

Consideraciones Generales sobre la Política y Gestión de la Salud en Venezuela (1900-2003)*

María T. Rincón Becerra¹

Isabel Rodríguez Colmenares²

Resumen

En este trabajo nos proponemos realizar un esbozo general sobre la política y gestión en materia de salud pública en Venezuela. Se ha realizado una investigación de tipo documental cuyos resultados revelan: 1) la institucionalización de la salud en Venezuela se inicia a partir del siglo veinte. Desde entonces y hasta 1958, se adolecía de una política formal y la que se aplicaba en la práctica se basaba en un modelo administrativo de tipo burocrático; 2) desde 1958 hasta 1989, se consagra de manera formal la

* Este trabajo forma parte del proyecto de investigación del Programa Investigador Novel (LUZ-Fonacit) "Modelos de Gestión de los servicios de salud promovidos por las Gobernaciones en Venezuela", adscrito al Programa de Política y Administración Subnacional del Centro de Estudios de la Empresa (CEE) de la Facultad de Ciencias Económicas y Sociales (FACES) de la Universidad del Zulia (LUZ), Coordinado y Tutoreado por la Dra. Haydée Ochoa Henríquez.

¹ Lic. En Ciencia Política. Magíster en Dirección y Gestión Pública Local. Investigadora Novel (PIN-Fonacit). E-mail: materinbe2@yahoo.com

² Socióloga. Magíster en Ciencia Política. Investigadora del Centro de Estudios Sociológicos y Antropológicos (CESA) de la FCES de LUZ.

protección a la salud y se desarrolla un modelo de gestión de tipo burocrático populista; 3) a partir de 1989 y hasta 1999, se impulsa y desarrolla la descentralización de la salud, proceso que permitió poner en práctica diversos modelos de gestión, los cuales privilegiaron la privatización y dieron paso a una política medicalizada y curativa. Este periodo se caracterizó por la presencia de rasgos tecnocráticos; 4) desde 1999 hasta nuestros días la política de salud da un giro. Se intenta pasar de una política de tipo curativa a una de tipo preventiva, basada en principios de la atención primaria en salud y enmarcada en las propuestas de la Nueva Gestión Pública. Se concluye que la política de salud ha sido en lo formal, orientada al desarrollo de la atención primaria en salud, sin embargo, en la práctica se evidencia una política de tipo curativa, con predominio de rasgos burocráticos populistas en conjunción con los de tipo tecnocrático.

Palabras Clave: Estado, política, gestión, salud, Venezuela

Abstract

GENERAL CONSIDERATIONS ABOUT THE POLICY AND MANAGEMENT OF HEALTH IN VENEZUELA (1900-2003)

In this work, we try to realize a general outline about the policy and management of the public health in Venezuela. It is a documental research which its results reveal: 1) the health's institutionalization begins in the early 20TH century. Since then and until 1958, there was not a formal policy and if anyone was applied, it was based in a bureaucratic-administrative model; 2) between 1958 and 1989, the health's protection was formally established and a management model of bureaucratic-populist type is developed; 3) during 1989-1999, the health's decentralization is promoted and developed, process that allowed the implementation of several management models which privileging the privatization, gave the way to a medical and curative policy. This period was characterized by technocratic traits. 4) Since 1999 until our days, the health's policy gives a turnover. It is an intent to pass from a curative policy type to one of a preventive type, based on principles of primary health attention and in the framework of the New Public Management proposals. It is concluded that the health's policy have been formally oriented to a primary attention development, however, it is evident in the practice a curative type policy with predominant bureaucratic-populist traits joined with those of technocratic type.

Key words: Estate, policy, management, health, Venezuela

1. Introducción

En este trabajo realizamos un esbozo general sobre la política y administración de la salud pública en Venezuela. La investigación se basa en un diseño de estudio de tipo hemerográfico y documental que permitió identificar cuatro períodos. El primero, comprende de 1900 a 1958, durante el cual se lleva a cabo la institucionalización del sistema sanitario y, simultáneamente, en este largo período se comienzan a apreciar los rasgos del modelo weberiano, cuando se realiza la especialización funcional de las acciones en salud y se registra el proceso de centralización.

Ubicamos un segundo período desde los inicios de los años sesenta hasta los ochenta, época en la que se expresa con fuerza el modelo burocrático-populista en la administración de la salud. Durante este tiempo se desarrolló una política social basada en el bienestar social *“con una visión universalista; con subsidios indirectos hacia la población pero sin precisión de los grupos beneficiarios, lo que condujo a una distribución regresiva del ingreso que favoreció a los sectores con mayor capacidad económica”* (Rodríguez y Pérez, 1996: 66).

El tercer período, va desde finales de los años ochenta hasta la culminación de la década del noventa. En esta etapa se registran los vaivenes de la dinámica política y económica, se promueve una economía de mercado basada en el enfoque de corte neoliberal, que da paso a la reducción del Estado en el ejercicio de sus funciones, particularmente, en el área social que da oportunidad al desarrollo de una política social individualista, inequitativa, y con altos costos, entre otras características. Durante este período se ponen en ejecución una gran gama de modelos de gestión, unos basados en la privatización de los servicios de salud, fundamentados en la recuperación de costos y otros en la estrategia de la municipalización.

Y finalmente, el período en el que nos encontramos actualmente que abarca desde finales de los noventa hasta nuestros días, en que el Estado realiza esfuerzos por implementar una política social universalista, integral, gratuita, que busca frenar los intentos de privatización que han ido tomando cuerpo en el contexto de la economía venezolana, con el propósito de alcanzar la equidad y una mejor calidad de vida, a través

de la implementación de modelos de gestión como la Atención Integral, las Misiones como Barrio Adentro, entre otros, y en donde convergen rasgos de la propuesta de la Nueva Gestión Pública.

2. Institucionalización del Sanitarismo en Venezuela: 1900-1958

Los primeros sesenta años del siglo veinte dieron paso a la construcción de la institución sanitaria venezolana, que se inicia en el marco de la dictadura de Juan Vicente Gómez quien se consolidó y perpetuó por más de veinte años en el poder. El inicio de este régimen se enmarca en una economía agroexportadora sustentada en unidades productivas con predominio de relaciones pre-capitalistas, con un bajo nivel de desarrollo de las fuerzas productivas y una división social del trabajo que limita las posibilidades de crecimiento del mercado interno.

Para esta época, el Estado carece de una instancia para diseñar e instrumentar políticas destinadas a conservar, restituir y promover la Salud y la Higiene Pública (Viso, 1999). Se adolecía de una política formal en materia de salud pública, lo que trajo como consecuencia una práctica, principalmente en la capital y, en casos excepcionales en algunas provincias, de acciones orientadas a enfrentar los problemas del día a día, especialmente los relacionados con las enfermedades de tipo transmisibles (Castellanos, 1982).

En el caso del estado Zulia, a diferencia del resto de las regiones del país, se desarrolla una interesante actividad médico científica y de salud que cuyas raíces se remontan a 1607, año en que se funda el Hospital Doctor Urquinaona —el más antiguo de Venezuela— llamado posteriormente Hospital de San Ana de Maracaibo y que aún hoy continúa funcionando. Este centro asistencial fue enteramente construido y mantenido por donaciones particulares hasta 1776, cuando se le conceden rentas procedentes de los impuestos. En 1828 se edificó otro centro asistencial que ha perdurado hasta nuestros días: el hospital para los leprosos, que se ubicó inicialmente en la isla del Burro posdecreto del Libertador, el cual comenzó a funcionar en 1831. Estos pacientes son atendidos actualmente en el Hospital Dermatológico Cecilia Pimentel. Lo anterior da una idea de la forma autónoma en que

las provincias resolvían sus problemas en virtud de la carencia de una política de salud y saneamiento ambiental.

