

GESTIÓN DE LA POLÍTICA DE SALUD EN VENEZUELA DURANTE EL PERÍODO 1958-2012.

Avance de investigación en curso.

Gt 19: salud y seguridad social. Transformaciones sociales e impacto en la población.

Estíflita Ynés Molero González¹

Resumen

El objetivo es analizar la gestión de la política de salud en Venezuela durante el período 1958-2012. La investigación es documental y se contrasta teoría-realidad. Resultados: a) Período previo a la democracia se institucionalizan los servicios de salud, el Estado es formulador principal de políticas, enfoque preventivo y curativo. b) Durante 1958 a 1989 predomina el modelo de gestión burocrático populista, clientelar, centralizado políticas de salud universalistas. c) Para 1990 prevalece el modelo neoliberal, políticas focalizadas, reducción del gasto en salud, descentralización, privatización, participación del tercer sector. d) El gobierno, en 1999, inicia la transformación en salud, en 2003 crea Misión Barrio Adentro, con políticas de promoción en salud, preventiva y atención médica integral orientada a saldar la deuda social.

Palabras clave: Gestión, Salud, Venezuela

Introducción

La presente investigación tiene por objetivo analizar la gestión de la política de salud en Venezuela durante el período 1958-2012 y es parte de los resultados parciales del Proyecto de Tesis titulado: “Gestión de políticas de salud por la Misión Barrio Adentro en el municipio Miranda (2003-2012)”. Este trabajo es considerado importante para el avance de las ciencias sociales ya que contribuye a la producción de conocimiento teórico-crítico en materia de gestión en salud y coadyuva en la interpretación del proceso de transición hacia el Socialismo en Venezuela. La investigación es documental y contempla la contrastación dialéctica teoría-realidad.

El trabajo se estructura de la siguiente manera: Primero introduce el tema de la salud antes del establecimiento de la democracia en Venezuela, luego caracteriza el modelo burocrático populista de salud predominante en el período de 1958 a 1989, seguidamente el modelo neoliberal de gestión en salud de la década de los noventa y la conformación de un modelo de salud, desde 1999, con características incluyentes orientado a la transformación del sistema público de salud.

1. Gestión de la salud en Venezuela (1900-1998)

1.1. Período previo al establecimiento de la democracia en Venezuela

La institucionalización de los servicios de salud en Venezuela se inicia en el siglo XX, específicamente durante el período 1900 a 1958. En este momento intervinieron fundaciones y gobiernos extranjeros, con políticas y financiamiento para atacar brotes epidemiológicos. El Estado

¹ Socióloga. MSc. en Gerencia Pública. Cursante del Doctorado en Ciencias para el Desarrollo Estratégico. Mención Salud Pública de la Universidad Bolivariana de Venezuela. Docente Asistente a dedicación exclusiva de la Universidad Bolivariana de Venezuela. Programa de Formación de Grado Gestión en Salud Pública. estilitamolero@gmail.com.

delimita su competencia en materia de política de salud y crea leyes e instancias institucionales para la gestión de las políticas. Con la explotación de los recursos petroleros en el país, el Estado se convierte en principal financista y formulador de las políticas de salud, su papel es de interventor y regulador. Las políticas en salud estuvieron orientadas hacia el enfoque preventivo y curativo, en unos períodos de gobierno se hizo énfasis en uno u otro enfoque de atención en salud. Asimismo, en este período se establecen estrategias de educación sanitaria para el fomento de la salud (Rincón y Rodríguez, 2004).

Predominó en el período 1900-1958 los rasgos del modelo de gestión burocrático, caracterizado por la especialización funcional, proceso de centralización y concentración de las decisiones en el poder nacional, aplicación de fuertes prácticas de control sobre las tareas ejecutadas por los empleados, estabilidad de los funcionarios, proceso de profesionalización de los funcionarios de la salud (Rincón y Rodríguez, 2004). Se inicia la red nacional de instituciones hospitalarias y de atención médica preventiva (Castellanos, 1982, citado en Rincón y Rodríguez, 2004) distinguiéndose los distritos sanitarios y las regiones sanitarias.

