

Propuesta de un modelo integral para la gestión de salud pública en Venezuela

*Trabajo que se presenta para incorporación como
Miembro Correspondiente Nacional, Número 10*

Dr. Saúl Peña Arciniegas

RESUMEN

La anarquía del sistema con la paralización del proceso de descentralización y el retorno a un sistema de salud pública centralizado en Venezuela, ha conllevado a la incapacidad de gestión institucional del ente rector en políticas de salud. Inexistencia de un modelo de gestión para la operacionalización de las políticas de salud pública en; como trabajadores de la salud y la vivencia día a día de la problemática del modelo de gestión de salud pública en Venezuela nos planteamos este trabajo de investigación, cuya finalidad es la creación de un modelo integral para la gestión de Salud Pública en Venezuela, orientado a la promoción y prevención, teniendo como base la salud pública integral, basados en principios orientados de equidad , acceso,

DOI: <https://doi.org/10.59542/CRANM.2023.XXVIII.11>

Caracas abril 2021

calidad, y universalidad. Fortalecer el papel del ente rector a través de un modelo integral para la gestión de Salud Pública en Venezuela, participativo, descentralizado y coordinado. La creación de un modelo integral para la gestión de salud pública en Venezuela a lo largo de los años 2009 - 2011 ha sido sustentada por la firme convicción, compartida por quienes participamos en la tarea de elaborarlo, de que a fin de cuentas estamos ejerciendo como personas y como ciudadanos un derecho fundamentado en la dignidad del ser humano, principio axiológico que recoge nuestra constitución y que deriva de nuestra naturaleza autónoma y racional, que contribuye al libre desarrollo de la personalidad. Más allá del cumplimiento con una Tesis Doctoral, la expresión como derecho subjetivo, lo concebimos en su enfoque social y colectivo, en la posibilidad de que nuestras ideas sobre la salud pública y concretamente aquellas útiles para construir un sistema de salud, contribuyan al beneficio de la colectividad y al desarrollo de los presupuestos necesarios para la subsistencia del sistema democrático de gobierno, como son la formación de la opinión pública y el ejercicio del pluralismo democrático.

Descriptores: Sistema de salud, gestión en salud pública, funciones esenciales de salud pública, equidad, promoción de la salud, participación, SARSCOV-2

INTRODUCCIÓN

Los sistemas de salud son respuestas político institucionales que una nación desarrolla para afrontar y resolver los problemas de salud y enfermedad de sus ciudadanos, por lo tanto, son una “construcción social” que responde a las concepciones teórico ideológicas que predominan en ese Estado, particularmente en relación con la salud y al papel que jugará el Estado en salud, por lo tanto, cada Estado construye un sistema de salud que responde a estas concepciones.

En este sentido, se evidencian a través de la historia, diferentes concepciones de la salud y por ende diversidad de modelos de sistemas de salud de un país, que responden a los criterios teóricos ideológico

de la época, así como, diferencias entre países en un mismo período de tiempo. La Teoría General de los Sistemas surge en el siglo XX con los trabajos de Ludwig Von Bertalanffy y constituye un esfuerzo de integración de las ciencias en un campo de doctrina común, Ferrer Véliz, año 1994.p.223. FUDECO. Venezuela Barquisimeto, entendiendo cómo sistema “un todo complejo y organizado, una reunión de cosas, de partes que forman un todo unitario, la idea de sistemas es sinónimo de métodos, orden, arreglo, es un conjunto de objetos junto con las relaciones entre ellos y sus atributos”. Los sistemas pueden estar formados por subsistemas interdependientes, los cuales pueden descomponerse en subsistemas, progresivamente menores hasta llegar a ser extremadamente simples y sencillos y, contrariamente desde un sencillo subsistema podemos construir un macro sistema. Un aspecto importante es la idea de un conjunto de elementos interconectados para formar un todo, ese todo presenta características y propiedades propias que no se encuentran en ninguno de los elementos aislados. Desde el punto de vista que se analice una organización puede ser un sistema o un subsistema.

Desde el surgimiento de esta teoría las organizaciones la han puesto en práctica, a fin de optimizar su funcionamiento, entre ellas el Sistema Nacional de Salud, con un criterio sectorial, reconociendo como cabeza a los Ministerios de salud, quienes deben coordinarse con otros sectores dentro de un esquema nacional e integral de planificación y coordinación económico social, en el que todos los organismos públicos y privados que tienen interés, o están dedicados a una actividad vinculada con la salud pública, unan esfuerzos a través de cierta uniformidad de procesos administrativos, métodos y técnicas para lograr objetivos programáticos plasmados en los programas de gobierno.

En este sentido, el sistema de salud ha sido definido como: “El área de programación específica de la Nación en función pública, en coordinación con el sector privado, en concordancia con las necesidades reales del individuo y las comunidades, en materia de promoción, defensa y restitución de la salud y de las normas legales que la consagran como derecho social”. Chaves (1981, p.).

Otros lo definen como “Un sistema social comunitario con características e identificación a través de: a) las estructuras o agencias e instituciones; b) un conjunto de funciones específicas; c) el personal identificado para cumplir dichas funciones; d) la ideología y la racionalidad que justifican la continuidad del sistema; e) los equipos y recursos materiales necesarios para llevar a cabo las actividades y f) las relaciones con otros sistemas de la comunidad”. La Pierre (1976, p.)

El sistema de salud es un sistema abierto, tiene un entorno con el cual se interrelaciona, permitiendo la entrada de insumos y la salida de un producto, eminentemente adaptativas a las condiciones del medio, del cual forman parte innumerables subsistemas. Es un sistema ubicado dentro de un campo social con una complejidad bastante grande, y con un objetivo que es el de producir servicios destinados al mejoramiento de la salud individual y colectiva. Chaves, (1981).

Este sistema abarca todas las organizaciones, las instituciones y los recursos de los que emanan iniciativas cuya principal finalidad es mejorar la salud (4). Organización Mundial de la Salud. Primary Health Care: a Framework for Future Strategic. Directions. Ginebra, 2003 (WHO/MNC/OSD/03.01). Es así como, el sistema de salud se puede conceptualizar, como las intervenciones en la sociedad que tienen como propósito principal la salud, comprende la atención a las personas y al entorno, hecho con la finalidad de promover, proteger y recuperar la salud, o de reducir o compensar la incapacidad irrecuperable, incluida el suministro de medios, recursos y condiciones para ello; pero también se refiere a las actuaciones ejercidas sobre factores determinantes generales de la salud, realizadas con el fin de mejorar la salud o facilitar su atención, independientemente de la naturaleza de los agentes públicos, sean estos estatales, no estatales o privados que lo realizan.

El sistema de salud entonces, debe ser entendido como algo más amplio que el sistema de atención a la salud, que tiene como componentes sociales a la sociedad civil y al mercado, al sector público no estatal y al propio Estado, en donde, la salud pública cubre una parte del sistema de atención en el sector privado, en el sector público no estatal y en el sector estatal. Pero además de eso, cubre aspectos externos al sistema

de atención que se involucran incluso en el área de la protección social y de salud.

La salud pública tiene un espacio en cada uno de estos ámbitos y los abarca, tanto privado, público no estatal, como estatal, y el entorno social tiene esa responsabilidad integral de la protección social, la protección social en su conjunto. No se debe tampoco confundir el sistema de salud con el sector salud; el sector salud es el conjunto de instituciones, es decir, de organizaciones formalmente organizadas en un régimen político, jurídico y administrativo, cuya finalidad principal es trabajar para la salud y de sus relaciones entre sí y con otras instituciones. Componen el Sector Salud los siguientes subsectores: público estatal, público no estatal, privado de interés público y privado relacionado con el mercado.

Algunas instituciones relacionadas con salud están adscritas a otros sectores y no están en el sector salud propiamente dicho, como el saneamiento básico ambiental, la producción de equipos e insumos de salud, la producción de medicamentos, la seguridad alimentaria, los seguros de salud, etc., ya que prevalece en esta organización y agrupación, la naturaleza de la organización productiva sobre el fin, como regla para pertenecer a un sector u otro.

El sistema de salud y el sistema de atención que lo compone, tienen como finalidad fundamental producir salud de la mejor manera posible en cada situación específica y constituye los ejes del proceso social de generación de salud, es decir, producir salud para las personas, pero especialmente para la población en su conjunto. La eficacia social del sistema es el principal indicador de desempeño del sistema de salud, es decir, la de salud de la población.

Sin embargo, no basta con ser eficaz y producir salud socialmente, sino que el sistema debe hacerlo generando satisfacción individual y sobre todo, satisfacción social. Es decir, el nivel de satisfacción constituye el segundo indicador de desempeño global de los sistemas de salud y de atención en salud. El sistema de salud entonces debe generar un producto social que es la salud de la población, pero respondiendo a las necesidades y a las demandas de la sociedad y de las personas, ya

que la satisfacción se evalúa en varios factores, como son: la calidad de la atención, definida por la capacidad de solución de los problemas y las formas de prestación, y la respuesta a las expectativas de salud de la población.

Los sistemas de salud tienen reconocidos valores y principios que todos hemos repetido y hemos valorado, como la equidad, la participación social, la eficiencia, la descentralización, la integralidad de la atención y la solidaridad. Y requiere de ciertos recursos y condiciones para su funcionamiento, como son: el liderazgo, la información, los recursos humanos, y la capacidad física, los conocimientos y la tecnología, y por supuesto, la financiación del sistema.

Con esos requisitos y con esos principios, hay unas funciones del sistema de salud claramente definidas, como son: la rectoría, el aseguramiento, la provisión de servicios, la compra y el financiamiento. Y en el ámbito de la rectoría, tenemos, la regulación, la armonización de la provisión de servicios, la conducción del sistema, la vigilancia del aseguramiento, la modulación de la financiación y las Funciones Esenciales de la Salud Pública. Estas son en general, las funciones y las características del sistema de salud.

El Proyecto de Trabajo de Incorporación se presenta estructurado en tres (3) capítulos que se describen a continuación: El capítulo I, denominado el problema, hace referencia a la situación problemática, interrogantes del estudio objetivos tanto general como específicos y a la justificación e importancia del estudio. En el capítulo II marco referencial, contiene los antecedentes del estudio internacionales y nacionales, referentes teóricos, bases legales. El capítulo III abordaje metodológico, está referido al diseño de la investigación, tipo de estudio, informantes claves, técnicas e instrumentos de recolección de los datos y plan de análisis de resultados.

“No hay mejor prueba del progreso de la civilización que el progreso del poder de cooperación.”

John Stuart Mill 1806-1

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

Situación Problemática

Desde la década de los ochenta se vienen realizando reformas de la gestión de salud en Latinoamérica y el Caribe, pasando por Venezuela, las cuales no se han logrado concretar, siendo Cuba uno de los países, donde el sistema de salud es universal, pero deficiente en los recursos que permita un financiamiento acorde a las necesidades de salud de la población conllevando a una deficiente gestión de salud. La anarquía del sistema con la paralización del proceso de descentralización y el retorno a un sistema de salud pública centralizado en Venezuela, ha conllevado a la incapacidad de gestión institucional del ente rector en políticas de salud, creando limitaciones para una gestión integral de salud, que inciden negativamente sobre los principios normativos del derecho a la salud, a saber: la universalidad, la equidad, la promoción, la integración social, la solidaridad y la participación, con la consiguiente prestación insuficiente de servicios de promoción de la salud y prevención.

Inexistencia de un modelo de gestión para la operacionalización de las políticas de Salud Pública en Venezuela. La descripción y el análisis del actual sistema de salud en Venezuela y el estado de salud de la población con énfasis en enfermedades emergentes y reemergentes documentado en la Ponencia Central de la LXIII Reunión Ordinaria de la Asamblea de la Federación Médica Venezolana, realizada en Punto Fijo Estado Falcón (27 al 31 de octubre de 2008), cuyos males, sin duda, se han agravado en los dos últimos años, permite afirmar que estamos ante una situación compleja que afecta a todo el sistema. De manera general, el sistema de salud, tal como hemos señalado como investigadores presenta grandes limitaciones en las políticas implementadas, en su desempeño general, así como restricciones generales para garantizar el acceso universal a servicios y el mejoramiento de las condiciones de salud de la población y el logro de la equidad.

Las principales restricciones identificadas para la gestión general del sistema de salud en los últimos años y que motivan esta investigación son:

1. Limitaciones constitucionales para alcanzar un sistema moderno de salud. Apesar de que la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela de 1999 incorpora avances en el financiamiento de la salud y en la concepción de la salud como derecho, limita las posibilidades de reformas efectivas al considerar que los bienes y servicios públicos de salud con propiedad exclusiva del Estado. El Sistema de Salud está expuesto a serias amenazas determinadas por la aplicación de instrumentos jurídicos y decretos contrarios y violatorios de la Constitución, que influirán negativamente sobre los principios normativos del derecho a la Salud, a saber: la universalidad, equidad, promoción y participación. Estas decisiones tendrán efectos negativos sobre principios y valores del derecho a la vida en democracia, que involucra la salud de los venezolanos y afectarán negativamente la organización del Sistema de Salud, descentralizado y democrático que será sustituido por un sistema socialista centralizado, autoritario y no bien definido, si no se corrigen estas desviaciones.
2. Fracaso en la aprobación de la legislación específica: Luego de casi 10 años, y contando con el apoyo mayoritario en la Asamblea Nacional, el gobierno, sin justificación alguna no ha aprobado la ley Orgánica de Salud.
3. Incapacidad de gestión Institucional del Ministerio del Poder Popular para la Salud y Protección Social y pérdida de la rectoría al permitir y facilitar la instalación y desarrollo de un sistema paralelo de salud (conducido por la Misión Médica cubana), que aumenta la fragmentación del sistema y no aplica los 14 programas integrados de salud del MPPS (Ministerio del Poder Popular para la Salud)
4. Caos y anarquía de la organización del sistema por abandono de las responsabilidades del MPPS en la conducción, modulación,

- desarrollo, regulación, control y evaluación del sistema intergubernamental de salud descentralizado y por la promoción e implantación simultánea de un modelo de salud centralizado.
5. Deficiente coordinación de las fuentes de financiamiento público del sistema y graves fallas en la planificación, determinación, asignación, uso, control y evaluación de los recursos, no enfocados en objetivos definidos por los principales determinantes de la salud y carencia de un plan de financiación basado en Cuentas Nacionales de Salud. Además, por la exclusión de fuentes privadas de financiamiento.
 6. Paralización del proceso de descentralización: Hasta 1998 se habían transferido los servicios de salud a 17 estados. El gobierno del presidente Chávez paralizó este proceso. Hoy tenemos 17 estados con “descentralización suspendida” y 7 estados conducidos directamente por el Ministerio del Poder Popular para la Salud y la amenaza cumplida de centralización, impuesta mediante decretos de transferencia del sistema de salud de 4 estados al Ministerio del Poder Popular de la Salud y Protección Social.
 7. Prestación insuficiente de servicios de promoción de la salud y prevención; simultáneamente, desarrollo desordenado y no integrado de redes y niveles de servicios de asistencia médica con déficit grave de cobertura y acceso a las prestaciones por carencias crónicas de insumos, pobre calidad de los servicios e intervención simultánea de múltiples hospitales de la red pública de establecimientos mediante reparaciones insuficientemente planificadas y peor ejecutadas que colapsaron la capacidad de atención de los servicios.
 8. Ausencia de definición del conjunto de prestaciones de salud: El gobierno no ha propuesto el conjunto de prestaciones universales de salud. Como resultado, los ciudadanos no saben cuáles son los servicios de salud que recibirán con cargo al presupuesto público.
 9. Eliminación del Programa de Atención Materno-Infantil (PAMI): Como resultado de esta decisión, 500.000 personas (entre niños

- menores de 6 años y mujeres embarazadas) dejaron de recibir servicios de salud y alimentos. Este factor ha influido en el aumento de la mortalidad materna, en la persistencia de 80 % de muertes evitables en menores de un año, y en el alto porcentaje de niños desnutridos en el grupo entre 2 y 6 años (26 %).
10. Interrupción de las estrategias de control de las enfermedades endémicas: En el inicio del gobierno, se interrumpieron las actividades de control contra la malaria y el dengue y se debilitó la capacidad de vigilancia epidemiológica y de respuesta. Como resultado, el aumento de los casos de malaria y dengue ya señalados y los peligros de aparición de enfermedades infecciosas emergentes y re emergentes.
 11. Insuficiente énfasis en la prevención del VIH-SIDA y de otras enfermedades de transmisión sexual. Se ha debilitado el enfoque preventivo, y se ha enfatizado el enfoque médico-curativo y de prevención secundaria. No se dispone de información oficial confiable sobre la magnitud de la epidemia y el impacto sobre la población.
 12. Debilitamiento del sistema de vigilancia epidemiológico y reducción de su capacidad de respuesta ante nuevas amenazas, como las enfermedades emergentes y re emergentes, agravadas por una política errada de suspensión de la divulgación del Boletín Epidemiológico Semanal, decisión arbitraria que debilita aun mas el sistema de salud, restringe la libertad de información y reduce las garantías para el disfrute del derecho a la salud.
 13. Pobre desempeño en el Plan Ampliado Nacional de Inmunizaciones cuyas bajas coberturas han facilitado la reaparición de brotes epidémicos de enfermedades transmisibles, controlables mediante vacunas como la parotiditis y el riesgo de aparición de otras con grave impacto epidémico como poliomielitis y difteria que fueron erradicadas hace muchos años. Entre éstas el sarampión que muestran las más bajas coberturas de inmunización en el Continente Americano, por debajo de Haití.

14. Escasez de políticas nacionales intersectoriales para el control de la violencia, los accidentes y uso ilícito y consumo de drogas de adicción, enfocados como grandes problemas de salud.
15. Ausencia de una estrategia general contra las enfermedades crónicas: La atención de los problemas crónicos (como el cáncer, las enfermedades cardiovasculares, diabetes, los trastornos mentales), no ha contado con una estrategia ni programas integrados coherentes que hayan producido resultados. Agravándose en la Pandemia de la COVID-19.
16. Inexistencia de mecanismos de seguimiento de las condiciones de salud de la población: La última encuesta de hogares para la medición de las condiciones de salud la realizó la OCEI en 1998. En estos momentos el país no cuenta con mecanismos de monitoreo de los cambios en los problemas y servicios de salud.
17. Desviación de los esfuerzos de participación ciudadana en salud de base comunitaria, hacia intereses y objetivos político-ideológicos impuestos y tutelados por el poder del gobierno nacional con fines de dominación y hegemonía.
18. Política de Recursos Humanos carente de un plan basado en información confiable y con profundos desequilibrios de distribución, asignación, construcción y cooperación de equipos de trabajo en salud. Exclusión de centros académicos y de investigación, gremios y sociedades científicas en la planificación y desarrollo de los recursos humanos. Creación de un sistema paralelo de educación superior en salud no acreditado que no garantiza la calificación y competencia de egresados. Carencia de incentivos económicos y sociales y promoción directa e indirecta del ejercicio profesional precario y sus consecuencias: deserción y emigración profesional.
19. Pobre enfoque intersectorial de las políticas y estrategias de salud que limita la integración de las acciones destinadas a resolver los determinantes estructurales e intermedios de la salud y de la carga de morbilidad crónica, que están fuera del sector salud; que mejore la educación, las fuentes de trabajo, la calidad del

- ambiente, el agua potable, las excretas, la vivienda, la seguridad, el bienestar y el desarrollo.
20. Errada Política de relación y cooperación con organismos Internacionales y de acuerdos bilaterales de cooperación con otros Estados, que ha permitido la intervención directa de los primeros como operadores políticos del diseño de estrategias, proyectos y en la toma de decisiones sobre asuntos que exceden funciones asesoras. Implementación de modelos de salud impuestos y tutelados desde otros países, específicamente desde Cuba, que rompen los principios de la cooperación internacional en salud basados en el intercambio de experiencias, la reciprocidad, las evidencias y la empatía.
 21. Imposibilidad de cumplir la mayoría de las Metas del Milenio relacionadas con salud de acuerdo a los resultados de las tendencias y proyecciones de los indicadores epidemiológicos evaluados hasta 2006-2007. Entre las más prominentes: la mortalidad materna, y el control de las enfermedades endémicas.

Como trabajadores de la salud y la vivencia día a día de la problemática por la inexistencia de un modelo de gestión de salud pública en Venezuela nos planteamos este trabajo de investigación, cuya finalidad es *Diseñar un modelo integral de gestión para la operacionalización de políticas de salud pública en Venezuela, en el contexto Latinoamericano y del Caribe*, orientado a la promoción y prevención, teniendo como base la salud pública, basados en principios orientados de equidad, acceso, calidad, y universalidad. Fortalecer el papel del ente rector a través de un Modelo Integral para la Gestión de Salud Pública en Venezuela, participativo, descentralizado y coordinado.

El *Diseño de un modelo integral de gestión para la operacionalización de políticas de salud pública en Venezuela, en el contexto Latinoamericano y del Caribe*, a lo largo del año 2010 - 2011 ha sido sustentado por la firme convicción, compartida por quienes participamos en la tarea de elaborarlo, de que a fin de cuentas estamos ejerciendo como personas y como ciudadanos un derecho fundamentado

en la dignidad del ser humano, principio axiológico que recoge nuestra Constitución y que deriva de nuestra naturaleza autónoma y racional, que contribuye al libre desarrollo de la personalidad. Más allá del cumplimiento con una Tesis Doctoral, la expresión como derecho subjetivo, lo concebimos en su enfoque social y colectivo, en la posibilidad de que nuestras ideas sobre salud pública y concretamente aquellas útiles para construir un sistema de salud, contribuyan al beneficio de la colectividad y al desarrollo de los presupuestos necesarios para la subsistencia del sistema democrático de gobierno, como son la formación de la opinión pública y el ejercicio del pluralismo democrático.

Interrogantes del estudio

¿Qué lineamientos teóricos pudieran considerarse en la fundamentación de un modelo integral de gestión en salud pública en Venezuela?

¿Cuáles son las percepciones que tienen los gerentes en cuanto a la gestión en salud pública en Venezuela?

¿Qué se entiende por gestión en salud pública?

La Organización Mundial de la Salud (OMS) al definir la salud en 1946, en su Carta Constitucional, en términos positivos como: El estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Gestión hace referencia a la acción y al efecto de gestionar, se trata por lo tanto de la concreción de diligencias conducentes a un deseo cualquiera, la gestión implica, Gobernar, dirigir, ordenar, disponer y organizar.

Gestión de Salud Pública según la OMS; Son los aportes a la gestión necesaria para la sustentabilidad de la Salud Pública como ciencia y arte esencial para la provisión de los servicios sociales básicos para la sociedad humana, para la familia y para la persona como individuo que participa de la vida ciudadana. Independientemente de la existencia o no de la salud pública como disciplina, en todas las sociedades, desde las más primitivas a las más complejas, se han dado prácticas de atención y cuidados más allá de la esfera de lo individual.

La salud pública, antes que una disciplina científica, fue y sigue siendo un ámbito de intervención social, en el que el subsistema científico encuentra su razón de ser.

Abordar su estudio desde esta perspectiva nos lleva a analizar, aunque sea de forma somera, las distintas acciones y actividades que bajo esta denominación se han venido realizando en nuestra sociedad y la filosofía subyacente en las mismas. En una primera etapa, las actividades asociadas con la salud pública se centraban fundamentalmente en el saneamiento del medio, el control sanitario de los establecimientos públicos, la vigilancia y prevención de las enfermedades transmisibles, etc. La idea que animaba esta forma de abordar los problemas colectivos de salud corresponde, claramente, a una concepción biologicista y negativa de la salud y a un modelo de organización social, en los estados modernos, centrado en la teoría neoliberal. Con la evolución de la sociedad hacia el estado del bienestar, la política social se orienta a garantizar un cierto nivel de vida a todos los ciudadanos a través de la intervención estatal en la vida económica y social. El estado se convierte en garante de los derechos sociales. Se desarrollan entonces los sistemas de protección social que, de forma incipiente, se habían puesto en marcha tanto en Inglaterra como en Alemania tras la revolución industrial.

Desde este modelo de estado social democrático e intervencionista, la salud es considerada uno de los derechos fundamentales de la persona, y entra a formar parte del capítulo de prestaciones sociales. Pero la concepción de la misma se encontraba, más que nunca, anclada en la enfermedad. La medicina reparadora se convierte en el eje de la actividad sanitaria pública. Tanto la industria como los estados necesitaban mantener su capital humano en condiciones de producir. La enfermedad se había convertido en un enemigo del capital y su atención en una de las reivindicaciones más sentida por los trabajadores. La organización y gestión de los servicios de asistencia sanitaria se erige en centro de atención de la actividad pública, aunque se sigue identificando la salud pública únicamente con las actividades de vigilancia epidemiológica y medioambiental, manteniéndose como

área marginal dentro del sistema. Estas funciones tradicionales de la salud pública eran desarrolladas directamente por la administración del Estado, mientras que la actividad asistencial, aunque regulada y controlada por él, era competencia de los sistemas de Seguridad Social.

¿Qué aspectos caracterizan a los sistemas de salud de los países Latinoamericanos y caribeños?

La Organización Mundial de la salud (OMS), señala que un sistema de salud es un conjunto de organizaciones, instituciones y recursos dedicados a la actividad sanitaria (3). Una actividad sanitaria se define como todo esfuerzo desplegado en el ámbito de los servicios de salud personales o de los servicios de salud pública o bien en el desempeño de una actividad intersectorial, con el propósito de mejorar la salud humana (4).

En América Latina se construyeron sistemas de salud mixtos, con una mezcla de influencias conservadoras y progresistas, y se desarrollaron instituciones para la seguridad social dirigidos básicamente a la población trabajadora asalariada y para el resto de la población los Ministerios de Salud, dando lugar a sistemas duales que en la mayoría de los países se fragmentaron en múltiples instituciones para diversos segmentos de la población, esto llevó a inequidades en el acceso y en la distribución del financiamiento público (5).

En este orden de ideas, los sistemas de salud en América Latina, van desde sistemas segmentados con población segregada, es decir, cada tipo de población, según su capacidad de pago en diferentes instituciones, a sistemas de aseguramiento mixto regulado, donde las funciones están separadas, asignadas a diferentes estamentos y, donde la población está integrada. Además, se desarrollaron otros dos tipos de modelos: el de sistema de mercado atomizado, basado en una competencia libre de todos los estamentos y el de sistemas públicos integrados, basados en sistemas de aseguramiento universal público.

Es así, que en la actualidad los sistemas de salud en América Latina y el Caribe, podrían clasificarse como: sistemas públicos integrados y sistemas de seguro de salud unificado, donde se ubican los sistemas del Caribe Inglés, Cuba y Costa Rica; el sistema de seguro de salud

unificado con el modelo de Brasil; los sistemas segmentados como los de Bolivia, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana y Venezuela; aunque algunos como el caso de Paraguay y República Dominicana, están transitando hacia sistemas de aseguramiento mixto, o hacia sistemas de mercado, y los sistemas de aseguramiento mixto regulado, representados básicamente por Chile y Colombia, ya que Uruguay se podría ubicar un poco hacia este lado por el modelo de prestación de servicios cooperativistas y Argentina un poco más hacia el sistema de mercado; por su modelo de prestación corporativo.

Es importante recalcar que, en las reformas propuestas por la mayoría de los países de la América Latina, la organización de los sistemas de salud se dirige hacia el aseguramiento universal de un conjunto de prestaciones básicas, una provisión mixta (público-privado), administración pública del financiamiento, regulación y rectoría estatal.

Sin embargo, en Venezuela, la oposición frente a los lineamientos internacionales de reforma, que han servido como bandera de resistencia política, han dirigido al sistema de salud hacia una tendencia organizacional distinta que en los restantes países andinos, pero no así en la situación real. En Ecuador, Perú, Bolivia, Colombia y República Dominicana, se tiende a configurar el mercado de los servicios médicos regido por las leyes de la oferta y la demanda (6).

En contraposición con sistemas anteriores, se encuentra Cuba, donde el Sistema Nacional de Salud es público y el Estado regula, financia y presta servicios de salud, sumado al hecho de que la salud se configura como un derecho social. Es así como se encontraron varias configuraciones de los servicios de salud en los países estudiados, que van desde un Sistema Nacional de Salud como el cubano, pasando por sistemas basados en el aseguramiento individual de un paquete de servicios como el colombiano y dominicano y, sistemas segmentados como el boliviano, ecuatoriano, peruano y venezolano. Estas configuraciones permiten evidenciar los diferentes grados de participación y control del Estado en las funciones de los sistemas (6).

Cuadro 1. Sistema de Salud en Venezuela y otros países en América Latina

Componentes	Bolivia Ecuador Perú Venezuela	Colombia República Dominicana	Cuba
Integración institucional	No	No	Si (SNS)
Articulación	No	Si	Si
Segmentación poblacional	Si	Si	No
Oferta/demanda	Oferta y Demanda	Demanda, Coexiste financiamiento a la oferta	Oferta
Bienes y servicios	Público y Privado	Mezcla Pública y Privada	Público
Fuente de financiamiento	Recaudo Fiscal (Subsector Público) Cotizaciones (Seguridad Social), Seguros Privados/gasto bolsillos(subsector privado)	Cotizaciones y Recaudo fiscal	Presupuesto estatal
Financiamiento y prestación	Público y privado	Financiamiento público Prestación mezcla pública y privada	Público
Aseguramiento (seguros públicos)	Seguros focalizados en población vulnerable (Excepto Venezuela)	Seguro Obligatorio (paquete de beneficios)	Todas las prestaciones
Principios de ingreso	Pobreza (Subsector público) Mérito Reconocido (Seguridad Social) Poder de Compra (Subsector Privado)	Pobreza Mérito Reconocido Poder de compra (para planes complementarios)	Ciudadanía
Modelo de atención	Curativo Reparativo	Curativo Reparativo	Basado en APS Médico y enfermera de familia
Cobertura	No universal	No universal	Universal

Fuente: Análisis comparativo de los sistemas de salud de la Región Andina y el Caribe (6).

Con respecto al tipo de seguros ofrecidos por el Estado, en el sistema de salud cubano se aseguran todas las prestaciones; en los sistemas de salud de Colombia y República Dominicana, el Estado ofrece un seguro nacional de salud que prioriza las necesidades de la población y además, coexisten planes complementarios de salud y medicina pre pagada, que funcionan a través de los seguros privados. En Bolivia, Perú y Ecuador el seguro público ampara a las poblaciones focalizadas por riesgo.

El único sistema considerado realmente universal es Cuba, que presenta una cobertura de 100 %. En el resto de países, la población sin acceso está entre un 20 % y un 30 %. En cuanto al aseguramiento, en Bolivia y Ecuador la población sin asegurar es cercana al 85 %, mientras que tanto, en Venezuela como en Colombia es del 35 % a 40 %, a pesar de las diferencias de organización de los servicios sanitarios en estos dos últimos países (6).

En conclusión, los países de América Latina y el Caribe no han logrado un sistema de salud de cobertura universal, equitativa y de calidad, sin embargo, todos los países reconocen la necesidad de introducir nuevas reformas en sus sistemas de salud. Estas abarcan desde los proyectos actuales para superar los problemas del sistema, como en Colombia, hasta la introducción del aseguramiento universal de un paquete de servicios, como en Ecuador; además, se incentiva la competencia entre el sector público y el privado por la prestación de servicios, como en Perú y Ecuador, y la focalización de población vulnerable, como en Bolivia y Perú (6).

En Venezuela el problema es más complejo, pues se vive en un contexto de transformaciones, no solo del sistema de salud, sino de todas las políticas sociales y económicas, que involucran los macro determinantes de la salud. Los pilares sobre los cuales se edificó en los últimos cincuenta años la producción social de la salud, la enfermedad y la atención de la salud en Venezuela, están en transformación (7), conllevando a una crisis del sistema de salud inadmisibles.

El sistema de salud cubano a pesar de ser considerado de cobertura universal, es de difícil comparación con otros países, pues el contexto

en el cual se encuentra es muy diferente. El tratamiento del tema de la salud por lo general se basa en el uso desproporcionado y poco auténtico de estadísticas y conceptos que rayan más en lo anecdótico que en sólidos argumentos de análisis. No existen instrumentos valederos para establecer comparaciones.

El sistema de salud en Cuba es disfuncional en tanto que una tiranía entronizada desde hace casi 50 años corrompe el hacer tanto como el ser social. Cuba tiene un cuerpo social enfermo, buena parte de esa enfermedad esta en esa dictadura prolongada, demasiado prolongada, que agobia a la Nación. De tal manera que la Salud concebida de forma integral como el bienestar físico, psíquico y social está imposibilitada de desempeñarse en Cuba en tanto la dictadura permanezca. Esto no se puede eludir, con independencia de que, en la realidad, a muy poca distancia de donde se vive hay siempre un médico en un consultorio, o que las estadísticas abrumen con datos optimistas; terriblemente manipulados y repetidos hasta el cansancio.

Una sociedad debe garantizar la plena libertad, el respeto a la dignidad y el desempeño creativo del hombre sin limitaciones a sus derechos; solo de esta forma está preparado para garantizar a todos, un cuidado de salud que provea el necesario bienestar físico psíquico y social; este último tan difícil de alcanzar en una dictadura prolongada. El sistema de salud entonces debe generar un producto social que es la salud de la población, pero respondiendo a las necesidades y a las demandas de la sociedad y de las personas, ya que la satisfacción se evalúa en varios factores, como son: la calidad de la atención, definida por la capacidad de solución de los problemas y las formas de prestación, y la respuesta a las expectativas de salud de la población.

Los sistemas de salud tienen reconocidos valores y principios que todos hemos repetido y hemos valorado, como la equidad, la participación social, la eficiencia, la descentralización, la integralidad de la atención y la solidaridad. Y requiere de ciertos recursos y condiciones para su funcionamiento, como son: el liderazgo, la información, los recursos humanos, y la capacidad física, los conocimientos y la tecnología, y por supuesto, la financiación del sistema. Con esos requisitos y con esos

principios, hay unas funciones del sistema de salud claramente definida, como son: la rectoría, el aseguramiento, la provisión de servicios, la compra y el financiamiento.

¿Cuáles son los principios orientadores de las políticas de salud pública del Estado venezolano?

Cualquier intento para incidir de manera positiva, significativa y perdurable en la realidad venezolana, en especial sobre la esfera social y en el sector salud, debe estar precedido por un amplio “Acuerdo Político y Social” en torno al diagnóstico de la situación del país y a los fundamentos del un proyecto de transformación nacional. En circunstancias de una democracia real, se entendería como la sana y natural competencia entre los distintos grupos políticos. En las circunstancias actuales, esta tarea resulta un reto muy difícil de alcanzar, dada la conflictividad política y social que afecta a todos los sectores del país, de intolerancia, de autoritarismo y hegemonía del gobierno nacional y de exclusión de las ideas diferentes a la de la revolución, empeñada en imponer un modelo socialista, autocrático; tales circunstancias han contribuido y contribuirán ineludiblemente a la persistencia de las desigualdades políticas, económicas y sociales que dificultan la cohesión social necesaria para mejorar las condiciones de gobernabilidad, y hacen imposible, por los momentos, lograr un pacto social que abarque todas las posiciones políticas. Tenemos, sin embargo, la convicción de que es el camino correcto y por eso hemos emprendido la tarea de elaborar estas ideas, como un primer paso de un rumbo lleno de incertidumbre.

La persistencia de las desigualdades, la pobreza, la exclusión y la pérdida de oportunidades de participación y libertades políticas, económicas y sociales, viene produciendo insatisfacción y grandes frustraciones para la población venezolana, en especial a los más pobres, resultados que no se corresponden con las obligaciones constitucionales del Estado, referentes a la satisfacción de los derechos sociales ni a la magnitud del gasto social permitido por el ciclo de bonanza económica, derivado de los ingresos petroleros de los últimos años. Se añaden

ahora, los desequilibrios de la crisis económica global que incidirán ineludiblemente sobre la continuidad y sostenibilidad de las políticas y planes sociales y de salud implementados desde la óptica exclusiva del gobierno.

A pesar de estas dificultades y restricciones se hace indispensable insistir en este momento en estimular el debate amplio entre los diversos sectores sociales y políticos para alcanzar acuerdos que permitan construir opciones para el desarrollo del país; acuerdos que recojan las experiencias exitosas y a la vez corrijan las desviaciones y errores del pasado, mediante propuestas viables, enmarcadas en la democracia, con elevado sentido de equidad y justicia social.

Un proyecto de esta naturaleza exige un nivel de democracia superior, de libertades que lo legitime, y que supere la —legitimidad— revolucionaria que exhibe el gobierno. Deberá ser inclusivo e incluyente, respetuoso de la alteridad, un “*proyecto vivo*”, inacabado, abierto a la discusión, que se perfeccione y contribuya progresivamente a la reconstrucción del tejido social con la más amplia participación de los sectores sociales, incluso aquellos que apoyan al gobierno. En fin, que haga sentir que la agenda desviada del proyecto de la actual gestión de gobierno, con todos sus errores, y deficiencias es parte del pasado.

La fusión del Ministerio de Salud con el Ministerio de la Familia (antiguo receptor institucional de la política de desarrollo social) condujo a la desaparición de ese sector. De esta forma el país carece de una red de protección social dirigida a los grupos más vulnerables, y ni siquiera aquella que se tenía en el pasado, con todo y sus naturales fallas, puede mostrarse (3). Por el contrario, esa red de atención social del pasado reciente ha tratado de ser sustituida, primero por la creación de un Fondo Único Social (FUS), que a la postre sólo ha significado una suerte de tesorería social, donde se concentraron recursos de algunos programas sociales, heredados de la administración pasada, más un conjunto de programas denominados como desestructurados, desde los cuales se reparten bienes y servicios según sean las demandas formuladas ante esta dependencia.

¿Cuáles son los fundamentos epistémicos, axiológicos y ontológicos necesarios para estructurar el modelo integral de gestión de salud pública en Venezuela?

Objetivos del Estudio

Objetivo General

Generar los lineamientos teóricos, que darán fundamento a un Modelo de Gestión Integral en Salud Pública en Venezuela.

Objetivos Específicos

1. Analizar los fundamentos epistémicos para estructurar el modelo integral de gestión para la salud pública en Venezuela, fundamentado en una perspectiva holística que integre el enfoque del liderazgo transformacional en contextos descentralizados.
2. Explicar las dimensiones del modelo integral para la gestión de salud pública en Venezuela, fundamentado en una perspectiva holística.
3. Describir las percepciones que tiene los gerentes, en relación a la gestión en salud pública en Venezuela.
4. Crear un modelo integral para la gestión de salud pública en Venezuela.

Justificación e Importancia del Estudio

¿Cómo es actualmente nuestro sistema de salud?

La descripción y el análisis del actual sistema de salud en Venezuela y el estado de salud de la población con énfasis en enfermedades emergentes y reemergentes documentado en la Ponencia Central de la LXIII Reunión Ordinaria de la Asamblea de la Federación Médica Venezolana, realizada en Punto Fijo Estado Falcón (27 al 31 de octubre de 2008), cuyos males, sin duda, se han agravado en los dos últimos años, permite afirmar que estamos ante una situación compleja que afecta a todo el sistema. De manera general, el sistema de salud, tal como hemos señalado como investigadores presenta grandes limitaciones

en las políticas implementadas, en su desempeño general, así como restricciones generales para garantizar el acceso universal a servicios y el mejoramiento de las condiciones de salud de la población y el logro de la equidad.

Para el investigador este documento tomado como referencia la ponencia central sirve como instrumento de identificación de los problemas, reflexión y de proposición para construir opciones para el presente y futuro de la salud pública venezolana y latinoamericana.

Las principales restricciones identificadas para la gestión general del sistema de salud en los últimos años y que nos motivan para esta investigación son:

1. Limitaciones constitucionales para alcanzar un sistema moderno de salud. A pesar de que la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela de 1999 incorpora avances en el financiamiento de la salud y en la concepción de la salud como derecho, limita las posibilidades de reformas efectivas al considerar que los bienes y servicios públicos de salud con propiedad exclusiva del Estado. El Sistema de Salud está expuesto a serias amenazas determinadas por la aplicación de instrumentos jurídicos y decretos contrarios y violatorios de la Constitución, que influirán negativamente sobre los principios normativos del derecho a la Salud, a saber: la universalidad, equidad, promoción y participación. Estas decisiones tendrán efectos negativos sobre principios y valores del derecho a la vida en democracia, que involucra la salud de los venezolanos y afectarán negativamente la organización del Sistema de Salud, descentralizado y democrático que será sustituido por un sistema socialista centralizado, autoritario y no bien definido, si no se corrigen estas desviaciones.
2. Fracaso en la aprobación de la legislación específica: Luego de casi 10 años, y contando con el apoyo mayoritario en la Asamblea Nacional, el gobierno, sin justificación alguna no ha aprobado la ley Orgánica de Salud.