Es sólo a partir de 1909, cuando se crea La Comisión de Higiene Pública³, dependiente del Ministerio de Relaciones Interiores. Las gobernaciones y Concejos Municipales intervenían casuísticamente en relación a los problemas sanitarios y no siempre aplicando las normas técnico-científicas. Asimismo, las Juntas de Sanidad se fueron formando ante la presencia de epidemias, y cesaban en el ejercicio de su funciones cuando ya la situación era controlada (Viso, 1999: 67).

Dos años después, se inicia en el país la organización de los servicios de salud, en ausencia de una política que jerarquizara la organización sanitaria. El control de enfermedades infecto-contagiosas como la fiebre amarilla, paludismo, chagas, lepra, tuberculosis, y enfermedades venéreas, era la principal prioridad del Estado (Abad, 1999), puesto que dichas enfermedades ocasionaron elevadas tasas de mortalidad.

Debe recordarse que por estos años se inicia en el país el establecimiento de la industria petrolera y el Zulia fue considerado por el Departamento de Estado y el Servicio Exterior Norteamericano como una entidad de primera instancia por su producción petrolera (Peña, 1986). Aun cuando en los primeros años del gobierno gomecista no se fijaron plenamente unas metas en el campo de la salud, después de su muerte, y dado el impulso tomando por la industria petrolera, la Fundación Rockefeller apoyó la iniciativa de erradicación de la malaria y de otras enfermedades infectocontagiosas. Allí se puede encontrar el inicio del sanitarismo en Venezuela.

³ Esta Comisión se constituye con carácter provisional siendo sus funciones el estudio y dictamen sobre la profilaxia de enfermedades contagiosas; cuarentenas; cordones sanitarios; lazaretos; propagación de vacunas; sueros; acueductos; registro y elaboración de alimentos, productos medicamentos; construcciones higiénicas de habitaciones particulares, talleres, edificios; saneamiento del suelo; asistencia pública, estadísticas médica sobre los grandes problemas de higiene social, tales como la profilaxia de los tuberculosos, alcoholismo, sífilis, protección del niño, la madre y adultos en general. Además, debía proceder a elaborar los proyectos de leyes sobre higiene pública que el Congreso propondría a la consideración del Gobierno Nacional (Archila citado por Viso, 1999). Esta Comisión no dejó marca significativa en la salud pública, pero se constituyó en referente para las posteriores organizaciones sanitarias, por lo que puede ser considerada como el punto de partida de la moderna institución sanitaria.

Se realizan esfuerzos por diseñar una política de salud y se crea la Oficina de Sanidad Nacional, dependiente de la Presidencia de la República a través del Ministerio de Relaciones Interiores, constituyéndose como la máxima autoridad en relación a la salubridad pública; sus recursos provenían no del Estado sino de la Fundación Rockefeller. La acción se concentró fundamentalmente en las zonas portuarias y petroleras y sus áreas de influencia, especialmente en los principales centros urbanos del país (Jaén y Pérez, 1993; Viso, 1999).

Se aprueba, además, la primera Ley de Sanidad Nacional⁴ (Castellanos, 1982; Viso, 1999), se centralizan las decisiones de las actividades de salud a nivel nacional en detrimento de las provincias; se evidencia el interés por parte del Estado-Nación por la atención preventiva y en menor proporción por la curativa la cual descansaba mayoritariamente en manos de instituciones de carácter privado.

En los inicios de la década del treinta, es creado el primer Ministerio de Salubridad, Agricultura y Cría⁵, como ente rector de salud; se establecen lineamientos hacia el predominio de actividades rurales, se registra la implementación de varios servicios materno-infantiles, que se circunscribieron a la ciudad de Caracas (Castellanos, 1982: 81-82). Durante el poco tiempo de esta fusión institucional se desarrollaron actividades de tipo preventivas con énfasis en el ámbito agrario, en virtud del modelo económico que comenzaba a predominar en Venezuela, con lo que se observa que el Estado comienza asumir y a concentrar las actividades relacionadas con la salud.

A partir de 1936 se inicia en Venezuela un proceso de cambios económicos y sociales significativos que le abren camino a la modernización; se estructura el Programa de Febrero bajo el gobierno de Eleazar López Contreras, como respuesta al clima de inestabilidad

⁴ Esta Ley "fue promulgada el 3 de Julio de 1912, derogada un año después cuando se aprueba otra; ésta última no sufrió modificaciones hasta su derogación por la de 1919, que tuvo reformas en 1920 y 1923, vigente hasta 1931 para dar paso al Ministerio de Salubridad y Agricultura" (Viso, 1999: 87).

⁵ En 1927, la octava Confederación Sanitaria Panamericana recomendó el establecimiento de Ministerios de Sanidad Pública para garantizar una política sanitaria nacional e internacional (Archila citado por Viso, 1999). El principal programa desarrollado por este Ministerio en Venezuela fue la Atención Materno Infantil.

política y social que se experimentaba tras la muerte de Gómez. Este programa consideró los problemas de la salud, educación y agricultura, como áreas de intervención del Estado, dando lugar a la fundación del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (MSAS).

El diseño de una política de salud pública se convierte en la tarea central del naciente Ministerio, y se destacan cuatro principios orientadores de la acción inicial de la institución sanitaria: “1. *La permanencia del personal en sus cargos con la confianza que da la tranquilidad de espíritu al comprobar que quienes se preparan bien y rinden tienen garantizada su estabilidad*; 2. *La preparación adecuada del personal como única manera de poder atender eficientemente los problemas a cargo del despacho*; 3. *El conocimiento por medio del estudio preciso de los problemas y de las medidas para mitigarlos o eliminarlos a través de servicios especiales responsabilizados de su cuidado a nivel nacional*; 4. *La atención primordial a la profilaxia...*”⁶ (Gabaldón citado por Viso, 1999: 131).

La creación del MSAS, significó la incorporación formal de la salud pública como responsabilidad del Estado, a pesar de no estar contemplada expresamente en la Constitución Nacional. Sin embargo, en la praxis el MSAS a través de la División de Malariología, se asume la tarea de combatir la malaria y se diseña una estrategia que incluye cuatro aspectos: “1. *organización administrativa*; 2. *preparación del personal*; 3. *investigación epidemiológica*; y 4. *control de la enfermedad*” (López citado por Viso, 1999: 135). Esta estrategia fue adelantada por la Oficina de Malariología, cuya dependencia se ubicó en Maracay a finales de 1942.

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 (1936-1941) e Isaías Medina Angarita (1941-1945).

⁶ Estos principios dejan ver la presencia de los rasgos del modelo burocrático-weberiano.

El gobierno de López Contreras se constituyó en el punto de partida de la institucionalización de la salud con predominio de la centralización y concentración del poder sanitario en el gobierno nacional. Se inicia también el proceso de profesionalización, pues se iniciaron las gestiones para la preparación del personal médico y paramédico, y se emprendió una intensa campaña de Educación Sanitaria. Así en 1938, se fundaron las Unidades Sanitarias afianzándose considerablemente las tendencias preventivas, quedando claramente diferenciadas en cada localidad regional los dos tipos de organización: la preventiva adelantada por las Unidades Sanitarias y la Curativa por los Hospitales. Se dividió el país en distritos sanitarios, registrándose la primera gran división político territorial en salud.