Uzcátegui (2013) afirma que la institucionalización de la salud en Venezuela surge “como una necesidad de los intereses económicos de las empresas multinacionales ubicados detrás de la explotación petrolera” (p. 2). De este modo, según el autor, se crea en Venezuela el Ministerio de Salud en 1936, como un esbozo de un posible sistema público único nacional de salud, la salud era concebida como una relación médico-asistencial y con algunas acciones preventivas y de salud pública convencional como el control de epidemias.

A pesar del intento del Estado venezolano en integrar el naciente sistema de salud, según Uzcátegui (2013):

“...con la aparición del IVSS (año 1946), para atender a la población trabajadora, se inicia la fragmentación del sistema entre asegurados y no asegurados, que luego se profundizará con la creación de numerosos organismos de atención médica para diversos sectores de la población (maestros, militares, profesores universitarios, empleados de Ministerios, Gobernaciones, y muchos más). De la misma manera prolifera como empresa mercantil lucrativa la atención médica privada, con clínicas y establecimientos...” (p. 2)

Esta situación marca el despliegue de la fragmentación del sistema nacional de salud en Venezuela situación que se profundiza en los períodos siguientes.

1.2. Modelo de gestión burocrático-populista en las instituciones de salud

A pesar de los avances en materia de salud, no es hasta inicios de la democracia cuando se consagra, nuevamente, a nivel constitucional el derecho a la salud². Según Rincón y Rodríguez (2004) en el período 1958 a 1989 se desarrollan políticas formales de salud bajo el modelo de gestión denominado burocrático-populista (Ochoa, López y Rodríguez, 1996). Las políticas de salud, diseñadas e implementadas por el Estado populista, forman parte de las políticas sociales, las cuales se caracterizaron durante el proceso de consolidación de la democracia representativa, por ser de corte universalista, es decir, no privilegiaron a sectores específicos, sino que estuvieron dirigidas, en lo formal, a satisfacer las demandas de todos los sectores y grupos sociales, con el fin de legitimar las acciones del Estado democrático y combatir de esta manera lo que consideraban la “amenaza” del comunismo.

² Ya que en 1947 el derecho a la salud aparecía consagrado en la Constitución del entonces, luego en 1953 no fue incluido explícitamente este derecho en la Constitución y más tarde con la Constitución de 1961 se retoma como derecho social (Rincón y Rodríguez, 2004)

Desde lo real, las políticas universalistas en salud favorecieron a sectores vinculados al puntofijismo y a las burocracias estatales. A esto añaden Rincón y Pérez (1996) que las políticas universalistas distribuyeron “subsídios 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” (p. 66). Esto en buena medida, es debido a características como el clientelismo, padrinazgo, compadrazgo y otras atribuciones propias del modelo de administración burocrático-populista.

El modelo de gestión burocrático-populista, en este contexto, se caracterizó por la concentración y centralización de las decisiones a nivel nacional, los principales actores son los partidos políticos y empresarios, los procesos administrativos se tornan lentos, poco participativos y excluyente de los niveles subnacionales (Ochoa et al., 1996). En materia de salud persiste la selección y el reclutamiento del personal bajo la influencia de los partidos políticos, desempeño ineficiente del personal, inexistencia de una adecuada política de recursos humanos, ausencia de estímulos y reconocimientos al trabajador, se subordina la especialización del personal a la influencia del compadrazgo y amiguismo (Rincón y Rodríguez, 2004)

Por su parte, Gamboa y Rangel (1996) destacan, tres modelos de atención en salud en Venezuela que permanecen vigentes hasta la actualidad y presentan modificaciones en los modelos de gestión, éstos a su vez, dependen del modelo de Estado. Entre los modelos de atención en salud se tienen:

a) Modelo de atención amplia, de libre acceso y financiado por el Estado, constituido por la red de hospitales y ambulatorios, que para los noventa se fundó en modalidades de “recuperación de costos”, organizadas a través de fundaciones por especialidades. Una de las características del servicio es que los hospitales, debido al congestionamiento, no logran cumplir con la atención médica.