3. Incapacidad de gestión Institucional del Ministerio del Poder Popular para la Salud y Protección Social y pérdida de la rectoría al permitir y facilitar la instalación y desarrollo de un sistema paralelo de salud (conducido por la Misión Médica cubana), que aumenta la fragmentación del sistema y no aplica los 14 programas integrados de salud del MPPS.
Caos y anarquía de la organización del sistema por abandono de las responsabilidades del MPPS en la conducción, modulación, desarrollo, regulación, control y evaluación del sistema intergubernamental de salud descentralizado y por la promoción e implantación simultánea de un modelo de salud centralizado.
5. Deficiente coordinación de las fuentes de financiamiento público del sistema y graves fallas en la planificación, determinación, asignación, uso, control y evaluación de los recursos, no enfocados en objetivos definidos por los principales determinantes de la salud y carencia de un plan de financiación basado en Cuentas Nacionales de Salud. Además, por la exclusión de fuentes privadas de financiamiento.
6. Paralización del proceso de descentralización: Hasta 1998 se habían transferido los servicios de salud a 17 estados. El gobierno del presidente Chávez paralizó este proceso. Hoy tenemos 17 estados con “descentralización suspendida” y 7 estados conducidos directamente por el Ministerio del Poder Popular para la Salud y la amenaza cumplida de centralización, impuesta mediante decretos de transferencia del sistema de salud de 4 estados al Ministerio del Poder Popular de la Salud y Protección Social.
7. Prestación insuficiente de servicios de promoción de la salud y prevención; simultáneamente, desarrollo desordenado y no integrado de redes y niveles de servicios de asistencia médica con déficit grave de cobertura y acceso a las prestaciones por carencias crónicas de insumos, pobre calidad de los servicios e intervención simultánea de múltiples hospitales de la red pública de establecimientos mediante reparaciones insuficientemente

- planificadas y peor ejecutadas que colapsaron la capacidad de atención de los servicios.
8. Ausencia de definición del conjunto de prestaciones de salud: El gobierno no ha propuesto el conjunto de prestaciones universales de salud. Como resultado, los ciudadanos no saben cuáles son los servicios de salud que recibirán con cargo al presupuesto público.
 9. Eliminación del Programa de Atención Materno-Infantil (PAMI): Como resultado de esta decisión, 500 000 personas (entre niños menores de 6 años y mujeres embarazadas) dejaron de recibir servicios de salud y alimentos. Este factor ha influido en el aumento de la mortalidad materna, en la persistencia de 80 % de muertes evitables en menores de un año, y en el alto porcentaje de niños desnutridos en el grupo entre 2 y 6 años (26 %).
 10. Interrupción de las estrategias de control de las enfermedades endémicas: En el inicio del gobierno, se interrumpieron las actividades de control contra la malaria y el dengue y se debilitó la capacidad de vigilancia epidemiológica y de respuesta. Como resultado, el aumento de los casos de malaria y dengue ya señalados y los peligros de aparición de enfermedades infecciosas emergentes y re emergentes.
 11. Insuficiente énfasis en la prevención del VIH-SIDA y de otras enfermedades de transmisión sexual. Se ha debilitado el enfoque preventivo, y se ha enfatizado el enfoque médico-curativo y de prevención secundaria. No se dispone de información oficial confiable sobre la magnitud de la epidemia y el impacto sobre la población.
 12. Debilitamiento del sistema de vigilancia epidemiológico y reducción de su capacidad de respuesta ante nuevas amenazas, como las enfermedades emergentes y re emergentes, agravadas por una política errada de suspensión de la divulgación del Boletín Epidemiológico Semanal, decisión arbitraria que debilita aun mas el sistema de salud, restringe la libertad de información y reduce las garantías para el disfrute del derecho a la salud.

13. Pobre desempeño en el Plan Ampliado Nacional de Inmunizaciones cuyas bajas coberturas han facilitado la reaparición de brotes epidémicos de enfermedades transmisibles, controlables mediante vacunas como la parotiditis y el riesgo de aparición de otras con grave impacto epidémico como poliomielitis y difteria que fueron erradicadas hace muchos años. Entre estas el sarampión que muestran las más bajas coberturas de inmunización en el Continente Americano, por debajo de Haití.
14. Escasez de políticas nacionales intersectoriales para el control de la violencia, los accidentes y uso ilícito y consumo de drogas de adicción, enfocados como grandes problemas de salud.
15. Ausencia de una estrategia general contra las enfermedades crónicas: La atención de los problemas crónicos (como el cáncer, las enfermedades cardiovasculares, diabetes, los trastornos mentales), no ha contado con una estrategia ni programas integrados coherentes que hayan producido resultados.
16. Inexistencia de mecanismos de seguimiento de las condiciones de salud de la población: La última encuesta de hogares para la medición de las condiciones de salud la realizó la OCEI en 1998. En estos momentos el país no cuenta con mecanismos de monitoreo de los cambios en los problemas y servicios de salud.
17. Desviación de los esfuerzos de participación ciudadana en salud de base comunitaria, hacia intereses y objetivos político-ideológicos impuestos y tutelados por el poder del gobierno nacional con fines de dominación y hegemonía.
18. Política de Recursos Humanos carente de un plan basado en información confiable y con profundos desequilibrios de distribución, asignación, construcción y cooperación de equipos de trabajo en salud. Exclusión de centros académicos y de investigación, gremios y sociedades científicas en la planificación y desarrollo de los recursos humanos. Creación de un sistema paralelo de educación superior en salud no acreditado que no garantiza la calificación y competencia de egresados. Carencia de incentivos económicos y sociales y promoción directa e indirecta

- del ejercicio profesional precario y sus consecuencias: deserción y emigración profesional.
19. Pobre enfoque intersectorial de las políticas y estrategias de salud que limita la integración de las acciones destinadas a resolver los determinantes estructurales e intermedios de la salud y de la carga de morbilidad crónica, que están fuera del sector salud; que mejore la educación, las fuentes de trabajo, la calidad del ambiente, el agua potable, las excretas, la vivienda, la seguridad, el bienestar y el desarrollo.
 20. Errada Política de relación y cooperación con organismos Internacionales y de acuerdos bilaterales de cooperación con otros Estados, que ha permitido la intervención directa de los primeros como operadores políticos del diseño de estrategias, proyectos y en la toma de decisiones sobre asuntos que exceden funciones asesoras. Implementación de modelos de salud impuestos y tutelados desde otros países, específicamente desde Cuba, que rompen los principios de la cooperación internacional en salud basados en el intercambio de experiencias, la reciprocidad, las evidencias y la empatía.
 21. Imposibilidad de cumplir la mayoría de las Metas del Milenio relacionadas con salud de acuerdo a los resultados de las tendencias y proyecciones de los indicadores epidemiológicos evaluados hasta 2006-2007. Entre las más prominentes: la mortalidad materna, y el control de las enfermedades endémicas.

CAPÍTULO II

MARCO REFERENCIAL

Antecedentes del Estudio

Ponencia Central de la LXIII Reunión Ordinaria de la Asamblea de Federación Médica Venezolana, realizada en Punto Fijo Estado Falcón (27 al 31 de octubre 2008), Descripción y Análisis del actual sistema

de Salud en Venezuela y el Estado de Salud de la Población con énfasis en Enfermedades Emergentes y Reemergentes.

Ponencia Central de la LXIV Reunión Ordinaria de la Asamblea de Federación Médica Venezolana, realizada en Barinas Estado Barinas (26 al 30 octubre 2009), Sistema de Salud que Necesita Venezuela “Ideas para proponer un Sistema de Salud sustentado en el Desarrollo y protección Social, para combatir la pobreza y la exclusión en Salud”

Referentes Teóricos

Evolución del Sistema de Salud en Venezuela. Análisis comparativo con otros modelos de sistemas de salud

1.- Evolución del Sistema de Salud en Venezuela.

El 6 de enero de 1910, por decreto del Gobierno Nacional que presidía el General Juan Vicente Gómez, fue creada la Dirección de Higiene y Salubridad Pública adscrita al Ministerio de Relaciones Interiores, con el fin de brindar mayor atención a la salud del venezolano.

Con la experiencia adquirida en un año de funcionamiento, se estudia la necesidad de incorporarle un organismo técnico asesor, la Junta Directiva Central de Salubridad Pública, cuyo reglamento fue aprobado el 28 de enero de 1911, entrando a integrarla el 21 de febrero de ese mismo año los Doctores: Carlos Cebada como Director de Higiene, Eduardo Fernández como Jefe de la sección de Enfermedades Infecciosas, E. Mejer Hegel como Jefe de la sección de Químicos y Bacteriología, y Juan L. Cordero como Jefe de la sección de Estadísticas y Demografía.

El 13 de noviembre de 1911, el Presidente de los Estados Unidos de Venezuela General Juan Vicente Gómez, consideró “que a fin de hacer eficaces para la salud pública las medidas de higiene, se deben establecer con perfecto rigor científico y práctico, de modo regular y uniforme para todo el país”; decreta la Oficina de Sanidad Nacional que para su régimen y funcionamiento dependerá del Presidente de la República; el Ejecutivo Federal nombrará al Director y a la propuesta de ésta a los empleados técnicos y principales de la Oficina. El Director

hará los demás nombramientos del ramo con previa aprobación del Ejecutivo Federal.

El 21 de junio de 1912, el Congreso Nacional dictó la primera ley de Sanidad y es implantada y autorizado el ejecútase por el Presidente Juan Vicente Gómez el 3 de julio de ese mismo año.

Veinte años después de su creación comienzan a tomar forma los diferentes cambios estructurales dentro de dicho Ministerio, el primero de ellos el día 11 de agosto de 1930 y basado en la definición de la teoría de Carlos V. Finlay la cual cita que “La Higiene es la teoría, el conocimiento de los medios es prever las enfermedades y la Sanidad es la aplicación práctica de aquél conocimiento”, lo cual origina un cambio de nombre a la institución, de Higiene por la de Sanidad. De esta manera se crea así el nuevo Ministerio de Salubridad y de Agricultura y Cría; el cual permaneció durante seis años, al que se asigna: La Sanidad Nacional con la Oficina Central, la Oficina Subalterna y Comisiones de Sanidad; que fungirán funciones de suprema inspección de los servicios sanitarios de las Municipalidades y las Obras Sanitarias (1). Archila Historia de la Sanidad en Venezuela. Caracas Imprenta Nacional. Tomo I, 1955.

El nuevo Ministerio fue conformado entonces por: la Dirección de Salubridad Pública, la Dirección de Agricultura y Cría y la Consultoría Jurídica. El gobierno nacional se vio en la necesidad de dividir este Ministerio, decretando así el 25 de febrero de 1936 la creación del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, como entidad separada del de Agricultura y Cría, que se mantenía con una sola denominación desde 1930.

De acuerdo con el artículo No. 5 del decreto, el despacho entraría en vigencia el 1° de marzo del año 1936, fecha en que fue asignado el presupuesto de gasto y la competencia de cada una de las cuatro direcciones de acuerdo con la Reglamentación de la Ley de Ministerios de esa misma fecha. Las cuatro direcciones fueron: Gabinete, Salubridad, Asistencia Pública y Administración; además de un Consultor Jurídico y un Inspector Médico de Sanidad.

El decreto reglamentario de la Ley de Ministerios de fecha 1° de agosto de 1936 fijó entre las atribuciones del Ministerio de Sanidad y

Asistencia Social: “...las ramas de Sanidad Nacional, Higiene Pública, Medicina Social, Asistencia Social, Previsión Social, Seguro Social, encomendándose la dirección técnica de los Hospitales, Clínicas, Casas de Salud, Asilos, Manicomios, Beneficencias, Centros de Previsión y Disciplina Infantil, Puestos de Socorro, Sociedades Benéficas, Sanatorios e Institutos Residenciales Nacionales y la dirección técnica y administrativa de los Leprocomios, Institutos de Lucha contra el Cáncer y los Refugios Infantiles Nacionales” (1). Archila Historia de la Sanidad en Venezuela. Caracas Imprenta Nacional. Tomo I, 1955.

Una fecunda labor de muchos trabajadores y expertos en salud pública, encabezados e inspirados por el liderazgo del Dr. Arnoldo Gabaldón inició una lucha que cambió la historia de Venezuela. Se fundaron las bases conceptuales de una Política Sanitaria auténticamente venezolana basada en los principios de “Universalidad, Equidad e Integralidad”. Los programas de acción sanitaria con base en el conocimiento de situaciones reales de salud, fueron impulsados. Se introdujo importantes innovaciones como el uso de los indicadores de la mejoría del estado de salud, la esperanza de vida al nacer y la tasa de mortalidad temprana, indicadora de los efectos agresivos del medio ambiente, la desnutrición y la ignorancia y a la vez evaluadora del progreso de la labor sanitaria que no se hizo esperar. Muchas tareas debían ser acometidas, pero había claridad de que las acciones prioritarias debían ser enfatizadas en el campo de la profilaxis, tanto en la medicina preventiva como en el saneamiento ambiental. Había que estudiar y conocer bien la situación de los problemas de salud. Había que preparar al personal para resolver los problemas. Se debía hacer un ataque horizontal de los problemas sanitarios y sociales que abarcan la mayoría de nuestra población y por tanto que produjeran un beneficio mayor. No hacerlo conduciría a acciones estériles e inútiles (2). Gabaldón A. Una Política Sanitaria. Tomo I, XXVI, MSAS 1965.

Nuestros sanitaristas fueron pioneros del saneamiento ambiental en América Latina y se adelantaron más de 20 años a la Declaración del Alma Ata que enfatizó el saneamiento básico y el abastecimiento de agua como elementos esenciales en la conservación de la salud (3).

López Ramírez Tulio. El Ministro Arnoldo Gabaldón: Un lustro de progreso de la Salud Pública Venezolana en: Berti A.L; Arnoldo Gabaldón. Por eso, asume la construcción de acueductos rurales y en 1967 logra que Venezuela cumpla la meta y la sobrepasa de dar servicios de agua al 50 % de la población rural (4). Gabaldón A. Una Política Sanitaria I; 409.

Asimismo, inició el programa vigoroso de construcción de viviendas higiénicas para los campos, aplicando claros principios de equidad y justicia social (5), OP.Cit.4 UNA Política Sanitaria I; 445 estaba convencido de que una vivienda con requisitos mínimos para la conservación de la salud era en aquél momento la mejor acción sanitaria que podía emprenderse. “lo que se requiere es una verdadera revolución en cuanto a habitación de nuestros sectores obreros y campesinos Aspiramos a ver alojados a los sectores menos favorecidos económicamente de la población venezolana en una pequeña quinta, fundamentalmente diferente al rancho, capaz de servir de ambiente esperanzador de nuestras masas. Tal objetivo es posible si apartamos del programa toda demagogia” (5). OP.Cit.4 UNA Política Sanitaria I; 445 Los resultados fueron muy exitosos, hasta 1963, más de 100 000 habitantes del medio rural fueron alojados en viviendas sanas.

Simultáneamente, se hizo énfasis para la formación y perfeccionamiento del personal de salud para llevar a cabo eficientemente las tareas de la organización sanitaria, del equipo de trabajo y de la continuidad de las acciones y la formación de administradores de salud pública, de directores de hospitales, de ingenieros sanitarios, de especialistas en diferentes áreas. Para ese propósito influyó decisivamente en la formación de los docentes y de los estudiantes de las escuelas de medicina e ingeniería (6). Op 4 Una Política Sanitaria I 69-70.

Los logros alcanzados en 14 años, desde 1936 a 1950 en la lucha antimalárica fueron extraordinarios la tasa de mortalidad paso de 164 por 100 000 habitantes a 8,5 por 100 000 habitantes y 12 años después en 1962 fue de 0. En 1960, 418 842 Km cuadrados del territorio nacional habían quedado libres de malaria. De 108 municipios naturalmente

libres de la enfermedad se pasó a 430 en 1955 (7). A pesar de estos extraordinarios éxitos, Gabaldón y su ejército de sanitarios no se sentían satisfechos, se dedicaron al estudio y control epidemiológico de otros graves problemas de salud, la tuberculosis, la enfermedad de Chagas, la lepra, las diarreas, las neumonías, el tétanos infantil, las helmintiasis. También a ciertas causas de mortalidad a las cuales las autoridades sanitarias prestaban poca atención, tales como los homicidios, los suicidios y las muertes accidentales (8). En la época de los años sesenta del siglo pasado, Venezuela había entrado en una etapa de transición epidemiológica con predominio de enfermedades no transmisibles que habían de estudiarse mediante el enfoque de sus factores de riesgo, determinantes y facilitadores de su aparición sin abandonar los programas de control y atención de las enfermedades transmisibles, entre ellas las enfermedades metaxénicas y su enfoque de erradicación no siempre aceptado como política de salud (9). El mejoramiento de las condiciones de salud, facilitó el desarrollo del país, el crecimiento demográfico y una mayor expectativa de vida; pronto, los recursos del sistema público de salud se hicieron insuficientes para atender las crecientes demandas de asistencia exigidas por la sociedad. Los costes de la atención se multiplicaron, fue necesario ampliar la red de servicios ambulatorios y la construcción y dotación de numerosos hospitales a los que se sumó la contratación de una gran cantidad de personal que reclamaron justas y apremiantes solicitudes de aumento de sueldos y salarios que desde entonces se hicieron recurrentes. A pesar de estas dificultades, en 1966, Venezuela disponía de una amplia red de servicios ambulatorios y 13 711 camas de hospitalización operativas (8). Venezuela se situó entre los países de América Latina más avanzados en la calidad de los servicios médicos curativos, dotados con equipos modernos y atendidos por jóvenes médicos entrenados en los cursos de posgrado y estimulados oficialmente mediante múltiples oportunidades ofrecidas para su perfeccionamiento profesional. Comenzaron a percibirse desequilibrios en la parte del presupuesto destinado a la atención médico-hospitalaria cada vez mayor y mermó lo aplicado a medicina preventiva y saneamiento ambiental. Las

estrecheces económicas de los años setenta, a pesar de haber aumentado el presupuesto del ministerio se debieron a los gastos derivados al pago de personal, en desmedro del mantenimiento, la dotación y los insumos para la salud.

Las estrecheces económicas de esos años se acentuaron aun mas en la década de los años 80 y 90 mientras que los gastos derivados de los pagos de personal crecieron desproporcionadamente. Numerosas fueron las recomendaciones y exhortaciones del maestro Gabaldón para aplicar la contención de costes y para aumentar el cumplimiento y rendimiento en la ejecución de las labores (10,11). La multiplicación de tareas sanitarias en todo el territorio nacional estimuló la idea de coordinar los programas y las acciones que se realizaban en las diversas entidades territoriales. Con ese fin se creó la Región Sanitaria de Aragua el 2 de noviembre de 1945 y en 1958 la del estado Yaracuy (12). La experiencia de desconcentración no fue del todo satisfactoria por fallas en la coordinación, y el cumplimiento del compromiso de gestión y financiamiento a nivel de los estados.

Para superar estos problemas se crearon los Servicios Cooperativos de Salud Pública mediante convenios entre el Ministerio y las Gobernaciones, que disponían de programas de salud unificados (12). Estas experiencias constituyeron un ensayo de descentralización, estrategia actual que procura mejorar la calidad de los servicios en términos de oportunidad, equidad y eficiencia y una participación mas activa en la toma de decisiones de los niveles de gobierno regional y local y una mayor incorporación de la sociedad en la toma de decisiones con base a las necesidades y demandas locales. Son estos logros, resumidos en sabias palabras del maestro Gabaldón pronunciadas el 27 de julio de 1940 “Realizaciones del pasado, ruta del porvenir”, los que deben ser tomados en nuestras reflexiones como fuente de inspiración para nuestro trabajo, destinado a contribuir a las soluciones de los nuevos retos de la salud (13). Más adelante, en 1989 se dictó la ley Orgánica de Descentralización y Transferencia de Competencias (LODTC) y en 1998 se promulgó la Ley Orgánica de Salud. Los procesos de reforma y descentralización permitieron lograr avances modestos e insuficientes,

en beneficio de la salud pública, lo cual se debe profundizar, consolidar y fortalecer; para tal fin es necesario corregir los rumbos y reorientar los procesos. Esto logrará grandes e importantes cambios organizacionales en el ámbito central, regional, municipal y local, lo que implicará un cambio cultural profundo en la población venezolana, así como también en la diversidad de empleados y funcionarios públicos. En virtud de ese proceso de descentralización, cada Estado tiene Direcciones Generales Sectoriales.

Los sistemas de salud han sido abordados de diferentes formas. Los sistemas de salud pueden ser considerados como estructuras sociales complejas, de naturaleza heterogénea (1), que incluyen tanto sus unidades como sus interrelaciones (2). Sin embargo, para el análisis comparativo del sistema de salud venezolano con otros modelos de sistemas de salud, se utilizará la definición de la Organización Mundial de la salud (OMS), que señala que un sistema de salud es un conjunto de organizaciones, instituciones y recursos dedicados a la actividad.

Las reformas del sistema de salud realizadas hasta 1998 no dieron los frutos esperados, el acceso, la cobertura y la calidad de los servicios seguían siendo deficientes e inequitativos. Las debilidades institucionales no habían sido superadas. El enfoque de —salud de las poblaciones— y los principios que inspiraron a los fundadores del MSAS, se habían desviado hacia servicios curativos ineficientes e insuficientes. Se debilitó la rectoría del sistema, se fragmentó y debilitó el financiamiento público y la prestación de servicios, estos crecieron y se hicieron más complejos, pero no solucionaron las necesidades sanitarias de la población ni los nuevos retos epidemiológicos. No se logró articular los esfuerzos del sector público y del sector privado (14). En el año 1999, el Gobierno de la República de Venezuela, cambió el nombre al Ministerio pasándose a llamar —Ministerio de Salud y Desarrollo Social, el cual fue producto de la fusión del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social y el Ministerio de la Familia. En Gaceta Oficial No. 37.359 de fecha 8 de enero de 2002, según decreto No. 1.634 se dictó la reforma del decreto sobre Organización y Funcionamiento de la Administración Pública Central donde en el Artículo 10 se enumeran

las competencias del Ministerio de Salud y Desarrollo Social. De acuerdo al Decreto No. 3.753 de fecha 11 de julio de 2005 publicado en Gaceta Oficial No. 34.204 de fecha 31 de agosto de 2005 se dicta la reforma parcial del decreto sobre Organización y Funcionamiento de la Administración Pública Central, mediante el cual se decidió separar al Ministerio de Desarrollo Social en Ministerio de Salud y Ministerio de Participación Social. El 8 de enero de 2007, mediante la Gaceta Oficial No. 5.836, pasó el Ministerio de Salud a ser el Ministerio del Poder Popular para la Salud y para el 3 de marzo de 2009 según Gaceta Oficial N°. 39.130, Ministerio del Poder Popular para la Salud y Protección Social.

2. Análisis comparativo con otros modelos de sistemas de salud.

Los sistemas de salud han sido abordados de diferentes formas. Los sistemas de salud pueden ser considerados como estructuras sociales complejas, de naturaleza heterogénea (1), que incluyen tanto sus unidades como sus interrelaciones (2). Sin embargo, para el análisis comparativo del sistema de salud venezolano con otros modelos de sistemas de salud, se utilizará la definición de la Organización Mundial de la salud (OMS), que señala que un sistema de salud es un conjunto de organizaciones, instituciones y recursos dedicados a la actividad sanitaria (3). Una actividad sanitaria se define como todo esfuerzo desplegado en el ámbito de los servicios de salud personales o de los servicios de salud pública o bien en el desempeño de una actividad intersectorial, con el propósito de mejorar la salud humana (4).

En este sentido, en el mundo coexisten diversos modelos de sistemas de salud; en Europa después de la segunda guerra mundial, se consolidó la concepción de salud como derecho social y surgieron diferentes modelos de sistemas de salud, pero en todos, a pesar de sus diversas modalidades, el papel del estado era fundamental. En algunos casos orientados hacia sistemas de seguridad social, con cotizaciones y aportes de los trabajadores como en Alemania y Francia, en otros, con sistemas nacionales de salud, de financiamiento público por la vía de los tributos, como en los países nórdicos (5).

En América Latina se construyeron sistemas de salud mixtos, con una mezcla de influencias conservadoras y progresistas, y se desarrollaron instituciones para la seguridad social dirigidos básicamente a la población trabajadora asalariada y para el resto de la población los Ministerios de Salud, dando lugar a sistemas duales que en la mayoría de los países se fragmentaron en múltiples instituciones para diversos segmentos de la población, esto llevó a inequidades en el acceso y en la distribución del financiamiento público (5). En este orden de ideas, los sistemas de salud en América Latina, van desde sistemas segmentados con población segregada, es decir, cada tipo de población, según su capacidad de pago en diferentes instituciones, a sistemas de aseguramiento mixto regulado, donde las funciones están separadas, asignadas a diferentes estamentos y, donde la población está integrada. Además, se desarrollaron otros dos tipos de modelos: el de sistema de mercado atomizado, basado en una competencia libre de todos los estamentos y el de sistemas públicos integrados, basados en sistemas de aseguramiento universal público.

Es así, que en la actualidad los sistemas de salud en América Latina y el Caribe, podrían clasificarse como: sistemas públicos integrados y sistemas de seguro de salud unificado, donde se ubican los sistemas del Caribe Inglés, Cuba y Costa Rica; el sistema de seguro de salud unificado con el modelo de Brasil; los sistemas segmentados como los de Bolivia, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana y Venezuela; aunque algunos como el caso de Paraguay y República Dominicana, están transitando hacia sistemas de aseguramiento mixto, o hacia sistemas de mercado, y los sistemas de aseguramiento mixto regulado, representados básicamente por Chile y Colombia, ya que Uruguay se podría ubicar un poco hacia este lado por el modelo de prestación de servicios cooperativistas y Argentina un poco más hacia el sistema de mercado; por su modelo de prestación corporativo.

Es importante recalcar que, en las reformas propuestas por la mayoría de los países de la América Latina, la organización de los sistemas de salud se dirige hacia el aseguramiento universal de

un conjunto de prestaciones básicas, una provisión mixta (público-privado), administración pública del financiamiento, regulación y rectoría estatal. Sin embargo, en Venezuela, la oposición frente a los lineamientos internacionales de reforma, que han servido como bandera de resistencia política, han dirigido al sistema de salud hacia una tendencia organizacional distinta que en los restantes países andinos, pero no así en la situación real. En Ecuador, Perú, Bolivia, Colombia y República Dominicana, se tiende a configurar el mercado de los servicios médicos regido por las leyes de la oferta y la demanda (6). En contraposición con sistemas anteriores, se encuentra Cuba, donde el Sistema Nacional de Salud es público y el Estado regula, financia y presta servicios de salud, sumado al hecho de que la salud se configura como un derecho social.

Es así como se encontraron varias configuraciones de los servicios de salud en los países estudiados, que van desde un Sistema Nacional de Salud como el cubano, pasando por sistemas basados en el aseguramiento individual de un paquete de servicios como el colombiano y dominicano y, sistemas segmentados como el boliviano, ecuatoriano, peruano y venezolano. Estas configuraciones permiten evidenciar los diferentes grados de participación y control del Estado en las funciones de los sistemas (6). Con respecto al tipo de seguros ofrecidos por el Estado, en el sistema de salud cubano se aseguran todas las prestaciones; en los sistemas de salud de Colombia y República Dominicana, el Estado ofrece un seguro nacional de salud que prioriza las necesidades de la población y además, coexisten planes complementarios de salud y medicina prepagada, que funcionan a través de los seguros privados. En Bolivia, Perú y Ecuador el seguro público ampara a las poblaciones focalizadas por riesgo. El único sistema considerado realmente universal es Cuba, que presenta una cobertura de 100 %. En el resto de países, la población sin acceso está entre un 20 % y un 30 %. En cuanto al aseguramiento, en Bolivia y Ecuador la población sin asegurar es cercana al 85 %, mientras que tanto, en Venezuela como en Colombia es del 35 % a 40 %, a pesar de las diferencias de organización de los servicios sanitarios en estos dos últimos países (6).

En conclusión, los países de América Latina y el Caribe no han logrado un sistema de salud de cobertura universal, equitativa y de calidad, sin embargo, todos los países reconocen la necesidad de introducir nuevas reformas en sus sistemas de salud. Estas abarcan desde los proyectos actuales para superar los problemas del sistema, como en Colombia, hasta la introducción del aseguramiento universal de un paquete de servicios, como en Ecuador; además, se incentiva la competencia entre el sector público y el privado por la prestación de servicios, como en Perú y Ecuador, y la focalización de población vulnerable, como en Bolivia y Perú (6). En Venezuela el problema es más complejo, pues se vive en un contexto de transformaciones, no solo del sistema de salud, sino de todas las políticas sociales y económicas, que involucran los macro determinantes de la salud. Los pilares sobre los cuales se edificó en los últimos cincuenta años la producción social de la salud, la enfermedad y la atención de la salud en Venezuela, están en transformación (7), conllevando a una crisis del sistema de salud inadmisibile. El sistema de salud cubano a pesar de ser considerado de cobertura universal, es de difícil comparación con otros países, pues el contexto en el cual se encuentra es muy diferente. El tratamiento del tema de la salud por lo general se basa en el uso desproporcionado y poco auténtico de estadísticas y conceptos que rayan más en lo anecdótico que en sólidos argumentos de análisis. No existen instrumentos valederos para establecer comparaciones.

El sistema de salud en Cuba es disfuncional en tanto que una tiranía entronizada desde hace casi 50 años corrompe el hacer tanto como el ser social. Cuba tiene un cuerpo social enfermo, buena parte de esa enfermedad esta en esa dictadura prolongada, demasiado prolongada, que agobia a la Nación. De tal manera que la Salud concebida de forma integral como el bienestar físico, psíquico y social está imposibilitada de desempeñarse en Cuba en tanto la dictadura permanezca. Esto no se puede eludir, con independencia de que, en la realidad, a muy poca distancia de donde se vive hay siempre un médico en un consultorio, o que las estadísticas abrumen con datos optimistas; terriblemente manipulados y repetidos hasta el cansancio. Una sociedad debe

garantizar la plena libertad, el respeto a la dignidad y el desempeño creativo del hombre sin limitaciones a sus derechos; solo de esta forma está preparada para garantizar a todos, un cuidado de salud que provea el necesario bienestar físico psíquico y social; este último tan difícil de alcanzar en una dictadura prolongada.

II. ¿Cómo es actualmente nuestro Sistema de salud?

La descripción y análisis del actual Sistema de Salud en Venezuela y el Estado de salud de la población con énfasis en Enfermedades Emergentes y Reemergentes se presentó con motivo de la Ponencia Central de la LXIV Reunión de la Federación Médica Venezolana presentada en Punto Fijo Estado Falcón, en el año 2008, cuyos males se han agravado en los últimos años, permite afirmar que estamos en presencia de una situación extremadamente compleja que afecta a todo el Sistema.

En líneas generales el sistema, como se ha señalado presenta grandes limitaciones en las políticas implementadas, en su desempeño general, así como restricciones estructurales para garantizar el acceso universal a servicios y el mejoramiento de las condiciones de salud de la población y el logro de la equidad. En tiempos pretéritos propusimos, que más allá de describir la dura realidad del sistema, los documentos elaborados sirvieran como instrumentos de identificación de los problemas, reflexión y de proposición para construir alternativas para el presente y futuro. Se detectaron importantes restricciones que justifican sin duda alguna esta investigación científica.

III. Políticas Sociales y Sistema de Salud

Cualquier intento para incidir de manera positiva, significativa y perdurable en la realidad venezolana, en especial sobre la esfera social y en el sector salud, debe estar precedido por un amplio “Acuerdo Político y Social” en torno al diagnóstico de la situación del país y a los fundamentos del un proyecto de transformación nacional. En circunstancias de una democracia real, se entendería como la sana y natural competencia entre los distintos grupos políticos. En las

circunstancias actuales, esta tarea resulta un reto muy difícil de alcanzar, dada la conflictividad política y social que afecta a todos los sectores del país, de intolerancia, de autoritarismo y hegemonía del gobierno nacional y de exclusión de las ideas diferentes a la de la revolución empeñada en imponer un modelo socialista autocrático; tales circunstancias han contribuido y contribuirán ineludiblemente a la persistencia de las desigualdades políticas, económicas y sociales que dificultan la cohesión social necesaria para mejorar las condiciones de gobernabilidad, y hacen imposible, por los momentos, lograr un pacto social que abarque todas las posiciones políticas.

Tenemos, sin embargo, la convicción de que es el camino correcto y por eso hemos emprendido la tarea de elaborar estas ideas, como un primer paso de un rumbo lleno de incertidumbre. La persistencia de las desigualdades, la pobreza, la exclusión y la pérdida de oportunidades de participación y libertades políticas, económicas y sociales, viene produciendo insatisfacción y grandes frustraciones para la población venezolana, en especial a los más pobres, resultados que no se corresponden con las obligaciones constitucionales del Estado, referentes a la satisfacción de los derechos sociales ni a la magnitud del gasto social permitido por el ciclo de bonanza económica, derivado de los ingresos petroleros de los últimos años. Se añaden ahora, los desequilibrios de la crisis económica global que incidirán ineludiblemente sobre la continuidad y sostenibilidad de las políticas y planes sociales y de salud implementados desde la óptica exclusiva del gobierno.

A pesar de estas dificultades y restricciones se hace indispensable insistir en este momento en estimular el debate amplio entre los diversos sectores sociales y políticos para alcanzar acuerdos que permitan construir caminos alternativos para el desarrollo del país; acuerdos que recojan las experiencias exitosas y a la vez, corrijan los errores y desviaciones del pasado, mediante propuestas viables, enmarcadas en la democracia, con elevado sentido de equidad y justicia social. Un proyecto de esta naturaleza exige un nivel de democracia superior, de libertades que lo legitime, y que supere la legitimidad revolucionaria que exhibe el gobierno. Deberá ser inclusivo e incluyente, respetuoso

de la alteridad, un “proyecto vivo”, inacabado, abierto a la discusión, que se perfeccione y contribuya progresivamente a la reconstrucción del tejido social con la mas amplia participación de los sectores sociales, incluso aquellos que apoyan al gobierno. En fin, que haga sentir que la agenda desviada del proyecto de la actual gestión de gobierno con todos sus errores, y deficiencias es parte del pasado.

Creemos firmemente en estas ideas y estamos dispuestos a proponer acciones para que se hagan realidad a pesar de todas las dificultades y obstáculos; que el rumbo que marque este esfuerzo sea el de la paz, la convivencia, la solidaridad, que se supere la confrontación estéril y el disenso que debe ser parte del pasado y sea sustituido por la conciliación, la tolerancia y el respeto, condiciones necesarias para ponernos de acuerdo y construir una agenda social y de salud que tenga como prioridad la reducción de la pobreza y la desigualdad, iniciativa que esté provista de acciones a corto plazo y políticas públicas perdurables a mediano y largo plazo, para atender las incertidumbres y los retos del presente y del futuro.

Situación actual de las políticas Sociales en Venezuela La preocupación por lo social de la actual administración no parece manifestarse en los hechos, en la evidencia empírica de sus errores, sino en un encaramiento de tipo voluntarista y militante que le exige tanto a los objetos como a los sujetos de la política social un compromiso político a favor del régimen (1). Así la atención a los grupos o poblaciones especiales (o en pobreza) pretende privilegiar la atención de —problemas concretos y específicos—, acción esta que se implementa bajo la rúbrica de —la emergencia social estructura La política social (más allá de la tradicional), al menos hasta el presente, ha estado orientada a la atención de los síntomas de la pobreza, de modo que se trata de una política “asistencialista” y de poca discriminación o focalización de los beneficiarios de la misma, con un criterio de reparto de bienes o servicios de manera indiscriminada, y siempre insuficiente, desconociendo las diferencias regionales, entre lo urbano y lo rural, e incluso sin considerar la posible heterogeneidad existente en las barriadas de las principales ciudades del país.

La política social de la actual administración no ha hecho sino profundizar los problemas que tradicionalmente venía arrastrando el sector, ellos son: (1) a) De carácter estratégico: 1) Indefinición en cuanto a los objetivos de la política social, así como de los medios para alcanzarlos. 2) Inestabilidad de las políticas que se emprenden. Cada nuevo funcionario que toma posesión de una dependencia del sector pretende renovar o reemplazar los programas o proyectos que ejecuta. Esta falta de continuidad ya no sólo va atada al cambio de gobierno sino al de funcionarios dentro del mismo régimen. 3) Ausencia de evaluaciones de cualquier tipo, bien sea de impacto o de gestión. Por lo tanto, el sector, sus gerentes y decisores actúan bajo la lógica de la política ciega. b) Para con el beneficiario:

- 1) Insuficientes servicios sociales en cantidad (cobertura) y baja calidad de los mismos. El Estado en Venezuela mantiene importante déficit de atención social en áreas básicas (2-4) como lo son la atención a los niños, las embarazadas, los escolares, la inserción social del joven y la seguridad social.
- 2) Por la forma como se prestan los servicios sociales en el país, es decir, el carácter monopólico y estatal de su suministro, no existe la posibilidad de que el beneficiario incida o contribuya en la cantidad o calidad de estos servicios.
- 3) El deterioro de los servicios sociales y su inestabilidad hacen que los niveles de vida y, lo más importante, la posibilidad de cambiar favorablemente en el futuro, dependan casi exclusivamente de los atributos y particularidades de cada individuo y sus familias. Las oportunidades que brindan los servicios sociales en Venezuela son cada vez más escasas. c) Organizacionales: 1) Aumento de la atomización del sector, producto de la multiplicidad de instancias existentes y otras creadas recientemente, lo cual conduce al solapamiento de las responsabilidades por institución. 2) Lo anterior genera una mayor anarquía organizacional, la pérdida de impacto de las políticas y la ausencia de rectoría en el sector. 3) La importancia cobrada por la dimensión voluntarista de la

política social ha politizado el sector, lo que ha traído como consecuencia: - El desplazamiento del recurso humano técnico y capacitado por otro político y militante. - Un excesivo uso o —cobro político— de las acciones del sector, con lo cual se exacerbaban los vicios clientelares de la política social. - El estímulo a la participación comunitaria en la ejecución y definición de la política social, pero bajo una lógica de militancia política o adhesión partidista como condición.

El grado de institucionalidad de la política social venezolana se ha venido deteriorando desde hace algún tiempo. No obstante, los avances que se habían logrado, no sólo por medio de las transferencias tecnológicas implícitas en los programas de apoyo a los ajustes macroeconómicos y el desarrollo de proyectos con los organismos multilaterales, sino también y muy especialmente en cuanto a la participación social y desarrollo institucional del gobierno en sus distintos niveles, se han visto afectados de manera considerable dado el proceso de desinstitucionalización que siguió al inconcluso proceso constituyente y los subsiguientes episodios de inestabilidad política. Así, los cambios institucionales introducidos por la actual administración no han hecho sino profundizar, como hemos dicho, los problemas de carácter estratégico, organizacionales y de impacto sobre los beneficiarios. La fusión del Ministerio de Salud con el Ministerio de la Familia (antiguo receptor institucional de la política de desarrollo social) condujo a la desaparición de ese sector. De esta forma el país carece de una red de protección social dirigida a los grupos más vulnerables, y ni siquiera aquella que se tenía en el pasado, con todo y sus naturales fallas, puede mostrarse (3). Por el contrario, esa red de atención social del pasado reciente ha tratado de ser sustituida, primero por la creación de un Fondo Único Social que a la postre sólo ha significado una suerte de tesorería social, donde se concentraron recursos de algunos programas sociales, heredados de la administración pasada, más un conjunto de programas denominados como desestructurados, desde los cuales se reparten bienes y servicios según sean las demandas formuladas ante esta dependencia.

La otra red sustituta de lo que pudiera haber existido en el pasado ha sido la de la Fuerza Armada Nacional por medio de un programa social denominado Plan Bolívar 2000, cuyos criterios de atención y modos administrativos dejan mucho que desear desde el punto de vista de la transparencia de sus políticas. De hecho, este Plan tiene hoy día varias averiguaciones abiertas en la Contraloría General de la República (3). A partir de 2003, la red de atención social se estructuró mediante la implementación de las Misiones. El paralelismo administrativo de las Misiones se replicó en una estructura de atención separada de los sistemas públicos existentes, que llegó a visualizarse como un sistema integrado en sí mismo para atender el conjunto de necesidades de los sectores excluidos y consolidar en su interior los valores y símbolos de la revolución. A partir de esa lógica, las Misiones comenzaron a expandirse en términos de atención para la población que ya estaba cubierta y, en consecuencia, también se extendieron en el tiempo, sobre pasando las condiciones previstas inicialmente para una actividad de carácter temporal y extraordinaria. Esta expansión se llevó a cabo por dos vías: por una parte, agregando a la atención inmediata la entrega de servicios y, por otra, ampliando los niveles de atención para que la población cubierta pudiera proseguir dentro del sistema y las unidades de éste tuvieran como llenar los requerimientos de atención sin tener que acudir a los servicios públicos tradicionales (4).

La expansión de las Misiones requirió infraestructura, equipamiento y personal. Además, en 2004, se creó en el presupuesto una partida para el Programa Especial Social. Luego los fondos se multiplicaron mediante la aprobación de créditos adicionales a cargo de ingresos provenientes del Impuesto al Débito Bancario y recursos del BANDES y luego intensivamente recursos provenientes de excedentes de ingresos petroleros solicitados a PDVSA. Los recursos fluyeron mediante diversos Fondos: FONDESPA, Fonendógeno y FONDEN. La implantación de un nuevo orden socialista, entre 2005- 2008 se sustentaría con la creación de los Consejos Comunales, nuevas Misiones, y el Segundo Plan Nacional de Desarrollo Económico y Social 2007-2013 para la construcción del Socialismo del Siglo XXI (5). Para ese

propósito el presidente avanzó en la revolución social que dejaría de ser democrática para ser socialista. Esa intención se concreta mediante el Proyecto Nacional Simón Bolívar o —los cinco motores— y en la propuesta de reforma constitucional negada en 2007. La reforma declaraba “...construir un nuevo orden con preeminencia del ser social colectivo, (para lo cual) es necesario superar los obstáculos generados por las relaciones sociales capitalistas, manifestados en la imposición de los intereses de las minorías por encima de los intereses del poder originario, la concentración de la propiedad en pocas manos, la dificultad política para democratizar el poder, una institucionalidad que propicia el establecimiento de un cuerpo burocrático amparado en una superestructura ideológica que mantiene a nuestro pueblo encadenado a la miseria, alienado y alejado de su propia realidad” (6). En esta fallida propuesta quedó claramente expresado el concepto de las Misiones como un sistema de administración paralela no sometible a control institucional. En esta propuesta la administración pública quedaba dividida en dos categorías:

1. La burocracia tradicional, que deja de estar al servicio de los ciudadanos como lo dispone la Constitución de 1999 y pasa a ser un instrumento de los poderes públicos cuyos órganos más importantes son el poder nacional, con mayores competencias y atribuciones y un nuevo poder popular cuyos representantes no son elegidos por voto integrado por organizaciones nacidas en el orden socialista: comunidades, comunas, consejos comunales, consejos obreros, consejos campesinos y consejos estudiantiles, entre otras.
2. Las Misiones, “constituidas por organizaciones de variada naturaleza, creadas para atender a la satisfacción de las más sentidas y urgentes necesidades de la población, cuya prestación exige de la aplicación de sistemas excepcionales, e incluso experimentales, los cuales serán establecidos por el Poder Ejecutivo mediante reglamentos organizativos y funcionales” (7) y las cuales no estarían sometidas a los controles de la Constitución ni de las leyes, como si lo está la burocracia tradicional.