En 1944⁷, cuando presidía el gobierno Isaías Medina Angarita, se funda el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales⁸, como conquista sindical, adscrito al Ministerio del Trabajo y no al de Sanidad con una cobertura muy limitada. Durante el período de gobierno de Medina, el Ministerio de Sanidad sufrió transformaciones evolutivas en cuanto a su doctrina de trabajo. Surgieron algunos servicios médicos de carácter curativo y disminuyeron las actividades de orientación preventiva. Posteriormente, en 1945, el Ministerio adopta la doctrina sanitaria integralista y se crea la Comisión Nacional planificadora de instituciones médico-asistenciales.

Ese mismo año se trató de desconcentrar las funciones y actividades administrativas de los programas de atención a la salud a nivel regional, pero centralizadas en este nivel de gobierno, muestra de ello lo constituye la creación de las regiones sanitarias. Se inicia la organización de una red nacional de instituciones hospitalarias y de atención médica preventiva (Castellanos, 1982). Este fue el primer intento de reformar las acciones en el sector de la salud.⁹

⁷ En este año existían 44 unidades sanitarias en las principales ciudades del país (Castellanos, 1982).

⁸ Fue creado como institución que presta servicios médicos a los trabajadores que devengan salario, y cotizan el servicio.

⁹ Entre 1936 y 1946 el porcentaje del presupuesto nacional destinado al Ministerio de Sanidad y Asistencia Social se mantuvo, con muy pocas variaciones, alrededor del 5.6%, del cual el 80% estaba destinado a la medicina preventiva.

Posteriormente, se reconoce que el Estado estaba obligado constitucionalmente a asumir la responsabilidad en materia de salud pública, haciéndose necesario su compromiso de ofrecer servicios de salud tanto curativos como preventivos, por considerar que los habitantes tenían el derecho de vivir protegidos de los riesgos que podían afectarlos. Por tanto, el Estado se comprometía a diseñar en forma progresiva, un sistema de seguridad social y a la generación de unidades habitacionales destinadas a aquellos sujetos económicamente menos favorecidos.

En 1947 el derecho a la salud es incorporado en la Constitución y se consagra como política esencial del Estado, para garantizar atención integral a todos los ciudadanos.¹⁰ Según Delgado y Gómez (2001), el mantenimiento de la salud pública era responsabilidad del Estado tanto desde el punto de vista preventivo como curativo. 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 de ser seres humanos 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 lo planteado por Delgado y Gómez (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 (Delgado y Gómez, 2001).

¹⁰ 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.

Es necesario señalar que durante 1946-1950, el hecho más significativo que sucede en el ámbito de la salud se refiere a la transformación sufrida por la sección de propaganda sanitaria con el surgimiento de la División de Educación Sanitaria, a quien se encargó la labor de hacer llegar a todos los programas de educación escolar los contenidos del fomento a la salud.

La situación parece revertirse en la Constitución de 1953 cuando el derecho a la salud no fue incluido explícitamente en el texto constitucional. La desaparición del derecho a la salud en términos constitucionales pudo haber estado relacionada con la filosofía del Nuevo Ideal Nacional, que privilegió el equipamiento físico de las ciudades. 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).

Se puso énfasis en la construcción de los grandes hospitales, lo que dio paso a la reorientación de la relación medicina preventiva-curativa, privilegiándose la curativa, con lo que se cierra este período histórico.

De acuerdo a los enfoques teóricos de gestión, en el periodo descrito (1900-1958), se observa la presencia de algunos rasgos propios del modelo weberiano.¹¹ Con respecto a la toma de decisiones, es evidente la centralización enmarcada en el ejecutivo nacional y con

¹¹ El modelo tradicional weberiano (Weber, 1976), descansa en la burocracia como forma inicial de organización de la Administración Pública; ésta se constituye en el referente teórico que ha dado origen y marco para el impulso del desarrollo de modelos de gestión en el aparato público (Rincón, 2004). Este modelo administrativo, se caracteriza por: 1) una extrema división del trabajo y grandes estructuras organizativas, que conducen al establecimiento de una burocracia rígida y formal que afecta la toma de decisiones al no permitir que estas se produzcan en una forma rápida y oportuna, ya que la autoridad por sus atribuciones impone una lógica de concentración de poder en la cúspide de la jerarquía; 2) el burócrata es seleccionado de acuerdo a sus méritos con base en pruebas especiales, en el desempeño de sus actividades y de acuerdo a la duración del tiempo de servicio; es retribuido con un sueldo fijo; 3) se fundamenta en la orientación de reglas y normas pretendidamente universales, lo cual hizo que se pusiera en práctica un modelo organizacional auto-referido, donde las acciones del Estado giran en torno a su propia relegitimación del poder y no hacia la satisfacción de las expectativas de los usuarios, los cuales a su vez fueron replegados y desmovilizados (CLAD, 1998).

fuertes prácticas de control sobre la ejecución de las tareas adelantadas por los empleados. Se pone de manifiesto el registro de una especialización de los roles, tareas y funciones de salud asumidas por el Estado.

Se crea una racionalidad acorde con las exigencias del modelo prevaleciente que estimuló el surgimiento de una reglamentación que rige para la administración de la atención en salud. Se da inicio a la formación de una burocracia con especialización funcional y técnica para el desempeño del cargo y la procedencia del financiamiento estaba reservada al Estado.

3. Burocratización de la administración de la salud: 1958-1989

Después del derrocamiento de la dictadura militar de Marco Pérez Jiménez en 1958, se gesta en Venezuela un consenso entre los diversos actores políticos para lograr acuerdos en materia constitucional e iniciar un sistema político democrático, caracterizado por la implementación de un modelo burocrático populista, cuyo rasgo fundamental descansa en la concentración del poder en manos del ejecutivo y en la influencia creciente de los partidos políticos. Este proceso dio paso a la conformación de un Estado altamente jerarquizado e influenciado por el clientelismo político. Se formularon una serie de derechos sociales que quedaron sintetizados en la carta magna de 1961. Bajo este consenso se concluye que todos los ciudadanos tienen derecho a la protección de la salud, subyaciendo de esta manera 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. Con esto se pone en ejecución una política universalista promovida por el modelo económico que impulsaba la sustitución de importaciones.

En este sentido, la Constitución Nacional (1961), recoge la tendencia de plantear la salud como derecho de todo ciudadano y le asigna al Ministerio la atribución específica de definir las políticas a seguir en el sector. Es bajo este marco que se desarrollan acciones en

relación a la organización comunal respondiendo así a los planteamientos que se formularon en el primer Plan de la Nación en el cual se señalaba que *“el Estado no lograra resultados duraderos como no sea dentro del marco de desarrollo de la comunidad basado en la ayuda propia y la voluntad colectiva e individual de progreso”* (I Plan de la Nación, 1960-1964).