b) Modelo de atención en salud de acceso restringido, implementado por el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS) “fundamentalmente dirigido a trabajadores del sector privado y más de cien modelos similares, expresados en instituciones públicas específicas, tales como empresas del Estado, ministerios, universidades, gobernaciones, municipalidades, etc” (Gamboa y Rangel, 1996, p. 268). Las autoras señalan que algunos sindicatos, debido al deterioro de estos servicios, procuraron complementar la atención en salud con la contratación de costosos seguros privados, para cubrir los requerimientos de hospitalización, cirugía, maternidad, consultas de emergencias y algunas especialidades, unidos a la alternativa de la medicina pre-pagada.

c) Modelo de atención privada en salud, conformado por clínicas pequeñas y medianas, consultorios de atención ambulatoria, individuales o de grupos no profesionales, muchos de los cuales no están registrados legalmente.

Cabe destacar, que las clínicas privadas, según Gamboa y Rangel (1996):

“disfrutaron de las ventajas del Estado de Bienestar, especialmente por los “subsídios” otorgados bajo la modalidad de créditos con bajas tasas de interés, plazos de gracia y poca efectividad en la cobranza; gracias a la contratación de sus servicios por instituciones del Estado y por los diferentes institutos de previsión, así como otras facilidades de acumulación de capital propias del modelo burocrático- populista. Todo ello incidió en la poca preocupación por la eficiencia, descuidando la racionalización en el uso de los recursos, tanto en lo relativo a servicios médicos como en el manejo de la hotelería hospitalaria” (p. 268).

Para 1970 y 1980 el Estado comienza a mostrar síntomas de debilidades manifiestas en pérdida de capacidad para regular y supervisar las actividades sanitarias a escala nacional, debilidades derivadas del modelo de gestión y corrupción en todas las instancias del aparato público. Estos aspectos unidos al déficit fiscal de la época, la orientación populista, las presiones de los sectores populares y el estancamiento de la economía, impulsan a los gobiernos de turno, a ceder a los sectores privados prebendas para la gestión de políticas en salud. De esta manera, para mediados de 1970 se crearon

grandes hospitales de tipo empresarial, lo que se tradujo en el desplazamiento del sector público por parte del privado (Rincón y Rodríguez, 2004).

1.3. Políticas neoliberales y gestión de la salud

Con los cambios en el aparato del Estado orientados hacia una economía de mercado impulsada por las reformas neoliberales en Venezuela desde finales de 1980, las políticas en materia de salud se constituyen en parte de las políticas sociales focalizadas. Estas políticas estuvieron destinadas, en lo formal, a satisfacer las necesidades de los grupos sociales más vulnerables. En la práctica, lo que se busca es el retiro del Estado en la regulación de la educación, salud, transporte, servicios públicos, con el objetivo de dar paso a las empresas privadas en la gestión de las políticas públicas. Según Gamboa y Rangel (1996) la privatización de los servicios de salud, fue una tendencia aplicada en América Latina, unida al “incremento de las pólizas de seguros de hospitalización, cirugía y maternidad y otras formas de medicina pre-pagada” (p. 253)

Se destaca, asimismo, el papel de los organismos multilaterales como formuladores de las políticas de salud durante la década de 1990. Según Gamboa (1999) el Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo condicionaron los préstamos para la reforma del sistema de salud orientada a la economía de mercado, esto se logró a través de estrategias como la reducción del gasto social en salud, la descentralización como vía para la consolidación de la autonomía legal y operativa de los hospitales, ambulatorios y su posterior privatización, la reconversión laboral con tendencia a la flexibilización del contrato de trabajo. Estos factores deberían presionar hacia la eficiencia, pero no aseguran la universalidad ni la equidad en la prestación de los servicios de salud.

Las reformas neoliberales favorecieron los cambios en el modelo de gestión pública en todos los sectores. En materia de salud, el Estado privilegia las políticas y estrategias de descentralización, privatización y participación del tercer sector. En materia de políticas de descentralización, el Estado promulga en 1989 la Ley Orgánica de Descentralización y Delimitación y Transferencia de Competencias del Poder Público, la Ley Orgánica de Elección y Remoción de Gobernadores y alcaldes y la reforma a la Ley Orgánica de Régimen Municipal. La Ley Orgánica de Descentralización destaca que la salud pública es uno de los servicios objeto de transferencia, esto trajo como consecuencia, según Rincón y Rodríguez (2004) que los estados regionales asumieran la responsabilidad en materia de salud sin contar con un Reglamento que orientara la implementación de esta política por las gobernaciones. De modo que cada gobernación crea 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 (Rincón y Rodríguez, 2004).