La propuesta de reforma cambiaba el concepto público de la administración del Estado, colocaba sus instituciones bajo el mando de los órganos del poder revolucionario y no al revés, a los órganos de gobierno bajo el control de las instituciones y las leyes; y elevaba las Misiones a una categoría especial de administración en las que pueden experimentarse tanto nuevos sistemas de programas o servicios como de normas, leyes y pautas de organización territorial, social y económica, a voluntad del Poder Ejecutivo. Resultados de las Misiones De todas las Misiones, Barrio Adentro y Mercal fueron las que lograron mayor alcance territorial y poblacional, porque actuaron sobre las dos esferas de más alto déficit institucional en las estructuras de bienestar social del país y por su penetración en las zonas donde viven los sectores de menores recursos. El gobierno afirma que ambas Misiones cubren entre 60 % y 70 % de la población venezolana. En la primera, la cobertura sería de 17 millones de personas. Las encuestas (WDC-UE 2006 (8,9) y Datanálisis (10) indican por el contrario que en su punto más alto de expansión la Misión BA pudo haber llegado al 30 % de la población (7,2 millones de personas) en 2004. Mientras que Mercal alcanzó 53 % a finales de 2006. El resto de las Misiones no superó el 3 % de cobertura (4).

Entre 2004 y 2007 la Misión BA decreció a una cobertura de 22 % y Mercal a 46 % en 2007 y 43 % en 2008. Desde el año 2008 en adelante el declive de cobertura de la Misión Barrio Adentro fue reconocida por el presidente del Colegio Médico Metropolitano y Ex Coordinador del Posgrado de Medicina Integral Comunitaria y por el presidente de la Sociedad Bolivariana de Medicina Integral (11), y en julio de 2009 por el propio presidente de la República. Primero se redujo el número de profesionales de salud y luego en 2008, el 65 % de los recursos financieros para cubrir los gastos de las Misiones (12). Las principales fallas y deficiencias de la Misión BA han sido detalladas en la Ponencia Central de la FMV de 2008 (13), D'Elía y Cabezas (4) y Díaz Polanco (9). Después de 5 años de haberse puesto en práctica, el sistema paralelo de atención social, las Misiones, muestran un gran debilitamiento que explica la caída de sus coberturas. La disponibilidad

de recursos financieros no creció al ritmo de expansión decretado por el presidente de la República, con el consiguiente incumplimiento de metas y expectativas no satisfechas de las comunidades. Además del bajo rendimiento y rezagos financieros, el sistema enfrenta severas dificultades de carácter institucional que han ido aumentando con el tiempo (4). La persistencia de estas dificultades hace pensar que no es una crisis del sistema, sino un declive de las estructuras paralelas que se soportan sobre el mecanismo de las Misiones y, que se agravaron con la reducción de los recursos de financiamiento a partir de 2008 y 2009, esta vez, como consecuencia de la crisis financiera y por la fragilidad de garantizar estos recursos que se encuentran fuera del presupuesto nacional, que pudieran hacer insostenible el sistema paralelo de atención social (13,9).

En resumen Los planteamientos en el sector social con relación a la articulación de las políticas sociales y económicas, el mejoramiento de los mecanismos de información, transparencia y rendición de cuentas, así como en la participación de la sociedad civil en la ejecución y formulación de las políticas públicas, aguardan por la superación de mucho de los vicios pasados que no han sido superados, a lo que se agregan los introducidos en el presente, tales como: a) La definición del papel específico asignado a la política social, ya que éste no puede ser el de —sacar a la población de la pobreza o —mejorar la calidad de vida por medio de la satisfacción de las necesidades que planteen las comunidades. No sólo porque el Estado venezolano no dispone de los recursos financieros o los procedimientos administrativos y la fortaleza institucional para —echarse al hombro a los pobres, sino que de hacerlo se incurriría en la más absoluta práctica clientelar y paternalista sin precedente alguno en la región. b) La imprecisión o ausencia de un objeto claro de la política social, lo cual impide que pueda diseñarse un esquema institucional coherente.

En cualquier caso, y suponiendo que el objeto de la política social se mantuviese bajo algunas lógicas aceptadas, tal como aquella que le asigna a la acción pública ser un instrumento redistributivo para incrementar las dotaciones de capital social, humano y físico. c)

La ausencia de especificación de ciertos mínimos de atención social que constituirían las metas iniciales del sistema, así como de los parámetros desde los cuales permitir una efectiva rendición de cuentas y contraloría social de la gestión. d) La profundización en estrategias de aniquilación de los procesos de descentralización de la política, así como la participación libre de la sociedad civil, independientemente de su vinculación partidista o su lealtad al régimen. e) La carencia de un organismo rector de la política social con alta competencia técnica, es una necesidad fundamental para el país y su gobierno. La ausencia de esta instancia organizacional ha hecho que, se carezca de una política definida que pueda ser, entre otros aspectos, interlocutora de su similar en el área económica. Este ente, concentraría el monitoreo de las acciones a fin de superar la lógica de la política ciega y en consecuencia intuitiva que hasta ahora ha caracterizado al sector.

De manera que resulta muy difícil hacer propuestas (desde un punto de vista técnico y no político) sobre la base de una política social inexistente y, lo que es peor, frente a unos gobernantes marcados por la soberbia revolucionaria que les sesga e impide escuchar a cualquiera que no sea percibido como de ellos. Así, y aún cuando lo dicho puede ser duro, hay suficiente evidencia de que lo anterior es cierto, de lo contrario, ¿cómo explicar que el país entre a un programa de ajuste cambiario y fiscal con características recesivas sin que ello lleve apareado un programa social?

Una última palabra, por lo antes expuesto, así como por las particularidades de inestabilidad política que padece el actual gobierno, parece poco factible proponer reformas tendientes a construir una red de protección social eficaz, eficiente y sostenible. De igual forma, se hace difícil evaluar y propiciar la complementariedad de las políticas de un sector cuya administración se autodefine como abierta y desestructurada. Por otra parte, la partidización del sector no es vista por el actual régimen como un mal, sino por el contrario, como un vínculo de organización social necesario, de allí que es improbable cualquier planteamiento tendiente a la despoltización de las políticas sociales, tal y como ello se entiende en el resto de la región.

En síntesis, resulta difícil hacer proposiciones en la medida en que los criterios más generales no estén al menos medianamente formulados, y en consecuencia resulta impropio realizar propuestas de carácter específico, ya que, como hemos dicho, de lo que se trata es de hacer o definir cuál es la política social. Todo parece indicar que, en Venezuela, estamos en presencia de un modo distinto de hacer política social, la cual se fundamenta en la profundización de lo que normalmente la literatura especializada considera como inadecuado. Curiosamente, ello es presentado por los actuales gerentes y decisores sociales como un nuevo paradigma de gestión social, prototipo de política, cuyos resultados están todavía por verse (1).

Enfoque General de la Estrategia Social

La estrategia social, centrada en erradicar la pobreza, atender a los más vulnerables y crear oportunidades para todos, para el desarrollo de los ciudadanos, de las familias y del país, es concebida como uno de los ejes centrales del “Acuerdo Político y Social”. Entendemos a los determinantes de las condiciones de vida de la población y de la salud como factores complejos, estrechamente vinculados y a la pobreza como un fenómeno social multivariado, y en consecuencia, sus soluciones deberán ser de carácter integral, que articulen políticas económicas y sociales duraderas. El empobrecimiento progresivo de muchos venezolanos en los últimos 30 años, está vinculado, entre otras razones, con la pérdida del empleo productivo, por lo tanto, una de las claves fundamentales para superar la pobreza consiste en transformar las condiciones de baja productividad del mercado laboral del país. Por el lado de la demanda, deberán crearse las condiciones y niveles de inversión pública y privada para promover el sector formal de la economía. Se requerirá crear un clima de estabilidad política, seguridad jurídica, y recomposición de la gobernabilidad perdida, así como de un conjunto de reformas económicas e institucionales, que hagan atractiva la inversión de capitales públicos y privados, nacionales y foráneos. La generación de empleo productivo, que remunere al trabajador de

modo tal que le permita satisfacer sus necesidades y aspiraciones desde el primer empleo; la formalización del trabajo junto con estrategias de acceso al crédito, tecnología y capacitación para incrementar el nivel de productividad del sector informal, deberán ser medidas complementarias.

La generación de empleo como medida económica es necesaria pero no suficiente. El trabajador deberá disponer de atributos productivos requeridos para acceder a las oportunidades de desarrollo de una economía en crecimiento. Tales atributos son: capacidades, habilidades, destrezas, conocimientos e información obtenidos mediante la educación por períodos entre 12 y 16 años. Se trata también de trabajadores y sus familias con acceso a la salud, que puedan disfrutar de una vida larga y saludable, que dispongan de una vivienda digna, de un ambiente sano y seguro y que dispongan de un sistema de protección social que les permita enfrentar las contingencias de accidentes, enfermedad, vejez y desastres naturales. La calidad de la vida en libertad y en democracia es uno de los componentes esenciales para el desarrollo social. El propósito de la estrategia social es que todos los venezolanos tengan las condiciones de capital humano necesarias para acceder a los empleos y las oportunidades productivas. Será necesario actuar de manera primordial sobre el enorme déficit de atención social que produce desigualdad social, mediante políticas que atiendan problemas de la población en términos de acceso a los servicios (inequidades) y enfrentar los problemas de calidad que confrontan los diversos sectores del área social como la educación, la vivienda, el ambiente y la salud.

Se requerirá de políticas sociales de transición para atender a las víctimas del empobrecimiento de los últimos 30 años, grupos de familia cuyos jefes son mayores de 35 años, de nivel educativo inferior a sexto grado y de estrato socioeconómico bajo, trabajadores urbanos y rurales que requerirán subsidios directos o programas de reconversión laboral que les permitan participar del desarrollo. La eliminación de las barreras generadoras de desigualdad, facilitará la inserción de importantes sectores sociales al crecimiento económico, al desarrollo social sostenible y al bienestar.

4. Una estrategia para el progreso económico y la equidad.

Una estrategia para el progreso económico y la equidad debe cubrir las reformas de instituciones, nuevas reglas, y la implementación de estrategias económicas y sociales para el acceso al empleo digno y la seguridad social; el acceso a diversas formas de capital (el acceso a formas no tradicionales de gestión de las empresas, a la propiedad de la tierra y al financiamiento para apalancar las elevaciones de productividad el mejoramiento del hábitat; la educación como medio de acumulación de capital humano; y las redes de solidaridad social y cooperación económica como capital relacional)

La pobreza es un problema global que afecta a toda la sociedad e impide su desarrollo y no solo a los pobres, por lo tanto, el combate a la pobreza exige una estrategia amplia que vaya mas allá de la aplicación de una política social o de programas sociales focalizados destinados a reducir la pobreza, que resultan por sí solos insuficientes. Se requiere la acción conjunta de políticas económicas, reformas institucionales y la creación de un clima de paz y gobernabilidad. La política social es concebida como la prestación de un conjunto de servicios sociales (educación, salud, nutrición, vivienda propia, ambiente, seguridad social) que permita la acumulación de capital humano, social y físico a individuos, familias y colectividades. - Para lograr los efectos en las situaciones de transformación de la pobreza se requerirá de la participación de todos: agentes económicos, políticos y culturales y aun de aquellos que no forman parte de los grupos en pobreza. El Estado deberá ejercer efectivamente su obligación y la responsabilidad de garantizar los derechos sociales consagrados en la Constitución y las leyes. De modo que el producto de las políticas y programas, (como bienes y servicios sociales) sea destinado a satisfacer necesidades con un fuerte influjo redistributivo por la existencia de desigualdades de acceso y calidad para aquellos más pobres, que por sí mismos no tienen la capacidad de acceso del mercado. El logro de estos derechos es responsabilidad del Estado, pero “con la participación de las familias y la sociedad...” y de manera progresiva.

El Estado como actor social no tiene la exclusividad para atender la pobreza, el Estado no es el único agente necesario para lograr la transformación de situaciones indeseables o problemáticas. Las restricciones que se oponen a su acción derivan de la complejidad social y de los avances de una sociedad modernizada como la venezolana, así como de un conjunto de restricciones financieras e institucionales que también se aplican a otros actores sociales como la acción privada. Si bien esta interdependencia existe, el Estado tiene la obligación indelegable y la competencia sustantiva de desempeñar funciones “negativas”, restrictivas, destinadas a impedir acciones que promueven la pobreza, y que por el contrario contribuyan a reducirla, por ejemplo: garantizar la estabilidad política (con base a la legitimidad del sistema, el sistema de representación y la canalización de representación); el estado de derecho: (la calidad del sistema y las instituciones y mecanismos regulatorios), el funcionamiento y regulación mediante reglas claras del mercado y la paz social.

El abandono progresivo de estas funciones, la omisión negligente de estas garantías y obligaciones deberá cesar inmediatamente. Las funciones “positivas” o sociales, suponen la promoción de acciones por parte de grupos sociales, materializadas mediante políticas redistributivas que aumentan el capital humano. Por ejemplo: prestación de servicios sociales (Educación, Salud y Saneamiento Ambiental, Infraestructura, Vivienda, Seguridad Social y Atención a Grupos Específicos). Los productos de estas funciones son necesarios para reducir los niveles de pobreza, pero no suficientes.

IV. Protección Social, Salud en el Desarrollo y Manejo Social de Riesgos. Caminos para combatir la pobreza y la exclusión en salud.

1.- Los sistemas de protección social están estrechamente relacionados con los modelos de desarrollo que históricamente se han consolidado en cada nación. Estos de manera implícita o explícita han determinado la política social y dentro de ella la política de salud. La protección social (PS) se ha expresado en programas y sistemas de

seguridad social y en políticas sociales para disminuir la pobreza y la inequidad, dependiendo de la trayectoria de cada país. En América Latina (AL) durante las últimas décadas se han implementado propuestas y modelos teóricos para construir sistemas de protección social. Diversos análisis han señalado que la PS está determinada por los modelos de desarrollo y por las reformas del Estado y sus posibilidades de financiación. Asimismo, está condicionada por decisiones supranacionales y factores exógenos coyunturales que llevan a implementar determinadas políticas económicas y sociales. Venezuela atraviesa un complejo momento político y social en donde se están produciendo cambios acelerados que afectarán el diseño de un sistema de protección social y en donde se pretende mediante mecanismos autoritarios imponer un sistema político diferente a la democracia, contrario a los valores y principios cardinales de la Constitución y con marcada influencia del modelo cubano. Las contradicciones de este modelo con el espíritu de la constitución nacional están produciendo importantes dificultades para el diseño, aprobación e implementación de un sistema de protección social que se desplaza entre visiones antagónicas.

La ausencia de un consenso sobre el modelo de desarrollo del país, las políticas, las líneas de reforma estructural del estado y las posibilidades de su financiación, junto con las características históricas propias del sistema venezolano de protección social, nos llevan en este punto a examinar primero la complejidad del problema, y a reconocer que no existen modelos puros de PS (1), en cuanto son abstracciones ideales que en la práctica presentan variadas características basadas en diversas teorías y enfoques. Históricamente, la PS se implementó en Venezuela, como en otros países latinoamericanos bajo esquemas asistenciales, de seguros y seguridad social (2), encontrándose allí “algunos de los más antiguos, fuertes y complejos mecanismos de ingeniería política en el campo de la protección social (...) comparables a los sistemas europeos...” (3). La Organización Internacional del Trabajo OIT, la Organización de los Estados Americanos OEA, la Organización Panamericana de la Salud OPS y la Asociación Internacional de la

Seguridad Social AISS, la impulsaron durante el siglo XX, valorando la cooperación nacional e internacional para lograr sus fines, como fue la creación de institutos de seguros sociales, siguiendo el original modelo Bismarckiano (1883-1989). La PS se renovó en el marco de la seguridad social, después del replanteamiento de los conceptos clásicos de los Seguros Sociales.

Este cambio obedeció a las ideas de Beveridge a finales de 1942, posterior a la II Guerra Mundial. Así, la seguridad social, inspirada en principios universales de solidaridad, equidad y justicia social, rescató la responsabilidad estatal y de la sociedad en la PS y se erigió como derecho fundamental. La PS debe entenderse de manera amplia e integral, no sólo limitada al enfoque de riesgo y aseguramiento como actualmente ocurre, (4) para ajustarse al rezago económico de los países. Debe incluir todas aquellas variables de orden económico, político y social que garanticen la salvaguardia en eventos adversos que pudieran causar detrimento a la salud, al empleo, al bienestar y a la calidad de vida de las personas, y basarse en criterios de equidad y justicia social. Así, la OPS y la OIT propusieron la estrategia de la Extensión de la PS para las Américas (EPSS) como una “poderosa herramienta destinada a combatir la exclusión en salud” (5), la cual, aunque se supone ha ocupado espacios en las agendas de los gobiernos y de los organismos internacionales, no ha logrado aun su carácter prioritario en la política social (6). Por su importancia central, a este tema dedicaremos una sección completa de este capítulo.

La Agenda de Salud para las Américas para el período 2008-2017 proporciona un conjunto conciso de principios y de áreas de acción que tienen como fin orientar la planificación estratégica de “todas las organizaciones interesadas en la cooperación en salud con los países de las Américas” (7).

Una de las 8 áreas de acción de la Agenda es: • “Aumentar la protección social y el acceso a los servicios de salud de calidad”. La agenda concuerda con los Objetivos de Desarrollo del Milenio y con el Undécimo Programa General de Trabajo de la OMS. Se sustenta en los principios de la salud como un derecho humano, la universalidad,

el acceso y la inclusión, la solidaridad panamericana, la equidad en materia de salud, y la participación social. Su visión es lograr una Región de las Américas más sana y más equitativa, en la que cada persona, cada familia y cada comunidad tengan la posibilidad de lograr su máximo potencial.

2. Modelos de Desarrollo

Los modelos de desarrollo se originan en la forma como una sociedad organiza sus recursos materiales y sus instituciones para buscar el progreso y la satisfacción de necesidades de todos sus miembros, articulado con su historia, su cultura, su producción económica, su tradición jurídico política y sus posibilidades de adelanto científico y tecnológico (8). Considera la extensión de capacidades y complejidades de la sociedad y de los individuos, para ofrecerles mejores posibilidades de satisfacer sus necesidades y aspiraciones (9) Franco, (10) destaca tres modelos que vivió AL en el siglo XX como: a) crecimiento hacia fuera, b) sustitución de importaciones y c) modelo post-ajuste. Estos modelos estuvieron separados por fechas importantes para el desarrollo económico: la crisis económica de 1929 y la crisis de la deuda externa en los años 80. Otros autores reconocen diferentes modelos de desarrollo a través de la historia. Aquí se describen algunos de ellos. Aunque en nuestros países no se desarrolló suficientemente el Estado de Bienestar como en los países europeos, se expone porque gran parte del debate actual en la región y en nuestro país, se enfoca en la discusión entre Estado de Bienestar y modelo Neoliberal. Por la época bienestarista, más bien la política social en los países de AL se debatía entre el modelo basado en la Sustitución de Importaciones y el Desarrollista.

Modelo Keynesiano y Estado de Bienestar. Este modelo, centrado en la teoría general de la ocupación, el interés financiero y el dinero, se ocupa de agregados como ingreso, consumo, ahorro e inversión, más que de la determinación de precios, que hace parte principal de la teoría económica (11). Señala la importancia de las variaciones en el nivel de producción y empleo como movimientos equilibradores de la economía para igualar la inversión y el ahorro, determinándose así el nivel de

equilibrio de la renta nacional total y de la producción nacional. Reconoce que las tasas de ocupación son indicadores de prosperidad en las naciones y que la falta de ingresos compromete seriamente la conservación de la vida y el desarrollo humano (12). El Estado de Bienestar surge como la forma de un Estado Social de garantizar estándares mínimos de ingreso, alimentación, salud, vivienda educación y seguridad social a cada ciudadano, sin discriminación alguna, como derecho político “fruto de las luchas sociales que acompañaron los procesos de industrialización y modernización en las sociedades modernas” (13). Fleury y Molina (1) lo reconocen como respuesta al proceso de desarrollo de sociedades capitalistas industrializadas y a sus consecuencias, con el fin de lograr estabilidad y seguridad en un nuevo contexto de solidaridad social.

Modelo basado en la Sustitución de Importaciones En su momento fue muy promisorio para la modernización y el progreso de nuestro país y de otros países de la región y surtió sus efectos sobre altas tasas de crecimiento, mejores oportunidades de empleo y la posibilidad de que muchos pudieran superar sus niveles de pobreza. Sin embargo, el modelo mostró sus primeras señales de postración en la década de los 70 y la región comenzó a perder competitividad en el mundo, generando pérdida de oportunidades para exportar, altos índices de inflación y la consecuente “crisis de la deuda” de los 80 (14), caracterizada por la caída de las tasas de crecimiento, aumento del desempleo, deterioro de salarios, crecimiento de la pobreza y la desigualdad.

Modelo Neoliberal Se caracteriza por las diversas formas de interacción de los individuos (ciudadanos que automáticamente adquieren la connotación de clientes) en amplios mercados donde los bienes, servicios y valores sociales se convierten en mercancías, con vendedores privados cuyo único interés es la rentabilidad económica bajo el principio de la libre competencia. En este modelo, el consumidor tiene la opción de elegir de acuerdo con su capacidad de compra, pues parte del supuesto de que todos los individuos tienen ingresos suficientes para satisfacer sus necesidades en un mercado que les ofrece una variada gama de bienes y servicios.

Hayek y Friedman, fundan sus principios en la libertad individual y la desigualdad en una franca crítica al Estado benefactor (15), por

considerar que “la desigualdad es el motor de la iniciativa personal y la competencia de los individuos en el mercado que corrige todos los males económicos y sociales”. El carácter del neoliberalismo es el individualismo en tanto que el individuo liberal es considerado una isla fundamentada en sí misma, centrado en la defensa de sus derechos como individuo, a la vida, a la libertad y a la propiedad (12). Para sus defensores, “el sistema de precios permite que los individuos cooperen pacíficamente durante breves momentos, mientras que el resto del tiempo cada quien se ocupa de sus propios asuntos” (15), y en consecuencia, según Hayek “en la sociedad moderna y compleja es preciso recurrir al mercado y a la iniciativa individual” (12). En Venezuela y otros países de AL, su expansión se dio en los años 80 a partir de la aplicación de reformas de ajuste económico promovidas por el BM y el Fondo Monetario Internacional, convertidas en recetas para superar el déficit público y estabilizar las economías en esta región (Consenso de Washington) (16-18). Modelo Económico de Planificación Central Ha sido propio de la antigua Unión Soviética, Europa Occidental y China y experimentado por iniciativas socialistas en AL (19) como Cuba y Nicaragua, donde el Estado propietario de los recursos disponibles en la economía decide cómo organizar la producción, tipo de industrias y asignación de recursos, así como la combinación de tecnología con los recursos disponibles. Sus logros en la primera mitad del siglo XX fueron muy significativos tanto en lo ambiental como en la seguridad y el progreso social: aumento de producción e industrialización, garantía de acceso a servicios de educación, salud, vivienda y empleo para grandes poblaciones, y distribución equitativa de ingresos y de servicios sociales.

No obstante, por los años 70 comenzó un proceso de estancamiento y deterioro obligando al Estado a emprender reformas de economía de mercado (20). Los rasgos fundamentales de este modelo inspiran las propuestas radicales del gobierno Nacional contenidas en las Líneas Generales del Plan de Desarrollo Económico y Social para el período 2007 – 2013. Se han planteado otros modelos alternativos y estrategias de desarrollo tales como el desarrollo sustentable impulsado por la ONU,

la teoría del Desarrollo a Escala Humana propuesta por Max Neef y el modelo de transformación productiva con equidad de la CEPAL, pero no logran su aplicación de manera consistente (39).

3. Enfoques de Protección Social

Aquí se exponen algunos de los enfoques que desde distintas perspectivas se han aplicado en AL durante más de medio siglo. Entre ellos, se identifican tres modelos de PS para la región: seguridad social, seguro social y asistencia social, relacionados por algunos con Estado de Bienestar, Estado Liberal - Sustitución de Importaciones y modelo Neoliberal, respectivamente (1). La Seguridad Social Se entiende como “el conjunto de medidas previsivas dirigidas a garantizar a los habitantes de un país los medios económicos para lograr condiciones mínimas de comodidad, salud, educación y recreación, así como las providencias contrarriesgos inherentes a la vida humana, como desempleo, enfermedad, invalidez parcial o total, vejez, oportunidad de educación y problemas de salud mental” (21). Debe pactarse en una política redistributiva (1). En los países europeos incluye además: el pleno empleo, acceso universal a educación, redistribución del ingreso, regulación de relaciones laborales y de condiciones de trabajo, fomento de organizaciones de autoayuda y de negociación entre empresarios y trabajadores. Otras regiones del mundo apenas han alcanzado parcialmente, y más tarde, algunos de estos mecanismos de protección (22,23). El Seguro Social Resulta de la aplicación estratégica de una política de seguridad social al amparo de los principios de solidaridad y universalidad (24) y no como un proceso aislado.

Entre sus estrategias está el aseguramiento, definido como “el conjunto de transacciones mediante las cuales el pago de un monto determinado permite recibir otro pago si ocurren ciertos eventos” (25). Por ello, sólo cubre una parte de los riesgos naturales de la vida. No alcanzan a mantener las condiciones mínimas del bienestar, se limitan a cubrir la enfermedad y algunos riesgos económicos, sin garantizar los derechos sociales, pues sólo responden a las demandas surgidas de la industrialización. La Asistencia Social “Mecanismo mediante el cual

las previsiones financieras corren a cargo del tesoro público. Dirigidas a la porción económicamente más débil de la sociedad, a personas que no pueden contribuir a una caja de previsión, o que, pudiéndolo hacer, todavía no han sido incorporadas a ellas” (21). Adicionalmente, otras dos formas de PS aplicados en AL se han basado en la asistencia social: las Redes Mínimas de PS y el Manejo Social del Riesgo (2) propias del post ajuste estructural. Redes Mínimas de PS (RMPS).

Surgen como programas asistenciales para los más pobres y vulnerables en respuesta a “la crisis económica y los programas de ajuste estructural que agravaron la pobreza y provocaron protestas en algunas ciudades” (22) viéndose amenazada la estrategia neoliberal. Hacia la década del 80, la mayoría de países latinoamericanos entraron en la tónica de las RMPS, con un enfoque descentralizador y participativo, y algunos con énfasis en inversión social. Su finalidad no era más que viabilizar políticamente el ajuste estructural (2) para mejorar la eficiencia de algunos ministerios. De acuerdo con Mesa Lago (22), en AL surgieron varios tipos de RMPS tales como los programas de acción social (PAS), en Costa Rica y México; los Fondos de Emergencia Social (FES) en Argentina, Bolivia, Colombia, El Salvador, Perú y Uruguay; los Fondos de Inversión Social (FIS) en Bolivia y Chile. Su financiación ha sido con recursos del Banco Interamericano de Desarrollo (BID), del BM y de la Agencia Interamericana de Desarrollo (AID), entre otros. En Venezuela podríamos citar los programas de la Agenda Venezuela en los años 90. Tales Redes, caracterizadas por su ánimo mitigador y paliativo, no lograron la protección amplia de la seguridad social integral (26) ni alcanzaron a enfrentar todas las dimensiones del riesgo. Según Ana Sojo, (25) surgen como una propuesta global de política social con una combinación público-privada, en la cual las responsabilidades estatales en materia de bienestar social se circunscriben al combate contra la pobreza y el aseguramiento contra los riesgos adquiere una dimensión individual, desvirtuando el carácter solidario de la seguridad social. Manejo Social del Riesgo Esta propuesta del Banco Mundial define la PS como “intervenciones públicas para asistir a personas, hogares y comunidades a mejorar su manejo del riesgo y proporcionar apoyo a

quienes se encuentran en la extrema pobreza” (4). Tal estrategia debe dirigirse especialmente a los menos favorecidos, a los que Carlyle Guerra de Macedo llama “los sin ingreso, sin vivienda, sin educación, sin salud, (...) y especialmente los sin poder” (27).

Este enfoque se basa en que todas las personas, hogares y comunidades son susceptibles de múltiples riesgos naturales y antrópicos altamente relacionados con la pobreza. El Banco, identifica como actores involucrados a individuos, comunidades, ONG, gobiernos y organismos internacionales (4), pero no a los grandes poseedores de riqueza, lo cual deja sin opciones de lograr los propósitos de superación de la pobreza, mejoramiento de las condiciones de vida y equidad. Varios países americanos (Canadá, México, Colombia y Chile) han ganado amplia experiencia en la última década en la Protección Social sustentada en el Manejo Social de Riesgo (28). Este punto será ampliado en la sección 7 de este capítulo.

4. Evolución de la Protección Social en Venezuela

La PS en Venezuela y en otros países de LA ha estado condicionada de manera diversa no sólo por el modelo de desarrollo sino también por el régimen político, los aspectos financieros y las falencias administrativas que han afectado los mecanismos de seguridad social. Esto se ilustra con los casos de Brasil y Colombia donde el determinante principal es la búsqueda de legitimidad política. La PS hace parte de los sistemas de mediación y articulación entre lo político y lo económico (29). De ahí la diversidad entre países y las tipificaciones de PS. Mesa Lago (30) clasifica los países de la región en pioneros, intermedios (entre los cuales se encuentra nuestro país) y tardíos de acuerdo con el momento en que se establece la seguridad social y su desarrollo posterior (siglo XX, hasta los años 80). Diferencia mecanismos financieros, de gestión y de equidad social dentro de la misma clasificación, según antigüedad de programas, cobertura poblacional, carga salarial y económica, equilibrio financiero y aspectos demográficos, etc. El 9 de octubre de 1944 se iniciaron las labores del seguro social venezolano; fueron los primeros pasos en la conformación del Estado de Bienestar (Welfare

State). A pesar del tiempo transcurrido, Venezuela sigue siendo uno de los países más atrasados de América Latina en materia de previsión social. La baja cobertura y la inviabilidad financiera del sistema han sido sus dos problemas fundamentales. La variabilidad antes anotada ha traído distorsiones, de orden micro y macroeconómicas, en los modelos y tipificaciones descritas en la PS dependiendo de las relaciones del Estado con la sociedad en cada caso, y de su conflictividad interna. Su desarrollo tampoco fue armónico en los países y hacia los años 80, el 90 % del gasto se concentraba en programas de pensiones, enfermedad-maternidad y el 10 % restante en riesgos profesionales, desempleo y asignaciones familiares. En los últimos 30 años, Venezuela y otros países de AL entraron en procesos de reforma variando los mecanismos de PS en pensiones, salud y otros servicios sociales (31) pero a pesar de las especificidades de los distintos modelos se dio una tendencia única de reforma neoliberal.

Otros análisis (32) demuestran diferencias en las configuraciones de sistemas de salud en AL, dependientes del modelo de Estado y del modelo de desarrollo: así, se da el sistema nacional de salud de Cuba, donde prevalece un modelo de desarrollo basado en la planificación centralizada; en contraste, sistemas basados en el aseguramiento individual en Colombia y República Dominicana, países en los cuales se impone el Modelo Neoliberal; y como casos intermedios, los sistemas segmentados en Venezuela, Bolivia y Ecuador, países que arrastran el rezago de modelos desarrollistas de la época previa a la reforma del Estado. Fue a partir de 1989, con la implementación del primer programa de ajuste macroeconómico, cuando en Venezuela aparece el concepto de los programas compensatorios focalizados en las poblaciones vulnerables, para compensar los efectos negativos de las políticas de ajuste.

Estos programas eran diferenciados y complementarios al sistema de prestación de servicios sociales. Mediante estos programas se transferían servicios, dinero y bienes a hogares en situación de pobreza, para tratar de reforzar sus ingresos y detener el desmejoramiento de su calidad de vida (33). Abarcaban 5 áreas: Nutrición, Educación,

Protección Social, Vivienda e Infraestructura y Empleo y Seguridad Social. Muchos de los programas no llegaron a ser implementados, otros arrancaron tardíamente, o chocaron con otras acciones del sector público y competían con ellas o se solapaban, estimulando la falta de cooperación entre diversas instancias gubernamentales.

Estos problemas y numerosas deficiencias técnicas y de diseño, contribuyeron a generar una opinión negativa acerca de los programas compensatorios que fueron tildados de “asistencialistas y paternalistas. En 1996 se estableció en el país un segundo plan de ajuste macroeconómico “La Agenda Venezuela” cuyo componente de compensación social quedó conformado por el diseño y ejecución de 14 programas sociales. Esta vez, los programas se ejecutaron mediante instituciones del Ejecutivo y no en organismos paralelos; se destinaron recursos nacionales para no depender de los recursos de las multilaterales y se usaron redes de desarrollo local y participaron los gobiernos regionales y subregionales; se mejoraron los sistemas de focalización y asignación de recursos sin superar todos los errores en la ejecución. A los programas se les aplicó evaluación de gestión financiera, pero fueron insuficientes las evaluaciones de impacto.

El agravamiento de la crisis del IVSS y la necesidad de resolver el problema de los pasivos laborales, tanto en el sector público como en el privado, fueron algunos de los factores que impulsaron la reforma de la Seguridad Social de 1998, estrategia que consistió en la aprobación de una Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social Integral y de leyes complementarias, dependiendo de los diferentes fondos (pensiones y salud, entre otros), así se aprobó la Ley del Subsistema de Salud, mediante una habilitación del Congreso al Poder Ejecutivo. Numerosas críticas se hicieron a esta Ley, entre ellas: persistencia de la fragmentación de la financiación pública de salud; fragmentación de las competencias de coordinación financiera del MSAS en tres instancias de administración central; introducción de mecanismos de competencia regulada en el financiamiento y en la prestación de servicios públicos de salud en desproporción de la capacidad institucional del Ministerio en las áreas de información, contabilidad de costos, regulación financiera y

determinación de prestaciones sanitarias; conflictos operativos entre las nuevas estructuras financieras y el proceso de descentralización de servicios, entre otras observaciones. El nuevo gobierno a partir de febrero de 1999 revirtió el proceso de la Reforma de la Seguridad Social, que incluía la eliminación del IVSS, y se modificó la Ley Orgánica de Seguridad Social, sin un marco de políticas destinadas a corregir los errores del manejo de esta institución. La legislación adicional de las leyes de los Subsistemas de la Seguridad Social no fue aprobada y se detuvo desde hace 10 años todo avance en materia de seguridad social obligatoria.

5. La Protección Social en Venezuela en la última década

Al asumir funciones el nuevo gobierno en 1999 el presidente Chávez decidió atender lo que llamó la —Emergencia Social—. Activó un plan de emergencia social en áreas de nutrición y salud; además un plan de empleo rápido mediante el mejoramiento, reparación y remodelación de infraestructura urbana en los sectores populares y centros educativos. La coordinación fue asignada por regiones a los comandantes de guarniciones de las Fuerzas Armadas; fue el Plan Bolívar 2000. La segunda tarea consistió en la reforma del sector social. Se concentraron las acciones sociales en dos ministerios (Educación, Cultura y Deportes y Salud y Desarrollo Social). Por otra parte, se creó el Fondo Único Social que agruparía la coordinación y financiamiento de la red de protección social del Estado (33). Hasta 2003, la nueva Constitución de 1999, el Plan de Desarrollo Económico y Social 2001 – 2007 y el Plan Estratégico Social del Ministerio de Salud y Desarrollo Social, orientaron desde el punto de vista programático la acción social del gobierno. La Constitución no solo define los derechos y servicios sociales que deben ser garantizados, sino que especifica como deben ser prestados esos servicios. Esto hace más rígido cualquier plan social de acción. El segundo documento establece algunos principios que resultan muy importantes para lo que podría ser la implementación de un sistema de protección social: La universalidad, que asegura la

protección a todos. La equidad —darle a cada quien según su necesidad y pedir de acuerdo a su capacidad.

La participación, dotar de poder a los ciudadanos para que actúen efectivamente en todas las esferas de la acción social. La corresponsabilidad, la garantía de los derechos sociales no es responsabilidad exclusiva del Estado sino de la sociedad, comunidad y de los ciudadanos. No obstante, esta declaración de principios, la aplicación en la práctica del Plan encontró insuperables obstáculos conceptuales e ideológicos al desechar acciones dirigidas a sectores excluidos para erradicar la pobreza, o hacer distinciones entre diferentes grupos sociales, se descartó la selectividad de los beneficiarios de los servicios básicos ya que todos tienen derecho a su disfrute. Se descartó la protección de grupos vulnerables y la focalización. La universalidad se aplica con la lógica de —todo para todos y esta concepción utópica choca rápidamente con la realidad y con la aspiración de equidad y distribución del ingreso que el propio gobierno dice auspiciar (33). La política social es, por excelencia, la política de redistribución progresiva del ingreso y, para lograr ese objetivo, es necesario distinguir entre los distintos sectores sociales. Tal perspectiva normativa le ha traído al gobierno obstáculos insalvables y problemas a la hora de realizar reformas dentro del sector, tales como la seguridad social, la cual no ha logrado avanzar - después de 10 años - entre otros, por la perspectiva univesalística que hace inviable desde el punto de vista financiero a la reforma (34). El Plan Estratégico Social del Ministerio de Salud y Desarrollo Social trató de conciliar sin éxito, los programas de atención a la población excluida heredados de las administraciones pasadas, junto con el lineamiento esbozados por el nuevo Plan Nacional. En consecuencia, terminó siendo un listado de tareas del Viceministerio de Desarrollo Social (33).

Las reformas propuestas se habían quedado a medio camino, nuevas iniciativas convivían con antiguos programas sociales.

La ausencia de rectoría, la falta de coordinación, la superposición de funciones, la multiplicidad de instituciones, hizo que la atención social

se limitara al campo de la asistencia social por medio de operativos en localidades y barriadas urbanas organizados con escaso orden por instituciones del Estado: El Proyecto País del Ministerio de la Defensa, El Ministerio de Salud y Desarrollo Social: red de atención en salud, SENIFA, responsable del programa de Hogares de Cuidados Diarios y el FONVIS. El Fondo Único Social (FUS) primero adscrito al MSDS y luego a la Secretaría de la Presidencia, y al Ministerio de Finanzas, perdió la capacidad de concentrar toda el área de desarrollo social o las acciones de los programas sociales de protección y pasó a ser un organismo auxiliar para la transferencia de ingresos y desembolsos a organismos del sector público. La Fundación Pueblo Soberano, adscrita a la Presidencia de la República se encarga de tramitar las solicitudes de ayuda social personales o institucionales al Ejecutivo Nacional. Finalmente, el Ministerio de Educación, Cultura y Deportes, además de administrar la red de escuelas públicas, se dedican a la atención nutricional de los escolares por medio del Programa de Alimentación Estratégico concentrado en las escuelas Bolivarianas o de tiempo completo (33). Superada la inestabilidad e ingobernabilidad política de 2002 y comienzos de 2003 el gobierno rediseñó la política social como medio para hacer frente al vacío que dejó la virtual desaparición de los programas sociales de los últimos 10 años y la pobre ejecución de los nuevos programas.

En 2003, con la ayuda del gobierno de Cuba, nacieron las primeras Misiones que mantuvieron el perfil de protección social pobremente institucionalizado, voluntarista y mesiánico y vinculado personalmente al presidente de la República. Las misiones tienen por objeto atender problemas específicos del sistema de prestación de servicios sociales, especialmente en lo referido al ataque del déficit crónico de atención social. Han sido una mezcla de acciones dirigidas a atenuar problemas y carencias que tiene la población de los sectores populares, especialmente en el área educativa, nutricional y de asistencia en salud a la población de menores recursos. Sin embargo, las Misiones no pueden mostrar un impacto significativo en el sentido de presentar avances sociales sostenidos en materias como la reducción de los índices de morbi-

mortalidad, elevar los años de escolaridad, reducir la mortalidad materna e infantil, aumentar el empleo productivo y de calidad, o, finalmente producir el desarrollo social requerido para elevar el nivel de vida de la población. Ello es así, porque aun suponiendo que esta política social termine dando los frutos esperados, si no se atienden los déficit de atención, es decir, si estas misiones no forman parte de un plan integral de superación de la pobreza, su efecto será coyuntural y concentrado en algunas consecuencias pero no en las causas del problema (33). Un conjunto importante de objeciones han sido analizadas por expertos a los fines de introducir cambios y recomendaciones para que los programas mejoren sustancialmente (33).

Los lineamientos del Plan de Desarrollo Económico y Social 2001 – 2007 fueron sustituidos en las Líneas Generales del Plan de Desarrollo Económico y Social para el período 2007 – 2013, (<http://www.gobiernoenlinea.ve>) aprobadas el 13 de diciembre de 2007. Este nuevo Plan pretende imponer por la fuerza a Venezuela la construcción del Socialismo del Siglo XXI, por voluntad del gobierno (a pesar de haber sido negada la reforma constitucional el 3 de diciembre de 2007).

El modelo social distinto al establecido en la Constitución se lograría a través de las siguientes directrices: a. “La Suprema Felicidad Social: A partir de la construcción de una estructura social incluyente, un nuevo modelo social, productivo, humanista y endógeno, se persigue que todos vivamos en similares condiciones, rumbo a lo que decía el Libertador: “La Suprema Felicidad Social”. b. Las bases de las políticas de la construcción de una nueva estructura económica y social incluyente están contenidas en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, en las tradiciones de lucha del pueblo venezolano y en la voluntad política del actual gobierno de avanzar hacia la construcción del Socialismo. c. Las relaciones sociales de producción del Socialismo están basadas en formas de propiedad social, que comprenden la propiedad autogestionaria, asociativa y comunitaria; permaneciendo formas de propiedad individual y pública. d. La estructura social está conformada por un entramado de relaciones sociales permanentes y recurrentes que, ordenadas jerárquicamente en cuanto al poder, la riqueza,

el conocimiento y el prestigio, determinan situaciones diferenciadas en la satisfacción de las necesidades sociales y en la distribución de la riqueza y del ingreso. e. La estructura social de Venezuela está en proceso de transición hacia una formación económico social más incluyente, porque el Gobierno está ejecutando, especialmente con las Misiones, un proceso de inclusión social masivo y acelerado, financiado por la nueva forma de utilizar la renta petrolera, lo que ha permitido avanzar en la cobertura y la universalización en la satisfacción de necesidades de identidad, alimentación, salud, educación, vivienda y empleo. f. A la diversidad biológica, de edad, étnica y de género se le han sobrepuesto históricamente desigualdades sociales, reproducidas por un Estado al servicio de los intereses del capital en detrimento del trabajo, que han contribuido al aumento de las limitaciones en las capacidades individuales y colectivas, requeridas para el disfrute de los derechos humanos y sociales.