Entonces, la responsabilidad rectora del sector, continuó en el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social-MSAS¹², como organismo del Estado encargado de la planificación y realización de las actividades del Ejecutivo que conllevan 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.¹³

Sostienen Rodríguez y Pérez (1996: 68), que esta institución no logró *“desarrollar de manera integral dentro de su funcionamiento, las políticas preventivas, de saneamiento ambiental y curativas, al no impulsar suficientes mecanismos de interrelación y articulación vertical y horizontal, junto a otras instituciones del sector con objetivos análogos...”*¹⁴

Esto pudo estar marcado por el afianzamiento del modelo clientelar de la administración, el Ministerio se convirtió en un espacio privilegiado para los negocios del complejo médico industrial y los intereses partidistas. Aún cuando esta situación varió en diferentes gestiones, en definitiva se tradujo en una pérdida de la capacidad de dicho organismo para regular y supervisar las actividades sanitarias a escala nacional (Feo y Díaz, 2001: 94). Esto enmarca la gestión de la salud dentro de un conjunto de contradicciones entre la orientación populista, las presiones populares, y el estancamiento de la economía, particularmente del modelo de sustitución de importaciones.

¹² Para contribuir a viabilizar estas actividades se crean servicios Cooperativos de Salud para prestar los servicios asistenciales, unificados y bajo el poder del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social.

¹³ La orientación del gasto en salud a partir de la década del sesenta estuvo destinada en mayor proporción a lo curativo y no a lo preventivo (Kornblith y Maingón, 1995).

¹⁴ En Venezuela la aplicación de las políticas sociales, se han caracterizado por una falta de continuidad administrativa, una ausencia de evaluación de programas y una falta de precisión de los grupos beneficiarios; expresado todo esto en el progresivo deterioro de las condiciones de vida de la población (Rodríguez y Pérez, 1996: 67).

El MSAS, se diseñó como un sistema de salud “*altamente jerárquico y burocratizado*” (Rodríguez y Pérez, 1996: 69), ya que su organización se centró en direcciones, divisiones y una estructura que se reprodujo en todos los estados y divisiones político-territoriales del país; cada subregión se dividía en distritos sanitarios (Pérez y Jaén, 1993). Esto hizo que se desarrollara una concentración y centralización de la toma de decisiones tornándola lenta, poco participativa y excluyendo a los niveles subnacionales. Este modelo centralista-jerarquizado logra mantenerse por varias décadas.

A pesar de que en el IV Plan de la Nación se planteó que las políticas y los programas sociales iban a jugar un importante papel en su doble carácter de objetivos y medios para alcanzar el desarrollo nacional y abrazar al conjunto de los fenómenos sociales involucrados en la transformación y desarrollo de la economía, la cultura, salud entre otros, se presentaron una serie de dificultades, tales como: “*el incremento de los ingresos petroleros menor del previsto; se reduce el presupuesto ordinario; se solicita financiamiento al exterior; se trató de reducir el gasto social; y una inflación que absorbió los aumentos salariales generando conflictos laborales*” (Jaén y Pérez, 1993: 262), situación que no permitió alcanzar lo planteado en el plan, aun considerando que dicho plan giró en torno a la estrategia general de Promoción Popular.

Posteriormente, con el ascenso de Carlos Andrés Pérez a la Presidencia en 1974, se diseña el proyecto La Gran Venezuela, “*con el propósito de promover un nuevo modelo de acumulación, orientado hacia el mercado internacional, lo cual dio lugar a una gran expansión del aparato empresarial público*” (Ochoa, 1996-1997: 179).

Esta situación, aunada a los ingresos fiscales, estimularon la asociación entre grupos médicos, permitió la creación de nuevas instituciones en el área, como fueron los grandes hospitales de tipo empresarial, esto trajo como consecuencia el desplazamiento del sector público por parte del privado, lo que se demuestra con el incremento de camas de hospitalización por parte del sector privado, mientras en el público se afianzó la estructura sanitaria como espacio clientelar-partidista, que profundizó la corrupción administrativa.

El surgimiento de dichas instituciones tuvo una orientación lucrativa y en algunos casos financiados con el aval del gobierno nacional, circunstancia que contribuyó desarrollar medicina privada de importantes proporciones. La tendencia de esta época estuvo orientada a delegar la responsabilidad que tiene el Estado en salud hacia el sector privado y los grupos familiares, hecho que se manifiesta por la acentuación de la estratificación social de los servicios, de tal forma que a cada clase social corresponde una forma de atención (Castellano, 1982).

Como se puede observar, 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, haciendo que se imponga un modelo individual-curativo de alto consumo tecnomédico, es decir, una profunda dependencia tecnológica con altos costos, lo que va en contra de la accesibilidad y de los programas preventivos.

En la misma década del setenta, se da inicio al proceso de regionalización que persiguió afianzar la planificación y el desarrollo de las regiones¹⁵ al poder generar desconcentración del poder central hacia las regiones, “*constituyéndose en la estrategia de transformación social para la modernización del Estado y mejora de la administración pública*” (Ramírez, 2002: 341-342). Sin embargo, la regionalización tuvo vigencia hasta que el Estado satisfizo las apetencias de las elites políticas, económicas y sociales a través de los ingresos fiscales provenientes de la renta petrolera, poniendo en evidencia su carácter proteccionista; esto, aunado a la crisis del modelo económico, hace que la regionalización colapse y sea imposible mantenerla y se convierte así en el principal antecedente de la descentralización político-territorial que tendrá lugar en la década siguiente (Ramírez, 2002).

En 1984 durante el gobierno de Jaime Lusinchi, se crea la Comisión Presidencial para la Reforma del Estado (COPRE), y se inicia un amplio proceso de consultas a distintos sectores de la sociedad a objeto de recoger sus opiniones y sugerencias, para emprender la descentralización, lográndose una amplia aceptación y respaldo de

¹⁵ El país estaba dividido en las regiones Capital, Central, Los Llanos, Centro-Occidental, Zuliana, Los Andes, Nor-Oriental, Insular y Guayana.

diversos grupos de opinión. A finales de 1985 comienzan a ser presentadas las distintas propuestas de reforma, con la finalidad de emprender dicho proceso, que contemplaban: Lineamientos generales de la política de descentralización territorial en Venezuela; reformas inmediatas del Poder Judicial y estrategias económicas generales. En 1987 se firma el convenio entre la Universidad Rafael Urdaneta y la COPRE para la realización del proyecto de Ley de Transferencia de Competencia del Poder Nacional a los niveles subnacionales, particularmente a los Estados, la cual fue aprobada a finales de los ochenta.¹⁶

En julio de 1987 se produce la promulgación de la Ley del Sistema Nacional de Salud, la cual muere al nacer puesto que no llegó a instrumentarse efectivamente. Adicionalmente, en este proceso se impone el discurso privatizador, debido a que se gesta en los hospitales y ambulatorios del país un modelo de gestión de coparticipación financiera, basado en la recuperación de fondos, cobros y colaboraciones para dar respuesta a las demandas de los servicios asistenciales. Se registró la creación de las fundaciones y asociaciones en los hospitales y ambulatorios del país que todavía existen, bajo el auspicio de los gobiernos regionales.

Durante todo este período (1958-1989), vemos como adquieren fuerza los rasgos característicos del modelo burocrático-populista¹⁷, expresados

¹⁶ Desde los ochenta hasta inicios de los noventa, la trayectoria institucional de las gobernaciones en materia de salud, estuvo reducida a la mera acción de actuar en determinados momentos como simples centros de operaciones que debían cumplir las directrices emanadas del poder central, lo que evidenciaba la escasa autonomía por parte de ellas para ejercer funciones inherentes a cualquier tipo de servicio.