Bajo la forma de O'NGs, de fundaciones, asociaciones, las gobernaciones administraron los servicios de salud durante los noventa. A partir de lo que denominaron estrategias de “autofinanciamiento” o “autogestión” cobraban a la población por la prestación de determinados servicios de salud, lo que constituye una privatización solapada. Al respecto, Gamboa y Rangel (1996) comentan que esta estrategia de “recuperación de costos, convierte a los servicios públicos de salud en especie de clínicas privadas con recursos del Estado” (p. 268), aunado al débil control por parte del Estado sobre estas organizaciones. Esta estrategia de incorporación del tercer sector para el traspaso de las funciones del Estado a la “sociedad civil” se justificaron, según los formuladores de política, por la escasez de recursos fiscales para la atención del servicio y con argumentos de promover la participación, cuando realmente estos son argumentos que obedecen a la necesidad de minimizar el Estado y legitimar sus acciones sin que ello se traduzca en aumento de la democratización como el discurso neoliberal lo promueve.

Finalmente la aplicación constante de políticas neoliberales de reducción del gasto público que desde los años 1970 venían aplicando de manera incremental los gobiernos de turno agudizaron la

crisis del sistema público de salud, unido al deterioro de las condiciones de vida del venezolano producto de la crisis fiscal y la corrupción generalizada y a las características del modelo de gestión burocrático-populista: clientelismo político-partidista, al incremento de las instituciones, de la burocracia estatal, malversación de fondos, fuga de capitales, endeudamiento progresivo y a la cultura del derroche propia del modelo rentista petrolero.

De modo que, la argumentación, de subsanar los problemas de la prestación del servicio debido a la escasez de recursos, es el argumento declarado, el cual es cuestionable, ya que las políticas de descentralización y privatización son propias del modelo neoliberal para la reducción del tamaño del Estado y la generación de lucro al sector privado nacional e internacional, esto son los objetivos ocultos de las políticas.

Las políticas de descentralización y la privatización dieron paso a la política de salud medicalizada y curativa, esto se vincula con el acceso de las empresas farmacéuticas transnacionales a los sistemas de salud y a la economía de mercado. La adopción de la descentralización, según Rincón y Rodríguez (2004):

“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” (p. 523).

A mi juicio, si bien la descentralización y la privatización obedecieron a características del modelo tecnocrático, lo que corresponde a la incorporación de la “sociedad civil” o el “tercer sector”, puede ser considerado como característico del modelo de gestión de la Nueva Gerencia Pública. Este modelo comparte muchas características con el modelo tecnocrático pero se diferencia de este último en la medida que amplía los canales de participación, al incorporar actores sociales en la ejecución de políticas públicas.

No obstante, comenta Rincón y Rodríguez (2004) que en este período no es posible hablar de un único modelo de gestión, sino que se presentaron una gran gama de modelos de gestión, entre los que destacan los fundamentados en la privatización de los servicios de salud para la recuperación de costos en la estrategia de municipalización, conocida como “Municipios Saludables”.

2. Gestión de políticas de salud por la Misión Barrio Adentro (1999-2012)

En esta parte se realizará una aproximación a la gestión de políticas públicas en salud, específicamente las llevadas a cabo por la Misión Barrio Adentro, se tiene en cuenta el municipio Miranda como referente empírico

2.1. Contexto en el cual surge la Misión Barrio Adentro como política de salud en Venezuela

Para la toma de posesión en 1999 del Presidente Hugo Chávez Frías, Venezuela se encontraba bajo el modelo de Estado neoliberal. Este Estado se afianzó en los modelos de administración fundados en los principios tecnocráticos, de la Nueva Gestión Pública, con presencia de viejas prácticas burocráticas-populistas. En muchos casos, los modelos administrativos que rigen las instituciones de salud: público, mixto o privado, no son puros, sino híbridos. En todo caso, el país estaba encaminado hacia una economía de mercado, cuestión que el Presidente, desde los discursos como candidato, planteó revertir en cuanto asumiese el poder.