La política de inclusión económica y social forma parte del sistema de planificación, producción y distribución orientado hacia el Socialismo, donde lo relevante es el desarrollo progresivo de la propiedad social sobre los medios de producción, la implementación de sistemas de intercambios justos, equitativos y solidarios contrarios al capitalismo, avanzar hacia la superación de las diferencias y de la discriminación entre el trabajo físico e intelectual y reconocer al trabajo como única actividad que genera valor y, por tanto, que legitima el derecho de propiedad. Todo orientado por el principio de cada cual según su capacidad, a cada quien según su trabajo. g. La satisfacción de las necesidades sociales está vinculada con el sistema de producción-distribución de bienes y servicios, porque sólo en la medida en que los trabajadores en Venezuela contribuyan con la producción de la riqueza social según sus capacidades, con el desarrollo de sus potencialidades creadoras, aumentan las probabilidades de satisfacer las necesidades sociales. El principio “a cada quien según sus necesidades” se basa en la calidad de la satisfacción, comenzando por satisfacer las necesidades sociales básicas y superar las brechas y déficit persistentes. h. La inclusión social adquiere su más elevado desarrollo cuando el modo

de atención es personalizado para los grupos sociales en situación de máxima exclusión social y está orientada hacia el autodesarrollo de las personas, las comunidades y sus organizaciones, lo cual implica prácticas democráticas, responsables y autogestionarias por parte de los involucrados. i. El modo de producción capitalista no sólo estratifica a los seres humanos en categorías sociales irreconciliables, sino que impone un uso irracional y ecológicamente insostenible de los recursos naturales. j. El capitalismo ha socavado las condiciones de la vida en la Tierra. El impacto de las actividades humanas ha superado con creces la capacidad de carga del planeta, y son precisamente los pobres los que más se ven afectados por la degradación ambiental. k. El desarrollo del capitalismo ha generado una profunda desigualdad entre el campo y la ciudad, impulsando la concentración desordenada e insostenible de la mayor parte de la población en grandes ciudades y el abandono del campo. Es necesario equilibrar las relaciones urbano-rurales y crear un nuevo modelo de ciudades socialistas planificadas e integradas de manera sostenible con la naturaleza.” La orientación de Políticas y Planes del Sistema de Salud, fueron enmarcados por el MPPS en el ámbito de este documento. Los planes de salud fueron desarrollados en la línea estratégica. La suprema felicidad social. Estas orientaciones están vinculadas íntimamente a la visión del Estado Socialista que fue rechazada por el pueblo venezolano el 3 de diciembre de 2007 y que el Ejecutivo pretende aplicar a pesar de ser contrarias y violatorias de la Constitución Nacional.

6. La extensión de la protección social en salud (EPSS)

Es una poderosa herramienta de política pública destinada principalmente a combatir la exclusión en salud. Se estima que en América Latina y el Caribe unos 100 millones de personas no están cubiertas por los sistemas de salud existentes y unos 240 millones de personas no están protegidas por esquemas de seguridad social o por seguros privados de salud (5). La EPSS “es la garantía que la sociedad otorga, por conducto de los poderes públicos, para que un individuo o grupo de individuos pueda satisfacer sus necesidades y

demandas de salud, mediante el adecuado acceso a los servicios del sistema o de alguno de los subsistemas de salud existentes en el país, sin que la capacidad de pago sea un factor restrictivo”. El análisis de las experiencias tenidas hasta ahora señala que las intervenciones más eficaces en el combate a la exclusión son de naturaleza múltiple y requieren articularse con criterios de sostenibilidad financiera, de aseguramiento solidario y con un modelo coherente de atención (5). Desde 1999, la OPS y la OIT han estado trabajando conjuntamente en el tema y suscribieron un memorando de entendimiento.

Como parte del mismo se comprometieron a desarrollar en los próximos años una iniciativa regional que promueva y establezca un proceso sistemático de análisis, diagnóstico, identificación de soluciones y ejecución de las acciones pertinentes encaminada a apoyar a los países miembros en sus esfuerzos destinados a reducir la exclusión en salud, así como a fortalecer sus capacidades institucionales para extender la protección social en salud. La propuesta incluye un componente regional de desarrollo de metodología e instrumentos, de entrenamiento, de investigación, de intercambio de experiencias y de recomendaciones de prácticas exitosas. Asimismo, contempla un componente de país destinado a apoyar la defensa de esta causa, el acompañamiento del diálogo social, y el apoyo a la implementación de los planes nacionales que se deriven del proceso. Las principales características de dicha iniciativa se presentan en este documento con el propósito guiar la construcción de acuerdos para corregir la exclusión y la falta de acceso en salud y enfocar las reformas del sistema de salud orientados hacia el concepto de la extensión de la protección social en salud. Antecedentes y Justificación.

A pesar de las reformas emprendidas en los sistemas de salud durante los últimos quince años, en la actualidad un porcentaje importante de los habitantes de los países de América Latina y el Caribe se encuentran excluidos de los mecanismos de protección social frente al riesgo de enfermar o las consecuencias de estar enfermos. Sin embargo, la exclusión de la protección social en salud no suele encontrarse en la lista de temas prioritarios de la agenda nacional e

internacional de la política social ni de las agendas de salud de los países de la Región. Las reformas sectoriales de salud no se han concentrado en este campo más que de manera indirecta y fragmentaria. Las estrategias destinadas a eliminar la exclusión en salud constituyen un conjunto de intervenciones públicas que se conocen comúnmente como “extensión de la protección social en salud” (EPSS). La EPSS comprende no sólo estrategias para incluir a los excluidos; también abarca estrategias destinadas a mejorar las condiciones de acceso a la atención de salud para aquellos que, a pesar de estar afiliados a algún sistema de protección social, lo están de manera incompleta o inadecuadamente (5). La lucha contra la exclusión en salud a través de la EPSS se enmarca dentro de los mandatos de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y la OPS/OMS. La meta principal de la OIT es promover oportunidades para que las mujeres y los hombres puedan obtener trabajos decentes y productivos, en condiciones de libertad, equidad, seguridad y dignidad humana. Uno de los objetivos estratégicos para lograr el trabajo decente es mejorar la cobertura y la eficacia de la protección social para todos, incluida la protección social en salud. Para la OPS/OMS, la lucha contra la exclusión en salud se relaciona directamente con su mandato de reducir las inequidades en el acceso a los servicios de salud y en su financiamiento.

Asimismo, esta lucha se inscribe dentro de las tareas que la Organización ha definido como prioritarias para lograr el acceso universal a los servicios que permita alcanzar la meta de la salud para todos. En respuesta a la necesidad de extender la protección social en salud en las Américas, en 1999, la OIT y la OPS lanzaron una iniciativa regional para apoyar los esfuerzos de los Estados Miembros en este campo. Ese año se firmó un memorando de entendimiento entre ambas organizaciones, el cual establece un marco de cooperación para formular y ejecutar una iniciativa conjunta destinada a promover la extensión de la protección social en la salud en América Latina y el Caribe. En noviembre de 1999, en la Ciudad de México, la OIT y la OPS organizaron una reunión regional tripartita (de gobiernos, empleadores y trabajadores) sobre Extensión de la protección social en salud a grupos excluidos en

América Latina y el Caribe. La reunión, que agrupó a los interesados clave, tuvo como objetivo establecer la necesidad de apoyar los países en sus esfuerzos para extender la seguridad social en la atención de salud al sector informal y a las poblaciones excluidas.

Sobre la base de las recomendaciones de esa reunión, la OIT y la OPS se comprometieron a ejecutar una iniciativa regional que promueva y establezca un proceso sistemático de análisis, diagnóstico, identificación de soluciones y ejecución de las acciones pertinentes, encaminada a reducir la exclusión en salud en los países de la Región y a fortalecer las capacidades institucionales de los países miembros para extender la protección social en salud (6). El concepto de extensión de la protección social en salud Las estrategias de protección social en salud destinadas a eliminar la exclusión en salud son intervenciones públicas orientadas a garantizar el acceso de los ciudadanos a la atención a la salud digna y efectiva y a disminuir el impacto negativo tanto económico como social de sucesos personales adversos —como las enfermedades o el desempleo— o generales —como los desastres naturales— sobre la población o sobre los grupos sociales más vulnerables. En este contexto, se puede definir la protección social en salud “como la garantía que la sociedad otorga, por conducto de los poderes públicos, para que un individuo, o grupo de individuos, pueda satisfacer sus necesidades y demandas de salud, al obtener acceso adecuado a los servicios del sistema o de alguno de los subsistemas de salud existentes en el país, sin que la capacidad de pago sea un factor restrictivo”. Aquellos grupos de la sociedad que no pueden hacer uso de esta garantía constituyen los excluidos en salud (5). La EPSS abarca un conjunto de mecanismos destinados a procurar que la población tenga acceso a la protección y al cuidado de su salud mediante la asignación de recursos de diverso origen y no sólo por las medidas que toma directamente el Estado para asegurar la atención de salud por medio de la prestación pública de servicios.

De este modo, la protección social se entiende como la garantía por parte del Estado de un derecho exigible por parte de los ciudadanos, y no como una función de tipo asistencial, que podría ser administrada

con criterios discrecionales. Son tres las condiciones que se deben cumplir para que la EPSS pueda funcionar en la práctica como una garantía, a saber: Acceso a los servicios: es decir, que exista la oferta necesaria para la provisión de servicios de salud y que las personas puedan tener acceso física y económicamente a ellos; Seguridad financiera del hogar: que el financiamiento de los servicios de salud no constituya una amenaza para la estabilidad económica de las familias ni para el desarrollo de sus miembros; Dignidad en la atención: que la atención de salud se provea con calidad y en condiciones de respeto a las características raciales, culturales y económicas de los usuarios, definidas mediante un proceso de diálogo social. Estas tres dimensiones son imprescindibles y la ausencia de una o más de ellas determina alguna forma de exclusión en salud. La pobreza y la exclusión en salud La pobreza es una de las condicionantes más importantes de la exclusión en salud. Aun cuando ambas no son idénticas se superponen. La pobreza no sólo impide - en ausencia de sistemas de protección social- el acceso a las prestaciones de alto costo, sino que además los pobres viven y trabajan en ambientes que los exponen a mayores riesgos de enfermar y morir. Entre otras cosas, estos riesgos están directamente relacionados con una menor disponibilidad y calidad de los alimentos, con la ausencia de vivienda adecuada, con el hacinamiento y con la escasez de espacios apropiados de recreación.

Las enfermedades transmisibles se concentran en los pobres. Las enfermedades y lesiones tienen costos directos (en prevención, curación y tratamiento) y costos de oportunidad (pérdida de días de trabajo o escuela) que dependen de la duración y gravedad de la incapacidad y que, a menudo, profundizan la condición de pobreza. La pobreza tiene efectos aún más devastadores sobre las personas: genera dificultades en las llamadas —capacidades básicas de funcionamiento de las personas; deteriora la calidad de vida, acorta la esperanza de vida y origina el —círculo perverso de la exclusión: familia pobre, educación incompleta, desocupación, pobreza.

Este círculo interactúa con otros círculos perversos como el de: falta de acceso a servicios básicos, enfermedad, dificultades laborales

o deserción escolar; o el de: delincuencia, imposibilidad posterior de encontrar trabajo, reincidencia, marginalidad. Todo ello profundiza y perpetúa la situación de exclusión en salud (5,14,33). La EPSS constituye un arma importante en la lucha contra la pobreza y en el desarrollo de un mayor grado de cohesión social en los países miembros. No sólo es un eje de política social de carácter netamente incluyente, sino que se traduce en un salario social que otorga seguridad social en salud y mejora las condiciones de vida. La mejora en el acceso a los servicios de salud posibilita que los miembros de la familia tengan un mejor estado de salud y puedan optar al desarrollo productivo que les permitirá salir de la pobreza. Escasez de camas hospitalarias. La exclusión en salud: su magnitud y dificultades para su medición. La medición de la exclusión en salud es compleja ya que se trata de un problema multicausal. Hay diversas maneras de medir la exclusión y ninguna de ellas da cuenta del fenómeno en toda su dimensión. La exclusión se puede medir directamente por medio de encuestas de población, pero estas tienden a ignorar parte de la población excluida (como la población rural, pobre o que habita en lugares de difícil acceso) o no indagan adecuadamente las diferentes dimensiones del tema. Debido a ello, habitualmente se utilizan mediciones indirectas basadas en las causas de exclusión. Fuente: Niveles de exclusión de la protección social en salud en América Latina y el Caribe, OIT/OPS, México, 1999.

Estas cifras se refieren a estimaciones globales y resultan útiles para tener una idea acerca de la magnitud de la exclusión en la Región en términos generales. Sin embargo, no ponen de relieve las enormes diferencias que existen entre los países y en el interior de ellos. Asimismo, los datos no arrojan información referente a la exclusión por razones culturales, de empleo o por factores asociados a la calidad de la atención, al sexo o a la edad. Con todo, se ha estimado que alrededor de 20 % a 25 % de la población total de la Región (alrededor de 100 a 150 millones de personas), se encuentra excluida de la atención de salud, de acuerdo a alguna de estas mediciones. La extensión de la protección social en salud y los sistemas de salud El ámbito en el que

tiene lugar la satisfacción de las demandas de salud de la población es la prestación de servicios. No obstante, la red de provisión es sólo la parte más visible de un conjunto complejo de instituciones, normas y valores que tienen que ver con la rectoría, el financiamiento y el aseguramiento, que condicionan considerablemente el funcionamiento de la red de provisión. Es decir, la organización de los sistemas de salud no es neutral respecto de la exclusión en salud, sino que constituye un elemento determinante de ella.

En general, se puede afirmar que hay cuatro factores asociados a una baja capacidad de respuesta de los sistemas: a) La segmentación o coexistencia de subsistemas con distintos arreglos de financiamiento, afiliación y prestaciones, generalmente compartimentalizados, que cubren diversos segmentos de la población, por lo general determinados por su nivel de ingreso o su capacidad para contribuir. Habitualmente se manifiesta en un subsistema público deficiente y mal atendido - frecuentado por los pobres e indigentes - y en un sector privado - con más recursos y orientado al cliente - concentrado en los segmentos más ricos. Entre ambos se sitúan los sistemas de seguro social que cubren a los trabajadores formales y a sus dependientes. Este tipo de organización genera y profundiza las desigualdades en el acceso y el financiamiento de los servicios de salud. b) La fragmentación o existencia de muchas entidades no integradas dentro de un mismo subsistema. Esta situación eleva los costos de transacción en el sistema en su conjunto y hace difícil garantizar condiciones equivalentes de atención para las personas atendidas por los diversos subsistemas. La suma de segmentación más fragmentación conduce con frecuencia a dobles y triples coberturas dentro del mismo grupo familiar, con la consiguiente ineficiencia en la asignación de recursos. c) El predominio del pago directo parcial o total en el punto de atención o en el gasto en medicamentos que determina que la posibilidad de recibir la atención de salud requerida depende parcial o totalmente de la capacidad de pago de cada persona. Este tipo de financiamiento determina un alto grado de inequidad en el sistema y una alta proporción de gasto de bolsillo lo que revela la falta de protección. d) Rectoría débil o poco

desarrollada, que impide el establecimiento de reglas del juego justas en la relación entre el usuario y el proveedor de servicios y adolece de una formulación explícita insuficiente de los conjuntos básicos de prestaciones garantizadas por los diferentes esquemas de aseguramiento.

Causas de la exclusión A pesar de que en la mayoría de los países de la región la legislación vigente consigna el derecho de todos los ciudadanos a algún tipo de cobertura de salud, en la práctica esto dista de ser así. En América Latina y el Caribe cerca de 218 millones de personas carecen de protección contra sus riesgos de enfermar, mientras que alrededor de 107 millones no tienen acceso a los servicios de salud por razones geográficas. La exclusión en salud tiene su origen en tres dimensiones.

1. La primera dimensión son los problemas de acceso

Estos problemas son de tres tipos: Falta de acceso a las prestaciones asociadas con el suministro de bienes públicos (como agua potable o vacunas); Falta de acceso a los servicios individuales de atención de salud, en general, o a algunas de ellas en particular; Falta de acceso a un sistema de protección contra los riesgos económicos y sociales de enfermar. En todos estos casos, la exclusión suele relacionarse con alguna de las siguientes causas o con todas: Déficit de infraestructura adecuada, ya sea para la provisión de atención de salud individual o colectiva (es decir, inexistencia de establecimientos de salud, falta de cobertura funcional de programas de salud pública); Existencia de barreras que impiden el acceso a la atención de salud, aunque haya la infraestructura adecuada. Estas barreras pueden ser geográficas, (transporte, carreteras), económicas (incapacidad de financiar la atención de salud) y culturales (modelos de atención inapropiados). Pueden estar determinadas por la situación contractual o de empleo (desempleo, informalidad del empleo), o por la estructura de los sistemas (los sistemas con alto grado de segmentación muestran mayores grados de exclusión), o por la falta de modelos de atención basados en un enfoque intercultural.

2. La segunda dimensión son los problemas en materia de financiamiento

Se refieren particularmente a la ausencia de mecanismos solidarios. Ningún hogar debe contribuir con más de una proporción aceptable de sus ingresos totales (que evite el empobrecimiento o la indigencia) para tener acceso a los servicios de salud. Además de las consideraciones éticas que sustentan la solidaridad en el financiamiento, la necesidad de contar con un financiamiento solidario se funda en las pruebas de que el costo de los servicios constituye un obstáculo al acceso (en particular, para los más pobres), representa un costo de oportunidad elevado para mantener o desarrollar el bienestar de la familia (particularmente con respecto a evitar o superar la condición de pobreza), y es altamente regresivo (es decir, los hogares más pobres, se ven obligados a costear más de su bolsillo que los menos pobres, en ausencia de un sistema adecuado de cobertura).

3. La tercera dimensión es la de la dignidad en la atención

Se refiere a aspectos que no están relacionados con la utilización ni con el financiamiento, y que se juzgan elementales para la satisfacción de las legítimas aspiraciones de los miembros de la sociedad. Incluye, entre otras dimensiones, el respeto a las tradiciones y culturas de los grupos sociales de características étnicas distintas de las de la mayoría. Este factor conduce también al fenómeno de la autoexclusión; es decir, personas que teniendo derecho y acceso a servicios, prefieren no utilizarlos por estos motivos. Tienen que ver con esta dimensión de la exclusión, factores como el idioma, las creencias o la sensación de un trato inhumano o poco respetuoso de los pacientes. Estrategias para la extensión de la protección social en salud Revisión de intervenciones pasadas La información disponible muestra que en América Latina y el Caribe, no se han llevado a la práctica, en la magnitud necesaria, estrategias con el objetivo específico de reducir la exclusión en salud. La década de los setenta y la mitad de los ochenta vio crecer las políticas y programas de ampliación de la cobertura de servicios de salud, sobre todo a áreas rurales marginales, especialmente a partir de

la formulación de la Estrategia de Atención Primaria en Salud y de la Reunión de Alma Ata en 1978.

Las políticas desplegadas durante los últimos 15 o 20 años en la mayoría de los países han estado más bien orientadas a contener costos y disminuir el gasto en salud, como consecuencia de las restricciones financieras y presupuestarias, producto de las crisis económicas. Con todo, los esfuerzos han ido más dirigidos hacia algunas tareas de focalización y de incremento de la oferta, pero no tanto a la definición creciente de esquemas de aseguramiento en salud garantizados públicamente. No obstante, las intervenciones llevadas a la práctica, que de alguna manera han contribuido a reducir la exclusión, se pueden agrupar en varias categorías:

1. Experiencias de establecimiento de regímenes especiales de seguro social sin esquema contributivo

Se han practicado en varios países y están orientados a satisfacer las demandas de grupos especiales de población (madres, ancianos), sectores productivos (cultivadores de caña de azúcar y de café) o a temas específicos que se ha decidido priorizar (atención materno infantil). Estas experiencias tienen éxito en el corto plazo y efectivamente logran incorporar a los grupos excluidos a quienes van dirigidas. Su principal dificultad radica en la falta de sustentabilidad, ya que generalmente son financiadas por recursos extraordinarios (como préstamos de las instituciones financieras internacionales) y no se integran adecuadamente con otras actividades sectoriales. Una vez terminada la cooperación financiera, usualmente se abandonan o se diluyen al no haberse previsto la asignación presupuestaria regular para el futuro.

2. Esquemas de seguro voluntario con subsidio gubernamental

Permiten que algunos grupos excluidos se conviertan en derechohabientes de un esquema de seguridad social pero, sin cumplir con todos los requisitos de afiliación. En este sentido, rompen con una de las características de exclusión de los sistemas de seguridad social. Esta modalidad resuelve la problemática de la población excluida en la medida en que la autoridad pública esté dispuesta a seguir financiando

el proceso. En caso de que la provisión de servicios a este grupo sea diferente de los regímenes ordinarios del seguro social, resulta una modalidad inequitativa y puede ser percibida así por parte de los derechohabientes.

3. Expansión limitada de la oferta

En este caso se trata de prestar servicios específicos a ciertos grupos poblacionales focalizados. Hay una amplia gama de experiencias en el continente que indican que esta modalidad puede contribuir a hacer ingresar a los servicios a una población que estaba excluida por diversas razones, y que puede resultar exitosa en el corto plazo. Las principales desventajas de este tipo de estrategia son la posible falta de sustentabilidad financiera y la falta de coherencia con las otras prestaciones de servicios.

Al mismo tiempo, estas intervenciones suelen realizarse sin un esfuerzo mayor de consulta, por lo que tal vez no reflejen las necesidades reales o percibidas de atención de la población considerada.

4. Sistemas comunitarios de protección social

Su principal característica es la gestión directa por los usuarios potenciales. En las Américas, las experiencias generalmente se refieren a comunidades en tales niveles de exclusión que no tienen otra alternativa, dada la ausencia de mecanismos de protección social en salud. Para tener éxito, estos sistemas requieren de una adecuada integración con los otros sistemas públicos, a los que suelen comprar servicios. Otro problema es el impacto de las enfermedades de alto costo (por ejemplo, el SIDA), las cuales pueden agotar rápidamente las reservas financieras. Los casos exitosos observados en la Región reflejan situaciones en que se ha logrado articular bien estos sistemas con los servicios públicos y combinar distintas fuentes de financiamiento, a la vez que se respeta la participación comunitaria en los procesos de decisión.

5. Desarrollo gradual de sistemas unificados

Suelen combinar un subsistema público, al cual tiene acceso con exclusividad la mayoría de la población y un subsistema privado complementario (seguros privados de salud), que simultáneamente puede tener acceso a los servicios del sistema público. Esta modalidad

combina diversas fuentes de recursos (impuestos generales de los tres niveles de gobierno, impuestos especiales y contribuciones). Las principales limitaciones están asociadas a la carencia de recursos y a la garantía de acceso a los niveles más complejos de la atención de salud, que generan la necesidad de poner en marcha procesos de construcción de redes integradas de servicios a nivel regional y microregional. Un ejemplo de esta modalidad es el Sistema Único de Salud del Brasil.

6. Manejo Social de Riesgo La Protección Social y la Salud cimentadas en el manejo social de riesgo

La protección social generalmente definida como medidas del sector público para proveer seguridad a las personas (seguridad de ingreso, y de otros bienes), ha sido tema de análisis de los planificadores y diseñadores de políticas públicas. La experiencia de las crisis financieras ocurridas en las últimas décadas demostró que si no se cuenta con medidas de protección de ingresos y programas de redes de protección social adecuados (políticas de mercado laboral activo, previsión y asistencia social), los individuos son muy vulnerables cuando el PIB cae de manera drástica, los sueldos disminuyen o aumenta el desempleo. Hay un creciente interés en el mundo político para disponer de orientaciones para mejorar las condiciones sociales de las personas incluyendo el suministro de la protección social en tiempos normales y en períodos de crisis y de tensiones (35). Los países en vías de desarrollo tienen escasos recursos públicos y es poco lo que pueden gastar en proveer seguridad de ingresos a la población que tiene altos niveles de pobreza e inseguridad de ingresos, en los mercados laborales formales y en los cada vez mayores mercados informales.

Esta escasez de recursos financieros no permite aliviar la pobreza, el desempleo debido a ajustes estructurales, a la aplicación de políticas erradas, a la globalización y al creciente número de ancianos necesitados. El concepto tradicional de Protección Social, orientada hacia medidas públicas de respuesta (previsión, intervenciones de mercado laboral) hace demasiado énfasis en el sector público, en costos y gastos netos y pasa por alto sus potenciales efectos positivos en el desarrollo económico. La

protección social diluida en programas sectoriales, merma el significado de la protección social. El enfoque tradicional de la protección social, ofrece escasa orientación para una perspectiva estratégica destinada a la reducción efectiva de la pobreza y de las personas que pueden participar en procesos de crecimiento y desarrollo. Los programas de protección social tradicionales aplicados en los países en desarrollo han tenido éxito moderado en mitigar la pobreza y han encontrado resistencia de los gobiernos para se adoptados. Nueva definición de Protección Social. Por todas estas razones han surgido nuevas propuestas que desarrollan una nueva definición y un marco conceptual llamado “Manejo Social de Riesgo”. Esta propuesta busca desarrollar un mejor diseño de programas de la protección social como un componente de la estrategia para la reducción de la pobreza (4) Esta nueva definición de la protección social, la entiende como acciones públicas para:

- a) Asistir a las personas, hogares y comunidades a mejorar su manejo de riesgo.
- b) Proporcionar apoyo a quienes se encuentran en la extrema pobreza.

Esta definición y el marco conceptual del manejo de riesgo social contemplan:

1. Presenta la Protección Social como una red de protección y a la vez como un trampolín para los pobres. Debería existir una red de protección para todos con programas que ofrezcan a los pobres la capacidad de salir de la pobreza y retomar un trabajo lucrativo.
2. Visualiza la protección social no como un costo, sino más bien como una inversión en formación de capital humano. Un elemento clave de este concepto implica ayudar a las personas pobres a mantener el acceso a los servicios sociales básicos, evitar la exclusión social y resistir las estrategias de superación que tengan efectos negativos irreversibles durante efectos adversos.
3. Se centra menos en los síntomas mas en las causas de la pobreza, proporcionando a los pobres la oportunidad de adoptar actividades

de mayor riesgo, de mayor rentabilidad, y evitando mecanismos informales poco eficientes y poco equitativos para compartir riesgos.

4. Considera la realidad. En la población mundial actual de 6 mil millones de personas, menos de una cuarta parte tienen acceso a programas formales de protección social y menos de 5 % puede confiar en sus propios activos para mantener con éxito el riesgo. La eliminación de la brecha de pobreza mediante transferencias fiscales está mas allá de la mayoría de los países.

El Manejo Social de Riesgo (MSR). Se basa en la idea fundamental de que todas las personas, hogares y comunidades son vulnerables a múltiples riesgos de diferentes orígenes, ya sean estos naturales (terremotos, deslizamientos, inundaciones, pandemias, enfermedades) o producidos por el hombre (desempleo, deterioro ambiental, guerra). Estos eventos afectan a las personas, comunidades, regiones de una manera impredecible o no se pueden evitar, por lo tanto, generan y profundizan la pobreza (4). La pobreza tiene relación con la vulnerabilidad, ya que los pobres habitualmente están mas expuestos a riesgos, pero al mismo tiempo, tienen poco acceso a instrumentos adecuados de manejo del riesgo. En consecuencia, el suministro y selección de instrumentos adecuados para el MSR se convierte en un medio importante para reducir la vulnerabilidad y proporciona un medio para salir de la pobreza.

Por ello se debe encontrar un equilibrio entre disposiciones de MSR (informales, de mercado y públicas) alternativas y estrategias de MSR (prevención, mitigación, superación de eventos negativos) y encontrar los correspondientes instrumentos de manejo en términos de oferta y demanda. Este enfoque de reconocer el manejo de riesgo para las poblaciones pobres, junto a la disposición de otorgarle voz y potenciar sus capacidades para la creación de oportunidades son partes esenciales del Informe de Desarrollo Mundial 2000-2001 (35).

La aplicación del marco de manejo de riesgo va más allá de la protección social, ya que muchas intervenciones públicas (como políticas

macroeconómicas sólidas, un buen ejercicio del poder y acceso a la atención de salud y educación básica) ayudan a reducir o mitigar los riesgos y, en consecuencia, la vulnerabilidad. También amplía el marco de aplicación de la protección social, según su definición tradicional, extendiéndolo más allá de la entrega estatal de instrumentos de manejo de riesgo y atrayendo la atención hacia prestaciones informales y de mercado y sobre su eficacia y repercusión en el desarrollo y el crecimiento. Instaurar y usar instrumentos apropiados de MSR para enfrentar las diferentes formas de riesgo de manera efectiva y eficiente es importante porque ellos 1. Mejoran el bienestar individual y social en un entorno estático 2. Contribuyen al desarrollo y crecimiento económico desde una perspectiva dinámica y 3. Operan como ingredientes cruciales para reducir la pobreza de manera efectiva y duradera. Elementos de nuevo marco conceptual La definición amplia de la Protección Social está centrada en el concepto de Manejo Social de Riesgo (intervenciones públicas para asistir a individuos, hogares y comunidades a fin de manejar el riesgo en mejor forma y por otra parte, prestar apoyo a los pobres en situación crítica) (4).

Esta definición combina los instrumentos tradicionales de la protección social bajo un esquema unificador (intervenciones en el mercado laboral, programas de seguro social, redes de protección social). Su objetivo va más allá de entregar instrumentos para manejar el riesgo por parte del sector público y abarca acciones para mejorar los instrumentos de manejo de riesgo basado en el mercado y externo a él (informales). El concepto de MSR trasciende la nueva definición de la Protección Social y abarca políticas de manejo de riesgo, por ejemplo, para garantizar la seguridad alimentaria y políticas económicas que reducen los impactos macroeconómicos. Por otra parte, la definición de la Protección Social va más allá del MSR e incluye medidas para apoyar a los pobres en condiciones críticas. Los elementos del MSR son los siguientes:

1. Estrategias de Manejo de Riesgo (reducción, mitigación y superación de eventos negativos).

2. Sistemas de Manejo de Riesgo por Nivel de Formalidad (informales, de mercado y proporcionadas o gestionadas por el sector público).
3. Actores en el Manejo de Riesgo (individuos, hogares, comunidades, ONG instituciones de mercado y gobiernos, Organizaciones Internacionales y la comunidad internacional).

El desafío principal que enfrentan nuestros países en el nuevo milenio es “garantizar a todos los ciudadanos la protección social universal en materia de salud, eliminando o reduciendo al máximo las desigualdades evitables en la cobertura, el acceso y la utilización de los servicios, y asegurando que cada uno reciba atención según sus necesidades y contribuya al financiamiento del sistema según sus posibilidades” (48). Algunos de los mecanismos promovidos para reorientar los sistemas de salud en este camino son: Definición de los objetivos nacionales en salud en consonancia con las necesidades de la población y en especial de los grupos postergados; mecanismos de integración de las redes de provisión de la seguridad social y el ministerio de salud para reducir la fragmentación en la provisión de servicios; introducción de un plan único de salud integrado y garantizado a toda la población, independiente del tipo de seguro, del tipo de proveedor y de la capacidad contributiva del usuario, con el objeto de disminuir la segmentación en el aseguramiento y mejorar la equidad; uso de herramientas para el análisis de la equidad y la exclusión en salud, con la consideración de elementos económicos, sociales étnicos, culturales y de género en la definición de los planes; creación de servicios de atención primaria orientados hacia la familia; análisis del desempeño en las funciones de salud pública como elemento central para la formulación de políticas sanitarias; fortalecimiento de la función rectora y del liderazgo de las autoridades de salud; mecanismos para la conducción de la planificación sectorial e intersectorial con diversos actores del sistema; mecanismos de control y fiscalización de los diversos actores del sistema en la producción de servicios y productos; incorporación

de la discusión de la salud en los procesos de diálogo social destinado a definir y estimular la plataforma productiva del país; la inserción de las políticas de salud en el marco institucional mas amplio del sistema de protección social junto con el ingreso, el empleo, el trabajo, la vivienda, la educación , la seguridad y el ambiente (45).

V Principios Orientadores en Salud Pública.

“Las actividades Sanitarias por si mismas no tienen ningún valor, pues la acción que no esté gobernada por una filosofía no conduce a buenos fines.....” **“La presentación de trabajos científicos en el seno de una sociedad esta dirigida por lo común a contribuir con nuevos conocimientos en el campo que dicha sociedad actúe.”** Palabras pronunciadas por el Dr. Arnoldo Gabaldón el 27 de Agosto de 1955 con motivo del acto de de Instalación de la Sociedad Venezolana de Salud Pública Seccional – Aragua (1). Enaltecer el avance del hombre en la transitoriedad de su existencia, no es mas que colocar un grano de arena, que al ser humedecido por las generaciones venideras de profesionales de la medicina, nos permitan darle las gracias por el brío y constancia en el estudio de la Salud Pública, cediéndonos a los ya trajinados, el deseo de entrar en el mar de la quietud placentera.

Se hace por tanto, imprescindible, crear una línea de horizontes donde la disertación, percepción y actuación ética se consoliden y donde los conceptos aquí emitidos no cambien su tonalidad y sea solo la buena voluntad en forma sencilla y transparente, el objetivo para el logro de una paz entre los humanos, nos corresponde en este momento señalar la importancia de algunos principios orientadores, que por ser utilizados por los Hacedores de la Salud Pública, en las diferentes aulas del conocimiento, entre ellas, las escuelas de medicina, crean la necesidad de hacer un esfuerzo para conceptualizarlos, no sin antes estar claro que el solo ejercicio teórico, no es mas que un juego de marionetas, de aquellos que pretendan desentrañar el conocimiento en Salud Pública, sin permitirlo llevar a la práctica en su campo de trabajo.

1. Equidad en Salud.

- a. Equidad como concepción religiosa. Para ello acudimos al Diccionario de la Lengua Española de la Real Academia, (2) donde significa:
- 1) Igualdad de ánimo.
 - 2) Bondadosa templanza habitual; propensión a dejarse guiar, o a fallar, por el sentimiento del deber o de la conciencia, mas bien que por las prescripciones rigurosas de la justicia o por el texto terminante de la ley.
 - 3) Justicia natural por oposición a la letra de la ley positiva.
 - 4) Moderación en el precio de las cosas que se compran, o en las condiciones que se estipulan para los contratos.

En este sentido, nos permitimos indicar que “la Templanza como una de las cuatro Virtudes Cardinales, (Prudencia, Justicia, Fortaleza y Templanza) consiste en moderar los apetitos y el uso excesivo de los sentidos, sujetándolos a la razón”, también como “la capacidad para discernir lo bueno de lo malo”, ello nos enmarca dentro de la concepción teológica cristiana, que asentándose sobre una de la varillas del abanico de posibilidades al querer conceptualizar la equidad, le da mayor claridad a esta noción. Desde esta perspectiva consentimos al decir que las diferentes religiones han estado pendientes u observando en sus propuestas el ideal de la equidad, aun cuando los logros sean escasos, y sus esfuerzos largos en milenios.

b. La equidad como valor social.

Esta planteado como un principio al momento de diseñar las políticas públicas en un país democrático, que involucren al hombre y su entorno social, debiendo considerarse como valor en todas su acepciones y connotaciones, por ello se hace imprescindible destacar la equidad como norma que rige el proceso creativo, pues tiene que ver con la justicia social que es el fin último que perseguimos al momento de planificar un sistema sanitario, que beneficiaría al país y sus comunidades, en la observancia del máximo respeto hacia los seres humanos que allí conviven. Vista así, la equidad como valor social

insistimos, pueden existir ángulos de visión diferente, pero será de justicia social si el deseo y conocimiento del autor de la propuesta y los beneficiarios de la misma consideran es justo. Por otra parte la Equidad en Salud Pública durante algún tiempo se designó como la oportunidad de acceso a los servicios de salud, quedando por fuera el componente de saneamiento ambiental básico y mas aun las diferentes formas de acción colectiva, que han intentado conseguir una reorganización social que les permita mediante la participación activa institucionalizar sus ideas para el logro de la Equidad en todos sus ámbitos (3). Bien es sabido, que las definiciones que hagamos de estrategias de focalización y de universalidad al momento del diseño de dicho sistema deben guardar coherencia con la propuesta inicial, pudiendo sensibilizarnos hacia una corriente de pensamiento y transitar por el vector de la inequidad, al no actuar con el suficiente conocimiento de lo propuesto, y mas aun no tener claro el concepto de equidad.

Por ello, estamos de acuerdo en mostrar que la disminución de las brechas que separan grupos poblacionales, guarda profunda relación con los Determinantes en Salud por una parte y el asumir la Equidad como Valor Social por el otro. En este orden de ideas el Profesor Economista César Sanabria, Director de Instituto de Investigaciones Económicas de la UNSMS, Perú, puntualiza, las pautas básicas para el entendimiento de la equidad en salud y ellas serian: “la búsqueda de la disminución de las diferencias evitables en las condiciones de salud de la población y además, el que la población debe recibir la atención en función de las necesidades” (4). Bajo estas vertientes, la responsabilidad del Estado en cuanto a la cobertura de servicios y financiación debe estar garantizada y por la otra, la responsabilidad individual de los integrantes de una población como parte del agregado social, fortalecido como base. Toda esta conceptualización se encuentra respaldada por lo ya señalado por la Organización Panamericana de la Salud (5).

c. La Equidad en Salud como concepto multidimensional

Teniendo en consideración lo señalado anteriormente, estudiaremos la Equidad en Salud como concepto multidimensional como lo refieren algunos autores entre ellos el Profesor Amartya

Sen (6), quien considera que “la ideología desde donde se aborde la equidad va en relación al análisis de la Inequidad en Salud. Por ende, los demócratas enfatizarán la equidad como un derecho político a preservar, el liberal lo englobará en todo el contexto de libertades que debe conservar el hombre y el conservador como un derecho a poseer la salud vista como la propiedad.” Por otra parte, señala la importancia que tiene para el planificador en salud la evaluación de los procesos sociales que ha vivido y que vive la comunidad, pues, las variables que intervengan pueden producir cambios de las acciones para el logro de resultados favorables y por último, la asignación adecuada de recursos financieros al sector, movería la balanza entre equidad e inequidad.

d. La Equidad y el Turno Equitativo

Desde la década de mil novecientos noventa y teniendo como principal exponente a Alan Williams se engasta el termino de —Turno Equitativo al considerar que “todos tenemos derecho a un cierto grado de realización en el juego de la vida y de que cualquiera que no alcance ese grado ha sido mutilado por ella en referencia a la equidad, mientras que cualquiera que lo supere no tendrá motivos para quejarse cuando se acabe su tiempo” (7). En este orden de ideas, no se refiere exclusivamente a equidad en salud sino al término más amplio en el desarrollo de la humanidad, en término de proceso de vida, es decir, la justicia social en el tiempo de su vida. Debemos por otra parte diferenciar, en relación con el concepto muy utilizado en Salud Pública que se refiere a —La esperanza de vida al nacer que concuerda a los determinantes que se agrupan en torno al binomio salud –enfermedad y que horizontaliza a los integrantes de una región, al señalar por ejemplo, que la esperanza de vida al nacer es de 80 años para determinada población. En tanto que el turno equitativo se refiere al logro de la plenitud de la vida, por haber podido desarrollar sus capacidades.

e. La Equidad en Salud y la Globalización.

La globalización en su última etapa, definida al fortalecimiento del ser individual a fin de que pueda apoderarse de los retos venideros, asume también la Integración Multidimensional, que cambia la dinámica Sanitaria mundial, pues, existen y se nos plantean riesgos sin precedentes,

eventos totalmente desconocidos, que sin ninguna pausa científica, se ha intentado accionar enfrentando estos desafíos de forma anárquica en muchos casos, ya que la creación de un nuevo método de investigación social está en continua evaluación y son las inequidades las que primero aparecen en el mapa de caracteres comunicacionales, siendo que la telemática ha creado una vía directa entre las pequeñas comunidades de electores en un país democrático y la voluntad política de un gobierno. Por tanto, cobra mayor importancia “Hacer la aldea global” (8). La asunción de los riesgos en las tomas de decisiones, compromete tanto al pequeño centro poblado como a las grandes urbes en concordancia con las funciones de los ministerios de salud; pero, es el reconocimiento de la amenaza compartida, su dimensión y su historicidad, el haber podido subyugarla, lo que al final es lo que nos señalará si hemos actuado con equidad. Las —Metas del Milenio sirven como referencial en el cumplimiento de la normativa internacional y al realizar un somero análisis de los países en vías de desarrollo, los que viven conflictos bélicos, o los azotados por epidemias de agentes desconocidos, más aún los que viven por debajo del umbral de pobreza (9). Podemos afirmar que la Equidad es el gran desafío que enfrenta el mundo globalizado.

f. Equidad y Educación para la Salud

Como educación para la salud se designa a las oportunidades de aprendizaje planificadas concientemente con vistas a facilitar los cambios de conducta encaminados hacia una meta predeterminada. Con la anterior definición, enfatizamos la primera línea de abordaje, en considerar que la templanza como determinante que diferencia lo sano de lo enfermo y promociona los valores que nos lleven al logro del bienestar, serían, por ende, los pilares de la planificación en educación a todos los niveles de escolaridad y de actividades extramuros a toda la población; otro de los desafíos del devenir sanitario (10).

1. Acceso a la Salud.

Acceso significa, según el Diccionario de la Lengua Española: (11)

- 1.-Acción de llegar o acercarse.
 - 2.-Ayuntamiento o cópula carnal.
 - 3.-Entrada o paso.
 - 4.-Entrada al trato o comunicación con alguno.
 - 5.-Arrebato ó exaltación.
- En nuestro caso de la Salud, debemos

diferenciar entre Acceso a los Servicios de Salud y la Accesibilidad a los Servicios de Salud desde el ámbito de la Salud Pública.

a. Acceso a los Servicios de Salud.