¹⁷ En la práctica se ha desarrollado un modelo prescriptivo del weberiano, que ha sido denominado Burocrático Populista (Ochoa et al, 1996), caracterizado por: 1) contar con grandes estructuras organizativas con altos niveles jerárquicos, numerosos departamentos propios del modelo weberiano, lo que demuestra el desarrollo de procesos de decisión centralizados, personalista, que se manifiesta con la influencia política y el escaso uso de canales formales; 2) los sujetos de decisión son militantes de partidos políticos y empresarios que se ubican en los niveles más altos del aparato público. Formalmente, bajo este esquema administrativo, los funcionarios son básicamente funcionarios de carrera, y los procesos inherentes al reclutamiento, selección, ingreso, remoción, promoción, reclasificación son centralizados y obedecen, en la generalidad de los casos, al cumplimiento de unas funciones, actividades y tareas previamente descritas en los manuales de clasificación de cargos; 3) la prestación del servicio es una función que corresponde al Estado, se ponen en práctica políticas universalistas y gratuitas, tratando de hacer equitativa la transferencia de los beneficios que se ofrecen a la población; 4) el financiamiento del servicio descansa en el aparato del Estado, el cual destina recursos de manera desmesurada generando altísimas erogaciones que no se corresponden con los servicios prestados.

en la práctica de la selección y el reclutamiento bajo la influencia de los partidos políticos porque no se tenía como finalidad la escogencia de los mejores (Ochoa et al, 1996). Se produjo entonces el desempeño ineficiente del personal, debido a una incorrecta ubicación del equipo humano como producto de la inexistencia de una adecuada política de recursos humanos, ausencia de estímulos y reconocimientos al trabajador (Rodríguez y Pérez, 1996), rasgos propios del modelo burocrático populista, donde se subordina la especialización profesional a la influencia del compadrazgo y el amiguismo, entre otros.

Con respecto a la prestación del servicio, hubo un “*abandono de las prácticas preventivas de algunos programas y una inadecuada ejecución de aquellos que se estaban llevando a cabo; imperó una concepción de la salud de carácter restringido, al ser asumida ésta solamente como ausencia de enfermedad; teniendo como eje de la acción la práctica médico asistencial curativa, con lo que se fortaleció el modelo hegemónico, a este modelo le es inherente la medicalización de la salud...*” (Rodríguez y Pérez, 1996).

Se incorporaron de manera solapada, prácticas de privatización de los servicios, a través de las colaboraciones que los usuarios realizaban con “donaciones” de insumos para así poder gozar del beneficio de los servicios que prestaba el Estado y que ellos demandaban.

4. Tecocracia¹⁸ y Salud: 1989-1999

A finales de la década de los ochenta, y con el advenimiento de un nuevo gobierno liderado por Carlos Andrés Pérez, se impulsa la reforma del Estado, tanto en su política como en su administración, enmarcada en un contexto de presiones y de nuevas tendencias gerenciales a nivel mundial. “*El Estado venezolano cambia su política económica y su rol adquiriendo importancia la visión neoliberal, que busca la reducción del Estado y la internacionalización de la economía. En este contexto, se*

¹⁸ El modelo Tecnocrático (Ochoa, 1995), evidencia: 1) que la extrema división horizontal y vertical del trabajo, altamente compleja, rígida, inspirada en el modelo ideal de Weber, se transforma en estructuras planas, con un mínimo de niveles jerárquicos; 2) se sustituye en los

da impulso a la descentralización como proceso político con expresión territorial institucional, lo que significa una redistribución territorial del poder... remite al doble mecanismo de crear instancias de participación democrática más extendidas y gobernables, y ser un poderosísimo impulso para descongestionar al Estado y permitir su eficiencia" (COPRE, 1988: 60).

La descentralización como política de Estado quedó expresada por primera vez en la Constitución de 1961; el Congreso, con el voto de las dos terceras partes de los miembros de cada Cámara, podría atribuir a los Estados o a los Municipios determinadas materias de la competencia nacional, a fin de promover la descentralización administrativa (Art. 137). A partir de 1989, se inician cambios que dan paso a la aprobación de la Ley Orgánica de Descentralización y Delimitación de Transferencia del Poder Público, la Ley Orgánica de Elección y Remoción de Gobernadores y Alcaldes, y se produce la reforma de la Ley Orgánica del Régimen Municipal. Esto permite que se elijan por primera vez gobernadores y alcaldes, y se inicie la transferencia a los niveles subnacionales de servicios relacionado con las actividades económicas y sociales.

Con estos instrumentos legales, las gobernaciones como instancias receptoras de competencias, entran a una nueva dinámica político-administrativa. La LODDT evidencia la revitalización del federalismo venezolano, puesto que condujo al desarrollo de los principios constitucionales para promover la descentralización administrativa;

niveles directivos al hombre de partido por profesionales o técnicos con orientación economicista (Ochoa, 1999); 3) el proceso de toma de decisión está soportado en la incorporación de los elementos técnicos científicos dirigidos al fin último de rentabilidad y racionalidad económica, disminuyendo el afloramiento de condiciones de tipo política y social dentro de los procesos de decisión (Rincón, 2004); 4) los procesos de selección y ascenso son realizados tomando en cuenta los méritos, es lo que se ha denominado meritocracia, ésta se constituye en un mecanismo de legitimación de la tecnocracia. La capacidad es el criterio a través del cual se selecciona personal y se asciende en la organización tecnocrática (Ochoa, 1995: 58-59); 5) bajo esquemas tecnocráticos, se da el proceso de privatización, a través del traspaso de la propiedad jurídica y económica de las empresas del Estado al sector privado, y traspasando la administración de servicios o el usufructo de un bien de tipo social o de apoyo a la economía, reservándose la propiedad jurídica. La privatización se da con el argumento de contribuir a elevar los niveles de eficiencia de las empresas públicas y de los servicios sociales; además, se introducen elementos del mercado tales como, el cobro del servicio, lo que hace que un grupo de la sociedad quede excluida del disfrute de este tipo de servicio.

delimitar competencias entre los poderes públicos del Estado; determinar las funciones de los Gobernadores como agentes del Ejecutivo Nacional y las fuentes de ingresos de los Estados; y facilitar la transferencia de la prestación de los servicios del Poder Nacional a los Estados.

En este sentido, la Ley hace una relación de un conjunto de servicios que deberán ser transferidos progresivamente a los Estados, destacándose 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 se la descentralización. Deja así a la voluntad soberana pero consciente de cada Estado la última palabra...”* (Ayala, 1994: 120).

En virtud de lo anteriormente señalado, la descentralización en materia de salud, se inicia en 1990. Lo recién electos gobernadores solicitan la transferencia de dicha competencia, la cual comienza a ser efectiva a partir de 1993. Este proceso se realiza sin que el MSAS realizara previamente una evaluación para determinar si las gobernaciones como entes receptores de las nuevas responsabilidades contaban con las capacidades suficientes o no para asumir el nuevo rol a desempeñar. Incluso no se diseñó una Ley o Reglamento que delinea los parámetros a ser seguidos por los Estados en la implementación y direccionalidad del proceso descentralizador en salud, lo que trajo como consecuencia que cada gobernación creara instituciones con rango de Secretaría de Estado, cuyas formas organizativas dieron paso a la conformación de diversos modelos de gestión que oscilan entre Corporaciones, Fundaciones, Institutos Autónomos y Direcciones Regionales.

Vale destacar, que hoy día la Ley Orgánica de la Administración Pública (2001), contempla una serie de artículos que permiten darle una orientación mas amplia al proceso de descentralización, así se tiene que en el artículo 18 se señalan 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 precisa *“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...”* Como podemos observar, este artículo resalta la municipalización de las competencias y los servicios en Venezuela. Por último, el artículo 32, se 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 y 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.