Los efectos devastadores del Estado de corte populista y luego del Estado Neoliberal se tradujeron en problemas críticos en exclusión social en todos los ámbitos: salud, educación, seguridad social, entre otros. Para 1998, según, D'Elías y Cabeza (2008) la pobreza afectaba al 40% de la población, la inflación en un 20% y desempleo en 15%, el 70% de la población no asistía los controles de salud, alto porcentaje de los jóvenes desertaban del sistema educativo, aumento del sector informal en un 50%, falta de vivienda adecuada en un 60%. Los diversos problemas de tipo económico, social y políticos requerían de un Estado capaz de hacerle frente y un gobierno capaz de recuperar la confianza perdida de los venezolanos hacia las instituciones públicas y hacia la política como práctica para lograr el bienestar común, debido a la deslegitimación y la crisis de los partidos políticos.

Para hacerle frente a la crisis en todos los órdenes, se somete a referéndum consultivo el cambio en el texto constitucional, se conforma la Asamblea Nacional Constituyente para redactar la nueva Constitución y se somete esta nueva norma a la aprobación de la población en su conjunto. Es entonces, a partir de 1999, con la aprobación de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, que se inicia en el país una serie de cambios sustantivos orientados a transformaciones en el Estado y en la gestión de las políticas públicas en todos los ámbitos.

El Estado se declara como Estado democrático y social, de derecho y de justicia, se declara los principios justicia, solidaridad, democracia y el pluralismo político, entre otros (Asamblea Nacional, art. 2). En materia de salud la Constitución destaca los artículos 83, 84 y 85, en los cuales destaca de salud como derecho ya no restringido a lo social, sino que escala a rango de derecho a la vida, se caracteriza al estado como garante de la salud a través del sistema público nacional de salud con carácter intersectorial, descentralizado y participativo y la obligatoriedad del estado de asumir el financiamiento del sector.

En la práctica para el año 2000 se implementan medidas paliativas a la crisis. D'Elia y Cabezas (2008) comentan que se instalaron dos visiones acerca de la crítica situación social y las alternativas para resolverla. Una de ellas fue la propuesta cívico-militar plasmada en el Plan Bolívar 2000³, la estrategia financiera del Fondo Único Social y e Plan de Asistencia Alimentaria. La otra visión estaría articulada en torno a estrategias para el proceso de cambio estructural, fundadas en reformas institucionales. Esta última comprende medidas, planes, reformas legales a cargo de los ministerios, “sobre la base del mandato constitucional que ordenaba gratuidad, universalidad, descentralización y equidad de los sistemas de salud, educación y seguridad social” (D'Elia y Cabezas, 2008, p. 3).

Comenta D'Elia y Cabezas (2008) que las reformas institucionales no llegaron a completarse plenamente, debido a desacuerdos internos, dificultades financiera, poca claridad en los propósitos y en los criterios de implementación, asimismo la agudización de los conflictos entre el gobierno y los empresarios, gremios, organizaciones no gubernamentales, iglesia, autoridades locales y sectores políticos de oposición. A mi juicio, el problema del diseño de políticas y su ejecución se debió, más que a desacuerdos internos o falta de claridad en los propósitos, a la radicalización del discurso presidencial en el cual se exponía transformar la estructura del Estado, de modo de acabar con los privilegios de las élites políticas y burguesas para democratizar el poder y los beneficios sociales a favor del colectivo. Se trata así que la incongruencia del proyecto político del Presidente Hugo Chávez con respecto al proyecto político neoliberal que privilegió a grupos élites dentro de la estructura del Estado. Por lo tanto, la falta de efectividad en los cambios institucionales es un problema de carácter netamente político.