En cuanto al Acceso a los Servicios de Salud nos referimos al comportamiento del Individuo, en este asunto se evalúa su conducta, en su primero y sucesivos contactos con alguno de los servicios que integran el sistema sanitario, no involucra solamente a la atención médica (en ambulatorios y hospitales) sino que compromete al resto de los Determinantes en los cuales se apoya el Sistema. En este caso, cobra importancia la geodemografía de una población, la red de servicios de la comunidad estudiada, el uso y las costumbres de esa población en relación a Vida Saludable. El Acceso a los Servicios de Salud cobra un valor subjetivo, toda vez que la percepción individual puede estar empañada por la emocionalidad o la satisfacción individual, consideraciones a tomar en cuenta al momento de realizar cualquier estudio.

b. Accesibilidad a los Servicios de Salud

Se define como la táctica operacional, que procedente de una estrategia en el diseño de la política pública en salud, es utilizada por los gobiernos para transferir a los ciudadanos, servicios de salud acorde a las necesidades y a las disponibilidades financieras con que cuenta el ente central. La responsabilidad del Estado democrático es incrementar la eficiencia y la eficacia de los servicios, con el fin de disminuir las brechas que separan la atención sanitaria en los diferentes estados o provincias. La Accesibilidad a los Servicios de Salud se encuentra íntimamente ligada a la Estrategia de Atención Primaria en Salud, como compromiso de los diferentes gobiernos, para el logro de la Universalidad de la Asistencia Sanitaria, importa, además, el desarrollo Económico y Social de las comunidades. En fin, la Accesibilidad tiene que ver más con lo ofertado a la población por uno o varios de los componentes del sistema sanitario, que con los cambios de los indicadores de salud que se produzcan en dicha comunidad objeto de la aplicación de esta táctica.

c. Accesibilidad y Grupos de Población

En un trabajo de investigación monitorizado por el Dr. Mauricio Olavarría en Chile en el año 2005 sobre Acceso a la Salud (12), siendo la unidad de análisis: el individuo, se concluyo: -Que los pobres (incluidos los indigentes) y los casi pobres, presentan menor probabilidad de acceder a los servicios de salud, cuando lo necesitan en eventos de enfermedad o de accidente. -Que los hombres y los menores de 40 años son probablemente más sanos, pero enfrentan mayor dificultad para acceder a la atención en salud. Por último, con este trabajo se pudo mostrar en Chile, que aun cuando sus indicadores de Salud son favorables, tienen serias dificultades para acceder a la atención en salud, en especial en términos de calidad y oportunidad de los servicios entregados a la población. Por lo anterior, señalamos que la estandarización de los indicadores de salud y mas aun, de la accesibilidad a los servicios de salud en países con diferente desarrollo socio económico, nos plantea la interrogante de la metodología empleada a objeto de comparar, por ejemplo, la mortalidad materna vinculada con un acceso no oportuno a los servicios, en distintas regiones del continente.

Es menester entonces, dejar claro en cada propuesta de planificación, cuando la variable a ser intervenida corresponde a un deseo de la población o necesidad sentida, (acceso) y una intervención de la misma variable u otra de carácter técnico científico del ente rector de la salud del Estado, (accesibilidad), en fin, lo deseable sería que ambas confluyeran tanto en el diseño de políticas saludables como en su implementación.

2. Calidad en Salud. Significa según la Real Academia de la Lengua: (13) 1.-Propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa que permiten apreciarla como igual, peor o mejor del restante de una especie. 2.- En sentido absoluto, buena calidad, superioridad, o excelencia. 3.-Carácter, genio, índole. En consideración a lo anterior, nos atrevemos a señalar que la Calidad en Salud Pública puede ser definida como: (14) “Calidad es un objetivo cualificado y cuantificado, es decir, una meta, del grado de eficacia, efectividad y eficiencia de un Sistema Sanitario al aplicar Políticas Públicas Saludables”. Vertientes de la Calidad en Salud Pública Se describe por tanto una vertiente

horizontal que mide el grado de desarrollo del sistema y que al medirlo se relaciona con la cobertura programática hacia una localidad, una entidad federal o el ámbito nacional, así, la expansión, como objetivo de un proyecto, pudiera arrancar con una focalización hasta hacer la cobertura universal dentro del estado. Mide el número total de la población sometida a riesgo de enfermar o también al no disfrute de una vida saludable, entre otros aspectos, imprime a los ministerios de Salud el grado de desconcentración, centralización o descentralización que le dan a su gestión, siendo el objetivo ya señalado, la propuesta de variar la imagen actual por una imagen-objetivo a un futuro cualificable.

Por otra parte, la que llamaremos vertiente vertical, mas conocida hoy en día y que tiene que ver con el ámbito de la estandarización, donde se presupone la elaboración de pautas y procedimientos construidos y consensuados por un grupo de expertos dentro de la organización del sistema, sean por ejemplo ambulatorios u hospitales, y que además, compromete los avances tecnológicos y científicos de la atención prestada en forma directa a los usuarios de dicha organización, sin que tenga responsabilidad sobre el resto del sistema, aun cuando a la larga tenga que ver con la sustentabilidad del mismo.

Comparativamente: - La primera vertiente se utiliza más en Salud Pública Internacional, pues se vincula con el grado de compromisos adquiridos por un gobierno en el contexto de las Naciones Unidas, por ejemplo —Salud para todos en el Año 2000. - La segunda vertiente, muestra mas el grado de experticia que tienen los proveedores de la atención médica, donde los programas de la Acreditación deben cumplir los pasos de: 1.- Elaboración de los estándares razonables, es decir, ser validados para cada nivel organizacional por sus expertos. 2.- Difusión de los estándares acordados, por toda la comunidad organizacional. 3.- Evaluación del estamento organizacional seleccionado, teniendo clara conciencia en los evaluadores que el estándar no acordado, no puede entrar en el programa de acreditación. 4.- Evaluación propiamente dicha con la propuesta de correcciones consensuadas. En fin, sea que se evalúe la calidad como un objetivo de la Política Pública de un gobierno en términos de cobertura, o sea, como meta a cumplirse por

una parte del sistema sanitario tendientes a elevar el nivel cultural de una organización, en ambos casos debemos considerar: - La Eficacia, es decir la utilización de métodos adecuados y tecnología actualizada en la prestación de un servicio, ello nos muestra el grado de proyección a futuro del sistema y sus integrantes. - La Efectividad o grado de cobertura programática y el resultado o impacto que se obtiene en la aplicación en el combate a daños. - La eficiencia, en cuanto a la productividad o beneficio que todo el sistema y sus usuarios ostentan con la aplicación de recursos financieros procedentes del tesoro de la nación, sean, por gastos impositivos del fisco o las erogaciones en salud que realizan los particulares.

3. Universalidad

Según el Diccionario de la Real Academia de la Lengua: (15)

1) Entraña la calidad de Universal 2) Que pertenece o se extiende a todo el mundo, a todos los países, a todos los tiempos. 3) Lo que por su naturaleza es apto para ser predicado de muchos. 4) Comprende hacer universal una cosa ó generalizarla mucho. La universalidad es uno de los conceptos que ha exigido con mayor urgencia, una constante redefinición en cuanto a su aplicación en Salud Pública, dependiendo tal definición del sistema de valores sociales que los gobiernos han involucrado; pues su total independencia conceptual ha sido difícil de delimitar. Así, para 1975, con motivo del Congreso para la Formulación de Políticas de Salud, reunido en Santiago de Chile, los miembros integrantes de la Organización allí reunidos, el Dr. Carlyle Guerra de Macedo y otros, al referirse al Concepto de Política, enuncia: “los procesos sociales que conducen a la toma y ejecución de decisiones a través de las cuales se adoptan autoritativamente valores para toda la sociedad”. En este sentido, la política de salud ha estado en un continuo social, así lo expresaban en ese entonces, los miembros de la Organización Panamericana de la Salud (16). El 21 de noviembre 1986 se firma en Ottawa la Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud el Objetivo “Salud para Todos en el Año 2000”, siendo el compromiso explicitado de eliminar las diferencias entre las distintas sociedades y en el interior de las mismas y además

tomar medidas contra las desigualdades, en términos de Salud, que resulten de las normas y prácticas de esas sociedades (17). Por otra parte, se firma en Santa Fe de Bogotá el 12 de noviembre de 1992, la Declaración Internacional de Promoción de la Salud, donde se enfatiza en la búsqueda de condiciones que respondan por el bienestar general como propósito fundamental del desarrollo, imprimiéndole a “sectores importantes de la población mundial, el no haber logrado satisfacer las necesidades básicas que garanticen las condiciones dignas de vida”.

El mismo documento enfatiza que la transformación del sector salud, significa garantizar el acceso a los servicios (18). Todas las anteriores propuestas se encuentran ampliadas, en la Carta del Caribe del 4 de junio de 1993 y las subsiguientes, donde los entes gubernamentales asumen el compromiso de la Universalidad en materia de salud pública (19).

Ahora bien, asistidos por el derecho de la experiencia a opinar en esta área, contemplamos el concepto de Universalidad como principio rector en el quehacer de la humanidad, que como tal es inmutable, no transferible a otro ser viviente y que arranca y se consustancia desde la concepción del ser humano, que lo hace partícipe desde el seno materno a formar parte de ese todo global que compromete al lugar y tiempo donde vivimos. Por ende, como principio que rige la existencia, ninguno de sus integrantes puede quedar excluido de lo que es su pertenencia, es decir, ser un ser humano. En este ámbito de ideas, nos permitimos acotar que la Doctrina Integralista como base y cimiento de la Salud Pública, viene cobijando desde sus inicios a todos los habitantes de nuestro país (20). Pero ha sido necesario emprender una ardua tarea de convencimiento a algunas autoridades que han confundido la responsabilidad que como mandantes poseen con la perversa focalización de los programas, en estratos sociales solicitantes. Es menester, por tanto, enfatizar que la Universalidad es un Principio, que corre en el riel de todo el diseño de las políticas públicas, que, junto con otros, por ejemplo, la equidad, enmarcan o delimitan las líneas estratégicas de la Política Sanitaria actuante. Debemos, por otra parte, estar prestos a considerar que, de no existir Democracia en nuestros países, los principios éticos y morales

que acompañan a los Hacedores de la Salud Pública, quedarían sin asta donde enarbolar su bandera, pero, solo la perseverancia hará permanente la lucha por la superación de la pobreza, como el próximo reto de la Salud Pública, considerando la Universalidad como el camino y norte de la inclusión social.

VI. Componentes del Sistema de Salud

1. El sistema de salud abarca todas las actividades cuya finalidad principal es promover, restablecer o mantener la salud (1) OMS. Informe de la Salud Mundial, 2000. Por sistema de atención sanitaria, en cambio, entendemos las instituciones, las personas y los recursos implicados en la prestación de atención de salud a los individuos. (2) Este capítulo esta dedicado a describir y no a prescribir los componentes principales del sistema de salud, como sistema social, en su concepción actual y las tendencias, con el propósito de que responda a los retos del mundo contemporáneo y a las necesidades de salud del presente y del futuro.

La configuración y los componentes del sistema de salud deberán estar orientados al logro de los de sus objetivos: —Mejorar y proteger la salud, ofrecer respuestas equitativas y responder adecuadamente a las expectativas legítimas y crecientes, de salud de la población—. Componentes del Sistema de Salud centrado en la gente 1.-Gobernanza y Rectoría 2.- Talento Humano 3.- Financiación 4.- Productos y Tecnología 5.- Provisión 6.- Información. De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), los objetivos finales, básicos o intrínsecos de los sistemas de salud son: mejorar la salud de la población, ofrecer servicios adecuados a los usuarios, ofrecer seguridad financiera en materia de salud (1).

El primer objetivo persigue mejorar el nivel de salud posible para toda la población durante todo el ciclo de vida, lo que supone contar con un sistema de salud efectivo. El sistema de salud tiene la responsabilidad de reducir las desigualdades, mejorando preferentemente las desigualdades en salud de aquellos menos privilegiados. En este sentido el sistema de salud debe ser equitativo. Gobernanza y Rectoría

Información Recursos Humanos Comunidad Provisión Financiación
Productos y Tecnología.

El segundo objetivo: los sistemas de salud deben además ofrecer un trato adecuado a los usuarios, lo que significa ofrecer servicios de salud en un marco de respeto a la dignidad de las personas, su autonomía y preservar la confidencialidad de sus datos. Esto es válido para todos los servicios de salud (promoción, prevención y asistencia médica). El trato adecuado supone también el respeto a los derechos del paciente, entre ellos, elegir su médico, disponer de servicios, oportunos, suficientes, adecuados y de calidad para la atención. El sistema de salud debe ser respetuoso.

El tercer objetivo básico es garantizar la seguridad financiera del usuario, lo que implica la existencia de sistemas de financiamiento de los servicios de salud, es decir, esquemas en los que la proporción del gasto en salud de los hogares, respecto a su capacidad de pago sea igual para todos, que la capacidad de pago no sea una barrera para el acceso a los servicios y que proteja a la población de gastos excesivos por motivo de salud, especialmente aquella parte de la población sin recursos financieros suficientes. El sistema de salud debe ser justo. Hay otros objetivos importantes de los sistemas de salud, como la disponibilidad de insumos, el acceso y la utilización de los servicios y, el uso eficiente de los recursos, entre otros. Son objetivos instrumentales, porque contribuyen a alcanzar los objetivos fundamentales del sistema (1). El sistema de salud debe ser eficiente. Si hay una responsabilidad crucial del sistema de salud consiste en estrechar las brechas de equidad sanitaria - principio fundamental de la atención primaria -, un criterio para evaluar las estrategias de formación de personal, la información sanitaria, las estrategias de financiación y otros aspectos debe ser la consideración de hasta qué punto esas estrategias favorecen la equidad.

El refuerzo mutuo de la pobreza y la mala salud es un fenómeno cada vez mejor conocido, y la evidencia de que los recursos, los esfuerzos y los resultados se distribuyen desigualmente y de forma poco equitativa no hace más que crecer. Los estudios de incidencia del beneficio muestran de manera sistemática que las personas que viven en

la pobreza reciben menos de la parte proporcional que les corresponde de los fondos públicos para la salud en comparación con las clases acomodadas (3,4). Pero la renta no es el único factor determinante. La pobreza es fundamentalmente una situación en la que los individuos carecen de la capacidad necesaria para satisfacer sus necesidades, colmar sus aspiraciones y participar plenamente en la sociedad (5), de modo que la falta de empoderamiento político y de educación, factores fuera del sistema de salud, también contribuyen a excluir a las personas de la atención sanitaria. La discriminación por razón de género, raza o etnia alimenta considerablemente las desigualdades en salud y en el acceso a los servicios de atención sanitaria. Las políticas que mejoran los indicadores sanitarios agregados de un país no siempre son justas o favorables a la equidad. En los países que han logrado mejorar los resultados sanitarios y reducir la inequidad, las políticas de desarrollo de los sistemas de salud han tenido que «ir contra corriente», con el objetivo explícito de contrarrestar la tendencia de atender primero a los sectores acomodados (6,7).

Como quiera que esté configurado el sector sanitario de un país, si se desea conseguir resultados pro equidad, es fundamental que el gobierno instaure una rectoría eficaz de todo el sector de la salud, incluidas las funciones de supervisión, monitoreo y ejecución de las políticas de salud articuladas con otras políticas sociales. El desarrollo de los sistemas de salud basados en la atención primaria (8) varía de un contexto a otro. En algunos casos se necesitan urgentemente programas orientados a grupos de población específicos para conseguir resultados pro equidad, mientras que en otros casos la prioridad es reforzar en general el conjunto de sistemas. También es posible combinar esos dos enfoques. Los objetivos del sistema de salud se alcanzan mediante el proceso complejo de la articulación, complementación y desempeño de las funciones o componentes: la rectoría y gobernanza, los recursos humanos, el financiamiento, la información, la provisión, los productos y tecnologías y la participación de la comunidad.

2. La participación de la comunidad “La promoción de la salud es realizada por la gente y junto con ella, sin que se le imponga ni se

entregue. Amplía la capacidad de las personas para actuar y la de los grupos, organizaciones o comunidades para influir en los factores determinantes de la salud” (Declaración de Yakarta. OMS)

2.1. La atención primaria continúa siendo potencial de cambio y más que nunca tenemos necesidad de respuestas efectivas y eficientes ante las nuevas necesidades socio-sanitarias. Tenemos necesidad de vínculos potentes entre los actuales recursos sanitarios de atención primaria y los sociales, porque las nuevas maneras de organizarse la comunidad, la movilidad social, las nuevas tecnologías, y, las nuevas formas de enfermar precisan servicios de salud integral e integrada con los sociales. Los profesionales sanitarios estamos muy acostumbrados a trabajar por programas y proyectos sectoriales, con una duración determinada en el tiempo y que responden a necesidades concretas. Desde esta perspectiva, los recursos que se ponen a disposición de tal o cual programa están relacionados al grado de necesidad que se detecte en el sector salud.

Por otra parte, las comunidades nos exigen diseñar estrategias asociativas e interactivas; con el fin de promover la salud, incrementar la calidad de vida y el bienestar social, potenciar la capacidad de las personas y grupos para el abordaje de sus propios problemas, demandas y necesidades. Es por ello, que hoy más que nunca necesitamos integrarnos y desarrollarnos en las diferentes actividades comunitarias; es un proceso continuo de implicación y compromiso con la comunidad para mejorar sus condiciones sociales y calidad de vida, que tiene inicio en un momento determinado pero que no tiene fin. La presente idea pretende aportar al debate sobre el tema, avanzando en algunas proposiciones conceptuales desarrolladas a partir de la revisión y análisis de la bibliografía consultada y experiencias locales, con el propósito de colaborar con insumos para la elaboración de un modelo de Promoción de la Salud desde y para la Comunidad.

Es importante señalar que no es conveniente apresurar este proceso. El objetivo debe ser la participación como instrumento para fomentar la autonomía de la comunidad y mejorar sus condiciones de vida, con real y democrático protagonismo de los ciudadanos.

2.2. Algunas consideraciones previas para el diseño de una política en salud con enfoque promocional.

La promoción de la salud, para ser eficaz, requeriría una combinación de estrategias a diferentes niveles, además de la inclusión de una variedad de sectores y acciones individuales, grupales (actividades de educación y adiestramiento de trabajadores, así como los grupos de autoayuda y apoyo); organizacionales (incluirían aspectos tanto sociales como físicos del entorno de las personas. Abarcan programas de promoción de la salud en el lugar de trabajo, a la seguridad laboral, en relación a los cambios ambientales, entre otros); comunitarias (vistas como procesos empleados por los promotores y los educadores sanitarios para ayudar a que las comunidades identifiquen metas o problemas comunes, movilicen recursos y formulen y ejecuten estrategias para alcanzar sus metas. Estas acciones incluyen el desarrollo de la localidad, para aumentar el sentido de identidad de la comunidad; la planificación social, que recalca la solución racional de los problemas; la acción social, para aumentar la capacidad de resolución de problemas de las comunidades) y; gubernamentales (como aquellas en las cuales los gobiernos desempeñan una función primordial, como la promoción de la colaboración intersectorial e interdisciplinaria o las propias legislaciones, entre otras) (1). En este contexto, en primer término, el sector, necesita promover un cambio paradigmático para poner límites claros y objetivos entre salud y enfermedad. Un aporte importante en este sentido lo constituye la Declaración de Alma Ata, en la que se plantea que la salud es: “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, es un derecho humano fundamental y que el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya realización exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del de salud” (2).

Asimismo, el sector debe desarrollar de manera amplia la propuesta de Promoción de la Salud como: “... el proceso que proporciona a las poblaciones los medios necesarios para ejercer un mayor control sobre su propia salud y así poder mejorarla” (3). La promoción de la salud

“abarca campos y enfoques diversos, aunque complementarios, entre los que se incluyen: la educación, la información, la comunicación social, la legislación, la formulación de políticas, la organización, la participación de la población, y la búsqueda de una reorientación de los servicios de salud. ...La promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector salud, sino que constituye un quehacer intersectorial” (4). Otro arquetipo que es importante modificar lo constituye: el concepto de promoción tiende a confundirse con el de prevención, situación que se da, principalmente, porque los límites prácticos de cada uno de ellos tienden a complementarse y/o a superponerse. Las estrategias específicas de promoción de salud, comienzan o incluyen acciones de prevención de enfermedades, de este modo, en su implementación concreta, suelen ser responsabilidad de un mismo servicio. Sin embargo, persiguen lograr niveles distintos de salud. La promoción lo hace desde la perspectiva de una salud positiva y de bienestar; en cambio, la prevención lo hace situando su punto de vista en la enfermedad. De lo anterior se infiere que la promoción en salud da cuenta del tema desde una perspectiva mayor que involucra los distintos aspectos que inciden o determinan la salud: medio ambientales, higiénicos, culturales, relacionales, etc. y que incluye a la prevención. Igualmente, el sector salud necesita considerar que la participación comunitaria es el —proceso de intervención de la población en la toma de decisiones para satisfacer sus necesidades de salud, el control de los procesos y la asunción de sus responsabilidades y obligaciones derivadas de esta facultad de decisión” (5). Un concepto clave para el éxito de las políticas de participación comunitaria es el de empoderamiento el que se define como: “Un proceso de acción social que promueve la participación de las personas, las organizaciones y las comunidades hacia el logro de un mayor control individual y comunitario, de una mayor eficacia política, de una mejor calidad de la vida comunitaria y de la justicia social” (6). También, debemos contemplar el concepto más amplio de participación ciudadana que se refiere a —procesos sociales, económicos, políticos y culturales, a través de los cuales los actores sociales de una determinada región intervienen en la identificación de las cuestiones de salud u otros problemas afines,

se unen para diseñar, probar y poner en práctica las soluciones” (7). Por último, encontramos en concepto de Determinantes Sociales de la Salud: “... se definen como las condiciones sociales en las cuales viven y trabajan las personas... Incluyen tanto las características específicas del contexto social que influyen en la salud como las vías por las cuales las condiciones sociales en que la gente vive se traducen en efectos de bienestar y salud... Influyen tanto la buena salud como las brechas de salud entre los grupos sociales, es decir, las inequidades en salud” (8).

3. La Rectoría y Gobernanza La Rectoría es definida como —La función de un gobierno responsable del bienestar de la población al que le preocupan la confianza y la legitimidad con que la ciudadanía considera sus actividades” (1). Los gobiernos deben ser los rectores de los recursos nacionales, manteniéndolos y mejorándolos para beneficio de la población. En materia de salud, esto supone en última instancia hacerse cargo de la gestión cuidadosa del bienestar de los ciudadanos. La rectoría en materia de salud es la esencia misma del buen gobierno. Esto significa establecer el sistema de salud mejor y mas equitativo que sea posible. La salud de la gente siempre debe ser una prioridad nacional, y la responsabilidad correspondiente del gobierno es continua y permanente. Por su parte, los ministerios de salud tienen que asumir gran parte de la función rectora de los sistemas de salud. La política y las estrategias sanitarias tienen que incluir la prestación de servicios financiados públicamente y privadamente. Sólo así será posible que los sistemas de salud en su totalidad puedan orientarse a lograr metas favorables al interés público. La rectoría abarca las tareas de definir la visión y la dirección de la política sanitaria, ejercer influencia por medio de la reglamentación y la defensa de la causa y reunir información y utilizarla. En el ámbito internacional la función rectora supone influir en las investigaciones y la producción mundiales para alcanzar objetivos sanitarios. También significa proporcionar una base de datos probatorios a fin de guiar los esfuerzos del país encaminado a mejorar el desempeño del sistema de salud. La rectoría prela e influye sobre todas las funciones del sistema para alcanzar las metas. Para

lo cual deberá estar presente en todos los niveles del sistema de salud a fin de alcanzar los mejores resultados. La función rectora exige tener capacidad de visión, usar la información y ejercer la influencia desde el ministerio de salud para supervisar, guiar la realización y el desarrollo de las acciones sanitarias en nombre del gobierno. Algunos aspectos de la rectoría deben ser asumidos exclusivamente por el gobierno, por ejemplo, el ejercicio de las competencias sustantivas; otras serán compartidas con otros niveles de gobierno o con sectores de la sociedad. La coherencia y la uniformidad de las acciones deben ser logradas mediante la corresponsabilidad intersectorial y la participación promovida desde el ente rector. La rectoría puede ser ejercida desde otros sectores para el control y el mejor uso de los bienes y recursos financieros destinados a los mejores beneficios en cuanto a la salud.

La rectoría en salud tiene una dimensión internacional relacionada con los compromisos de salud global y los intercambios internacionales de experiencias, conocimientos, tecnologías e información.

Nuevas dimensiones de la función de rectoría son exigidas a los ministerios de salud, que ya no pueden hacerlo todo, las nuevas y acuciantes demandas de salud de la población ponen a prueba la eficacia de la rectoría y la obligan a desarrollar nuevas competencias para darle rumbo al sistema, para modular la participación de nuevos actores, para supervisar y servir de contralor de nuevas acciones y estrategias que cumplan con los objetivos de las políticas de salud (2). La función rectora deberá discernir cuidadosamente lo que ha de promover de lo que ha de restringir, tomando en cuenta los diversos intereses entre los distintos actores. La rectoría debe ocuparse no solo de verificar el cumplimiento de metas y objetivos, sino de desarrollar una amplia visión de futuro en función general del interés público ante nuevos riesgos de salud para la sociedad. La acción normativa propia de la rectoría, no deberá estar restringida a la elaboración de reglas escritas, decretos, reglamentos y ordenanzas sino desarrollar su capacidad para vigilar su aplicación. La acción rectora debe reforzarse mediante estrategias para mejorar la información, para conciliar y negociar alianzas y apoyos de diversos grupos y de generar incentivos para el logro de las metas.

Estas estrategias deberán crecer en la misma medida que la autoridad se traspasa, se comparte, se delega y se descentraliza a otros actores del sistema. En misma medida la rectoría central se va independizando de la lógica de “mando y control” y promueve una acción rectora armónica y coherente entre los responsables de un sistema intergubernamental con base comunitaria cuyos atributos y competencias deberán estar bien definidos. La corrupción del sistema y el incumplimiento tolerado de las normas, y la ausencia de sanciones son debilidades que la rectoría debe enfrentar con determinación y liderazgo porque dañan la moral institucional y hacen más inequitativo el financiamiento de la salud y distorsiona las prioridades sanitarias. Hay que establecer las reglas y hacerlas cumplir. La autoridad coercitiva deberá estar presente para impedir las violaciones de las normas, para velar por la competencia leal, la garantía del acceso y la calidad; la protección de los consumidores contra la comercialización fraudulenta de servicios y productos.

El diálogo entre los actores debe ser propiciado por el ente rector. El gobierno no solo ha de ver bien para desempeñar debidamente su función rectora, sino que también ha de escuchar. Los grupos de diversos sectores hacen valiosos aportes al proceso de formulación de políticas y de redacción de normas y reglamentos y pueden evaluar mejor como los participantes de cada sector pueden coadyuvar a alcanzar las metas de políticas públicas en salud sin menoscabo de las personas más necesitadas.

Una mejor rectoría exige hacer hincapié en los procesos de coordinación, consulta y comunicación basada en pruebas científicas. Para superar los grandes obstáculos, para mejorar el desempeño, es preciso que conozca el panorama completo de lo que está sucediendo. Los compromisos de gestión compartida de programas intersectoriales con otros ministerios, forma parte de las líneas de acción integrada de políticas sociales y es más efectiva como acción conjunta de gobierno. Mucho se puede aprender del intercambio de prácticas con otros sectores nacionales e internacionales de gobierno que hayan modificado sustancialmente las funciones públicas. La comunicación oportuna de las decisiones, estrategias, del progreso logrado, de las metas y de los

obstáculos encontrados es una capacidad necesaria que debe contar el ministerio. Una oficina de medios y estrategias de comunicación adecuadas sirve de enlace entre diferentes sectores y otros actores de la sociedad y se ocupan de las relaciones con el público. También facilita los mecanismos de consulta necesaria para formular o aplicar políticas o para promover la causa para influir en otras dependencias. La rectoría para formular políticas y dirigir su aplicación debe conseguir el apoyo de todos los interesados para la viabilidad de las políticas y depende del poder de los participantes, de su postura, de la seriedad de su compromiso y de su número (3). El término Gobernanza, difundido desde los años 90, parece traducir la conciencia de un cambio de paradigma en las relaciones de poder. En un sistema de gobierno democrático, la legitimidad proporcionada al gobierno por las urnas, de un modo parecido se busca renovar constantemente con la “buena calidad” de su ejercicio o gobernanza, medida por los modernos métodos de la demoscopia. Gobernanza es el concepto de reciente difusión para designar a la eficacia, calidad y buena orientación de la intervención del Estado, que proporciona a este buena parte de su legitimidad en lo que a veces se define como una “nueva forma de gobernar” en la globalización del mundo posterior a la caída del muro de Berlín (1989). También se utiliza el término gobierno relacional. La gobernanza es una noción que busca -antes que imponer un modelo- describir una transformación sistémica compleja, que se produce a distintos niveles -de lo local a lo mundial- y en distintos sectores -público, privado y civil. Que promueve un nuevo modo de gestión de los asuntos públicos, fundado sobre la participación de la sociedad civil a todos sus niveles (nacional, local, regional e internacional) (4).

Según el DRAE es el arte o manera de gobernar que se propone como objetivo el logro de un desarrollo económico, social e institucional duradero, promoviendo un sano equilibrio entre el Estado, la sociedad civil y el mercado de la economía (5). El concepto aplicado al gobierno de un sistema de salud moderno le da mayor legitimidad; esta no se consigue sólo con eficacia y eficiencia, sino que es también fundamental el elemento democrático en el que se subsumen la transparencia, la

rendición de cuentas o la participación. La eficacia y la eficiencia son valores propios del utilitarismo económico y de la gestión, aunque, situados en un contexto político, quedan totalmente impregnados de la influencia de la dimensión política. Con todo, las organizaciones públicas se ven abocadas a adoptar estrategias de actuación mediante la incorporación de innovaciones en la acción pública. Ciertamente, estas innovaciones, su forma y contenido, dependen de la coordinación del aparato administrativo con otros actores privados y con los ciudadanos. En gran medida la gobernanza consiste sobre todo en la confluencia y difícil equilibrio entre la eficiencia y la participación democrática (6). El concepto, que tiene su origen en la tradición de la escuela norteamericana sobre estudios de administración pública, ha sido importado por Europa al advertir la necesidad de nuevas técnicas e instrumentos para conseguir una gestión política estratégica que combine las iniciativas e intereses de la sociedad, el Estado y el mercado. Según la Comisión sobre Gobernanza Global, la gobernanza es “la suma de las múltiples maneras como los individuos y las instituciones, públicas y privadas, manejan sus asuntos comunes. Es un proceso continuo mediante el que pueden acomodarse intereses diversos y conflictivos y adoptarse alguna acción cooperativa. Incluye las instituciones formales y los regímenes con poder para imponer obediencia, así como arreglos informales que las personas y las instituciones han acordado” (7). La Comisión Europea (8) en su Libro Blanco sobre la Gobernanza Europea (2001) también proporciona una definición: “Reglas, procesos y conductas que afectan el modo como se ejerce el poder a nivel europeo, particularmente en lo que se refiere a la apertura, la participación, la responsabilidad, la efectividad y la coherencia.” La reflexión en pro de una mayor inclusividad va ganando terreno, siendo la participación ciudadana uno de los puntales del nuevo estilo de gobernanza. Sin embargo, la implementación de instrumentos y procesos participativos es todavía un reto enorme.

Uno de estos esfuerzos para crear una medida de gobernanza que sirva para comparar los países a nivel internacional es el proyecto Worldwide Governance Indicators (WGI) (indicadores de gobernanza

a través del mundo) (9), desarrollado por los miembros del Banco Mundial y del Instituto del Banco Mundial. El proyecto publica indicadores globales e individuales para más de 200 países en seis dimensiones de la gobernanza: voz y rendición de cuentas, estabilidad política y falta de violencia, efectividad gubernamental, calidad de la regulación, estado de derecho, control de la corrupción. La evolución de los indicadores de gobernanza en Venezuela desde 1996 hasta 2008 muestran una reducción progresiva y significativa de cada una de las categorías hacia los mas bajos percentiles en los últimos 10 años. Venezuela se ha situado también en los más bajos percentiles a nivel mundial al compararse con otros países.

Para completar los Worldwide Governance Indicators, a nivel macro y transversales respecto a los países, el Instituto del Banco Mundial desarrolló estudios sobre la gobernanza llamados World Bank Governance Surveys (10), herramientas de valoración de gobernanza a escala de un país que intervienen a nivel micro o infra-nacional y usan informaciones recogidas de los mismos ciudadanos de un país, la comunidad de negocios y trabajadores del sector público para diagnosticar las vulnerabilidades de la gobernanza y sugerir enfoques concretos para luchar contra la corrupción. Un nuevo Índice de Gobernanza Mundial (IGM) (11) se ha desarrollado y está a disposición para mejorarlo a través de participación pública. Los temas siguientes, en forma de indicadores e índices compuestos, han sido elegidos para formar parte del IGM: paz y seguridad, estado de derecho, derechos humanos y participación, desarrollo sustentable, desarrollo humano. En síntesis, la gobernanza es un proceso de dirección competente de los recursos del sistema de salud, del desempeño, del estímulo de la participación de los actores con la meta de mejorar la salud, en una forma transparente, auditable, equitativa, eficiente y que responda a las necesidades de la gente. Las funciones claves de la gobernanza son:

1. Información y capacidad de análisis.
2. Formulación de políticas y planificación.
3. Participación social y capacidad de respuesta del sistema.

4. Accountability o rendición de cuentas.
5. Capacidad regulatoria.

Uno de los problemas de los países latinoamericanos, entre ellos el nuestro, es la debilidad institucional, esto repercute sobre las posibilidades reales del desarrollo. En este contexto, se ha vuelto un tema prioritario la redefinición de los roles institucionales y el fortalecimiento de las funciones indelegables, sustantivas del Estado, entre ellas, la salud pública y la protección social de los grupos de población vulnerables o excluidos. En consecuencia, los países procuran fortalecer y consolidar su capacidad de supervisar el sistema de salud y de disponer efectivamente de las competencias necesarias para promover la salud y negociar con otros sectores que interactúan con el sistema de salud (12). No ha sido fácil llegar a una definición operativa de rectoría en el campo de la salud, puesto que este concepto a menudo se superpone al de gobernanza. Según la OMS, el Estado tiene la capacidad y la obligación de responsabilizarse por la salud y el bienestar de los habitantes y de ejercer la dirección del sistema de salud en su conjunto, y esa responsabilidad de gobernanza ha de ejercerse en tres aspectos fundamentales: aportar una visión y liderazgo al sistema de salud; recolectar y utilizar información y conocimientos; y ejercer influencia mediante la regulación y otros mecanismos.

El organismo internacional también hace hincapié en que el grado de capacidad y desempeño del Estado para ejercer la gobernanza del sistema de salud afectará decisivamente todos los resultados (13,14). Por otro lado, la OPS/OMS utiliza el término “rectoría del sistema de salud” para referirse a la gobernanza del sistema de salud. En tal sentido, y en respuesta a la Resolución CD40.R12 (15) 52, sobre la rectoría de los ministerios de salud en los procesos de reforma sectorial, en el período 2001-2005 la OPS/OMS abordó el proceso de desarrollo del concepto y la práctica de la rectoría en salud como un aspecto prioritario e intrínseco al proceso de modernización del Estado. Se promovió así un profundo debate e intercambio sobre la conceptualización, ámbito de acción y

mecanismos para el fortalecimiento de la capacidad rectora en salud. Actualmente se considera que la función rectora en salud es el ejercicio de las responsabilidades y competencias sustantivas de la política pública en salud que le son propias e indelegables, es competencia del gobierno, y la ejerce la autoridad sanitaria nacional (1,13,14,16). Las dimensiones de la rectoría sectorial comprende seis grandes áreas de responsabilidad y de competencia institucional que incumben a la autoridad sanitaria: conducción, regulación, aseguramiento, financiamiento, provisión de servicios y funciones esenciales de salud pública (15).

4. La fuerza de trabajo La fuerza de trabajo en Salud puede ser definida como el amplio grupo de personas dedicadas a promover, proteger y mejorar la salud tanto en el sector público como en el privado. Incluye el personal dedicado a las actividades de salud pública de servicios no personales, a la prevención de enfermedades, a los servicios de promoción de la salud, a la investigación, a la gerencia y a los servicios de apoyo (1). La fuerza de trabajo es un elemento clave de los sistemas sanitarios, fundamental para hacer progresar la salud. La atención sanitaria es una industria de servicios basada fundamentalmente en el capital humano. Los profesionales de la salud personifican los valores esenciales del sistema: previenen enfermedades y mitigan los riesgos, curan y atienden a las personas, alivian el dolor y el sufrimiento, son el vínculo humano entre el conocimiento y la acción sanitaria (2).

Para superar los escollos que obstaculizan el logro de los objetivos nacionales en materia de salud es fundamental formar suficientes trabajadores sanitarios, competentes, motivados y bien respaldados. El número y la calidad de los trabajadores sanitarios están efectivamente relacionados con la cobertura de inmunización, el alcance de la atención primaria y la supervivencia de los lactantes, los niños y las madres. Además, se ha comprobado que la calidad de los médicos y la densidad de su distribución se correlacionan con los resultados positivos en el ámbito de las enfermedades cardiovasculares. A la inversa, la malnutrición infantil ha empeorado con los recortes de personal durante las reformas del sector sanitario (2). El mismo informe define a los

trabajadores sanitarios como “toda aquella persona que realiza acciones cuya finalidad fundamental es mejorar la salud.” Los determinantes de la fuerza laboral se ubican en: 1. Las necesidades sanitarias (demografía, carga de morbilidad, epidemias) 2. Sistema de Salud (financiación, tecnología, preferencia de los consumidores) 3. Contexto (mercado de trabajo y educación, reformas del sector público de salud, globalización). Mientras que los retos lo hacen en: 1. Las Cifras (escasez, excesos). 2. Combinación de aptitudes (equilibrio de los equipos sanitarios). 3 Distribución (interna, urbana-rural) migración. 4. Condiciones de Trabajo (compensaciones, incentivos no financieros, seguridad en el lugar de trabajo). Nuestro país como muchos otros enfrenta enormes retos en relación a los recursos humanos en salud. Una aproximación a esta situación fue elaborada y analizada en el documento de la Ponencia Central de la Asamblea de la FMV realizada en Punto Fijo (27 al 31 de octubre de 2009) (3). Una síntesis de este análisis se presentó en el capítulo III de este documento. Los aspectos descriptivos de la fuerza de trabajo en Venezuela se resumen en: En nuestro país se está llevando a cabo una serie de transformaciones complejas que no podrán ser viables si además de considerar los aspectos estructurales y financieros no se toman en cuenta aquellos relacionados con el desarrollo de los Recursos Humanos, que son el factor crítico de cualquier proceso de cambio.

El primer anteproyecto de Ley Orgánica de Salud propuesto y aprobado en primera discusión en 2002 y después desechado contenía al menos 12 artículos con implicaciones directas para la iniciación de procesos de definición e implementación de políticas sobre el desarrollo de los Recursos Humanos en Salud (por ejemplo: calidad de atención, protocolos de diagnóstico y tratamiento, regulación, vigilancia, fiscalización y control de la práctica de profesionales y técnicos, recertificación profesional, creación y actualización del sistema nacional de información en salud, identificación y definición de las características de los trabajadores, sistemas de incentivos, principios éticos, obligaciones, códigos y normas de la gestión de personal, definición y revisión de las políticas de formación de personal. Además de las disposiciones legales debía cumplirse un proceso de

definición de políticas explícitas de desarrollo de y la elaboración de un Plan Estratégico Recursos Humanos, para fortalecer áreas débiles o que no están implementadas. En enero de 2004 en MSDS inauguró el Programa Red de Observatorios de Recursos Humanos en Salud y Desarrollo Social. Los datos producidos por este Programa no estuvieron disponibles al momento de elaborar esta Ponencia y el Programa al parecer fue descontinuado. La información dispersa en diferentes fuentes hasta 2003 fue recopilada por Serrano CR Consultora de OPS-OMS. Estrategia de Cooperación con los Países (4). La disponibilidad de profesionales de salud para 1999, de acuerdo con los datos de la Dirección de Contraloría Sanitaria era:

Cuadro 2. Tasas de algunas categorías de personal por población. 1998.

Categorías de Personal	1998	Tasas X 10.000 Hbts
Médicos	47 763	20,55
Enfermeras Graduas Lic. y TSU	21 185	9,11
Odontólogos	13 318	5,73
Farmacéuticos	8 377	3,60
Nutricionistas	1 056	0,45
Bioanalistas	2 402	0,03

Fuente: MSDS. Dirección de Contraloría Sanitaria, División de Registro de Profesionales 199.

Según información proporcionada por la Academia Venezolana de Medicina (1998) con datos de la Federación Médica Venezolana (1997), de los 47 957 médicos existentes 23 704 (49,4 %) eran médicos generales o no especialistas y 24 253 (50,6 %) eran médicos especialistas. La distribución de los profesionales del área de la medicina varía mucho en función del eje de mayor desarrollo económico: Distrito Metropolitano

tiene una tasa de 60 médicos por 10 000 habitantes, Miranda 34,9, Zulia 20, Lara y Mérida tienen 19 por 10 000 habitantes, mientras que Delta Amacuro, Amazonas, Apure, Barinas, Monagas, Portuguesa, Sucre y Yaracuy tienen tasas por debajo de 10 médicos por 10 000 habitantes. La inequitativa distribución de este recurso humano medida a través del índice de Gini, cuyo valor es de 0.23, el 45 % de los médicos se encuentran atendiendo a los 4 estratos de la población de los estratos socio-económicos más bajos, y 55 % de los médicos se encuentran atendiendo a la población del estrato socio-económico con mayores ingresos (4).