Paralelo a la experiencia de descentralización, en 1994 se pone en práctica la estrategia de Municipios Saludables, mejor conocida como Municipios Hacia la Salud.¹⁹ La propuesta nacional tuvo como propósito formal, priorizar el desarrollo humano sostenible, mejorar la salud del ambiente, aumentar la equidad en los servicios de salud, fortalecer los servicios de salud locales y promover los modos de vida saludables. El programa enfatiza la participación comunitaria y la participación intersectorial con el fin general de establecer sistemas locales de salud autónomos para abordar los problemas identificados por la propia comunidad (Málaga et al, 1996).

Esta estrategia tuvo como objetivos generar soluciones a problemas locales; promover políticas públicas saludables; aumentar la participación

¹⁹ Este proyecto es la adaptación del proyecto Ciudades Sanas que se realiza en Europa desde 1986. La Red se estableció para apoyar la comunicación y coordinación entre los municipios; permitir el intercambio y la comparación de las experiencias del proyecto; la ampliación nacional adoptiva de su boletín de la red bimensualmente; y divulgar los éxitos, las necesidades y las enseñanzas aprendidas en el nivel nacional e internacional. Las actividades de los miembros de la red se han centrado en la salud y el bienestar, los servicios básicos para los miembros de la comunidad y el desarrollo y organización de la comunidad (Málaga et al, 1996).

civil y comunitaria en el análisis; la priorización de problemas, en la definición de metas, estrategias y proyectos de salud; fortalecer el manejo local de los servicios de salud y promover la democratización del sistema de salud.²⁰ Sin embargo, su expresión en el tiempo no ha sido sistemática y ha sido dispersa en la geografía nacional. Actualmente existen veintiocho municipios involucrados en esta estrategia, de los cuales sólo dieciocho están formalmente constituidos y registrados en la Red Venezolana de Municipios Hacia Salud, que se formó en 1995 en Zamora (Estado Falcón) y que representa una de las redes más desarrolladas de municipios saludables en América Latina (Málaga et al, 1996). Además de esta red existe otra en el estado Yaracuy, cuyo objetivo es establecer comunicación y coordinación entre los municipios; promover el crecimiento y desarrollo de los municipios saludables; y facilitar la difusión de la información acerca del movimiento de Municipios Saludables (Málaga et al, 1996). Al realizar los cálculos, este esfuerzo tan sólo logra representar un escaso 5.3% de los municipios que constituyen la geografía nacional.

El Municipio Zamora, ubicado en el estado Falcón, fue el primer Municipio Saludable en Venezuela. Se creó una fundación para la adopción de esta estrategia, los funcionarios locales declararon 1992 como el año de Salud en Zamora y se centraron en su promoción. Algunos de los éxitos iniciales constituyeron la construcción de un acueducto, brocales y aceras así como actividades públicas enfocadas en la prevención de accidentes.

Para establecer el Plan de Acción de Zamora, el municipio celebró una serie de reuniones en la comunidad y evaluaciones de necesidades basadas con una metodología sencilla pero rigurosa que se ha convertido en modelo para todas las actividades proyectadas posteriormente en el país (Málaga et al, 1996: 61-63).

Otro caso emblemático está ubicado en el estado Lara en donde la experiencia se inicia con el municipio Morán a solicitud del Alcalde. Un equipo de la OPS y representantes del Ministerio se reunieron con

²⁰ Desde 1996 Venezuela cuenta con una Red Nacional de Municipios Hacia la Salud y publica un boletín semestral para mantener a los alcaldes y al personal de otros sectores informados sobre las actividades (Málaga et al, 1996).

funcionarios locales en 1995 en el Tocuyo para tratar la incorporación de Morán en la estrategia. Después de reuniones y talleres, la comunidad le dio prioridad al saneamiento básico como un área del proyecto. Además, los miembros de la comunidad destacaron los abastecimientos de agua contaminados; la vivienda deficiente; la falta de oportunidades laborales, la deficiencia de los servicios de educación de adultos y programas sociales (Málaga et al, 1996).

Con la descentralización se comenzó un proceso de ampliación y profundización de la privatización de los servicios públicos, al propio tiempo que variadas experiencias relacionadas con modelos de gestión se pusieron en marcha bajo diversas orientaciones pero que respondían en casi todos los casos, a la urgente necesidad de buscar respuestas a los problemas que se fueron presentando, entre ellas, el déficit de recursos económicos, abriéndose espacio para la búsqueda de alternativas de fuentes de financiamiento (PNUD-OCEI, 1997).

Más allá de la oferta de servicios de salud y de la modalidad organizacional adoptada en las entidades federales a raíz de la descentralización para la prestación de servicios, se hace necesario establecer diferencias con respecto a las formas de la prestación y el financiamiento de los mismos.

En torno a estos problemas se ha ido generando un consenso mínimo a través del cual una vía para subsanar los problemas de la prestación y del financiamiento, es la búsqueda de la participación de organizaciones de la sociedad civil. Así aparece la incorporación de organizaciones no gubernamentales que actúan sin fines de lucro encargándose de aspectos públicos no estatales y las propiamente públicas, creadas por el propio Estado que van a actuar dependiendo de éste, como son las fundaciones.

La adopción de la descentralización que tiene lugar en este periodo, puede ser asimilada como expresión del modelo tecnocrático, en vista que buscó la reducción del aparato del Estado, la eficiencia del gasto y el incremento de la calidad y productividad de los servicios mediante su traslado a la sociedad civil. Asimismo, permitió la incorporación de otros actores, incluyendo la comunidad en el proceso de toma de decisiones mostrando de esta manera un tímido proceso democratizador.

5. Tendencias Postburocráticas²¹ en Salud: 1999-2004

Desde mediados de la década del noventa se acentúa el proceso de transformación política en Venezuela, el cual está relacionado con dos episodios que redefinieron la historia del inicio del siglo veintiuno. El primero, ocurrió en febrero de 1989 con el "Caracazo" y el segundo es el relacionado con la suspensión de Carlos Andrés Pérez en el ejercicio de sus funciones como presidente, por parte de la Corte Suprema de Justicia, para así darle curso a un juicio por peculado y malversación de fondos de la nación. Aunado a lo anterior, se da la ruptura bipartidista, permitiendo así la generación de una matriz de opinión favorable hacia la búsqueda de un nuevo pacto político. En el centro de este proceso ubicamos a Hugo Chávez Frías, quien asume la presidencia liderando la bandera electoral al llamar a conformar una Constituyente para formular una Nueva Constitución y refundar la República con el propósito de poner en marcha un nuevo modelo de desarrollo donde se fortalezca el sistema democrático, se logre una sociedad más justa y se consolide una economía diversificada y eficiente, por lo que en diciembre de 1999 mediante referéndum consultivo, se aprueba la nueva Constitución de la República Bolivariana de Venezuela con un alto contenido social.