No obstante, no es hasta el año 2003, luego de la intentona golpista del año 2002 y del paro petrolero del 2003, cuando se promueven en Venezuela las misiones sociales, las cuales se constituyen en políticas de Estado para la inclusión de vastos sectores sociales y para la consolidación de la

3 Plan Bolívar 2000 fue una estrategia que promovió la articulación cívico-militar para poner en práctica planes de corte asistencialista y a corto plazo dirigido hacia los sectores más necesitados.

democracia participativa y protagónica. Precisamente la primera Misión Social y punta de lanza de las nuevas políticas la constituyó la Misión Barrio Adentro.

En mi criterio, la iniciativa de las misiones es cónsono con la necesidad hacer frente al problema político que paraliza, a través del aparato del Estado, toda iniciativa de cambio estructural, en virtud de mantener el sistema de beneficios de los sectores tradicionalmente favorecidos. Las misiones sociales se crean así, como instancias paralelas a la vieja estructura Estatal que se resiste a los cambios, para generar mecanismos de inclusión, democratización y accesibilidad de los sectores excluidos de las políticas del Estado. Obviamente, esta estrategia trae como consecuencia la legitimación de la gestión del Presidente Chávez, y no como afirman D'Elia y Cabezas (2008), que las misiones sociales se constituyeron en estrategias electoreras. Si en esa estrategia enfatizamos cuestión que lejos de ser criticable, es admirable en el sentido que el Presidente de la República se mantiene en constante campaña electoral, a través del desarrollo de políticas que benefician a la población en su conjunto. Se trata así, no de una iniciativa coyuntural, electorera y politiquera, como en otrora acostumbraron los gobernantes de turno, sino de la puesta en marcha de un proyecto de transformación estructural del Estado.

2.2. Creación de la Misión Barrio Adentro Misión Barrio Adentro como política pública de salud

Los antecedentes de la Misión Barrio Adentro (MBA) se encuentran en la incorporación del apoyo de médicos cubanos en la tragedia de Vargas⁴ en 1999. Más tarde, se incorporan los médicos cubanos al plan de atención de los barrios en el municipio Libertador. En el año 2003 se consolida este plan en varios municipios del país y luego se expande a todo el territorio nacional. Para el 26 de Enero de 2004 a través de un decreto presidencial se crea formalmente la Misión Barrio Adentro, publicado en gaceta oficial No. 37.865.

La Misión Barrio Adentro, según Rodríguez y Rincón (2006):

“constituye una política de salud basada en la atención médica y la prevención de enfermedades como principal objetivo, y con un sentido de justicia social humanitaria; garantizando la salud como un derecho social fundamental, sin excluir a ninguna persona y sin distinción de razas, religión o toda política, implantado en la Parroquia y los Municipios de cada Estado del País especialmente en aquellos más deprimidos” (p. 629).

Esta política de salud contempla la salud de manera integral al “coordinar integralmente aspectos relacionados con la salud, educación, cultura y deporte” (Rodríguez y Rincón, 2006, p. 629). El concepto de salud, desde el punto de vista de la política formal, trasciende la concepción del modelo biomético, curativo, medicalizado, individualista, mercantilista de la salud al concepto de salud integral, de modo que combina aspectos curativo con el preventivo, dando prioridad a éste último, tiene en cuenta la educación en salud, la recreación, el deporte, la relación con el ambiente, la economía, la cultura y la seguridad alimentaria (Leal, 2007) como aspectos que determinan la salud en las personas. Se crea así dentro de la Misión Barrio Adentro diversas estrategias para lograr los objetivos de salud integral.

La política de salud de la Misión Barrio Adentro comprende la atención médica en el consultorio y visitas domiciliarias a personas discapacitadas o que por razones de edad, grado de enfermedad no

⁴ Tragedia de Vargas en diciembre de 1999 una vaguada sacudió al actual municipio Vargas dejando gran cantidad de muertos, destrucción de infraestructuras, como consecuencia familias enteras quedaron damnificadas y en estado psicológico, material y de salud deteriorados.

pueden trasladarse al consultorio, asimismo comprende el suministro de medicamentos de manera gratuita (Rodríguez y Rincón, 2006). El territorio por excelencia de la MBA, es el Barrio, aunque se encuentran módulos de asistencia del nivel I en los centros urbanos.

