la Salud, y se ha practicado en varios países de América Latina y África, dando excelentes resultados en cuanto a los componentes de salud se refiere. Su puesta en marcha trae consigo una estructura organizacional que se hace compleja para los países que adolecen de una buena planificación del sector salud, de la acción intersectorial, la incorporación de la realidad en la planificación operativa de los programas, etc.

Conclusiones

La COPRE finalizó sus funciones a inicios del 1999, sin embargo su labor como afirma Cuñarro (2004: 134), abrió nuevos caminos de reflexión y mostró la viabilidad de las estrategias negociadoras para incorporar diversos actores el proceso de formulación de políticas públicas, con lo cual dio fuerza en cierto modo al desplazamiento de las cúpulas partidistas, demostrando a través de novedosas prácticas concertadoras, la posibilidad de transformar el proceso de toma de decisiones jerárquico en uno dialógico y dando nuevos bríos a la consolidación de una cultura política participante. Lo que a nuestro entender, permitió que de alguna manera impulsara el proceso de descentralización en el sector salud.

En cuanto a la actuación del Estado se refiere, Jaén (2001: 78), manifiesta que el Estado venezolano se ha ido desprendiendo progresivamente de una función pública esencial, como es la salud pública de la población, contrario a este planteamiento considero que su actuación se orienta hacia su intervención, con un elemento nuevo para su desempeño, la corresponsabilidad con los ciudadanos en la formación, ejecución y control de la gestión pública.

De ser así manifiesta Salazar (2000: 41), puede concebirse como un espacio para la concertación y construcción de acuerdos, y las políticas públicas, como instancias de articulación y mediación entre el Estado y la sociedad. Por tanto la definición de las políticas públicas no compromete solo al Estado, sino también, a la sociedad organizada, lo cual implica que tengan el aval del Estado, pero necesariamente también hagan parte de la cultura y cotidianidad de las comunidades. Esto, de hecho, le imprime un nuevo sentido a "lo público": el de la responsabilidad social.

En el ámbito social, se han abierto nuevos espacios para el ejercicio de la democracia directa ya existe una ley que regula los Consejos Locales de Planificación a quienes corresponde en parte ejercer la mencionada tarea de control sobre los programas y proyectos sociales a ejecutar.

La instauración del nuevo Modelo de Atención Integral se orienta a crear nuevas estructuras en el sistema de salud, así como impulsar en los ciudadanos una nueva cultura en salud desde su entorno, que induce al ciudadano en primer lugar a conocer los componentes básicos en salud para luego determinar sus prioridades, por cuanto la salud no depende solo de los sistemas, influyen otros factores, el tamaño de la población,

las condiciones de vida, los niveles de educación entre otros, se muestra todo esto como un sistema complejo por los múltiples factores que deben estar interconectados, en este sentido a mi entender existen dos elementos que pueden garantizar su sostenimiento: la capacidad organizativa de las comunidades y su posibilidad de expresión política en los espacios de participación creados con la instauración del nuevo orden constitucional venezolano.

Referencias bibliográficas

- ASAMBLEA NACIONAL CONSTITUYENTE. 1999. Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. **Gaceta Oficial Extraordinaria**. Número 5453. Caracas.
- CAPELLA, Roger. 2004. Discurso pronunciado en el Taller Nacional de Integración y Compromiso Social. Caracas.
- CENTRO LATINOAMERICANO DE ADMINISTRACIÓN PARA EL DESARROLLO CLAD. 1999. Una nueva gestión pública para América Latina. Revista del **CLAD. Reforma y Democracia** Nº 13.
- CUNILL, Nuria. 1997. Repensando lo público a través de la sociedad. **CLAD. Nueva Sociedad**. Caracas.
- CUÑARRO, Edith Mabel. 2002. Desarrollo Político y Democratización de la Gestión Pública: el proceso de reforma del Estado en Venezuela (período 1984-1999). Revista **Opción**, Año 18, Nº 39. Maracaibo.
- CUÑARRO, Edith Mabel. 2004. Modernización Reflexiva y Democratización en Venezuela. Revista **Opción**, Año 20, Nº 43. Maracaibo.
- COORDINACIÓN CENTRAL DE PLANIFICACIÓN. CORDIPLAN. Ministerio de la Secretaría de la Presidencia. IX Plan de la Nación. 1995 Caracas.
- BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO. 1997. **Como organizar con éxito los servicios sociales**. Fondo de Cultura Económica. Santiago, Chile.
- BESSER, Luiz. 2000. La reforma del Estado de los años noventa. Lógica y mecanismos de control. **III curso internacional de gestión estratégica del desarrollo local**. Santiago de Chile.
- BRITO, Morelba. 2003. Las reformas de segunda generación en América Latina: la reivindicación política. Revista **Ciencias de Gobierno**, Año 7, Nº 13. Maracaibo
- Gaceta Oficial del Estado Zulia**. Extraordinaria Nº 591. 25-05-2000. Reglamento Nº 7 sobre el funcionamiento de las Juntas Socio Hospitalarias, Socio Sanitarias y Socio Comunitarias.

- JAÉN, María. 2001. **El sistema de salud en Venezuela: desafíos**. IESA. Caracas.
- MARTÍNEZ, Agustina Yadira. 1994. Descentralización de la Salud. Venezuela Estado Zulia. Revista **Cuestiones Políticas** N^o 13. Maracaibo. Venezuela
- NORTH, Douglass. 1993. **Instituciones, Cambio Institucional y Desempeño Económico**. Fondo de Cultura Económico. México
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. 2002. **Informe de Venezuela. Logros en promoción de la salud con respecto a los compromisos asumidos en la declaración de México**. OPS. División de Promoción y Protección de la Salud. Caracas.
- QUINTÍN, Antonio. 2002. Patrimonialismo, burocracia y posburocracia en el diseño institucional de la administración pública venezolana. Trabajo de Ascenso. Mimeo, Facultad de Ciencias Económicas y Sociales. Escuela de Administración y Contaduría. Universidad Central de Venezuela. Caracas
- SALAZAR, Ligia. 2000. **Evaluación de Tecnología en Salud Pública**. Centro para el Desarrollo y Evaluación de Tecnología en salud. CEDETAS. Cali, Colombia.
- www.msds.gov.ve. Lineamientos Plan Estratégico Social (PES) 2003. Visita realizada 20 de mayo de 2005.
- www.msds.gov.ve/misiones/planbolivar2000. Visita realizada 20 de junio de 2005.
- www.msds.gov.ve/misiones/BarrioAdentro. Visita realizada 20 de junio de 2005.