²¹ En las propuestas de la Nueva Gestión Pública, el CLAD (1998) plantea que: 1) el modelo gerencial tiene su inspiración en las transformaciones organizacionales ocurridas en el sector privado, las cuales modificaron la forma burocrático-piramidal de administración, flexibilizando la gestión, disminuyendo los niveles jerárquicos y, por consiguiente, aumentando la autonomía de decisión de los gerentes, de ahí el nombre de gerencial; 2) se introduce la descentralización hacia los niveles subnacionales concediéndoles capacidad de decisión; 3) se flexibilizan las estructuras organizativas, por lo que se presume una toma de decisiones más ágil y oportuna que permite la interacción entre la negociación y la concertación en la adopción de decisiones dando un reconocimiento formal a la participación ciudadana en la gestión y demanda de servicios al aparato del Estado; 4) profesionalización de la burocracia, que ejerce funciones en el núcleo de las actividades centrales del Estado, encargada de diseñar, supervisar y regularizar política, esto es con el propósito de reducir el clientelismo, de hecho se requieren aspectos meritocráticos propios del modelo weberiano, para acceder a la administración pública; 5) se proponen relaciones laborales postmodernas, cuyas características, son: descentramiento del trabajo, la inestabilidad en el empleo, la individualización y como resultante de lo anterior se produce el abaratamiento del costo de la mano de obra, cuya consecuencia es la reducción del salario real y se refuerza la flexibilización de los horarios en función de las necesidades productivas y se induce a la exclusión de los trabajadores de un sistema estable de trabajo; 6) se introduce el traspaso de servicios sociales a organizaciones no estatales, conservando el Estado la regulación y siendo su principal financiador.

Bajo este escenario es transformado el MSAS, creándose el Ministerio de Salud y Desarrollo Social (MSDS) como producto de la fusión entre dicho Ministerio y el de Familia²², como órgano rector del sector salud, teniendo a su cargo la regulación, formulación, diseño, evaluación, control y seguimiento de las políticas, programas así como planes de salud y desarrollo social; la integración de las fuentes de financiamiento, asignación de los recursos del Sistema Público Nacional de Salud; la atención integral de salud a todos los sectores de la población, en especial la de bajos recursos; y la promoción de la participación ciudadana (MSDS, 2000).

Se considera que la participación es fundamental en la construcción del nuevo orden social, donde el Estado tiene como centro de acción al individuo para orientar a la sociedad hacia un desarrollo social y humano sostenible con un ejercicio democrático, amplio y profundo y además, con una sociedad civil organizada y participativa. Para hacer efectiva la promoción de la salud se requiere integrarla a los componentes de la atención en un marco conceptual y metodológico definido por el MSDS, asegurando una estructura operativa que contemple, entre otros elementos, la formación del capital humano, la coordinación intrasectorial e intergubernamental, así como el establecimiento de indicadores de procesos, de resultados e impacto que permitan monitorear y evaluar la gestión (MSDS, 2002).

En la estructura del MSDS propuesta en 1999, se establece de manera formal la promoción de la salud y el desarrollo social, los cuales constituyen un eje prioritario que atraviesa todas las acciones. Su ejecución se trata de realizar a través del Modelo de Atención Integral en el ámbito de los servicios locales de salud, apoyándose en la descentralización, desconcentración y la participación social, la cual es considerada como un proceso dinámico donde las organizaciones sociales participan activamente en la identificación, análisis, diseño y puesta en marcha de soluciones. Gobierno y sociedad mantienen vínculos de corresponsabilidad en el marco de la autonomía, el consenso y la equidad (MSDS, 2002).

²² Este Ministerio está integrado por el Despacho del Ministro y dos viceministerios, el de Salud, y el de Desarrollo Social.

El MSDS se planteó como prioridad la reestructuración del nivel central a través de la aplicación de un modelo de atención integral²³ a la población y a la creación de un Sistema Público Nacional de Salud. Al mismo tiempo, se busca trascender la parte médica de la salud orientando las acciones en el ámbito nacional hacia el desarrollo social.

Con fundamento en lo anteriormente planteado, se declara a partir del año 2000 la Atención Integral en los servicios de la red ambulatoria como parte sustantiva del modelo de atención de salud, para vigorizar los programas. Asimismo, se señala que se fortalecerá la capacidad resolutoria de dichos servicios, estimulando y procurando una mayor participación de la población.

La atención integral es entendida como la forma de organización del sistema de salud, orientado 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, 2001), capaces de emprender la transformación del sector, consiguiendo de esta manera el logro de eficiencia, calidad, universalidad, equidad y mejoramiento de la calidad de vida del ser humano.

El Modelo de Atención Integral de salud expresa las políticas y estrategias de la organización sanitaria; la concepción que se tiene de la salud-enfermedad en la población; la importancia que se le atribuye a los componentes de la salud-enfermedad y la concepción de cómo participa la comunidad en el proceso sanitario (MSDS, 2001).

Entre los objetivos más resaltantes del Modelo de Atención Integral se registra 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

²³ El Modelo de Atención Integral tiene una primera experiencia en el Estado Aragua con el proceso de descentralización, cuando el 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).

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 negociación permanente 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. La Atención Integral se incorpora en todos los servicios de la red ambulatoria, con la intención de fortalecer la capacidad resolutive; estimular la 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 (MSDS, 2001).

Con este modelo se pretende fortalecer la red ambulatoria, encargada fundamentalmente de la atención primaria, lo que a su vez puede producir el incremento de una mayor atención, puesto que dicha estrategia intenta desarrollar actividades de promoción y prevención orientadas a la equidad y a mejorar la calidad de vida. Adicionalmente, 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.

Sin embargo, este ha sido un modelo que le ha costado evidenciar resultados en pro de la salud de los ciudadanos. En virtud de ello el gobierno a partir del año 2003, ha estructurado de manera paralela el programa misión Barrio Adentro,²⁴ el cual se constituye formalmente en un modelo de gestión fundamentado en principios de interdependencia, coordinación, corresponsabilidad, cooperación y de participación activa y protagónica de comunidades organizadas (Asamblea Nacional, 2003). 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

²⁴ Posteriormente, en los inicios del 2004, se nombra formalmente una Comisión Presidencial "Misión Barrio Adentro", cuyo propósito es formular los lineamientos de dicho programa.

protagónico de participación directa para la solución de sus problemas prioritarios (González y Rodríguez, 2003).

Esta misión, se lleva a cabo con la ayuda de centenares de médicos²⁵, médicas y auxiliares cubanos, los cuales hacen honor al principio del internacionalismo humanitario. La asistencia que Cuba presta a Venezuela en el plano sanitario es consecuencia del Acuerdo General de Cooperación firmado por ambos países en Caracas en octubre del año 2000. La utilización de médicos cubanos en las zonas deprimidas del país es temporal y se minimizará en la medida que existan médicos venezolanos dispuestos a asumir esa tarea.

Esta es una iniciativa sin precedentes en Venezuela mediante la cual los sectores sociales más pobres disponen de asistencia ambulatoria en sus lugares de residencia. Este programa busca el ejercicio de la medicina bajo el principio que considera que el enfermo no es un cliente, sino un verdadero paciente. Se trata de una derrota propinada a la concepción mercantilista de la medicina y busca el rescate del apostolado y el amor hacia el enfermo.

El Programa Barrio Adentro en menos de 6 meses ha podido asistir a más de 700 mil personas entre los municipios Libertador (Caracas) y Sucre (Miranda), demostrando que es un proyecto con espíritu propio y autónomo que se va reproduciendo eficientemente, para transformarse en la red primaria de salud del país (Bianco, 2003).