La Misión Barrio Adentro contempla la creación de los comités de salud, como instancias de participación de las comunidades organizada en el sector salud. Los comités de salud se encargaron en un primer momento de velar por el alojamiento de los médicos cubanos, el desarrollo de los censos y diagnósticos de salud, identificación los principales problemas, su priorización y definición de las acciones principales para resolverlos, así como la tramitación en apoyo al trabajo del Consultorio Popular y el Centro de Diagnóstico Integral (Alvarado et al., 2006). Comparto con Leal (2007) la concepción que los comités de salud constituyen “la estructura social de base comunitaria, encargada de asumir la gestión compartida de participación ciudadana en salud” (p. 5).

El modelo de gestión de la MBA se estructura desde el punto de vista formal a partir de redes de servicios de salud, fundados en el modelo organizacional del Sistema Público Nacional de Salud y partir de año 2007 busca responder a los lineamientos del Proyecto Nacional “Simón Bolívar”. Primer Plan Socialista. De modo que “los servicios de salud se organizaran a través de una red estratificada por niveles de complejidad, donde se articulan todos los prestadores de servicio bajo los principios de reciprocidad, complementariedad, solidaridad y equidad”. (Flores, 2008, p. 6).

El modelo de redes de servicios de salud se estructura en la red comunal, la cual comprende el Área de Salud Integral Comunitaria (ASIC) y es el primer nivel de complejidad de la red de servicios, constituida por: unidades asistenciales, docentes e investigativas de salud. Las unidades de salud que conforman el ASIC, son: Consultorios Populares, Clínicas Odontológicas, Ópticas, Sala de Rehabilitación Integral. (SRI), Centro Médicos de Diagnóstico Integral (CMDI) Núcleos académicos (Flores, 2008).

Por su parte, la red distrital comprende el Sistema Distrital de Salud Integral Comunitaria y es el segundo nivel de complejidad de la red de servicios, las unidades de salud que conforman el Sistema Distrital de Salud Integral Comunitaria son las Unidades del ASIC, Hospital General, Clínica Popular, Centro Médico Diagnóstico de Alta Tecnología (CMAT), Unidad de Higiene y Epidemiología. La red estatal comprende el Sistema Estatal de Salud Integral Comunitaria, el cual es el tercer nivel de complejidad de la red de servicios y está conformado por las unidades del Sistema Distrital, Hospital clínico quirúrgico, Hospital especializado Infantil y Ginecobstétricos, Centro estatal de higiene y epidemiología, Otras unidades específicas (Flores, 2008).

Las redes territoriales se conforman en el Sistema Territorial de Salud Integral Comunitaria, es el cuarto nivel de complejidad de la red de servicios. Abarca lo ejes de desarrollo territorial desconcentrado: Eje Norte- Costero, Eje Orinoco- Apure, Eje Occidental, Eje Oriental, Eje Norte Llanero. Las unidades de salud que conforman el Sistema Territorial de Salud Integral Comunitaria (STSIC): Unidades del Sistema Estatal, Hospitales especializado e Institutos de Investigación Científica (Cardiovasculares, Oncológicos, Neurológicos, Traumatológicos, etc.) Centro Regionales de Higiene y Epidemiología. En todos los casos las redes sociales que articulan con las redes de salud son los Comités de salud, Consejos Comunales, Comités de Tierra, Misiones Sociales, Casa de Alimentación, Mesas de Agua, etc. (Flores, 2008).

Otros rasgos innovadores del modelo de gestión de la Misión Barrio Adentro, todavía de carácter exploratorio se encuentran: la coordinación inter-institucional, asumida por diversas instituciones del Estado, participación directa de la empresa petrolera en el financiamiento a las misiones, participación social, desconcentración que implica la provisión de los servicios en los sitios más apartados del país (Ochoa, 2008). A pesar de los avances, comenta Ochoa (2008) que permanecen “los viejos procesos que no sólo se niegan a desaparecer; sino que interfieren con los procesos transformadores” (p. 77), estas viejas prácticas y procesos están relacionadas a los modelos de gestión burocrático-populista y tecnocrático, por lo tanto los modelos de gestión presentan rasgos híbridos pero con tendencia hacia la transformación.