En cuanto a las categorías de los médicos con calidad de especialistas la mayor frecuencia estaba constituida por la especialidad de medicina interna con un 15.8 %, cirugía con un 12,9 %, gineco-obstetricia con un 7,6 %, pediatría con un 6,5 %, y las otras especialidades tienen una proporción de 7,7 %, e incluye a los especialistas en Salud Pública (4). La disponibilidad actual de recursos humanos formados en Salud Pública comprende los siguientes niveles: Especialidad, Maestría, Cursos Medios Diversificados y Técnicos Superiores. No existe un registro de los profesionales formados en el área de la salud pública en el Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Existen 4 Sociedades Científicas que los agrupan: de Salud Pública, de Higienistas, de Administración Hospitalaria y de Epidemiología, pero tampoco cuentan con información completa, pues no todos los sanitaristas están afiliados. Solamente se pudo obtener un número aproximado a través de la información proporcionada por las instituciones formadoras de estos recursos, quedando fuera de la apreciación todos aquellos que se formaron antes de 1985 y los que se formaron en países fuera de Venezuela, lo que nos permite dimensionar un error entre 15 % y un 20 % en la cantidad de disponibilidad de este recurso (4). En los 15 años comprendidos entre (1986 a 2001) se formaron los siguientes tipos de profesionales: a nivel de Maestría suman 132 profesionales; los egresados de los cursos de Especialización en Salud Pública alcanzan a un número de 754 profesionales. De los 886 profesionales formados en Salud Pública con nivel de especialidad y maestría un 77,4 % son

médicos, 6,9 % son ingenieros o arquitectos, un 3,7 % son bioanalistas, microbiólogos o biólogos, y el 12 % restante tienen otras profesiones de formación inicial. Se observa un gran predominio de formación en el área médica, sugiriendo una debilidad de la interacción entre disciplinas para el abordaje de la salud pública. El número de recursos humanos formados en Salud Pública a nivel de post-grado bajo la modalidad de Curso Medio Diversificado (540 horas) es de alrededor de 3 083 profesionales, comprendidos en las siguientes menciones: salud pública general, epidemiología, administración sanitaria, administración hospitalaria, bioestadística, investigación en salud, y educación para la salud. Es interesante hacer notar que esta modalidad constituye una excelente estrategia para fortalecer la base de competencias en salud pública de los profesionales de la salud (4). (La fuente de la información fue una encuesta directa a las instituciones formadoras realizada por OPS/OMS, 2001) (4).

El número de trabajadores que estaban empleados, en 1996, en el entonces Ministerio de Sanidad, era de 124 104 trabajadores (1,4 %) de la PEA -Población Económicamente Activa- dentro del mercado de trabajo) (5). Para 1998, la cantidad de personal empleado fue, según información de la Dirección de Recursos Humanos (1998) de 111 353 empleados (6). Esta información fue calculada con base en la nómina de 1995 de los 17 estados descentralizados y con información de fuente primaria de los otros 6 Estados que permanecen bajo la dependencia del MSDS. Para el mismo año, en el IVSS se reportó 51 561 personas trabajando, lo cual suma un total de 162 914 funcionarios trabajando en los dos principales empleadores del sub-sector público. Esta cifra representa un 1,7 % de la PEA total dentro del mercado de trabajo. No existe información centralizada disponible sobre el personal de salud de las otras instituciones del sub-sector público en salud. Relacionando la disponibilidad total de algunos profesionales para 1998, con el número de personal que se encuentra trabajando en el MSDS y el IVSS, podemos observar que en estas dos instituciones del subsector público se encuentran ocupados un 46,8 % de médicos, un 38,3 % de las enfermeras y un 17 % de odontólogos (4). Las proporciones para

las otras categorías de profesionales no se pueden cuantificar pues no se encontró información disponible. Tomando en cuenta la distribución desigual de los médicos, que es la única categoría profesional sobre la que tenemos información, se puede suponer que la desigualdad e inequidad en la distribución de las diferentes categorías de personal es muy grande. Los Estados más pobres son los que proporcionalmente tienen menor cantidad de personal de salud (4). No se tiene información sistematizada y actual sobre el mercado de trabajo en salud, pero se puede realizar una aproximación sobre su composición para la categoría de personal profesional: en el subsector público, M.S.D.S., e I.V.S.S., el Instituto de Previsión y Asistencia Social del Ministerio de Educación, y los sistemas de atención de salud de los ministerios de Finanzas, Defensa, Relaciones Interiores y Justicia, Ambiente, Energía y Minas, que se calcula podría llegar a un 60 % del mercado laboral. Un 40 % a un 50 % de los cargos podrían estar dentro del sub-sector privado (4).

En cuanto a la Gestión de personal de salud existía una Ley de Carrera Administrativa y un Manual de Cargos emitida en 1994, que se aplicaba a todos los trabajadores de los sub-sectores públicos. No existían disposiciones ni un manual de cargo específico para el Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Todas las instituciones del subsector público tenían sus propias adaptaciones de clasificación de cargos y sus propias escalas salariales.

Mediante Decreto No. 1553, del 13 de noviembre de 2001, el Ejecutivo Nacional aprobó el decreto con fuerza de Ley sobre el Estatuto de la Función Pública. No se tiene información de que las instituciones estén adaptando esta ley para fines de la Gestión del Personal en cada uno de los Sectores. A partir del año 2001, no se ha podido conseguir información sistematizada, en relación con las diferentes escalas salariales y remuneración en los diferentes subsectores que conforman el Sector Salud. Sobre la Organización de los trabajadores, conflictos y negociación colectiva, no se tiene información sistematizada sobre estos aspectos. Un estudio del Centro de Información, Documentación e Investigación en Enfermería (CIDEN) denunciaba que la mayoría de los hospitales públicos en Venezuela, dispone de 1 enfermera por cada 40

pacientes hospitalizados mientras que las normas de la OMS establecen que debe haber 1 por cada 8 pacientes. En las unidades de cuidados intermedios se estimó en 8 pacientes por cada enfermera e idealmente esta relación debía ser de 2 pacientes por enfermera. En la Unidades de Cuidados Intensivos se encontró 2 a 3 pacientes por enfermera, cuando debe haber una por cada paciente (7). El mismo estudio estimó que en el sector público existía un déficit de 18 700 profesionales de enfermería y que 20 % de las profesionales activas estaban en condiciones legales de jubilación por lo que el déficit real se proyectaría a 23 000 profesionales (7). La controversia sobre los Recursos Humanos en Venezuela se multiplicó en 2003 con la incorporación masiva de presuntos médicos cubanos y otros profesionales de salud que formarían parte del sistema paralelo de salud pública Barrio Adentro. Decisión del Gobierno Nacional que se tomó sin una adecuada consulta de los actores del sistema ni análisis sustentado en evidencias sanitarias suficientes que la justificaran. También es verdad que a pesar de que Venezuela disponía para esa fecha de un número de profesionales que superaba con creces los índices internacionales, la densidad de profesionales de salud en Venezuela hasta 2003, era superior a 3,3 por cada 1 000 habitantes (un valor de 2,5 por 1 000 habitantes es el límite de densidad necesario para lograr la cobertura de actividades de atención primaria) y la paradoja es que con ese volumen de profesionales, Venezuela no alcanzaba las coberturas aceptables para la atención de los partos y para la vacunación de los niños contra el sarampión que si lograban países con una densidad de profesionales similares o menores a las de nuestro país (8).

El gobierno argumentó falazmente que estos médicos tenían un perfil de formación y práctica en las que el personal médico venezolano no estaba preparado ni interesado. En 2003, el Plan Barrio Adentro disponía de 990 profesionales cubanos en los barrios de Caracas. Al convertirse el plan en misión nacional, aumentaron significativamente los médicos de 2 400 a 10 169 y en agosto de 2 004 a 13 084, junto con otro tipo de personal asistencial en odontología, optometría y enfermería, según datos de la Coordinación Nacional de Atención Primaria del

MSDS, 2004. Para ese momento solo había 24 médicos venezolanos y 543 odontólogos. Las enfermeras sumaban 2 526 (7). Retos de los Sistemas de Salud De una manera general, los retos más comunes que confrontan los sistemas de salud de todos los países son (1):

1. La insuficiencia de recursos humanos que desarticula los establecimientos de asistencia y los servicios de salud públicos y privados.
2. La distribución desigual hacia el interior del país, con desplazamiento de los profesionales de los territorios rurales hacia los urbanos.
3. El desplazamiento de los profesionales desde el sector público hacia el sector privado (con o sin fines de lucro).
4. La búsqueda de empleos fuera del sector salud.
5. La migración profesional hacia otros países.
6. La corrupción en la gestión de recursos humanos.

Los factores que contribuyen a estos fenómenos son múltiples: entorno social y político adverso, pobre inversión en oportunidades de formación, entrenamiento, bajo salario y congelamiento de salarios, ausencia de incentivos laborales, sobrecarga de trabajo, pobres condiciones del ambiente laboral (infraestructura, escasa tecnología, seguridad, y apoyo de la comunidad). El sector público muestra numerosas puestos de trabajo vacantes, rápida rotación de personal, fuga de profesionales calificados. Paradójicamente, se puede encontrar desempleo, fallas en la gerencia de recursos humanos y de reclutamiento. El mercado internacional de profesionales calificados, es de una gran demanda por las insuficiencias de los países ricos y de las organizaciones internacionales. Varias preguntas contribuyen a mejorar el desempeño de la fuerza de trabajo en salud: ¿Existen formas de incrementar rápidamente el número disponible de trabajadores calificados para intervenciones selectivas de salud? ¿Cuáles son los incentivos que estimulan a los trabajadores de salud a aceptar y permanecer en zonas rurales o remotas? ¿Cuáles son los estímulos y prácticas que hacen que los trabajadores de la salud tengan un mejor

desempeño? ¿Cómo pueden ser más efectivos los equipos de trabajo?
¿Qué acciones mejoran la moral y la motivación de los trabajadores y pueden implementarse a corto plazo?

¿Cuáles son las estrategias de largo plazo que deben ser aplicadas para fortalecer los recursos humanos y cuándo deben ser introducidas?

Para responder estas preguntas se requiere un amplio conocimiento de los múltiples factores que influyen en el desempeño de la fuerza de trabajo. La dinámica del mercado de trabajo local y mundial refleja el desarrollo y la fuerza de factores sociales, económicos, tecnológicos, científicos, sociodemográficos y políticos, en adición a la influencia de las necesidades de salud, tanto para la demanda como para la oferta de profesionales de la salud. Esta dinámica, también incluye las regulaciones para el ejercicio profesional, patrones culturales y el tiempo necesario para formar nuevo personal calificado y revelan la complejidad del mercado de trabajo de los profesionales de la salud (1,8). Los mercados de trabajo nacionales son influidos por las tendencias mundiales, los profesionales de salud responden muy sensiblemente. Mercado de Laboral de los trabajadores de la Salud. Una representación simplificada de la dinámica compleja del mercado de trabajo de los profesionales de la salud, destaca la masa laboral disponible y su desempeño, el flujo de entrada y el flujo de salida del mercado laboral. Diagrama simplificado del mercado laboral en salud. Estos son los puntos primarios de entrada para la gerencia de los recursos humanos en salud. La Gestión del Flujo de Entrada Tradicionalmente es concebida como el elemento fundamental para una política de Recursos Humanos y representa la oportunidad para incrementar o reducir el número de profesionales de la salud entrenados. Los asuntos críticos relacionados con la educación y entrenamiento son el número y tipo de profesionales necesarios para atender los requerimientos del sistema y de la sociedad, los mecanismos de selección, los mecanismos de entrenamiento y adquisición de competencias y habilidades. La certificación y calidad de las instituciones educativas, entre otros. La coordinación de las políticas de educación y de salud entre los entes

gubernamentales y la universidad es clave para garantizar la cantidad y calidad del recurso humano (1).

Otros canales para aumentar el flujo de entrada de profesionales son los incentivos y facilidades para estimular el retorno de los profesionales que migraron. Este grupo humano puede representar un gran reto de gerencia por su volumen y diversidad y es un mecanismo para dar respuesta rápida a las necesidades de salud, pero requiere planificación a mediano y largo plazo.

Nuestro país deberá atender una situación particular y muy compleja, simultánea e inédita de flujo masivo de entrada y flujo masivo de salida de recursos humanos generada a partir de 2003, con la creación de la Misión Barrio Adentro. Por un lado, se ha producido la emigración de más de 3 000 profesionales clasificados hacia el exterior, la jubilación de numerosos profesionales de sector público de la salud y a la vez la —inmigración de miles de profesionales cubanos no certificados para atender actividades de asistencia médica principalmente ambulatoria y de atención primaria. A esta situación se agrega la formación de mas de 20 000 profesionales de la salud en instituciones de educación superior paralelas, con planes de estudios no acreditados y deficientes que se incorporarán masivamente al mercado de trabajo después de 2009 (3). La Gestión de Flujo de Salida Las principales causas de flujo de salida son: oportunidades de empleo en el exterior más satisfactorias, migración hacia el sector privado y a otras actividades de empleo, fin de la vida profesional, discapacidad y muerte. Las pobres condiciones de salud y seguridad en el trabajo, el deterioro de las infraestructuras, las carencias de insumos, equipos, tecnología y medicamentos, impulsan el flujo de salida precoz de la fuerza de trabajo. Las políticas de aplicación de jubilaciones precoces y de jubilaciones de oficio impactan el tamaño de la fuerza de trabajo. La realidad de la globalización hace que el mercado de trabajo internacional, con atractivos de ingresos, mejores honorarios, condiciones de trabajo, tecnología y calidad de vida, produzcan fuertes flujos de recursos humanos desde los países pobres y en desarrollo hacia los países desarrollados. Esto produce una compleja

situación con implicaciones sociales y políticas, que se manifiesta por el derecho de las personas a emigrar y las necesidades de salud de la población en los países con menos recursos que son desatendidas y estos países terminan por subsidiar la formación y el entrenamiento de profesionales calificados en beneficio de los países desarrollados (1,8). Los mecanismos para prevenir la emigración profesional (pago de entrenamiento por servicios posteriores, restricciones legales y otros no han dado suficientes resultados), la mejor forma de evitar la emigración profesional es mejorar las condiciones de trabajo, los incentivos y los ingresos del personal de salud en los países en desarrollo (1).

La Gestión de la Masa Laboral. La motivación, la cobertura y la competencia La gerencia de la masa laboral deben estar enfocadas a contribuir de la mejor forma posible al desempeño del sistema de salud y a los resultados en salud. La cobertura toma en cuenta la distribución física y geográfica y la integración de equipos profesionales equilibrados y a la vez comprometidos con los objetivos y necesidades de salud de la población. Los objetivos motivacionales se refieren a un conjunto de incentivos económicos y no económicos y al cumplimiento de compromisos institucionales para garantizar la salud y la seguridad de los trabajadores de la salud. La competencia se refiere a la adquisición de las destrezas y habilidades profesionales, la posibilidad de perfeccionamiento y ascenso profesional, así como la de adquirir atributos de liderazgo. Los responsables de la administración pública y privada de salud deberán gestionar, la motivación, los incentivos, la competencia y la cobertura de manera interrelacionada para asegurar que los servicios personales de salud respondan a las necesidades de salud de la población (1,8).

Los objetivos de la gestión de los recursos humanos de la salud incluyen:

1. Suplir los equipos de trabajo apropiados a las necesidades del sistema.
2. Desarrollar sistemas para gestionar el desempeño.
3. Proveer el personal administrativo y gerencial para apoyar los servicios.

4. Integrar los procesos de educación, entrenamiento y servicios.
5. Colocar a los Recursos Humanos como un pilar principal para la planificación, gerencia y desarrollo del sistema de salud y cumplimiento de la Metas del Milenio.

Para poder avanzar en una política de Recursos Humanos se deberá fortalecer la información completa sobre la fuerza de trabajo, reactivar el observatorio de recursos humanos, definir estrategias sustentadas en las necesidades de atención de salud de la población y evaluar el mejoramiento de las condiciones de trabajo digno para los profesionales de la salud. Diseñar los programas de estudios por competencias, fomentar el crecimiento de la cantidad y la calidad del mercado de trabajo, asegurar la disponibilidad de puestos de trabajo y definir las condiciones de salud y seguridad laboral (1). Adicionalmente deberán corregirse los vicios del sistema, la corrupción, el clientelismo y las nóminas fantasmas. Los indicadores necesarios para describir la evolución y el progreso de la fuerza de trabajo son amplios e incluyen áreas como la educación, el entrenamiento, la ocupación, el rendimiento, y los productos del sistema de salud (1,9). Algunos indicadores que deben ser monitorizados son: Disponibilidad de recursos humanos, configuración de equipos de competencias complementarias, desgaste por migración, distribución por sectores y áreas de trabajo, producción y capacidades por nivel. Distribución por género y localización. Productividad de los proveedores, costos de producción y eficiencia. Los objetivos del decenio de los Recursos Humanos 2006-2015 (10), que pueden servir de orientación para orientar los objetivos nacionales para el desarrollo de los recursos humanos en salud, a fin de atender las prioridades nacionales de salud, el acceso a servicios de salud de calidad y nos permitan cumplir con las Metas del Milenio son:

1- Políticas y planes de largo plazo para la adecuación de la fuerza de trabajo a las necesidades de salud y a los cambios en los sistemas de salud. 2. Colocar las personas adecuadas en los lugares adecuados, distribución equitativa de los profesionales de salud en las diferentes

regiones y acorde a las necesidades de salud de la población. 3. Regular los desplazamientos y migraciones de los trabajadores de salud para garantizar atención a la salud para toda la población. 4. Asegurar condiciones de empleo y de trabajo adecuadas, relaciones laborales justas y asegurar ambientes de trabajo saludables. 5. Mecanismos de interacción entre instituciones de formación y servicios de salud para adecuar la formación de los trabajadores de la salud a un modelo de atención universal, equitativo y de calidad que sirva a las necesidades de salud de la población. Los Retos de los Sistemas de Recursos Humanos en salud son: (11)

1. Un imperativo del presente en las políticas de salud es mejorar el desempeño de los sistemas de salud en términos de equidad, universalidad, calidad, efectividad y eficiencia.
2. Los trabajadores de salud constituyen el elemento esencial de los sistemas de salud.
3. Hay creciente, aunque poco sistemática evidencia, de que las condiciones de empleo y de trabajo se han deteriorado en los últimos años.
4. Se requieren políticas e instituciones sostenibles para mejorar dichas condiciones y asegurar una mejor contribución del personal a los resultados sanitarios de los sistemas de salud
5. El paradigma de Trabajo Decente ofrece un marco de política pública para avanzar en ese sentido.

Entendemos como trabajo decente: Trabajo productivo y seguro
Con respeto por los derechos laborales
Con ingresos adecuados
Con protección social
Con diálogo social, libertad sindical, negociación colectiva y participación. El trabajo decente sintetiza las aspiraciones que todos tenemos en nuestra vida laboral: oportunidades e ingresos, ejercicio de derechos, participación y reconocimiento estabilidad familiar, desarrollo personal, justicia e igualdad de género. La FMV, en conjunto con los colegios médicos del país ha buscado el diálogo con los entes gubernamentales para lograr mejorar esta situación, en pro de la paz laboral y solventar la situación económica de los médicos

del sector público. En los últimos 7 años ha sido imposible lograrlo con el gobierno nacional. Actualmente la finalidad primordial es, promover oportunidades para que los hombres y mujeres del mundo puedan conseguir un trabajo decente productivo, en condiciones de libertad, equidad y dignidad humana y es la mejor forma de garantizar la seguridad, acceso a la asistencia médica e ingreso. Esta elección reflejará sus valores sociales, culturales, su historia y el nivel de desarrollo económico (12). 5. La Financiación Los gastos en atención de salud van en aumento en todo el mundo (1) según el Informe de salud mundial del año 2000. La evolución y características del gasto en salud en Venezuela fue sintetizada en la ponencia de la FMV en 2008 (2). El considerable aumento del gasto en salud ha impulsado la búsqueda de modalidades de financiamiento para los sistemas de salud, con miras a que la falta de medios económicos no sea un impedimento para el acceso de la persona a los servicios de salud. Facilitar este acceso ha sido una piedra angular de los modernos sistemas de financiamiento de la salud ya que la función principal del sistema de salud es proveer servicios a la población. El propósito fundamental del financiamiento es contar con fondos para lograr que todas las personas tengan acceso a servicios eficaces de salud pública y de atención sanitaria personal y simultáneamente establecer incentivos financieros adecuados a los proveedores, para mejorar la calidad de los servicios. De esta forma se reduciría o eliminaría la posibilidad de exclusión de las personas que no tienen capacidad de pago por los servicios o de que se empobrezcan si tienen la necesidad de usar los servicios de salud. Para lograr el acceso a los servicios de salud son necesarias tres funciones interrelacionadas del financiamiento: Recaudación de Ingresos, Mancomunación de recursos (pooling) y Compra de Intervenciones.

No es sencillo lograr la interacción de estas tres funciones para proteger financieramente a la gente de la manera mas justa posible. Requiere poner en práctica arreglos técnicos, organizativos e institucionales y la participación de muchos actores para que la interacción de esas funciones proteja efectivamente a las personas. Pasa también por establecer incentivos que motiven a los actores del sistema,

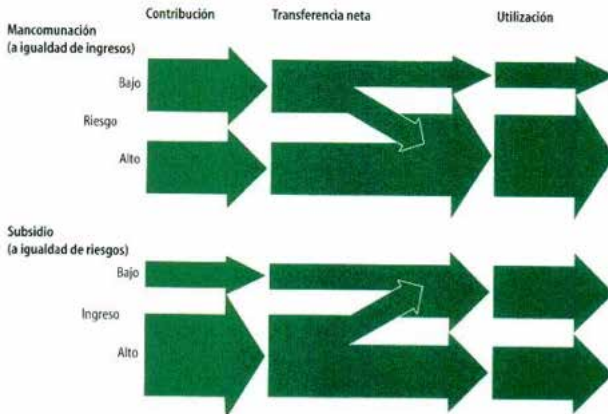


Figura 1. Funciones y Objetivos de la Financiación.

a los proveedores de servicios a mejorar el estado de salud y la capacidad de respuesta del sistema. Las funciones a menudo estuvieron integradas en una sola institución o lo que es más frecuente ahora, la tendencia a separarlas, especialmente entre quienes financian y quienes prestan los servicios. La recaudación de Ingresos es el mecanismo mediante el cual el sistema de salud obtiene fondos de diversas fuentes: fondos públicos, recaudaciones, empresas, donaciones, aportes personales. Las formas de recaudación son: los impuestos generales, las contribuciones obligatorias a seguros obligatorios (vinculadas al sueldo y casi nunca al riesgo), contribuciones voluntarias a seguros de salud privados (usualmente vinculadas con el riesgo), donaciones y pago de bolsillo o pago directo del usuario.

Los países con sistemas de salud más equitativos, el pago directo del usuario es bajo. Una medida de la inequidad del sistema de salud es que el pago directo del usuario supere más del 50 % de los gastos totales del sistema de salud. En Venezuela los pagos directos del usuario en servicios de salud superan ampliamente este valor (3).

Cuando el sistema depende financieramente de los impuestos generales, el cobro lo hace el ministerio de finanzas y la asignación de fondos al ministerio de salud se hace mediante la aprobación del presupuesto nacional. Por lo general, en los planes de seguro social obligatorio y de seguros privados voluntarios, la recaudación de los ingresos y la mancomunación de recursos se integran en una organización y en un proceso de compra. La mancomunación es el proceso de acumulación y administración de los ingresos en un fondo común, de tal forma que el riesgo de tener que pagar la atención sanitaria lo compartan todos los miembros del fondo y no lo corra cada contribuyente individual. Dentro del sistema de salud, la mancomunación se conoce como la “función de aseguramiento”, tanto si el aseguramiento es explícito (la persona que suscribe un plan deliberadamente) como si es implícito (las coberturas de servicio financiadas con ingresos procedentes de impuestos) (1). La finalidad principal de la mancomunación es compartir el riesgo financiero que entrañan las intervenciones sanitarias cuya magnitud y necesidad es incierta. Por ello, se distingue del cobro (o pago directo), modalidad según la cual las personas siguen costeadando sus riesgos de salud con dinero de su propio bolsillo o de sus ahorros. Cuando la gente paga esos gastos totalmente de su bolsillo no se produce mancomunación. Muchas de las intervenciones de salud pública y ciertas prestaciones como los exámenes médicos de carácter preventivo, que no entrañan incertidumbre o cuyo costo es bajo, los recursos pueden ir directamente del cobro a la compra. La mancomunación reduce la incertidumbre tanto para los ciudadanos como para los proveedores. Al aumentar y estabilizar la demanda y la corriente de recursos financieros, los fondos comunes pueden aumentar la probabilidad de que los pacientes estén en capacidad de pagar los servicios y de que un volumen mayor de servicios estimule nuevas inversiones por parte del proveedor. La compra es el proceso mediante el cual se paga a los proveedores con recursos financieros mancomunados para que presten un conjunto especificado o no especificado de intervenciones de salud (1). La compra pasiva supone ceñirse a un presupuesto predeterminado o sencillamente pagar

las facturas cuando se presentan. La compra estratégica supone una búsqueda continua de la mejor forma de lograr el máximo rendimiento del sistema de salud decidiendo qué intervenciones deben comprarse, cómo y a quién. Es decir, escoger las intervenciones con miras a obtener el mejor rendimiento tanto para las personas como para la población en su totalidad, por medio de la contratación selectiva y los planes de incentivos.

Tradicionalmente, la mayoría de los debates sobre políticas relativas al financiamiento de los sistemas de salud se centran en torno a las repercusiones que puede tener el financiamiento público, en comparación con el privado, sobre el desempeño del sistema. Queda suficientemente claro la importancia del financiamiento público en materia de intervenciones de salud pública (1). No obstante, cuando se trata de atención sanitaria personal (atenciones médicas), la dicotomía público-privado no es lo más importante para determinar el desempeño del sistema de salud, sino la diferencia entre pago anticipado y pago directo del bolsillo del usuario. En consecuencia, el financiamiento privado, especialmente en países en desarrollo como el nuestro, equivale fundamentalmente a pagos efectuados por el usuario o a contribuciones que se hacen con fondos comunes pequeños, voluntarios, y que suelen estar sumamente fragmentados. En cambio, el financiamiento público o privado obligatorio (procedentes de la tributación general o de contribuciones a la seguridad social) siempre está asociado con pagos anticipados y con fondos comunes de gran tamaño. La organización del financiamiento público repercutirá en cuatro factores clave para el desempeño del financiamiento del sistema de salud: el nivel de pago anticipado, el grado de distribución del riesgo, el monto de los subsidios a las personas de menores recursos y la compra estratégica de servicios (1). Los sistemas de salud en los que las personas tienen que pagar de su propio bolsillo una parte sustancial del costo de los servicios, harán que el acceso a los servicios se restrinja solo a quien pueda pagarlo y excluirá a los miembros más pobres de la sociedad (4,5). Algunas intervenciones sanitarias importantes para el bien público no recibirían financiamiento si el usuario tuviera que pagarlas (6) y

deben ser aseguradas por el gasto público. La equidad en cuanto a la protección contra el riesgo financiero requiere el nivel más alto posible de separación entre el financiamiento (contribuciones) y la provisión (utilización). Esto es particularmente cierto para intervenciones que tienen un costo elevado en relación con la capacidad de pago de la familia. El pago anticipado es la piedra angular del financiamiento equitativo de un sistema de salud (1).

El pago anticipado además de proteger contra la exclusión y la barrera económica de acceso a los servicios, hace posible la distribución del riesgo financiero entre los miembros de un fondo común. El financiamiento individual proveniente del pago directo no permite compartir el riesgo. Debe por lo tanto existir el pago anticipado para que sea posible lograr un verdadero acceso a la atención personal de costo elevado.

El nivel de pago anticipado está determinado por el mecanismo predominante de recaudación de ingresos que se utilice en el sistema. Los impuestos generales permiten la separación máxima entre financiamiento (contribuciones) y utilización, mientras que si los pagos son de bolsillo no hay separación. La tributación general como fuente principal de financiamiento de la atención sanitaria exige una excelente capacidad recaudadora de las contribuciones o de los impuestos, (capacidad que se ha ido incrementando exitosamente en Venezuela en los últimos 10 años), pero también mediante el desarrollo de una economía bien estructurada y sin inflación, condición que por el contrario se viene deteriorando y reduce sus aportes mediante gravámenes generales, a la vez que predomina el sector informal de la economía que no aporta contribuciones al fisco. Además, el mecanismo de recaudación de ingresos exige una elevada capacidad organizativa e institucional del sistema, que permita ir unificando en forma progresiva los diversos fondos, garantizar los subsidios para la asistencia de salud de las personas sin recursos, reducir las dobles contribuciones y proveer servicios de calidad a todos los usuarios. La mancomunación de recursos es la forma principal de repartir riesgo entre los participantes. Aun cuando haya un alto grado de separación entre contribuciones y utilización,

el pago anticipado por sí solo no garantiza un financiamiento justo si se hace únicamente en forma individual, es decir, mediante servicios de prepago como cuentas de ahorro individuales destinadas a pagar servicios médicos. En este caso los usuarios tendrían acceso limitado a los servicios una vez que se agoten los ahorros.

Aunque el pago anticipado y la mancomunación representan un mejoramiento considerable con respecto al financiamiento que depende del pago directo por el usuario, no tienen en cuenta la cuestión de los ingresos. Como resultado de la formación de grandes fondos comunes, la sociedad se beneficia de las economías de escala, de la ley de los grandes números y de los subsidios cruzados de las personas de bajo riesgo a las de alto riesgo. La mancomunación por sí misma permite la nivelación de las contribuciones entre los miembros del fondo común, independientemente del riesgo financiero de cada uno que va asociado con la utilización de los servicios. Las sociedades interesadas en la equidad no son indiferentes de quien subsidia a quien. Por lo tanto, el financiamiento de la salud, además de ofrecer la opción de los subsidios de bajo a alto riesgo (que ocurrirá en toda mancomunación, a menos que las contribuciones estén relacionadas con el riesgo), debería lograr que esos subsidios no fueran negativos. El sistema de salud debe intentar repartir el riesgo y subsidiar al pobre mediante diversas combinaciones de arreglos organizativos y técnicos (7). Los subsidios cruzados relacionados con el riesgo y con el ingreso pueden darse entre los miembros del mismo fondo común, o bien por medio de subsidios gubernamentales otorgados a un sistema con uno o varios fondos comunes. En la práctica, la subvención cruzada por riesgo y por ingreso se da mediante una combinación de mancomunación y subsidios gubernamentales. Los subsidios cruzados pueden existir también entre miembros de fondos comunes diferentes, cuando existe un sistema de mancomunación múltiple (8-10), mediante mecanismos explícitos de nivelación de riesgos y de ingresos. Este tipo de fondos permite a los afiliados tener diferentes perfiles de riesgo y de ingreso y requieren mecanismos compensatorios para evitar que las organizaciones mancomunadas seleccionen a las personas de poco riesgo y excluyan

a los pobres y a los enfermos. También deben existir mecanismos de nivelación o de compensación de asignaciones del gobierno central a los estados para reducir las diferencias en el riesgo y los ingresos de estados descentralizados.

Las funciones de recaudación, mancomunación, compra y prestación de los servicios suponen corrientes de recursos financieros que van desde las fuentes a los proveedores por conducto de una variedad de organizaciones que realizan una o varias tareas. La creación de múltiples fondos pequeños facilita la fragmentación y hace menos eficiente el sistema. Es preferible por diversas razones técnicas crear las condiciones para establecer organizaciones mancomunadas lo mas grandes posibles. La mancomunación de fondos en cualquiera de sus configuraciones es superior al financiamiento del bolsillo del usuario (1). Los fondos único nacionales por ser los consorcios mas grandes posibles y como organizaciones que no están en competencia, pueden considerarse como las formas más eficientes de organizar la mancomunación. Con ello se evitan la fragmentación y todos los problemas de competencia, pero también se renuncia a las ventajas de la competencia. La mancomunación y la compra están integradas en la mayoría de las modalidades de organización del sistema. La asignación de los fondos obtenidos de la mancomunación a la compra tiene lugar en la organización por medio de la elaboración de presupuestos.

Sin embargo, existen experiencias destinadas a separar funciones, de tal manera que los recursos de una organización mancomunada se asignan a compradores por medio de la capitación ajusta según el riesgo (11,12). Para ayudar a identificar los puntos clave de fortalecimiento de la financiación de los sistemas de salud se han desarrollado algunas guías de orientación útiles (13,14) 6. La Información Los sistemas de salud para tomar decisiones son críticamente dependientes de la disponibilidad oportuna de datos e información. En teoría, el sistema de información en salud debería generar, analizar y diseminar datos para permitir la toma de decisiones basadas en evidencias (pruebas). En la práctica, los sistemas de información en salud en países como el nuestro son débiles y fragmentados e incapaces

de atender las necesidades de quienes toman decisiones. Se reconoce que una gran variedad de información en salud es necesaria, dada la complejidad y naturaleza de la organización del sistema. Un enfoque sencillo define: las dimensiones de las demandas de información – el tipo de datos necesarios – las herramientas y los métodos disponibles para generar la información, y el uso y aplicaciones como son usados los datos. Diferentes datos son usados en diferentes formas y a diferentes niveles del sistema de salud (1).

A niveles superiores, los datos son usados estratégicamente con el propósito de orientar y diseñar políticas, definir y coordinar estrategias, ordenar prioridades, regular el sistema; mientras que a niveles intermedios para gestionar planes y programas. Los niveles básicos los emplean operacionalmente para proveer acciones y servicios de salud. El desarrollo del sistema de información del sistema de salud ha sido definido mediante El Consenso de la Estructura Técnica, elaborado por el Health Metrics Network (2). Por el lado de la demanda de información, los dominios del sistema de información en salud requerirían enfocar:

1. Los determinantes de salud (socio-económicos, ambiental, de comportamiento, genética y biológica).
2. Los escenarios legales y de la naturaleza en que se desenvuelve el sistema de salud.
3. Los “inputs” o entradas o insumos del sistema de salud y de los procesos relacionados que incluyen políticas, organización, infraestructuras de salud, equipos, recursos humanos y financieros, costos, y el sistema de soporte de información.
4. Los desempeños, o procesos del sistema de salud tales como disponibilidad, calidad y uso de la información en salud y los servicios.
5. Los resultados “outputs” (mortalidad, morbilidad, discapacidad, el bienestar, los brotes epidémicos, el estado de salud de la población, la carga de enfermedad).

6. Las inequidades en los determinantes, la cobertura y el uso de los servicios, los datos demográficos básicos como la población, sexo, estatus económico y localización geográfica, entre otros.

Sistema de Información en Salud y sus componentes en el Sistema de Salud (1). Por el lado de la oferta de información, una configuración de métodos de generación de datos debe estar disponible, incluyendo los datos de los establecimientos de salud, los procesos administrativos, las encuestas de servicios, los censos, los registros vitales, las cuentas nacionales de salud y la información sobre investigación en salud.

Ajustar los datos y los indicadores con las herramientas más apropiadas y costo-efectivas para generarlos es una función esencial del sistema de información, pero no siempre es un proceso directo o automático. Pueden surgir discrepancias cuando los diferentes métodos de recolección son usados para producir el mismo indicador.

El Consenso de estructura Técnica de Información (2) define los estándares específicos del país en concordancia con los estándares mundiales. Las capacidades y los procesos necesarios distribuidos en tres niveles, para cada nivel se asignan elementos específicos para los cuales existen estándares mínimos. Los dos primeros niveles incluyen elementos relacionados con: recursos, entradas y procesos y constituyen las piezas fundacionales del un sistema de información en salud que funcione. El tercer nivel se refiere a los resultados reales en términos de disponibilidad, calidad y utilización de los datos en las actividades de salud. La evaluación del sistema de información en salud requiere un amplio análisis de su orientación, capacidad técnica y de procesamiento, las necesidades de inversión y desarrollo, la estandarización de los sistemas y procesos y los instrumentos de monitoreo y evaluación. Finalmente, la evaluación de uso, calidad y acceso a la información (2).

Poco podemos decir acerca del estado del sistema de información en salud en nuestro país, o acerca de la calidad y consistencia de los datos y el desempeño del sistema, porque la información sobre su

estructura, equipamiento y desempeño no está disponible ni es revelada por las autoridades de salud. No obstante, serias objeciones se han hecho por las dificultades y obstáculos para que la información pública en manos de los funcionarios de salud este al alcance del público (3). Información que responde a datos de muy diversas áreas del sistema de salud. Muy significativa ha resultado la suspensión arbitraria de información epidemiológica, al dejarse de divulgar el Boletín Epidemiológico Semanal que se produjo ininterrumpidamente durante 60 años; inicialmente desde julio de 2007 hasta diciembre de 2007, luego durante todo el año 2008 y nuevamente durante todo el año 2009 (4); esta restricción arbitraria de información fue protestada públicamente sin ningún tipo de respuesta oficial y constituye una negación al derecho de acceso a la información pública en manos de las autoridades. Esta situación ha sido recogida en el III Ronda del mecanismo de seguimiento de la implantación de la Convención Interamericana contra la Corrupción de la Sociedad Civil en Venezuela. Transparencia Venezuela (4). La omisión de información en salud por parte de las autoridades debilita el sistema de vigilancia epidemiológica, y la capacidad del sistema para ofrecer respuestas oportunas ante peligros de salud que afectan a la población, y es una violación al derecho de información pública como parte del derecho de opinión e información.

Los retos del presente y el futuro por una información en salud, de calidad, se han hecho mas evidentes por las exigencias impuestas para el cumplimiento de las Metas del Milenio, que ponen de manifiesto la necesidad de obtener datos de calidad, enfocados en algunas áreas prioritarias de acuerdo con su importancia y significado de salud pública. Para cumplir este reto se requiere un elevado compromiso institucional para recolectar los datos primarios, desarrollar mejores procedimientos analíticos, proveer fuentes de datos explícitos y auditables (5-7). La Provisión de Servicios y Productos La Organización Mundial de Salud define la provisión de servicios como la forma en que los recursos son combinados para ofrecer una serie de intervenciones o acciones en salud (1). Incluye los servicios de salud pública y los servicios de asistencia sanitaria (asistencia médica personal). Además, las

plataformas para las acciones de salud, los establecimientos públicos y privados, las redes de servicio, los niveles de atención a todo lo largo del sistema, desde las comunidades, los hogares, los servicios ambulatorios y los centros de hospitalización.

Referencia (2) Proveer servicios eficientes, equitativos y de buena calidad, y permitir que la población acceda a ellos es una de las tres funciones cardinales del sistema de salud. Es quizás la mas reconocida por la gente porque encarna el propósito del sistema y su grado de implementación afecta directamente la capacidad para mantener la salud y prevenir las enfermedades tanto a nivel individual como de la comunidad mediante los servicios de salud, el trabajo de los profesionales sanitarios, las intervenciones y las tecnologías. Los servicios de salud se definen como: servicios entregados por personal de salud en forma directa, o por otras personas bajo supervisión de estas, con los propósitos de: Promover, mantener y/o recuperar la salud. Minimizar las disparidades tanto en acceso a los servicios de salud como en el nivel de salud de la población (3). Los servicios de atención de salud incluyen tanto los servicios personales como los colectivos, es decir, responden tanto a las necesidades de los individuos como de la población. Cubren todos los niveles de atención y abarcan desde las actividades de promoción de salud y prevención de la enfermedad hasta los tratamientos curativos y paliativos, la rehabilitación y la atención a largo plazo. Comprende también los servicios físicos, mentales, odontológicos y oftalmológicos. La oferta de servicios de salud comprende: Existencia concreta de servicios destinados a promover, prevenir, recuperar y rehabilitar la salud de una población objetivo, tanto a nivel individual como colectivo, en las condiciones de las personas y del ambiente. Recursos Humanos Recursos Físicos Recursos Tecnológicos La demanda de servicios por su parte abarca: El requerimiento formal (explícito) de servicios de salud. El uso: La demanda respondida a través de la oferta de servicios, respecto a una población objetivo y en un período determinado. El acceso: Probabilidad de obtener atención de salud cuando se requiere. Niveles de los Servicios de Salud Según el nivel de atención, se clasifican en

primarios, secundarios y terciarios. Estos niveles se definen por el tipo de servicios prestados, el grado de complejidad y la capacidad para tratar diversos problemas y enfermedades. La definición de nivel primario, nivel secundario y nivel terciario suele caracterizar la infraestructura del sistema de servicios, en particular las instalaciones. La atención de emergencias en todos los niveles, sin embargo, comúnmente no está bien desarrollada y se han aplicado pocos programas para reforzarla, por ejemplo, la articulación con servicios pre-hospitalarios. El Acceso a los Servicios Se entiende por acceso a los servicios la posibilidad de tener atención cuando se la necesita. Mientras que la accesibilidad se refiere al grado en que los servicios médicos alcanzan un nivel aceptable para la población y responden a sus necesidades. En última instancia, se manifiesta en la posibilidad de utilización de los servicios de salud por grupos de población que a priori podrían suponerse desfavorecidos (4). La accesibilidad se ve afectada por las características del sistema de prestación a los individuos y a las comunidades (5). El acceso a una fuente regular de atención, aumenta la probabilidad de que las personas reciban los servicios médicos adecuados y, a su vez, obtengan mejores resultados de salud (6). Los cambios en la situación de salud requieren la reorientación de los servicios, tradicionalmente centrados en lo curativo, para que refuercen las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, traten tanto las enfermedades crónicas como las agudas y respondan a la creciente amenaza de los problemas de salud relacionados con el abuso de sustancias y la violencia, entre otros.