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 Misiones²⁶ Robinson I y II, Sucre y Ribas, con

²⁵ Actualmente existen 440 médicos y 213 médicas cubanas; de este número, 130 tienen cursos de especialización o postgrado. Además, 52 poseen una maestría y el 4% una segunda especialidad. También se cuenta con 98 médicos residentes con una segunda especialidad. El promedio de edad es de 37.4 años. La mínima es 31 y la máxima 55. El promedio de graduados es 12 años y el promedio de especialidad alcanza los siete años. Este contingente profesional atiende a una población de 1.8 millones, de los cuales 1.3 millones vive en zonas populares. De este número, 1.1 millones corresponde a los sectores populares, donde hay 243.414 desempleados, 233.198 infantes en situación de pobreza, 71.900 ancianos y ancianas (Bianco, 2003).

²⁶ 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

la alimentación Mercal, con el desarrollo económico produciendo la organización de cooperativas o el acceso a sistemas crediticios; entre otros objetivo, busca la construcción de una gran red social que genere fortaleza y poder al pueblo venezolano.

Es así como nace Barrio Adentro como una alternativa para mejorar la calidad de vida y salud de la población. Este Plan se desarrolló en varias fases. Primero, se realizó una etapa 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) adscrito a la alcaldía de dicho municipio. La segunda fase —entre junio y agosto de 2003— consistió en la expansión del Plan Barrio Adentro hacia diversos estados del territorio nacional como Barinas, Trujillo, Lara, Vargas y Zulia. Finalmente, la tercera fase que tuvo lugar entre septiembre y diciembre de 2003, consistió en la extensión masiva del Plan hasta alcanzar todos los estados y el distrito capital, llegando a un total de 10.179 médicos y médicas en todo el territorio nacional, cada uno de los cuales realiza 26 actividades médicas diarias que incluyen consultas, educación para la salud, actividades de preparación de líderes comunitarios, promoción de salud, visitas directas a pacientes enfermos, es decir, todo tipo de actividades relacionadas con la salud integral de las 250 familias que están a su cargo ([www.barrioadentro.gov.ve.](http://www.barrioadentro.gov.ve), 12/07-2004).

Con este modelo, la atención primaria se convierte en el eje de las políticas, desarrolladas mediante actividades orientadas a mejorar la calidad de vida de los venezolanos empleando la solidaridad como la principal fortaleza del modelo.

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).

En fin, en este proceso se rastrean algunos elementos del modelo postburocrático, que aluden a la búsqueda de la participación ciudadana y el establecimiento de la corresponsabilidad entre el Estado y la Sociedad Civil, al cambio en la orientación de la descentralización no anclada en la privatización dado que en el corpus de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, establece que la salud es un derecho que debe ser prestado de manera gratuita. Asimismo, se busca que el Estado reasuma su rol protagónico en materia de salud.

Conclusión

La política formal de salud del Estado Venezolano nació con la firme intención de desarrollar los principios de la atención primaria en salud; sin embargo, en la práctica dicha política fue distorsionada en virtud de los modelos administrados y desarrollados por los gobiernos venezolanos, en los que tuvieron predominio los rasgos de tipo burocrático-populistas y tecnocráticos, situación que condujo al desarrollo de una política netamente medicalizada y curativa, en detrimento de la prevención, promoción y rehabilitación.

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

Bibliografía

- ABAD, J. (1999). *Estudio de los niveles de atención de salud en Venezuela*. Ediciones y Publicaciones del Vicerrectorado Académico de la Universidad Central de Venezuela. 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* No. 11, 3a. Edición. Editorial Jurídica Venezolana. Caracas, Venezuela.
- BIANCO, F. (2003). "Barrio Adentro atendió a más de 700 mil personas en menos de seis meses" En: *Radio Nacional Venezolana*. www.rnv.gov.ve, fecha de consulta 13-05-2004.
- CASTELLANOS, P. (1982). "Notas sobre el Estado y la Salud en Venezuela". En *Cuadernos de la Sociedad Venezolana de Planificación*. Nos. 156-158. Caracas, Venezuela, pp. 69-121.
- CLAD (1998). *Una Nueva Gestión Pública para América Latina*. Caracas, Venezuela.
- Congreso de la República de Venezuela. (1989). Ley Orgánica de descentralización, delimitación y transferencia de competencias del poder público. Gaceta Oficial No. 4.153, de fecha 28 de Diciembre. Caracas, Venezuela.
- COPRE (1988). *La Reforma del Estado. Proyecto de reforma integral del Estado*. Volumen I. Caracas, Venezuela.
- DELGADO, A. y GÓMEZ C. (2001). "Concepciones de la ciudadanía social en las constituciones venezolanas de 1947, 1961 y 1999." En *Cuadernos del Cendes*. No. 46. Universidad Central de Venezuela, Caracas, Venezuela, pp. 73-100.
- FEO, O. y DÍAZ, Jorge (2001). La relación investigación-diseño de políticas, toma de decisiones en la reforma del sector salud en Venezuela. En DÍAZ, J. (coord.) *La reforma de salud en Venezuela: aspectos políticos e institucionales de la descentralización de la salud en Venezuela*. CENDES, CIID, MSDS, Corposalud, IESA, Fundación Polar. Caracas, Venezuela.
- 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.
- MÁLAGA, H.; MANZANILLA, L. y TOBA, M. (1996). *Proyectos Municipios Hacia la Salud: Experiencia Venezolana*. OPS-OMS-MSAS. Caracas, Venezuela.
- MSDS (2000). "Organización del Ministerio de Salud y Desarrollo Social." En: www.msds.gov.ve, fecha de consulta: 12-03-2000

- OCHOA, H. (1995). *Tecnocracia y Empresas Públicas en Venezuela (1948-1991)*. EDILUZ, Venezuela
- (1996/1997). "La reforma de la administración pública en Venezuela-Proyectos y Realidad." En *Gestión de Políticas Públicas*. Nos. 7-8. España. pp. 177-188.
- OCHOA, H.; VALLADARES, M. y RODRÍGUEZ, I. (1996). "Administración pública y populismo en Venezuela." En *Revista Venezolana de Gerencia*. Vol. 1. No. 1, Universidad del Zulia, Venezuela, pp. 39-58.
- PÉREZ, A. y JAÉN, M. H. (1993). "Descentralización de la salud: por una atención de calidad". En DE LA CRUZ, R. (coord.). *Descentralización, Gobernabilidad, Democracia*. COPRE, PNUD, Nueva Sociedad, Caracas.
- RAMÍREZ, J. (2002). "Cambios institucionales: La descentralización en Venezuela." En *Convergencia*. Vol. 9, No. 28. UNAM. México, pp. 335-353.
- República de Venezuela (1971). *Mensajes Presidenciales 1940-1959*. Tomo V. Ediciones de la República de Venezuela. Caracas, Venezuela.
- RODRÍGUEZ, G. (2000). *Lineamientos político-estratégicos en Salud*. MSDS. Caracas. Venezuela.
- RODRÍGUEZ, I. y PÉREZ, J. (1996). "Descentralización, participación y democratización: el marco político para el fortalecimiento de los sistemas locales de salud." En *Cuestiones Políticas*, No. 17. Universidad del Zulia, Maracaibo, Venezuela, pp. 61-83.
- VISO, C. (1999). *Educación y Salud. En el proceso de modernización del capitalismo rentístico del Estado Venezuela 1936-1945*. Universidad Central de Venezuela, Fondo Editorial Tropykos, Caracas.
- WEBER, M. (1976). *Economía y Sociedad. Esbozo de Sociología Compresiva*. Tomo II. 2da. reimpresión en español. Fondo de Cultura Económica. México