Reflexiones finales

Desde 1900 con la institucionalización de la salud se fragmenta el sistema público nacional de salud, situación que permanece en nuestros días. Gobierno Bolivariano intenta unificar el sistema a través de la Misión Barrio Adentro, de modo que mientras que el sistema paralelo de salud implementa la política de salud para la transformación, sustentada en la política de Atención Primaria en Salud, con rasgos innovadores y otros rasgos del viejo modelo de gestión en menor medida, en el sistema público de salud correspondiente a la vieja estructura de Estado, fundado en el modelo de atención abierto, restringido y privado, se evidencian características de los modelos de gestión burocrático-populista y tecnocráticos, como modelos predominantes, así como la política medicalizada y curativa de la salud. Esta situación de fragmentación no ha sido corregida y urge el diseño y ejecución de políticas coordinadas para la transformación del buen vivir.

Bibliografía

Alvarado, C., Arismendi, C., Armada, F., Bergonzoli, G., Borroto, R., Castellanos, P.L., Castro, A., Feal, P., García, J.M., Gusmão, R., Hernández, S., Martínez, M.E., Medina, E., Metzger, W., Muntaner, C., Muñoz, A., Núñez, N., Pérez, J.C., Vivas, S. (2006). *Barrio Adentro: Derecho a la salud e inclusión social en Venezuela*. Caracas, Venezuela. Caracas, Venezuela. Comité editorial: Arachu Castro (Universidad de Harvard), Renato d'A. Gusmão (Organización Panamericana de la Salud), María Esperanza Martínez (Universidad Central de Venezuela), Sarai Vivas (Universidad Central de Venezuela). Centro de Documentación e Información. OPS Venezuela.

Asamblea Nacional Constituyente (1999). Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. Caracas, Venezuela.

D'Elia, Y. y Cabezas, L.F. (2008). *Las Misiones Sociales en Venezuela*. Caracas, Venezuela: Instituto Latinoamericano de Investigaciones Sociales (ILDIS).

Flores, M. (2008). *Redes de salud en el marco del Plan Nacional de Salud (Venezuela 2008)*. Papel de trabajo de la Misión Médica Cubana. Caracas, Venezuela.

Gamboa, T. y Rangel, E. (1996). Desafíos gerenciales de los sistemas de salud en Colombia y Venezuela en *Revista Venezolana de Gerencia*. Vicerrectorado Académico de LUZ, Maracaibo, Venezuela. Vol 1. No. 2. 251-284.

Gamboa, T. (1999) Condicionamientos multilaterales a la reforma venezolana en salud. En *Revista Venezolana de Gerencia (RVG)*. Vicerrectorado Académico de La Universidad del Zulia (LUZ). Maracaibo, Venezuela. Año 4 N° 7. 45-69.

Leal, M. (2007). La salud revolucionaria: el caso de Barrio Adentro en *Revista Venezolana de Economía y Ciencias Sociales*. Caracas, Venezuela. Vol. 13 No. 3. 161-174

Ochoa H., López M., y Rodríguez I. (1996). Administración pública y populismo en Venezuela en *Revista Venezolana de Gerencia (RVG)*. Maracaibo. Venezuela. Vicerrectorado Académico. La Universidad del Zulia. Vol. 1 N° 1. 39-58

Ochoa, H., (2008). Innovación la gestión pública en Venezuela en *Enl@ce: Revista Venezolana de Información, Tecnología y Conocimiento*. Maracaibo, Venezuela. 5 (1) pp: 65-78

Rincón, M.T., y Rodríguez, I. (2004). Consideraciones Generales sobre la política y gestión de la salud en Venezuela (1900-2003) en *Fermentum*. Mérida, Venezuela. Año 14 No. 41. 503-542.

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*. Universidad del Zulia, Maracaibo, Venezuela. No.17. 61-83

Rodríguez, I., Rincón, M.T. y Madueño J. (2006). Barrio Adentro: Una experiencia de política en salud en ejecución en *Espacio Abierto Cuaderno Venezolano de Sociología*. Universidad del Zulia, Maracaibo, Venezuela. Vol. 5 N° 3. 617-640.