La evaluación y promoción del acceso a los servicios equitativos médicos necesarios es una función esencial de salud pública (7) y está incluido en las estrategias para ampliar el acceso y la cobertura, en las políticas de reforma de los sistemas de salud de la región (8). Por ejemplo incrementar los centros de atención primaria y orientar la prestación de un conjunto de prestaciones básicas a poblaciones con limitado acceso o grupos vulnerables, como embarazadas, niños y ancianos o etnias indígenas, mediante paquetes de servicios tales como: intervenciones nutricionales a la madre y al niño, promoción de auto cuidados a la familia y a la comunidad, mayor suministro

de servicios y subsidios a la familia para que puedan aumentar el consumo de alimentos. Un estudio reciente en América Latina y el Caribe reveló que 27 % de la población carece de acceso permanente a servicios básicos de salud, 30 % no tiene acceso a la atención debido a barreras económicas y 21 % a barreras geográficas (9). El acceso Integral El acceso integral se sustenta en la existencia de condiciones de cobertura efectiva como la: Disponibilidad, Eliminación de barreras, (geográficas, culturales, económicas y sociales) Oportunidad (momento y tiempo) Aceptabilidad (satisfacción y respeto) Contacto y uso real (primer contacto u otro) Servicios apropiados y efectivos (procedimientos y niveles) Por ejemplo: atención materna, neonatal, anticoncepción, atención calificada del parto, cuidados de emergencia obstétrica y neonatal, con base a protección social. La protección social garantiza la provisión y el acceso integral a los servicios en términos de: oportunidad, calidad, dignidad e independiente de la capacidad de pago. Incluye: cobertura de servicios de salud, cobertura para toda la población y solidaridad financiera. Los determinantes para el acceso a los servicios de salud se manifiestan antes de usar los servicios: (10) Se debe sentir la necesidad de la atención (dolor, convencimiento, riesgo de muerte). Se debe creer en su eficacia (confianza en el proveedor). Se debe tener la habilidad para obtenerlos (disponibilidad de ingresos o seguro, tiempo, transporte). Las barreras de acceso desde la oferta de los servicios, se pueden identificar a la entrada, al interior y a la salida. Referencia (10). Mientras que las barreras de acceso a los servicios desde la demanda pueden vincularse con las características de origen de los usuarios, la habilidad para demandar servicios, las necesidades sentidas, a la utilización de los servicios de acuerdo con sus características y a la satisfacción de los usuarios por los servicios percibidos. Referencia (10). Los factores que influyen en el acceso son múltiples y se relacionan con múltiples características locales, en el entorno de los servicios, (externas) y también hacia el interior de los servicios de salud. Estos factores pueden constituir barreras de acceso a los servicios que por su naturaleza son de tipo económico, de tipo cultural y de tipo geográfico; por lo general estas barreras se

combinan y aumentan la exclusión de grupos importantes de la población, especialmente en los más pobres. Referencia (11).

Los factores que interactúan en el entorno de los servicios de salud, lo hacen de una manera compleja y cuando actúan en forma de barreras al acceso, se presentan como necesidades no percibidas, como demandas de salud contenidas y no satisfechas lo que produce la inequidad de los servicios. Calidad de los Servicios de Salud Donabedian definió la calidad como “la aplicación de la ciencia y la tecnología médicas de un modo que rinda los máximos beneficios para la salud, sin aumentar los riesgos en forma proporcional. El grado de calidad es, por lo tanto, la medida en que se espera que la atención suministrada logre el equilibrio más favorable entre los riesgos y los beneficios” (12,13). La calidad de la atención consta de dos componentes: la dimensión técnica y la dimensión interpersonal (14). El Instituto de Medicina (IOM) de Estados Unidos más recientemente definió la calidad como “la medida en que los servicios de salud para los individuos y las poblaciones aumentan la probabilidad de obtener los resultados esperados en la salud y son coherentes con el conocimiento profesional actual”.

Los servicios médicos de alta calidad se definen como seguros, eficaces, centrados en el paciente y oportunos (15,16). Atención segura se refiere a no causar a los pacientes daños derivados de una prestación cuyo objetivo es ayudarlos. Atención eficaz se refiere a aplicar prácticas o procedimientos médicos acordes con los conocimientos científicos disponibles a todos los individuos y comunidades que puedan beneficiarse de ellos, absteniéndose de brindarlos a quienes probablemente no se benefician (es decir evitar la subutilización y la sobretutilización). La atención centrada en el paciente, establece una asociación entre los profesionales y los pacientes para garantizar que las decisiones referidas a la atención respeten los deseos, necesidades y preferencias de estos últimos. Así debería generarse una satisfacción mayor entre los usuarios. Esta estrecha asociación ha de asegurar también que los pacientes y sus familiares reciban la información y el apoyo necesarios para adoptar decisiones y participar en su propio cuidado. Además de ocuparse principalmente de la enfermedad o los

sistemas orgánicos, la atención centrada en el paciente tiene en cuenta tanto las dimensiones psico-sociales y culturales de la enfermedad como el contexto familiar y de la comunidad. Esta concepción de la prestación de salud, ha inspirado la elaboración de contratos sociales explícitos de atención de los pacientes, como el Contrato Social de los Médicos Internistas de Venezuela (17). Por atención oportuna se entiende, no solo minimizar los retrasos innecesarios en la obtención de la atención sino también proveer atención coordinada entre los diferentes prestadores y establecimientos y entre todos los niveles de atención, desde los cuidados preventivos hasta los paliativos.

Mejorar y garantizar la calidad en lo que atañe a los servicios de salud personales y públicos es una de las funciones esenciales de la salud pública pero probablemente una de las menos desarrolladas (18). Varios países han desarrollado e implantados procedimientos para la acreditación de establecimientos de salud, la mayoría centrados en los hospitales; entre ellos no está el nuestro (19). Desde el punto de vista de la calidad, la equidad es un valor que atraviesa todas las modalidades de los servicios médicos y se refiere a la distribución de servicios de calidad entre todos los grupos poblacionales, mas en función de la necesidad que de otros criterios no vinculados con la salud en forma inherente, como el grupo étnico, la ubicación geográfica, el nivel socioeconómico o la cobertura del seguro médico. La cobertura universal y el acceso igualitario a la atención son los elementos fundamentales de un sistema de salud equitativo. El segundo aspecto que debe orientar los servicios de salud de alta calidad es la eficiencia en la asignación de los recursos y en el suministro de los servicios con el objeto de evitar el uso ineficiente de los recursos y sacar máximo provecho de los recursos utilizados (20). Modelo de Atención de Salud Se refiere al contenido de la atención de salud y las características principales de la interacción entre el prestador y el usuario de los servicios. Incluye: la pertinencia de la oferta de servicios con respecto a las necesidades y demandas de los usuarios y la accesibilidad y aceptabilidad de los servicios; la orientación de los servicios respecto a las personas, familias y comunidad. Con el rol de estos respecto a su auto cuidado.

Finalmente, con el nivel de interacción de los servicios. En general, los modelos basados en la atención primaria se han enfocado a lograr una mejor adecuación en la prestación de servicios y las necesidades y demandas de atención por parte de la población, haciendo hincapié en la atención ambulatoria y mejorando el acceso y la equidad. No podemos referirnos a un modelo dominante único de prestación de servicios de salud, si bien existen varias tendencias (8). Uno de los cambios más consistentes es el cambio de la atención del paciente internado, fundamentalmente en hospitales, a la atención ambulatoria especializada, incluye el uso de la cirugía ambulatoria, los hospitales diurnos y la atención domiciliaria a fin de reducir los costos.

Servicios integrados de salud. Estos modelos se refieren a las redes de atención de salud inter organizacionales que articulan la dimensión clínica, funcional, normativa y sistémica y coordinan los servicios de salud en el espacio y en el tiempo. Tiene la capacidad y recursos necesarios para abordar la mayoría de los problemas de salud de una población en varias etapas del ciclo de vida (21-24). Los servicios están integrados horizontal y verticalmente, lo primero permite articular establecimientos, hospitales o servicios al mismo nivel de atención. La integración vertical, articula los servicios con los prestadores a lo largo de la secuencia de atención, por ejemplo; hospitales, servicios de atención ambulatoria, consultorios médicos, hogares de ancianos. El sistema de servicios integrados permite: 1. Un sistema integrado de información en salud, con registro único que incluye la historia clínica, utilización de servicios y procedimientos. 2. Ausencia de duplicación innecesaria de procedimientos diagnósticos y laboratorio. 3. Acceso directo y sencillo al proveedor del primer nivel de asistencia. 4. Acceso a distintos niveles de asistencia, con capacidad de resolver un conjunto específico de problemas de salud. 5. Información de paciente sobre las opciones de tratamiento y participación en las tomas de decisiones en un plano de igualdad con los profesionales de salud. 6. Seguimiento periódico. 7. Asesoramiento y apoyo para los autos cuidados, para aumentar la autonomía de los enfermos y para hacer uso informado del sistema de salud. Se han puesto en práctica muchos

modelos integrados de atención de salud sobre una base experimental o piloto en zonas y poblaciones geográficamente restringidas a nivel local o regional. En 2005 se inició un plan integración de servicios de salud en el área metropolitana de Caracas y que fue descontinuado y no se conocen sus resultados.

La integración de la población involucra la disponibilidad y la oportunidad en el acceso, garantiza el flujo de los usuarios a lo largo de todos niveles de atención y complejidad para asegurar la continuidad de cuidados y desarrolla mecanismos de referencia y contrarreferencia, entre los distintos servicios de salud y, cuando se requiera, a otros servicios sociales. Referencia (22) Los componentes de los sistemas integrados de servicios de salud son: (22)

1. La gestión colaborativa del cuidado.
2. La gestión de riesgos poblacionales.
3. La gestión de puntos de atención a la salud.
4. La gestión clínica.

El proceso de construcción de redes no es automático y no puede ser masivo; requiere una serie de pasos progresivos que van madurando desde el reconocimiento de los actores y la mutua aceptación, hasta la asociación para compartir proyectos y objetivos sobre la base de la confianza.

Las tendencias del modelo de atención Las principales tendencias son: 1. Balance entre los servicios personales y los servicios de salud pública; servicios curativos y de fomento y prevención. 2. La orientación familiar y comunitaria de los servicios 3. La promoción del auto cuidado de la salud de las personas, la familia y la comunidad 4. La búsqueda de la integralidad de los servicios para mejorar los servicios, eliminar la segmentación de población recursos y oferta y la fragmentación. En nuevo modelo debe ser: integral, continuo y longitudinal. Las estrategias para enfrentar la segmentación y la fragmentación, requieren la combinación de acciones de coordinación interinstitucional y de integración de operaciones. Para la coordinación interinstitucional es necesario fortalecer la rectoría y la conducción de la política sectorial.

Por su lado, la integración de operaciones combina la gestión de redes integradas de servicios y la integración de programas en el sistema (23).

La continuidad de esta política y la progresividad de su estrategia, permitiría pasar de la segmentación y la fragmentación actual a la integración de los servicios en red. El proceso en su etapa avanzada alcanzaría sucesivamente, la integración del sistema de salud, la integración con el sistema de protección social y finalmente la integración intersectorial de los subsistemas sociales. Referencias (22,23).

Desafíos para el desarrollo de los modelos de prestación de servicios médicos de alto rendimiento Algunos de los desafíos mas comunes incluyen: rápido aumento de costos de los servicios, insuficiencia de servicios, acceso desigual a los servicios, escasa eficiencia técnica, bajo nivel o falta de indicadores para medir efectividad y rentabilidad de los servicios prestados, calidad insuficiente, bajos niveles de satisfacción del usuario y participación social en la salud (25). Un análisis de situación en relación con la atención hospitalaria muestra que (9): Se atribuye excesiva importancia a la atención altamente especializada y al uso de tecnologías costosas. Los hospitales y servicios muestran concentración en zonas urbanas. Se amplía cada vez mas la brecha entre la demanda y la oferta de servicios. Existe un desequilibrio en la distribución de pacientes entre los hospitales del sector público y privado basado en razones financieras. Faltan sistemas de gestión suficientemente desarrollados. No se cuenta con sistemas de control de calidad vinculados a los procedimientos hospitalarios especialmente para los de complejidad mediana y alta. Hay discontinuidad de los servicios por fallas en los proveedores. Además, interrupciones por defectos de integración y coordinación de los servicios. Por otra parte, la mayoría de los modelos de prestación de servicios de salud tradicionales pusieron el acento en los servicios de atención individual más que en los servicios de salud pública; en la atención curativa más que en la preventiva y en los servicios centrados en enfermedades específicas.

El Modelo de Organización y Gestión Consiste en la forma en que los componentes del sistema de servicios de salud son organizados y gestionados con el objeto de lograr las metas propuestas y facilitar su

función colectiva. Las tendencias actuales son: (22,23) Organización de los servicios con base en la atención primaria de salud. Definición de una base poblacional dar prioridad a los grupos poblaciones más vulnerables El énfasis en el cuidado ambulatorio y más allá de los ambientes clínicos tradicionales.

La descentralización de los servicios Gestión enfocada en la calidad y en los resultados Organización y gestión de sistemas de servicios de salud integrados. Referencias (22,23) Los desafíos que plantean la organización y la administración del sistema asistencial incluyen:

1. Conocimiento insuficiente de la situación de salud y de las necesidades de atención de la población atendida y en especial la población vulnerable.
2. Una articulación débil o inexistente entre los niveles de atención, debido a sistemas ineficientes de información y de derivación o referencia.
3. La centralización de la administración y de la toma de decisiones.
4. La falta de diferenciación entre la prestación de servicios de salud, la financiación y el aseguramiento.
5. La administración de los servicios en función de los aportes y recursos, más que de los procesos y los resultados.
6. La escasa participación social que suele limitarse al ámbito de las consultas más que a la gestión y diseño de los servicios.
7. Diseño de los servicios sin tomar en cuenta los principios éticos básicos de la atención en salud.

Las recomendaciones para mejorar o desarrollar modelos de administración adecuados han sido sugeridas: (9)

1. La descentralización de la administración de hospitales y la autonomía de gestión.
2. La descentralización de los servicios en general.
3. La revisión del sistema de financiamiento.
4. El afianzamiento de la coordinación interinstitucional para generar redes de servicios integrados y otorgar prioridades en los servicios prestados en redes.

5. La definición de criterios de calidad y la ejecución de programas de garantía de la calidad y de mejoramiento de la calidad.
6. La definición y el establecimiento de incentivos y de otros mecanismos para motivar al personal de salud.
7. La capacitación y educación continúa del personal técnico y administrativo.

La descentralización de la administración y de la provisión de servicios sigue siendo uno de los componentes principales de los cambios del sistema de salud, especialmente aquellos sustentados sobre la estrategia de atención primaria de la salud. El desarrollo y la creación de capacidades para la gestión de los servicios.

La capacidad se define como la habilidad que tienen las personas, las organizaciones y los sistemas de atención para desempeñar sus funciones principales. De nada vale formular principios y buenas intenciones en las prestaciones de salud, si no se desarrollan las capacidades para desempeñar sus funciones principales. Se refiere al apoyo financiero, a la creación de equipos médicos, al desarrollo de los recursos humanos, al fortalecimiento de los conocimientos y destrezas, necesarios para gestionar la atención médica. Estas destrezas incluyen:

1. La habilidad para evaluar las necesidades e identificar desigualdades en el acceso y la prestación de atención.
2. El diseño de un plan para reducir estas desigualdades mediante la creación de capacidades.
3. La definición de estrategias y medidas específicas.
4. El desarrollo de habilidades para controlar y evaluar los procesos y los resultados obtenidos (26).

Por otra parte, los factores clave para la creación de capacidades gerenciales incluyen:

1. Reconocer la importancia de desarrollar las destrezas necesarias para administrar el cambio.
2. Garantizar el desarrollo de las destrezas necesarias para la

- administración básica de los servicios y tomar conciencia de la importancia de la cultura organizativa.
3. Reconocer la presencia de barreras externas al sistema de prestación de servicios (factores políticos, legales y regulatorios).
 4. Crear las capacidades por etapas y no intentar todos los cambios al mismo tiempo.

Control de los Servicios de Salud y Medición del Desempeño El principio fundamental de una administración eficaz de los servicios de salud es la disponibilidad de información oportuna y precisa para el análisis, la notificación, el control y la medición del desempeño. Para la toma de decisiones es esencial contar con un sistema de información gerencial flexible, con financiamiento adecuado, sometido a revisiones y actualizaciones periódicas, y sostenible. Estas son herramientas básicas para la planificación estratégica, así como para la administración de lo cotidiano de los servicios de salud.

Para el diseño del sistema eficaz de información gerencial se requiere: (27) Vinculación con objetivos específicos basados en evidencias para lograr mejoras. Uso de medidas para evaluar el progreso de los servicios de salud tales como: acceso, calidad (seguridad, eficacia, enfoque centrado en las personas, oportunidad de la atención, buena coordinación) equidad y eficiencia. Es fundamental utilizar métodos que generen información para el análisis de la productividad, el desempeño y el uso de los recursos, a fin de cumplir los objetivos institucionales, negociar contratos para la provisión de servicios, incrementar la rendición de cuentas, controlar el desempeño institucional y mejorar las prácticas de administración. (28,29) 8. Las Nuevas Tecnologías en Salud La Organización Moderna e Innovadora Si los hombres se reúnen en comunidades es, entre otras cosas, por la necesidad de solucionar problemas de naturaleza compleja, que son irresolubles por la acción individual (1). En la sociedad, estos problemas complejos son canalizados a través de instituciones o sistemas sociales capaces de resolver una necesidad compleja determinada. Así, el sistema educativo procura lograr el saber, el sanitario tiene como objeto alcanzar la salud,

el judicial la justicia, el sistema económico o productivo la creación de riqueza, y así otras necesidades de naturaleza compleja. Para Katz y Kahn, las organizaciones son sistemas sociales abiertos en constante intercambio con el medio que les rodea, del cual obtiene los recursos materiales, humanos, informacionales, financieros, metodológicos y maquinarias necesarias para alimentar (insumos) los procesos de transformación internos cuyos resultados (productos) serán aportados a la sociedad. Se distribuyen esas tareas principales entre organizaciones que generalmente se especializan en una función única, pero que de modo complementario contribuyen en otros campos (2). En el intercambio con la sociedad, las organizaciones (como sistemas abiertos) sobreviven mientras son capaces de mantener su negentropía, es decir, incorporar en todas sus formas mayores volúmenes de energía de los que envían al ambiente como producto. La organización más eficiente y eficaz será aquella que en los procesos de transformación de sus insumos a productos logran adquirir y almacenar un superávit energético frente a sus competidores menos eficaces. La consecuencia es el crecimiento organizacional y el incremento en la capacidad de supervivencia (3).

Esto es válido tanto para organizaciones lucrativas como organizaciones sin fines de lucro (beneficio social) (4). Asimismo, se aplica tanto a organizaciones públicas como privadas. De la valoración y aceptación de sus resultados (productos o servicios) por parte de la Sociedad, dependerá el destino de las organizaciones. Unas permanecerán en el tiempo, pero otras desaparecerán. De acuerdo a ello, los productos y/o servicios serán adquiridos o justificados por sus usuarios, que tienen la libertad de seleccionar entre las diferentes opciones (bienes o servicios sustitutos) existentes en el mercado. La escogencia se realiza con base en el valor percibido por ellos que satisface sus necesidades. En esto consiste la Calidad. Bill Creech, establece en su libro: *The Five Pillars of TQM* (5) que: — el producto (o servicio) es el punto focal para los propósitos y logros de la organización. Pero, la Calidad en el producto es imposible sin la calidad en el proceso. A la vez, la Calidad en el proceso no es posible sin la organización correcta. La organización correcta no tiene sentido si no tiene un buen liderazgo.

El fuerte compromiso en la organización, de abajo hacia arriba es el pilar que soporta todo el resto. Cada pilar depende de los otros cuatro, y si uno es débil todos lo serán. La producción de bienes y servicios de calidad frente a los usuarios, depende de la posibilidad de añadir valor a los productos a lo largo de los procesos de transformación que tienen lugar en la organización. Los conocimientos, herramientas, equipos y técnicas de trabajo utilizadas por una organización en la entrega de su producto o servicio, es lo que se conoce como tecnología, y está estrechamente ligado a la aplicación del conocimiento científico. (6) La ventaja competitiva de las organizaciones reside en la posibilidad de diferenciarse a través del valor agregado de sus productos y servicios, mediante el proceso de innovación (7) y adaptarse a los cambios que se producen en el entorno organizacional (8). Sistemas Inteligentes Interactivos, Informados y comunicados. Pero, el proceso de adaptación a los cambios del entorno organizacional y la generación de ideas innovadoras sólo es posible cuando existen sistemas de comunicación e información que faciliten el intercambio entre los diversos grupos y niveles existentes en la organización, y entre esta y el ambiente que la rodea. Hoy es ampliamente reconocido que la tecnología de información puede ser un medio valioso de ganar ventaja competitiva (9).

Un análisis crítico de un hospital revela a una de las más complejas estructuras de la sociedad moderna. La razón de esto, a través de la historia, es que los hospitales han tenido que realizar funciones complejas diferentes e incrementables: para recuperar, mantener e incrementar los estándares de salud de los seres humanos. Para llevar a cabo sus diferentes funciones, un hospital está estructurado, por una parte, en forma directa, por políticas y principios (top-down) que implican la formación de sectores a cargo de actividades bien definidas, y por otro lado, a través de una forma relacional, el desarrollo de una cultura que le es propia. El resultado es una estructura marcadamente compleja y conflictiva la cual tiene la finalidad de asegurar el trabajo integrado de su cuerpo organizacional en la provisión de servicios de salud, pero es caracterizada por una cultura asociada con la fragmentación del poder y la disputa de espacio. A la luz de la dialéctica organizacional entre

la integración ideal para la provisión de los servicios de salud y la fragmentación real jerárquica del poder, los hospitales son un ejemplo clásico en lo que Mintzberg (1994) llama organizaciones profesionales, cuyo análisis requiere motivaciones especiales, incentivos y cuidado, etc., los cuales son mecanismos para orientación y coordinación, que apoyan las estrategias administrativas y de toma de decisiones, y se revelan así mismas como espacios culturales considerables con ajuste mutuo de motivaciones y compatibilidad de intereses. La definición funcional de una organización hospitalaria considera al hospital como un sistema social abierto, donde otros subsistemas técnicos están también en operación y está representado por el conocimiento especializado y por las habilidades profesionales tales como médicos, enfermeras, psicólogos, nutricionistas y otros. Como resultado, ninguna persona o grupo es totalmente responsable por el éxito o la calidad de la experiencia de conjunto del paciente, ya que los profesionales son responsables de parte del proceso, y no existen mecanismos de rendición de cuentas (responsabilidad) en el ciclo total. Las comunicaciones y las nuevas tecnologías de información en salud, pueden contribuir a enfrentar el reto de integrar a los diferentes grupos en el sistema sanitario, conformando redes de trabajo al interior de la organización (intra-organizacionales) y con otras organizaciones (inter-organizacionales). El flujo efectivo de la información permite a los integrantes de la organización, coordinar acciones y generar las innovaciones necesarias para adaptar oportunamente y en forma efectiva a la organización a las turbulencias que surgen en el ambiente que les rodea.

Pero, ello exige una interacción más estrecha en la interfaz hombre-máquina, o interfaz hombre-computadora, que facilite la usabilidad de las nuevas tecnologías (10), y por lo tanto un desarrollo de aspectos relativos a la ingeniería cognoscitiva, de manera de mejorar el uso de los equipos de salud, a la vez de lograr mayor precisión diagnóstica y terapéutica, y la atención oportuna y adecuada de los pacientes. La historia clínica y el examen físico de un paciente permanecen como las piedras angulares de medicina clínica. Sin una historia y el reconocimiento físico adecuados para sugerir un posible diagnóstico

diferencial, las investigaciones subsiguientes del paciente pueden ser interminables e inútiles. El valor de la evidencia obtenida del paciente durante la consulta clínica se incrementa en cada consulta posterior; nosotros reunimos información que nos ayuda a establecer una relación con nuestros pacientes, generar diagnósticos, estimar pronósticos, e iniciar y vigilar continuamente (monitorear) la respuesta a la terapia de nuestros. Generar diagnósticos es un proceso iterativo que incluye el acopio de información y la formulación de hipótesis. La adquisición de datos puede empezar con la queja principal (motivo de consulta), la historia de la presente enfermedad, de la historia clínica pasada, y de los hallazgos del examen físico. La información recolectada en cualquier etapa en el examen clínico puede ser suficiente para generación de una hipótesis y un diagnóstico parcial (impresión diagnóstica) que impulse a la acción. Con cada nuevo dato, el diagnóstico considerado, y sus probabilidades relativas, pueden cambiar. Así, podemos considerar a los componentes de la historia y el examen físico como pruebas diagnósticas individuales, de los cuales se obtiene una información secuencial que ayudan a normar o descartar diagnósticos específicos.

Al igual que con las pruebas de diagnóstico de laboratorio, al considerar las habilidades y destrezas clínicas relevantes como pruebas diagnósticas, debemos comprender sus propiedades de fiabilidad y exactitud, y el uso adecuado de los cocientes de probabilidades (LRs) (11). Se mejora la fiabilidad y calidad de los registros de salud a través del registro continuo y la conformación de bases de datos que permitan establecer las relaciones necesarias para la toma de decisiones en salud. La mayoría de las personas tienen la información sobre su salud en muchos lugares diferentes — en casa, en donde su médico o en las oficinas del terapeuta, y dondequiera ellos han sido hospitalizados. Un registro personal de salud (RPS) puede ayudar a mantener toda esta información en un lugar, haciéndolo más fácil de encontrar y compartir con otros, como especialistas o miembros de la familia.

Un RPS también puede hacer una gran diferencia en el momento de una emergencia médica. Los hospitales generalmente sólo necesitan unos pocos datos clave para darle el más rápido y mejor cuidado en

cualquier emergencia. Si usted tiene un RPS, usted puede establecer permisos especiales y/o contraseñas para permitir otros tener acceso para que ellos puedan disponer de esta información crítica rápidamente —esta información básica puede salvar su vida. Los puntos clave a recordar acerca de Registros Personales de Salud (RPS):

Usted (usuario) controla la información de la salud en su RPS. Si su RPS está basado en internet, usted puede lograr el acceso a él en cualquier lugar y tiempo, y fácilmente compartirlo con otros si así usted lo desea;

Usted puede actualizar cierta información de la salud para asegurarse que permanece al día;

Usted podrá utilizar herramientas para obtener información sobre sus condiciones de la salud y aprender aquellos efectos que debe esperar de las medicinas que usted toma;

Usted puede aún pudiera solicitar que le renueven una prescripción, el esquema de citas, o enviar un correo electrónico a su médico con ciertas clases de RPS;

Usted puede mantener información en su RPS que podría ayudar en una situación de emergencia, y limitar el acceso al RPS sólo para este propósito* (12).

Sistemas de Salud más Seguros El informe de noviembre de 1999 del Institute of Medicine (IOM), titulado *Errar es humano: Construyendo un sistema de seguro de salud*, ha centrado mucha atención en la cuestión de los errores médicos y la seguridad de los pacientes. En el informe se indica que hasta 44 000 a 98 000 personas mueren en los hospitales cada año como resultado de los errores médicos. Aún utilizando la estimación más baja, esto haría de los errores médicos la octava causa de muerte en este país (Estados Unidos de América) —mayor que los accidentes de vehículos de motor (43 458), el cáncer de mama (42 297), o el SIDA (16 516). Unas 7 000 personas por año se calcula que mueren a causa de los errores de medicación por sí sola —alrededor del 16 por ciento más que el número de muertes atribuibles a lesiones relacionadas con el trabajo (13).

Los errores médicos son responsables por los daños en hasta 1 de cada 25 pacientes hospitalizados. Se estima que 48 000-98 000 de los pacientes mueren a causa de los errores médicos cada año. Se estima un costo de más de 5 millones de dólares al año a causa de errores en la atención de la salud en un gran hospital universitario, y el costo relacionado a medidas de atención de la salud prevenibles \$ 17 a \$ 29 mil millones cada año de la economía. La investigación de la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) ha demostrado que los errores médicos pueden resultar los errores más frecuentes de los errores sistémicos—de la organización de la prestación de atención de salud y de cómo se proveen los recursos en el sistema de prestación de servicios. Los errores pueden ocurrir en cualquier punto del sistema de atención de salud, las investigaciones apoyadas por AHRQ ha revelado: Errores de medicación Errores Quirúrgicos Las imprecisiones de diagnóstico Fallas en el Sistema Esta investigación sobre los problemas sistémicos lleva a los investigadores a la conclusión de que cualquier esfuerzo para reducir los errores médicos en una organización requiere cambios en el diseño del sistema, incluida la posible reorganización de los recursos por los altos directivos (14). Mejorando la Seguridad del Paciente Seguimiento (Monitoreo) Computarizado de seguimiento EAD Recordatorios generados por el computador para Seguimiento de Pruebas Protocolos normalizados (15). Una atención sanitaria de calidad depende de la disponibilidad de datos de calidad. La pobre documentación, los datos inexactos, y la falta de comunicación puede dar lugar a errores e incidentes adversos.

Los registros electrónicos de salud de alta calidad (Ehr) debería ser una herramienta de toma de decisiones basada en la evidencia. Los Registros Electrónicos de Salud (RES) pueden tener un impacto positivo en la calidad de la atención, en la seguridad del paciente, y la eficiencia; sin embargo, sin el contenido preciso y adecuado, en una forma útil y accesible, estos beneficios no se harán realidad. Mejorar la calidad de la electrónica de datos requiere una mayor atención a la normalización de procedimientos de documentación. Las definiciones estandarizadas de datos, contenido, estructura, y el establecimiento

de puntos de control de la calidad en todo el proceso de captura de datos son necesarios para reforzar la interoperabilidad de los sistemas sanitarios (16). La tecnología de la información de salud (Health IT) permite la gestión completa de la información médica y su intercambio seguro entre los consumidores y proveedores de servicios de atención de la salud. El amplio uso de la tecnología de la información de salud (TIS) permitirá:

- Mejorar la calidad de la atención de la salud.
- Prevenir los errores médicos.
- Reducir los costos de atención de la salud.
- Disminuir el papeleo.
- Expandir el acceso a atención a bajo costo.

La interoperabilidad del sistema de información de salud (TIS) mejorará la atención individual de los pacientes. Así mismo, ofrecerá muchos beneficios a la salud pública, incluyendo:

La detección temprana de brotes de enfermedades infecciosas en el país.

Mejora del seguimiento del manejo de enfermedades crónicas.

La evaluación comparativa de la atención de la salud con base en el valor conseguido de la recolección de datos de identificación de precios e información de calidad (17) (auditoría de servicios) (18).

Esta visión de la TIS implica un sistema de atención de la salud que pone las necesidades del paciente primero, es más eficiente, y es costo-efectivo. Esta visión está basada en los siguientes principios:

La información médica acompañará a los usuarios de forma tal que estén en el centro de su propio cuidado.

Los usuarios estarán en capacidad de escoger a los médicos y hospitales con base en los resultados que estarán disponibles de su desempeño clínico.

Los médicos tendrán una historia médica completa de sus pacientes, sistemas de pedidos o solicitudes computarizados, y recordatorios electrónicos.

Las iniciativas de mejoramiento de la calidad medirán la competencia en la industria de la provisión de servicios de la salud basada en el desempeño y la calidad.

La vigilancia de la salud pública y el bioterrorismo serán integrados a la perfección dentro de la atención.

La investigación clínica se acelerará y la vigilancia post-comercialización (post-servicio) será expandida.

Para el Coordinador Nacional de Tecnología de Información de Salud de Estados Unidos: — En conjunto, estos principios revolucionarán la atención de la salud, la harán más centrada en el usuario, y mejorarán la calidad y la eficiencia de la atención de la salud en los Estados Unidos (19). Apoyo de las Nuevas tecnologías para la implantación de un Sistema de Salud en Venezuela. El deterioro del sistema de los servicios de salud en Venezuela margina cada vez más a la población, impidiendo el acceso a servicios de calidad y bajo costo. El ejercicio profesional cada vez es más inseguro, al no contar el médico con apoyo técnico adecuado para las decisiones diagnósticas y terapéuticas que comprometen el destino de sus pacientes (20). Ello impone la implantación de un nuevo modelo de gestión del sistema de servicios de salud, que con el concurso de las nuevas tecnologías de la información y comunicaciones pueda:

Apoyar a los profesionales de la salud para un ejercicio más eficiente, eficaz, seguro en el lugar de trabajo.

Mejorar el acceso a servicios de calidad y bajo costo a la población
Asegurar la calidad de los servicios evitando los errores médicos que puedan afectar a los usuarios.

Realizar auditoría de servicios y acreditación de profesionales para optimizar la atención de la salud.

Vigilar la salud pública y tomar las acciones pertinentes para evitar la aparición de enfermedades emergentes y re-emergentes, y controlar las endemias existentes.

Garantizar la gestión de la atención de enfermedades crónicas y enfermedades relacionadas con el trabajo.

Fortalecimiento institucional a través de la capacitación profesional y técnica continúa y la promoción de las innovaciones que permitan a la organización sanitaria responder a los cambios y requerimientos de la sociedad.

Facilitar la integración de redes de atención, que permitan dar respuesta a las necesidades complejas de salud individual y comunitaria.

Facilitar los canales de participación a los usuarios y a las comunidades organizados para participar como sujetos y no simples objetos del sistema progresivo de atención.

Permitir la descentralización eficiente y eficaz de los servicios de salud para mejorar la atención del individuo y comunidades en sus propias localidades, y de esta manera apoyar el desarrollo del país.

Integrar al país en el concierto de las naciones, aprovechando los beneficios de la globalización de los conocimientos.

Facilitar la interacción entre los usuarios y los proveedores de servicios de la salud facilitando la información y evitando de esta manera la gran asimetría del mercado de servicios de salud, origen de las iniquidades existente.

Mejorar la eficiencia de los programas de salud en la lucha contra las enfermedades que afectan la salud pública.

Optimizar la asignación de recursos en el sistema de atención de salud.

Mejorar la competitividad del sistema de servicios nacional en comparación al resto de los países, y establecer mecanismos de cooperación e intercambio tecnológico.

Abrir canales de participación que aseguren la contribución de profesionales y técnicos al mejoramiento de los servicios de salud.

Permitir el desarrollo de un liderazgo que pueda ayudar a motivar a los miembros de la organización sanitaria a alcanzar los objetivos propuestos, a través de una comunicación continua y efectiva.

Facilitar la gobernanza (21) (transparencia, consenso, responsabilidad, equidad e inclusión, efectividad y eficiencia, contraloría social), la administración de los servicios y el liderazgo del sistema de servicios de atención para alcanzar los objetivos de salud.

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

Base Legales

- ✓ Constitución Nacional de la República Bolivariana de Venezuela 30 DE diciembre 1999 G.O 36.860: Capítulo V De los Derechos Sociales y las Familias Artículo 83, La salud es un derecho social fundamental, obligación del Estado, que lo garantizará como parte del derecho a la vida. El Estado promoverá y desarrollará políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios. Todas las personas tienen derecho a la protección de la salud, así como el deber de participar activamente en su promoción y defensa, y el de cumplir con las medidas sanitarias y de saneamiento que establezca la ley, de conformidad con los tratados y convenios internacionales suscritos y ratificados por la República.

Artículo 84, Para garantizar el derecho a la salud, el Estado creará, ejercerá la rectoría y gestionará un sistema público nacional de salud, de carácter intersectorial, descentralizado y participativo, integrado al sistema de seguridad social, regido por los principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, integración social y solidaridad. El sistema público de salud dará prioridad a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades, garantizando tratamiento oportuno y rehabilitación de calidad. Los bienes y servicios públicos de salud son propiedad del Estado y no podrán ser privatizados. La comunidad organizada tiene el derecho y el deber de participar en la toma de decisiones sobre la planificación, ejecución y control de la política específica en las instituciones públicas de salud.

Artículo 85, El financiamiento del sistema público de salud es obligación del Estado, que integrará los recursos fiscales, las

cotizaciones obligatorias de la seguridad social y cualquier otra fuente de financiamiento que determine la ley. El Estado garantizará un presupuesto para la salud que permita cumplir con los objetivos de la política sanitaria. En coordinación con las universidades y los centros de investigación, se promoverá y desarrollará una política nacional de formación de profesionales, técnicos y técnicas y una industria nacional de producción de insumos para la salud. El Estado regulará las instituciones públicas y privadas de salud.

Artículo 86, Toda persona tiene derecho a la seguridad social como servicio público de carácter no lucrativo, que garantice la salud y asegure protección en contingencias de maternidad, paternidad, enfermedad, invalidez, enfermedades catastróficas, discapacidad, necesidades especiales, riesgos laborales, pérdida de empleo, desempleo, vejez, viudedad, orfandad, vivienda, cargas derivadas de la vida familiar y cualquier otra circunstancia de previsión social. El Estado tiene la obligación de asegurar la efectividad de este derecho, creando un sistema de seguridad social universal, integral, de financiamiento solidario, unitario, eficiente y participativo, de contribuciones directas o indirectas. La ausencia de capacidad contributiva no será motivo para excluir a las personas de su protección. Los recursos financieros de la seguridad social no podrán ser destinados a otros fines. Las cotizaciones obligatorias que realicen los trabajadores y las trabajadoras para cubrir los servicios médicos y asistenciales y demás beneficios de la seguridad social podrán ser administrados sólo con fines sociales bajo la rectoría del Estado. Los remanentes netos del capital destinado a la salud, la educación y la seguridad social se acumularán a los fines de su distribución y contribución en esos servicios. El sistema de seguridad social será regulado por una ley orgánica especial.

- ✓ Ley Orgánica de Salud G.O N° 36579 del 11 de noviembre 1998 Título III De los Servicios de Salud. Capítulo I

Promoción y Conservación de de la Salud Artículo 25.- La promoción y conservación de la salud tendrá por objeto crear una cultura sanitaria que sirva de base para el logro de la salud de las personas, la familia y de la comunidad, como instrumento primordial para su evolución y desarrollo. El Ministerio de la Salud actuará coordinadamente con los organismos que integran el Consejo Nacional de la Salud, a los fines de garantizar la elevación del nivel socioeconómico y el bienestar de la población; el logro de un estilo de vida tendente a la prevención de riesgos contra la salud, la superación de la pobreza y la ignorancia, la creación y conservación de un ambiente y condiciones de vida saludables, la prevención y preservación de la salud física y mental de las personas, familias y comunidades, la formación de patrones culturales que determinen costumbres y actitudes favorables a la salud, la planificación de riesgos laborales y la preservación del medio ambiente de trabajo y la organización de la población a todos sus niveles. Artículo 26.- El Ministerio de la Salud por medio del Reglamento de esta Ley establecerá la obligación de los gobernadores y alcaldes de desarrollar el sistema de información del Registro Nacional de Salud, a fin de conocer las condiciones de salud de la población, propiciar la participación ciudadana y orientar los programas de promoción y conservación de la salud.

- ✓ Decreto 5836 Gaceta Oficial 38.596 del 28 enero del 2008 y 6201 en la G.O 38976 18 de julio de 2008. Mediante estos decretos se ordena y dispone de la recentralización y transferencia de los servicios de salud del Distrito Metropolitano, paso preliminar para construir el nuevo Sistema Público Nacional de Salud
- ✓ Decreto N° 5.077 del 22 de diciembre de 2006. Publicado en G.O N° 38.591 del 26 de diciembre de 2006. **CAPÍTULO I DISPOSICIONES GENERALES Artículo 1.** El presente Reglamento Orgánico tiene por objeto determinar la estructura organizativa y funcional del Ministerio de Salud, así como establecer la distribución de las funciones correspondientes a

las distintas dependencias que lo integran. La designación de personas en masculino tiene en las disposiciones del presente Reglamento un sentido genérico, referido siempre, por igual a hombres y mujeres. **Artículo 2.** El Ministerio de Salud estará integrado por: el Despacho del Ministro, los Despachos de los Viceministros de Redes de Servicios de Salud, de Redes de Salud Colectiva, de Recursos para la Salud, y demás dependencias administrativas señaladas en este Reglamento y en el Reglamento Interno

CAPÍTULO III

ABORDAJE METODOLÓGICO

Diseño de la Investigación

Modelo Epistémico

Desde esta perspectiva, el enfoque epistemológico de esta investigación es el cualitativo según Martínez (1999) es aquella que trata de identificar la naturaleza profunda de las realidades, su estructura dinámica, aquella que da razón plena de su comportamiento y manifestaciones. Se pretende en esta investigación realizar un estudio exhaustivo acerca de los Lineamientos Teóricos que darán fundamento a un modelo de gestión integral de gestión en salud pública en Venezuela.

En torno al paradigma cualitativo, Padrón (1992), señala que se requiere del enfoque fenomenológico interpretativo y que su base es igual a la inducción. Interpretando al autor, refiere que este enfoque es un método que entiende al mundo del hombre, mediante una interpretación de las situaciones cotidianas.

En este sentido el enfoque fenomenológico, según Husser (1962), manifiesta que todo el mundo natural, está constantemente a la mano del ser humano y como realidad para la conciencia, reduce la fuente del significado y la existencia del mundo de la experiencia, coloca la acción en el contexto para comprenderla y explicarla.

Esta investigación está en correspondencia con el paradigma cualitativo, se apoya en los métodos fenomenológico, hermenéutico y dialéctico, en la cual, con el método fenomenológico, se busca interpretar y comprender la realidad, y con los otros métodos, el hermenéutico y dialéctico, se abordan en esta investigación porque permiten enfocar la realidad partiendo desde la perspectiva interna del sujeto que las vive y las experimenta.

Tipo de Estudio

De campo, cualitativa, descriptiva, documental y fenomenológica

Informantes Claves

En esta sección de la investigación se requiere la idea de cuál aspecto, estructural o simbólico humano, se le quiere dar respuesta, es por ello que se revisara la lectura pertinente al tema para posteriormente profundizar la búsqueda.

Selección de la muestra. En el campo de la Salud Pública son muchos los informantes claves para el objeto de estudio dentro de un contexto socio cultural y científico.

En este sentido, en la presente investigación el estudio corresponde a un connotado talento humano con experticia en el área científica, política y de salud pública entre ellos Ex Ministros de Salud, Ex Jefe de la Cátedra de Administración de Hospitales de la Escuela de Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela, Ex Director Representante de la Oficina Panamericana de la Salud en Venezuela. Por ello cabe señalar que el método cualitativo abordado en esta investigación amerita de una estricta selección de sujetos informantes de manera sistemática, la información se recogerá aplicando las técnicas de observación, y la entrevista con los instrumentos guión de observación, guión de entrevista para un total de siete informantes claves.

Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

En relación con las técnicas, Arias 1997, manifiesta que las técnicas de recolección de datos, son las distintas formas o maneras de obtener información. A los objetos de recabar la información de esta investigación se aplicarán dos (2) técnicas a la observación y la entrevista no estructurada. La primera contribuirá a la recolección de información que ayude a comprender la realidad de la situación que se estudia. De allí que la observación de las Instituciones del Sistema de Salud conlleve al establecimiento de una percepción basada en el conocimiento del mismo de forma idónea para iniciar las entrevistas y describir e interpretar el modelo de gestión gerencial que se está llevando a cabo.

La entrevista no estructurada, según diferentes autores, consiste en una especie de interrogatorio el cual las preguntas se les formulan en nuestro caso a los informantes claves de manera intencionada, de manera individual e informal, ya que se realizan en situaciones diversas hacia cuestiones más precisas. Cabe señalar que en esta investigación se desea conocer las opiniones de los Ex Ministros en sus diferentes gestiones gubernamentales y Ex Director Representantes de una Organización Internacional basado en sus experiencias en nuestro país y otros países para completar la información, con la finalidad de lograr que estos actores participen en la definición de las acciones necesarias para el diseño de los Lineamientos Teóricos que darán fundamento a un modelo de gestión integral de gestión en salud pública en Venezuela.

Validez y Confirmabilidad

Referencias Epistemológicas

En este caso, de la situación problemática, no es ambigua y describe en forma precisa el objeto de estudio de la investigación, incluye proposiciones y especificaciones formales a ser comprobadas, es de suma importancia la solución del problema; ya que, es de interés para los expertos, en el campo de la Gerencia de Salud Pública. Para lo cual, fue indispensable encontrar un punto de apoyo, especialmente

para problemas de investigación, en el plano social del área del Sistema de Salud Pública.

Por esta razón, se decidió sustentar esta investigación desde las perspectivas epistemológicas, en una reflexión epistémica de las ciencias sociales que pretende dar una investigación rigurosa, que permita asegurar la validez y legitimidad de la misma, y para responder al posicionamiento epistémico de los investigadores. El paradigma incluye dos modelos, de esquemas intelectuales o marcos referenciales dentro de los cuales, se inscriben los investigadores para explicar la realidad, basándose en la creencia de la esencia propia del objeto de conocimiento, una que incluye un planteamiento epistémico para el método a usar y la otra posición epistémica para el contenido.

En relación con el método, el enfoque investigativo está basado en el paradigma positivista de la teoría constructivista, cuyo fundamento epistemológico hermenéutico, dialéctico socio histórico, basado en una lógica deductiva con hipótesis, con apoyo de la teoría de un modelo de las investigaciones cualitativa - cuantitativa y en relación al contenido posee una esencia interpretativista que surge en ciencias de gestión al considerar que los métodos seguidos por las ciencias naturales para el estudio de la realidad social; ya que, los investigadores deben recoger la información que describa tanto los datos y hechos objetivos como los significados de los paradigmas de la sociología fenomenológica, y centran los postulados de la “interpretación subjetiva”; ya que, los investigadores deben recoger la información para describir tanto los datos y hechos objeto de estudio como los significados subjetivos que desencadenan el comportamiento. En este campo, subjetivo no sería sinónimo de sesgo o inestabilidad, sino que hace referencia al significado del sujeto humano observado, la interpretación subjetiva debe ser entendida en el sentido de que todas las interpretaciones científicas del mundo pueden hacer referencia al significado subjetivo de las acciones de los seres humanos de donde la realidad social de donde proviene; ya que la naturaleza de la realidad depende entre el sujeto y el objeto de hipótesis intencionalista, la generación del conocimiento, se realiza por medio de la interpretación de la investigación formulada en términos de

las motivaciones de los actores, y el camino del conocimiento científico predomina la comprensión, el valor del conocimiento es ideográfica y el criterio de validez se genera por la empatía; ya que, genera una relevancia de la experiencia vivida por los actores y que la solución del problema será de gran importancia para todos los involucrados.

Referencias Ontológicas

La descripción y el análisis del actual del sistema de salud en Venezuela y el estado de salud de la población con énfasis en enfermedades emergentes y re emergente que presentamos con motivo de la Ponencia Central de la LXIII Reunión Ordinaria de la Asamblea de la Federación Médica Venezolana, realizada en Punto Fijo, estado Falcón (27 al 31 de octubre de 2008), cuyos males, sin duda, se han agravado en el último año, permite afirmar que estamos en presencia de una situación extremadamente compleja que afecta todo el sistema.

En líneas generales, el sistema confronta, tal como hemos señalado, grandes limitaciones en las políticas implementadas, en su desempeño general, así como restricciones estructurales para garantizar el acceso universal a servicios y el mejoramiento de las condiciones de salud de la población y el logro de la equidad.

Se propuso hace un año, que, más allá de describir la dura realidad del sistema, el documento de la Ponencia sirviera como instrumento de identificación de los problemas, reflexión y de proposición para construir alternativas para el presente y el futuro.

Referencias Axiológicas

Los sistemas de salud tienen reconocidos valores y principios que todos hemos repetido y hemos valorado, como la equidad, la participación social, la eficiencia, la descentralización, la integralidad de la atención y la solidaridad. Y requiere de ciertos recursos y condiciones para su funcionamiento, como son: el liderazgo, la información, talento humano, y la capacidad física, los conocimientos y la tecnología, y por supuesto, la financiación del sistema. Con esos requisitos y con esos principios, hay unas funciones del sistema de salud claramente definida, como son:

la rectoría, el aseguramiento, la provisión de servicios, la compra y el financiamiento. Y en el ámbito de la rectoría, tenemos, la regulación, la armonización de la provisión de servicios, la conducción del sistema, la vigilancia del aseguramiento, la modulación de la financiación y las Funciones Esenciales de la Salud Pública. Estas son en general, las funciones y las características del Sistema de Salud.

Plan de Análisis de Resultados

En este aspecto se refiere al análisis situacional contextualizado consistente en la descripción de los resultados más relevantes obtenidos durante la captación de la información para la investigación. Luego de aplicar las técnicas de observación a través de guía de observación y de la técnica de la entrevista. Esta información obtenida se categorizará y se clasifica por orden de importancia de manera que pueda ser utilizada para su correspondiente interpretación, la cual dará paso a la teorización y así responder a los objetivos planteados en el estudio.

Entre otras cosas, el abordaje de la información se realizará con procedimientos interpretativos de la comunicación que se obtenga de los informantes claves dentro de los sujetos de estudio y el contexto. Mediante la cual seguirá de un procedimiento riguroso.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS POR SECCIONES

I. Introducción. Conceptos básicos y definiciones del sistema de salud.

1. Ferrer Véliz E. Teoría General de los Sistemas y los Complejos Ambientales. Pag 120. FUDECO. Venezuela. Barquisimeto. 1994.
2. Chaves M. Salud y Sociedad. Departamento de Medicina Preventiva y Social. Facultad de Medicina. Traducción 2°. Edición Portuguesa. ULA. Mérida. 1981.
3. La Pierre JW. El análisis de los sistemas políticos, p:3845. Edit. Península, Barcelona 1976.

4. Organización Mundial de la Salud. Primary Health Care: a Framework for Future Strategic Directions. Ginebra, 2003. (WHO/MNC/OSD/03.01)

II. Evolución del Sistema de Salud en Venezuela. Análisis comparativo con otros modelos de sistemas de salud.

1. Evolución del Sistema de Salud

1. Archila R. Historia de la sanidad en Venezuela., Caracas: Imprenta Nacional; Tomo I, 1955.
2. Gabaldón A. Una Política Sanitaria. Tomo I, XXVI, MSAS 1965.
3. López Ramírez Tulio. El ministro Arnoldo Gabaldón: un lustro de progreso de la Salud Pública Venezolana en: Berti A.L: Arnoldo Gabaldón. Testimonios de una vida al servicio de la gente. Ediciones de la Cámara de Diputados del Congreso de la República de Venezuela. Caracas, Venezuela. 1997.p.101.
4. Gabaldón A. Una Política Sanitaria I; 409.
5. Op. Cit. 4 Una Política Sanitaria I; 445.
6. Op. Cit. 4 Una Política Sanitaria I 69-70.
7. Berti A.L: Arnoldo Gabaldón. Testimonios de una vida al servicio de la gente. Ediciones de la Cámara de Diputados del Congreso de la República de Venezuela. Caracas, Venezuela. 1997.p.65.
8. República de Venezuela. Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. Memoria y Cuenta. Año 1963. Exposición. Ministro Arnoldo Gabaldón. Caracas.
9. Op.Cit. 4 Una Política Sanitaria. I;I 297-298.
10. Op. Cit 4 Una Política Sanitaria. I; 241.
11. Op. Cit. 4 Una Política Sanitaria. II; 465
12. Op. Cit. 3 El ministro Arnoldo Gabaldón: un lustro de progreso de la Salud Pública Venezolana 117-119.

13. Oletta López JF. Hacia un Contrato Social de la Salud. Conmemoración del 62° Aniversario de la creación del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. Caracas, 20 de marzo de 1998.
14. González MJ. ¿Cuáles son los acuerdos que requiere el sistema de salud? 2006. En: Venezuela: un acuerdo para alcanzar el desarrollo. Equipo Acuerdo Social 2006.p.173-203. Publicaciones UCAB, Caracas.

2. Análisis comparativo con otros modelos de sistemas de salud.

1. Campos P, Sáenz J, Sánchez M. Análisis comparados de sistemas sanitarios. En: Salud Pública. Madrid: McGraw-Hill-Interamericana de España; 1998.p.819-845.
2. Frenk J. La transición de la atención a la salud. En: Innovaciones de los sistemas de salud: una perspectiva internacional. Ciudad de México: Fundación Mexicana para la Salud, Instituto Silanes, Academia Nacional de Medicina; 1995.
3. Organización Panamericana de la Salud. Análisis de las reformas del sector salud en los países de la región Andina. Iniciativa Regional de Reforma del Sector de la Salud en América Latina y El Caribe; Washington DC: OPS; 2003.
4. Granados R, Gómez M. La reforma de los sistemas de salud en Chile y Colombia: resultados y balance. Revista de Salud Pública. 2002;2:97-120.
5. Feo O. Reflexiones sobre el Sistema Público Nacional de Salud. IneoSalud / Sistema Público Nacional de Salud.
6. Gómez D. Análisis comparado de los sistemas de salud de la Región Andina y el Caribe. Rev Salud Pública. 2005;7(3):305-316.
7. Organización Panamericana de la Salud. Análisis de las reformas del sector salud en los países de la región Andina. Iniciativa Regional de Reforma del Sector de la Salud en América Latina y El Caribe; Washington DC: OPS; 2003.

III. Cómo es actualmente nuestro Sistema de Salud

1. Federación Médica Venezolana. Ponencia Central —Diagnóstico del Sector Salud en Venezuela. Estudios de las Enfermedades Emergentes y Reemergentes. Punto Fijo. Estado Falcón. 2008.

IV. Políticas Sociales y Sistema de Salud

1. España L.P. La Política Social de Venezuela: volver a lo básico. Observatorio Venezolano de la Seguridad Social. 2004. <http://www.eumed.net/oe-vess/lit/lpe.htm>
2. Riutort M. —La Pobreza en el Trienio 1999-200, IIES-UCAB. Revista Temas de Coyuntura, N° 45, junio 2002.
3. Equipo Acuerdo Social. En: Venezuela. Un Acuerdo para alcanzar el Desarrollo. Equipo Acuerdo Social 2006. Caracas, Venezuela. Publicaciones UCAB.
4. D'Elía Y, Cabeza LF. Las Misiones Sociales en Venezuela. 2008. ILDIS-CONVITE, pp1-15. Caracas.
www.ildis.org.ve/website/.../uploads/PolycymisionesYolanda.pdf
5. Líneas Generales del Plan de Desarrollo Económico y Social para el período 2007 – 2013, <http://www.gobiernoenlinea.ve>
6. Propuesta de Reforma Constitucional. Exposición de Motivos, 2007.
7. Propuesta de Reforma Constitucional. Artículo 141. 2007.
8. WDC-UE 2006. World Development Consultants- Unión Europea 2006. Salud Pública, hábitos de vida y consumo de drogas en la República Bolivariana de Venezuela. I. Encuesta epidemiológica a hogares. Informe Final, Caracas.
9. Díaz Polanco J. Salud y Hegemonía en Venezuela: Barrio Adentro, continente afuera. CENDES-UCV, Caracas. 2008.p.73-97.
10. Datanálisis. Encuesta Nacional Ómnibus, Caracas. 2004-2007.
11. de Angelis Areinamo S. La Misión Barrio Adentro se vino abajo. Últimas Noticias. 2 La Vida. 25 de enero de 2008.

12. Petróleos de Venezuela redujo en 65 % asignaciones a Misiones. Los pilares de los Programas Sociales recibieron mucho menos dinero. El Universal, Cuerpo 1, p 12, Caracas 19-9-2008.
13. Situación del Sector Salud. Estudio de las Enfermedades Emergentes y Re emergentes. Federación Médica de Venezuela. Ponencia Central de la Reunión de la Asamblea General, Punto Fijo, 27 al 31 de octubre de 2008

V. Protección Social, Salud en el Desarrollo y Manejo Social de Riesgos.

1. Fleury S, Molina C. Modelos de Protección social. En: Banco Interamericano de Desarrollo, Instituto Interamericano para el Desarrollo Social (INDES). Diseño y gerencia de políticas y programas sociales. Washington: INDES; 2002.p.3-6.
2. Franco A. El Auge de la Protección Social. Revista Facultad Nacional de Salud Pública. 2005;23(1):135-147.
3. Fleury S. Estado sin ciudadanos. Seguridad Social en América Latina. Buenos Aires: Lugar Editorial S A; 1997.p.212.
4. Holzmann R, Jorgensen S. Manejo Social del Riesgo: Un nuevo marco conceptual para la Protección Social y más allá. Rev Fac Nac Salud Pública 2003;21(1)73-106. Disponible: <http://info.worldbank.org/etools/docs/library/79020/Fall2001/elearning/fall2001/readings/pdfpapers/manejo.pdf>.
5. OPS-OIT. Ampliación de la protección social en salud: una iniciativa conjunta de la Organización Panamericana de la Salud y de la Organización Internacional del Trabajo. Washington DC; 2002. Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/GOV/CSP/csp26-12-s.pdf>.
- 6 . OPS, OMS, ASDI. Exclusión en Salud en países de América Latina y el Caribe. Serie No 1 Extensión de la Protección Social en Salud. Washington, D.C.: La Organización; 2003.
7. OPS. La Agenda de Salud para las Américas para el período 2008-2017. 3 de Junio 2007 <http://www.paho.org>

8. Cardona A. Economía, salud-enfermedad y modelos de desarrollo. En: Carlos E, Rosa S, Gloria G (compiladores). *Cultura y Salud en la Construcción de las Américas*. Bogotá: Instituto Colombiano de Antropología y Cultura; 1993.p.156.
9. Agudelo C. Desarrollo y Salud. *Revista de Salud Pública* 1999;1(1):18.
10. Franco R. Los paradigmas de la política social en América Latina. En: Alcaldía de Medellín (compiladora). *Políticas Públicas y Gestión Social: Una Mirada desde la Gerencia Social*. Medellín: Municipio de Medellín; 1997.p.19-34.
11. Schwartz P. El comercio internacional en la historia del pensamiento económico. IUDEM Documento de Trabajo 2001-3.p.35-40 [Internet]: Disponible en: www.ucm.es/info/iudem/2001-3.pdf
12. Musgrove P. Relaciones entre la salud y el desarrollo. *Bol Ofic Sanit Panam.* 1993;114(2):118-119.
13. Sarmiento L. La política social en dos escenarios futuros. En: Rojas MC, Delgado A (compiladoras). *Política social, desafíos y utopías. Memorias del Seminario internacional nuevas tendencias en política social*. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana; 1997.p.289-313.
14. Rey de Marulanda N. América Latina: pobreza y desigualdad durante 50 años de reformas económicas y sociales. Washington: Banco Interamericano de Desarrollo/ Instituto Interamericano para el Desarrollo Social; 2000.p.6-7.
15. Friedman M. *Libertad de elegir*. Barcelona: Ediciones Grijalbo; 1980.p.61.
16. CLAD - Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo-. *Una Nueva Gestión Pública para América Latina*. Documento preparado por el Consejo Científico del CLAD. Disponible en: http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/CLAD/UNPAN00016_1 Consultado 1/05/2004.
17. Williamson J. *Latin American Adjustment: how much has happened?* Washington DC: Institute for International Economics; 1990.p.738.
18. Gentili P. El Consenso de Washington y la Crisis de la Educación en América Latina. En: Álvarez F, Santesmases AJ, Muguerza J, Pastor J,

- Rendueles G, Varela J (compiladores). *Neoliberalismo vs. Democracia*. Madrid: La Piqueta; 1998.p.122.
19. Cardona J. El concepto de salud enfermedad y salud pública según los diferentes modos de producción. *Rev Centroam Administ Púb*. 1987;(12):103-136.
 20. Banco Mundial. Informe sobre el desarrollo mundial 1996. De la planificación centralizada a la economía de mercado. Washington, DC; 1996.p.133-148.
 21. Zúñiga M. *Seguridad Social y su Historia*. Caracas: Universidad Central de Venezuela; 1963.p.19.
 22. Mesa-Lago C. *Desarrollo social, Reforma del Estado y de la seguridad social al umbral del siglo XXI*. Serie Políticas Sociales N° 36 CEPAL/ELAC. Santiago de Chile: 2000.
 23. Martínez D, Vega ML. *La globalización gobernada. Estado, sociedad y mercado en el siglo XXI*. Madrid: Editorial Tecnos (Grupo Anaya); 2001.
 24. Titelman D, Uthoff A. El papel del aseguramiento en la protección social. *Rev CEPAL*. 2003;81:103-122.
 25. Sojo A. Vulnerabilidad social, aseguramiento y diversificación de riesgos en América Latina y el Caribe. *Rev CEPAL*. 2003;80:121-140.
 26. Beveridge W. *Las bases de la seguridad social*. México: Fondo de Cultura Económica; 1987.
 27. Guerra C. La extensión de la protección social en salud en el nuevo Estado latinoamericano. *Rev CLAP*. (Caracas) 2000;(19):6.
 28. Echeverri C. Del Pluralismo Estructurado a la Protección Social. *Rev Geren Polít Salud*. 2003;(5):107-116.
 29. Le Bonniec Y. Sistemas de protección social comparados: Colombia, Brasil y México. *Rev Salud Púb*. 2002;4(3):203-239.
 30. Mesa-Lago C. *Desarrollo de la Seguridad Social en América Latina*. CEPAL. 1985.

31. Gómez-Camelo D. Análisis comparativos de los sistemas de salud de la región Andina y el Caribe. *Rev Salud Púb.* 2005;7(3):305-316.
32. Grassi E, Hintze S, Neufeld MR. Políticas Sociales y Sujetos de Derecho. Una Comparación entre las políticas educativas a nivel primario, el subsector de obras sociales y las políticas de asistencia alimentaria. *Cuadernos Médico Sociales.* 1995;72(62):62-76.
33. España LP. La política de inclusión social. En: Venezuela. Un acuerdo para alcanzar el desarrollo. Capítulo 2. Equipo Acuerdo Social. Caracas: Publicaciones UCAB; 2006.p.92.
34. Villasmil R. Documentos del Proyecto Pobreza. Caracas: (UCAB)-ACPES-USB; 2002;3:57-84.
35. Banco Mundial. Informe de Desarrollo Mundial 2000-2001. *Attacking poverty*, Washington D.C. 2000. www.worldbank.org/poverty/wdpoverty
36. Holzmann R, Jorgensen S. Social protection as social risk management: conceptual underpinnings for the social protection sector strategy paper, Washington D.C. Banco Mundial, 1999 Documento de Análisis 9.904.
37. Sinha S, Lipton M. Undesirable fluctuations, risk and poverty: A review. Washington D.C. 1999.
38. Kambur R. World Development Report 2000: poverty and development: An overview of the work program. Washington D.C. 1998.
39. Mejía Ortega L, Franco Giraldo A. Protección Social y Modelos de Desarrollo en América Latina. *Rev Salud Pública.* 2007;9(3).
40. Madies C, Chiarvetti S, Chorny R. Aseguramiento y Cobertura: dos temas críticos de las reformas de la salud. *Rev Panam Salud Púb.* 2000;8(1-2).
41. Villasmil R. El subsistema de pensiones de la seguridad social. En: Venezuela. Un Acuerdo para alcanzar el Desarrollo. Equipo Acuerdo Social. Caracas, Venezuela. Publicaciones UCAB. 2006;8:281-299.
42. Mesa-Lago C. Atención de salud para los pobres de América Latina. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud, Fundación Interamericana; 1992. (Publicación científica 539).
43. Organización Panamericana de la Salud. La salud en las Américas. Washington, D.C.: OPS; 1998.

44. Organización Panamericana de la Salud, Organización Internacional del Trabajo. Síntesis de estudios de casos de micro seguros y otras modalidades de protección social en salud en América Latina y el Caribe. Informe presentado en la Reunión Regional Tripartita, 29 de noviembre al 1 de diciembre de 1999, en México, D.F.
45. Organización Panamericana de la Salud. Informe de Salud de las Américas. Volumen I, Las Políticas Públicas y los Sistemas y Servicios de Salud. 2007.p.321.
46. Organización de Naciones Unidas. Metas del Milenio. <http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/>
47. Organización Mundial de la Salud. Asamblea Mundial de la Salud. Resolución WHA58.33. Ginebra: OMS; 2005.
48. Organización Panamericana de la Salud. Resolución CSP 26.R19. Washington, DC, OPS; 2002.
49. MSDS/OPS. Barrio Adentro: derecho a la salud e inclusión social en Venezuela. Caracas 2006.
50. Diagnóstico del Sistema de Salud. Análisis de las enfermedades emergentes y re emergentes. FMV, Ponencia Central de la Asamblea LVIII, Punto Fijo, estado Falcón, 27 al 31 de octubre de 2008. Capítulo III. Políticas Nacionales de Salud.
51. Díaz Polanco J. Salud y hegemonía en Venezuela: Barrio Adentro, continente afuera. Caracas: Cendes, UCV; 2008:74-84.

VI. Principios Orientadores en Salud Pública.

1. Gabaldón A. Palabras pronunciadas el 27 de agosto de 1955 con motivo del acto de de Instalación de la Sociedad Venezolana de Salud Pública Seccional Aragua. Salud Pública. 1955;1(4).
2. Diccionario de la Lengua Española. Real Academia Española. Vigésima Segunda Edición, 2001. <http://buscon.rae.es/draeI>
3. Suárez JM . Universalidad con Equidad en Salud. Desafíos para América Latina en el Siglo XXI. Primer Congreso de Medicina y Salud UNAM,

- Ciudad de México, 22-24 abril, 2009. Disponible en: www.mex.ops-oms.org/.../equidad/universalidadequidadsalud_0409.pdf
4. Sanabria Montañez C. Inequidad en la Política de Salud del Perú. Perspectivas. 2000. Rev Fac Ciencias Económicas. V (16) 107-128. UNSMS. Disponible en: <http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/publicaciones/economia/16/pdf/inequidadpolitica.pdf>.
 5. OPS. Cuaderno Técnico N° 46 1997. OPS-CEPAL: Salud Equidad y Transformación Productiva en América Latina y el Caribe.
 6. Sen A. ¿Por qué la equidad en salud? Rev Panam Salud Pública, May/June 2002;11(5):302-309. ISSN 1020-4989.
 7. Williams A. If we are going to get a fair innings, someone will need to keep the score! En Barer ML, Getzen TE, Stoddart GL, editors. Health, health care and health economics. New York: Wiley; 1998.p.330.
 8. McLuhan M, Power BR The Global Village (Oxford University Press) 1989.
 9. ONU. Metas del Milenio www.un.org/spanish/millenniumgoals/
 10. Frías Osuna A. Salud Pública y Educación para la Salud. Barcelona, España: Elsevier- Masson. 2000.p.409-420.
 11. Diccionario de la Lengua Española. Real Academia Española. Vigésima Segunda Edición, 2001. <http://buscon.rae.es/drae/>
 12. Olavarría Gambi M. Acceso a la salud en Chile. Acta bioeth. [revista en la Internet]. 2005 [citado 2009 Ago 31]; 11(1):47-64. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2005000100006&lng=es.doi:10.4067/S1726-569X2005000100006.
 13. Diccionario de la Lengua Española. Real Academia Española. Vigésima Segunda Edición, 201. <http://buscon.rae.es/drae/>
 14. Guix Oliver J. Calidad en Salud Pública. Gac Sanit. 2005;19(4):325-332.
 15. Diccionario de la Lengua Española. Real Academia Española. Vigésima Segunda Edición, 2001. <http://buscon.rae.es/drae/>

16. Guerra de Macedo C. Centro Panamericano de Planificación de la Salud. Formulación de Políticas de Salud. Santiago de Chile. Chile Julio. 1975.
17. Declaración de Ottawa. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud Ottawa, 21 November 1986 - WHO/HPR/HEP/95.1 Ottawa, 21 de noviembre de 1986 - WHO/HPR/HEP/95.1 www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf
18. Declaración Internacional de Promoción de la Salud. Santa Fe de Bogotá 9 al 12 de noviembre de 1992. OPS/ Ministerio de Salud de Colombia. www.cepis.org.pe/bvsdeps/fulltext/DeclaracionBogota.pdf
19. Carta del Caribe para la promoción de la Salud 4 de junio de 1993. Promoción de la Salud. Una Antología. OPS. www.paho.org/Spanish/AD/SDE/HS/CaribbeanCharterSp.PDF
20. Quintero García, Pedro. La doctrina integralista de salud pública / Academia Nacional de Medicina; Federación Médica Venezolana. X Congreso Venezolano de Ciencias Médicas: Memoria; vol. 2. s.l, Miguel Ángel García, mayo 1987.p.569-575. Congreso Venezolano de Ciencias Médicas, 10, Caracas, 6-11 mar. 1983.

VII. Componentes del Sistema de Salud 1. Introducción

1. OMS. Informe de la Salud Mundial, 2000. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. Ginebra www.who.org
2. OMS. Informe de la Salud Mundial, 2003. Forjemos el Futuro. www.who.int/whr/2003/chapter7/es/index7.html
3. Gwatkin D. Who would gain most from efforts to reach the Millennium Development Goals for health? An inquiry into the possibility of progress that fails to reach the poor. Washington, DC, Banco Mundial, 2002 (HNP Discussion Paper).
4. Victora CG. The impact of health interventions on inequalities: Infant and child health in Brazil. Poverty, inequality and health: an international perspective Oxford, Oxford University Press, 2001:125-136.

5. Kunst AE, Houweling T. A global picture of poor-rich differences in the utilisation of delivery care. *Studies in Health Services Organisation and Policy*, 2001;17:297-317.
6. Sen A. *Capability and well-being. The quality of life* Oxford, Oxford University Press; 1993:330-353.
7. Victora CG. Applying an equity lens to child health and mortality: More of the same is not enough. *Lancet*. 2003;362:233-241.
8. Macinko J, Montenegro H, Nebot Adell C y Grupo de Trabajo de Atención Primaria de Salud de la OPS. La renovación de la atención primaria de la salud en las Américas. *Rev Panam Salud Púb.* 2007;21(2/3):73-84.

2. La participación de la comunidad

1. OPS, Promoción de la Salud: Mejoramiento del estado de salud de la mujer y promoción de la equidad. Comité ejecutivo del Consejo Directivo. 13ª reunión, Washington D.C., 1993.
2. OMS Atención Primaria en salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre atención Primaria. Alma Ata. Ginebra, 1978.
3. WHO, Ottawa Charter of Health Promotion. Health and Welfare Canada. Ottawa: Canadian Public Health Association, 1986.
4. Orientaciones Estratégicas y Prioridades Programáticas de la OPS (1990).
5. Participación de la comunidad en el desarrollo de su salud: un desafío para los servicios de salud. OMS, serie Informes Técnicos, 809, Ginebra; 1991.
6. OPS, Promoción de la Salud: Mejoramiento del estado de salud de la mujer y promoción de la equidad. Comité ejecutivo del Consejo Directivo. 13ª reunión, Washington D.C.
7. IAES “Dr. Arnoldo Gabaldon”. La participación y la construcción de ciudadanía. 2005.
8. OPS. Comisión de Determinantes Sociales de la Salud, 2005.
9. OPS. Respuestas de políticas e intervenciones sobre los determinantes sociales de salud. 2009.

3. La rectoría y gobernanza

1. Saltman R.B, Ferrousier-Davis O. On the concept of stewardship in healthy policy. Bull of the World Health Organization. 2000;78(6):732-739.
2. Osborn D, Gaebler T Reinventing government. Reading, Massachussets: Addison Wesley; 1993.
3. Reich M. En: Diagnostic approaches to assessing strategies, weaknesses and change of health systems. Washington, DC: Economic Development Institute. The World Bank, 1998. (Flagship Module 2).
4. Gobernanza. <http://es.wikipedia.org/wiki/Gobernanza>
5. Diccionario de la Real Academia Española DRAE, 22^a Edición. <http://buscon.rae.es/draeI/>
6. Iglesias A. Gobernanza y redes de acción pública: La planificación estratégica como herramienta de participación en el Cuarto Seminario Internacional sobre Gobierno y Políticas Públicas. 1. Julio 2005. <http://laip.sinaloa.gob.mx/>
7. Commission on Global Governance, 1995:2.
8. La Comisión Europea. El Libro blanco: La gobernanza europea http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/es/com/2001/com2001_0428es01.pdf
9. Worldwide Governance Indicators (WGI) http://info.worldbank.org/governance/wgi/sc_country.asp
10. World Bank Governance Surveys <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/WBI/EXTWBIGOVANTCOR/0,,contentMDK:20726148~pagePK:64168445~piPK:64168309~theSitePK:1740530,00.html>
11. Índice de Gobernanza Mundial (IGM) <http://www.world-governance.org/spip.php?rubrique45&lang=es>
12. Roses M. Steering Role of the Ministries of Health: Challenges for the 21st Century. Keynote address at the Hospital Governance Workshop for Ministres of Health and Permanent Secretaries of the Organization of Eastern Caribbean States, Bridgetown, Barbados, November. 2003:5-6.
13. WHO. Report on the WHO meeting of experts on the stewardship function of health systems. Meeting on the stewardship function in health systems. (HFS/FAR/STW/00.1). Geneva, Switzerland, 10-11 september, 2001.

14. Travis P, Egger D, Davies P, Mechbal A. Towards better stewardship: concepts and critical issues. Geneva: WHO; 2002.
15. OPS. La rectoría de los ministerios en los procesos de reforma sectorial. XL Consejo Directivo de la OPS. Resolución CD40.R12 l. Washington, DC OPS; 1997.
16. Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas. Regional. 2007;I:362.

4. La fuerza de trabajo

1. WHO. Strengthening the health workforce: A draft technical framework. Montreaux Meeting, 4-6 April. 2005.
2. OMS. Informe sobre la salud en el mundo 2006. Por la Salud. Panorama General. <http://www.who.int/whr/2006/es>
3. Diagnóstico del Sistema de Salud. Estudio de las Enfermedades Emergentes y Re emergentes. Ponencia Central de la Asamblea de la Federación Médica Venezolana, 27 al 31 de octubre de 2008, Punto Fijo, Estado Falcón.
4. Serrano CR. Informe de Situación sobre Desarrollo de Recursos Humanos en Salud. Venezuela. OPS/OMS. Estrategia de Cooperación con los Países. Representación en Venezuela. Septiembre de 2001. Revisado en octubre de 2003. www.ops-oms.org
5. Cartaya, V. Empleo, Productividad e Ingresos, Venezuela 1990-1996. MSAS. 1999.
6. MSAS. Dirección de Recursos Humanos (1998).
7. PROVEA. Informe Especial. El derecho a la salud en el proyecto bolivariano. Caracas 2005.
8. Human Resource for Health and development. A Join Learning Inicitive. 2004. <http://www.fas.harvard.edu/~acgei/health.htm>
9. Human Resources for Health. Toolkit for Monitoring Health Systems Strengthening. WHO. October, 2008.

10. Llamado a la Acción de Toronto. 2006-2015. Hacia una década de los Recursos Humanos en Salud. Reunión Regional de los Observatorios de Recursos Humanos-
11. Brito Quintana P. Desafíos y Problemas de la Gestión de Recursos Humanos de Salud en las Reformas Sectoriales. Observatorio de los Recursos Humanos en Salud en las Reformas Sectoriales. Programa de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud, OPS/OMS, CEPAL, OIT, 2000 www.observatoriorh.org
12. Machado O. Trabajo Decente, Federación Médica Venezolana, abril, 2009.

5. La financiación

1. Informe de la Salud Mundial, OMS, 2000. www.paho.org
2. Diagnóstico del Sistema de Salud. Estudio de las Enfermedades Emergentes y Re emergentes. Ponencia Central de la Asamblea de la Federación Médica Venezolana, 27 al 31 de octubre de 2008, Punto Fijo, Estado Falcón.
3. PROVEA. Informe sobre el Derecho a la Salud en Venezuela 2007. Situación del Derecho en el campo de la Atención Sanitaria. www.derechos.org/ve
4. Gertler P, Van der Gaag J. The willingness to pay for medical care: evidence from two developing countries. Baltimore, Maryland. The Johns Hopkins University Press; 1990.
5. Bitran R, McInnes DK. Demand for health care in Latin America: lesson from Dominican Republic and El Salvador. Washington DC, Economic Development Institute of the World Bank, 1993.
6. Musgrove P. Public and Private roles in health theory and financing patterns. Washington DC: The World Bank 1996, (World Bank Discusión paper N° 339)
7. Londoño JL, Frenk J. Structured pluralism: towards an innovate model for health system reform in Latin America. Health Policy 1997;41(1):1-36.

8. World Bank. Argentina facing the challenge of health insurance reform. Washington, DC: The World Bank; 1997. (LASHD ESW Report 16402 AR).
9. Baeza C, Cabezas M. ¿Es necesario el ajuste de riesgo en los mercados de seguros de salud en América Latina? Santiago de Chile. Centro Latinoamericano de Investigaciones para Sistemas de Salud (CLAISS); 1999.
10. Van der Ven WP, et al. Risk-adjusted capitation: recent experiences in the Netherlands. *Health Affaire*. 1994;13(5):120-136.
11. Londoño JL: Pluralismo Estructurado en los servicios de salud: la experiencia colombiana. *Rev Análisis Económico*. 1996;11(2).
12. Titelman D, Utthoff A. The health care and reform of health system financing. Santiago, Chile: ECLA; 1999.
13. Improving health systems financing in low income countries. Montreaux Challenge. WHO. Making Health Systems Work. Reports of the Initiative. 2005-2006 Geneva. www.who.int/management/montreaux/en/
14. WHO. Economics and Financial Management: What to do District Managers need to know? Working Paper N° 6. 2006, Geneva. www.who.int/management/strengthen/en/index2.html

6. La información

1. Assessing the National Health Information System. Health Metric Network 2009. <http://www.who.int/healthmetrics/tools/hisassessment/en/index.html>
2. Framework and Standards for Country Health Information Systems. HMN, jan 2008. www.who.int/healthmetrics/documents/hmn_framework200802.pdf
3. Transparencia Venezuela. Situación del Acceso a la información en Venezuela, Año 2008, Caracas, noviembre de 2008. www.transparenciavenezuela.org
4. III Ronda del mecanismo de seguimiento de la implantación de la Convención Interamericana contra la Corrupción de la Sociedad Civil

- en Venezuela. Transparencia Venezuela, página 21, Caracas, agosto de 2009. www.transparenciavenezuela.org
5. Murray CJ. Towards good practice for health statistics: Lessons from the Millennium Development Goal health indicators. 2007;369(9564):862-873.
 6. Graham. WJ, Ahmed S, Stanton C Abou-Zahr C, Campbell OMR. Measuring maternal mortality: An overview of opportunities and options for developing countries. *BMC Medicine* 2008, 6:12doi:10.1186/1741-7015-6-12, <http://www.biomedcentral.com/1741-7015/6/12>

7. La provisión de servicios y productos

1. Organización Mundial de la Salud (OMS), Health Managers Tool Kit: Clinical Service and Quality. Disponible en: <http://www.who.int/management/quality/assurance/en/index.html>
2. Bengoa R, Katar R, Key P, Leatherman S Rashad Massoud R, Saturno P 2006 Quality of Care: A Process for Making Strategic Choices in Health Systems, WHO, 2006. Disponible en: <http://www.who.int/management/quality/assurance/en/index.html>
3. OPS/OMS 2003; Modificado de IOM 1996.
4. Institute of Medicine. Guidance for the National Healthcare Disparities Report. Washington, DC: National Academic Press.
5. Aday LA. At risk in America: The Health and Health Care Needs of vulnerable populations in the United States. 2nd edition. New Cork: John Wiley & Sons Inc.; 2001.
6. Institute of Medicine: Care without coverage: too little, too late. Washington, DC; National Academic Press, 2002.
7. OPS. La salud Pública en las Américas: Nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción. Washington DC; OPS, 2002 (Publicación Científica y Técnica N° 589).
8. OPS. Revisión de las políticas de atención primaria de salud en América Latina y el Caribe. Informe Final Vol 1 (THS/OS/04/1), Washington, DC OPS, 2003

9. OPS. Estudio Regional sobre asistencia hospitalar e ambulatorial especializada en América Latina e Caribe. (TSH/OS/04/2). Washington, DC; OPS, 2004.
10. Restrepo Zea JH, Echeverri López ME, Vásquez Velásquez J, Rodríguez Acosta SM. El seguro subsidiado y el acceso a los servicios de salud: teoría, contexto colombiano y experiencia en Antioquia. Medellín: Universidad de Antioquia, Centro de Investigaciones Económicas; 2006.
11. Ruales J. Elementos críticos de la organización del modelo de prestación para mejorar el acceso y utilización de los servicios de salud OPS – CIESS Curso Desafíos de la protección social en salud para la población materno-infantil: equidad, acceso y resultados en salud. México, DF, 23 a 27 de abril 2007.
12. Donabedian A. Explorations in quality assessment and monitoring the definition of quality and approaches to its assessment. Vol II. The criteria and Standard of quality. Ann Arbor: Health Administration Press; 1982.
13. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. Milbank Memorial Fund Quarterly; 1966;44:166-203.
14. Donabedian A. The criteria and Standard of quality. Ann Arbor: Health Administration Press; 1982.
15. Institute of Medicine. Envisioning the national health care quality report. Washington, DC; National Academic Press; 2001.
16. Institute of Medicine. Crossing the quality chasm. Washington, DC: DC; National Academic Press; 2001.
17. Sociedad Venezolana de Medicina Interna. Declaración de Maracaibo. Contrato Social de la Salud, 24 de Mayo de 2007. <http://www.svmi.web.ve/documentos/contrato.html>
18. PAHO. Major trends in health legislation in the english-speaking Caribbean 2001-2005, Washington, DC: OPS; 2006.
19. PAHO. Análisis of health sector reform: region of the Americas. Latin América and the Caribbean Health Sector Reform Initiative Series N° 12. Washington, DC; PAHO, 2004.

20. European Observatory on Health Systems and Policies. Glossary. Disponible en: <http://www.euro.who.int/observatory/Glossary/TopPage>
21. Hartz ZMA, Contandriopoulos AP. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um sistema sem muros. *Cadernos de Saúde Pública*. 2004;20(Supl 2):S331-S336.
22. Mendes, EV. A gestão dos Sistemas de Serviços de Saúde no Século XXI. Minas Gerais, octubre 2004.
23. OPS. Redes Integradas de Servicios de Salud Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas. Serie La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas Organización Panamericana de la Salud 2008. Disponible en: <http://www.lachealthsys.org/>
24. Shortell SM, Anderson DA, Gillies RR, Mitchell JB, Morgan KL. Building integrated systems: The holographic organization. *Healthcare Forum J*. 1993;36(2):20-26.
25. Vázquez Navarrete ML, Vargas Lorenzo. Organizaciones Sanitarias Integradas: un estudio de casos. Barcelona: Consorci Hospitalari de Catalunya. 2207.
26. Milen A. What do we know about capacity building?
An overview of existing knowledge and good practice. WHO, 2001. Geneva.
27. Institute of Medicine. Performance measurement: accelerating improvement. Washington, DC: National Academic Press, 2006.
28. WHO. Issues in health information 3. Integrating equity into health information systems. 2006 OPS.
29. Las Políticas Públicas y los Sistemas y Servicios de Salud. Informe de Salud en las Américas. Organización Panamericana de la Salud, 2007. Washington, DC. 2008 OPS.

8. Las nuevas tecnologías en salud

1. Edición Original: ca. 330 AJC. Edición Electrónica: 2007. <http://www.laeditorialvirtual.com.ar/>

2. Katz D, Kahn RL. Psicología social de las organizaciones. Biblioteca de Ciencias de la Administración. Editorial Trillas. 1985;5:128-129.
3. Katz D, Kahn RL. Psicología social de las organizaciones. Biblioteca de Ciencias de la Administración. Editorial Trillas; 1985;6:176-184.
4. Harvard Business Review on Nonprofits. Harvard Business School Press. Boston, MA.; 1999:29-36.
5. Creech, Bill: The Five Pillars of TQM. How to make total quality management work for you: Plume/ Penguin. 1995;12:496-525.
6. Bartol K, Martin D. Management: glossary. Irwin-McGraw-Hill; 1998:718.
7. Bartol K, Martin D. Management: Irwin-McGraw-Hill; 1998;11:369.
8. Brown, Sh., Eisenhardt, K. Competing on the edge: 111. Harvard Business School Press. Boston, MA.; 1998.
9. Bartol K, Martin D. Management: Irwin-McGraw-Hill; 1998;19:616-629.
10. The Human-Machine Interface (HMI). Internacional Engineering Consortium. <http://www.iec.org/online/tutorials/hmi/index.asp>
11. Hatala R, Smieja M, et al. An Evidence-Based Approach to the Clinical Examination. J General Internal Med. 1997;12(3).
12. Medicare. Personal Health Records. <http://www.medicare.gov/PHR/LearnMoreAboutPHR.asp#PHRPrivate>
13. Medical errors. Scope of the Problem. An Epidemic of errors. Agency for Healthcare Research and Quality. <http://www.ahrq.gov/qual/errback.htm>
14. Reducing Errors in Health Care. Agency for Healthcare Research and Quality. <http://www.ahrq.gov/qual/errback.htm>
15. Reducing Errors in Health Care. Agency for Healthcare Research and Quality. <http://www.ahrq.gov/qual/errback.htm>
16. Assessing and Improving EHR Data Quality. American Health Information Management Association
17. Health Information Technology. <http://healthit.hhs.gov>

18. Norma NTC- ISO 9001 versión 2000 en el capítulo 8 Medición Análisis y Mejora, numeral 8.2
19. Vision for Health IT. Health Policy Comite (a Federal Advisory Comité. <http://healthit.hhs.gov>
20. El Sistema de Salud que necesita Venezuela. Anteproyecto de la Ponencia Central de la LXIV Reunión Ordinaria de la Asamblea de la Federación Médica. Enero de 2009
21. United Nations. Economic.