

El sistema de salud en Venezuela y sus políticas públicas: aportes para su integración desde la mirada de la salud colectiva.

The health system in Venezuela and its public policies: contributions to the integration from the view point of collective health

Pedro Villasana¹ & Joel J. Caraballo²

Resumen

Este estudio plantea una aproximación crítica a la fragmentación y segmentación de los servicios de atención a la salud en Venezuela, dado que ambas categorías impactan significativamente en la garantía del derecho a la salud de personas, familias y comunidades que consagra la Constitución Nacional. Se evidencian fundamentos epistémicos, su relación con el financiamiento y las políticas públicas de salud, el papel del modelo bio-médico hegemónico en los servicios, lo cual permite contrastarlos con la realidad empírica, de acuerdo con los postulados de una nueva mirada para integrar la salud y colaborar a su mejor comprensión. Se identifican y analizan antecedentes teóricos del Buen Vivir, la salud colectiva, la determinación social; así como la política de salud en la configuración histórica del sistema de salud venezolano, revelando nuevas preguntas a través de una mirada distinta que busca mejorar el mandato social y el posicionamiento de la salud colectiva como postura emergente en la región de las Américas, con ello se contribuye con una postura teórica para repensar las políticas de salud y proyectar el sistema de salud venezolano hacia su integración plena en el territorio, sus estructuras, financiamiento, planificación y en consecuencia, mejorar las redes integradas de servicios de salud, con una mayor capacidad de respuesta del Estado para garantizar el derecho a la salud de la población.

Palabras clave: Sistemas de Salud /organización y administración, Administración de los Servicios de Salud, Salud Colectiva.

Abstract

This study raises a critical approach to the fragmentation and segmentation of services of attention to health in Venezuela, since both categories impact significantly on the guarantee of the right to health of individuals, families and communities that enshrined in the national Constitution. Demonstrate fundamentals epistemic, its relationship with the funding and public health policies, the role of the hegemonic services bio-medical model, which allows to compare them with the empirical reality, in accordance with the tenets of a new looking to integrate health and contribute to better understanding. Are identified and analyzed theoretical background of good living, the collective health, social determination; as well as the health policy in the history of the Venezuelan health system configuration, revealing new questions through a different perspective that seeks to improve the social mandate and the positioning of the collective health as emerging posture in the region of the Americas, this contributes to a theoretical stance for rethinking health policies and project the Venezuelan health system towards their full integration into the territory, its structures, financing, planning and therefore improve the integrated networks of health services, with a greater capacity of response of the State to guarantee the right to health of the population.

Keywords: Health systems organization and administration, administration of health services and public health.

¹ Académico-Investigador. Departamento de Salud. Universidad de Los Lagos. Chile.

² Doctorante en Salud Pública. Universidad de Carabobo. Venezuela.

Introducción

El Sistema de Salud de la República Bolivariana de Venezuela posee actualmente una amplia red de establecimientos y servicios, así como un conjunto de políticas que se gestionan en todos los niveles de gobierno. Desde el proceso de cambio social y la orientación de las políticas públicas hacia un enfoque integral promovido desde 1999, aún persisten problemas estructurales en el funcionamiento y operatividad de los servicios de salud lo cual, contrarresta los esfuerzos que realiza el Estado para incrementar la cobertura hacia la universalidad en el acceso. La fragmentación de los servicios de salud en el territorio y la segmentación financiera de las instituciones, constituyen dos problemas comunes de los sistemas de salud que se profundizaron con las reformas neoliberales de los años ochenta y noventa, en Venezuela aún son dos problemas pendientes por superar. (Alvarado, Martínez, Vivas-Martínez, Gutiérrez & Metzger, 2008; Carrillo Roa, 2018). A consecuencia de esta realidad, las inversiones que requiere el sistema de salud se han hecho insostenibles para el actual sistema económico, esto obliga a un cambio significativo en el modelo de gestión de la salud que, pese a los esfuerzos para incrementar el gasto general en salud, se observa una disminución del gasto público y una mayor dependencia de servicios privados en el sector, lo cual ha profundizado la crisis sanitaria en el último quinquenio 2013-2018. (Carrillo Roa, 2018; Curcio, 2009).

De acuerdo a la Organización de Naciones Unidas, el conjunto de sanciones económicas aplicadas por países que rigen el orden económico mundial, la devaluación sistemática a la moneda, el deterioro del ingreso familiar y la inestabilidad política, han configurado un complejo escenario con escasa capacidad de respuesta para proteger los derechos humanos afectando seriamente la cobertura y el acceso de salud a la población en general, significando una desventaja mayor a los grupos más vulnerables. (Organización de Naciones Unidas, 2018, p.13-14).

Se reconoce que:

“desde 1999 y hasta 2012 se han logrado avances y quedan desafíos a los que el Estado debe hacer frente para alcanzar lo establecido en las leyes venezolanas. Esta realidad, impulsa la motivación que supone un mejoramiento de la salud, en medio de un escenario muy complejo, pero con la posibilidad de reconstruir una lógica de gestión de la salud centrada en las personas, su familia y su comunidad, bajo los preceptos del respeto, la salud universal, la solidaridad e integración de las instituciones para reivindicarla salud como derecho social fundamental y como parte del derecho a la vida”. (Pereira & Heredia, 2014, p.26).

Segmentación y fragmentación del Sistema de Salud en Venezuela

De acuerdo a los expresado por Barillas (1997), desde la década de los noventa se ha abordado el tema de la fragmentación y segmentación de los sistemas de salud como un problema recurrente en el mundo y de mayor complejidad para los países latinoamericanos cuyo impacto se evidencia en la coexistencia de entidades y servicios de salud que funcionan paralelamente, con dificultades en la integración de sus actividades o a través de un proceso de prestación de servicios donde se pierde la oportunidad de coadyuvar al cumplimiento de sus objetivos.

Roses (2007), plantea que la *segmentación de la salud* debe ser entendida como:

“la existencia de subsistemas con distintas fuentes y arreglos de financiamiento, reflejando una segmentación social por capacidad de pago o por inserción en el mercado laboral... [que] consolida y profundiza la desigualdad entre grupos sociales y es factor de exclusión social”. Mientras, que la *fragmentación de los servicios de salud* es interpretada como “la coexistencia en el territorio de infraestructura y capacidades de

diversos subsistemas sin coordinación y menos integración...[que] eleva los costos por duplicación y por mayores costos de transacción [tránsito de atención a usuarios], así como genera diferentes tipos y calidades de prestaciones” (Roses, 2007, p.6).

Ambas categorías, de acuerdo a su nivel de prevalencia en los sistemas de salud, constituyen una amenaza que evidencia problemas en el funcionamiento de los sistemas de salud, con el consecuente efecto de inequidad social de origen financiero y un sobre gasto en la operatividad de los servicios de salud a un costo insostenible. En Venezuela, la segmentación y fragmentación es un problema que se ha venido profundizando en los últimos años (Bonvecchio, Becerril Montekio & Carriedo Lutzenkirchen, 2011; Levcovit, 2007).

Este proceso ha devenido a través de varias etapas socio históricas, el cual ha transformado las instituciones y las políticas de salud en función del sistema económico capitalista, las reformas neoliberales y la posterior transición hacia un sistema socialista, siempre con una fuerte dependencia de la renta del petróleo en su financiamiento. De todas las etapas que caracterizan al sistema de salud venezolano, la más marcada por la segmentación y la fragmentación ocurre durante las décadas de los años ochenta y noventa con la creación de diferentes fuentes de financiamiento, el surgimiento de nuevas instituciones prestadoras de servicios bajo la lógica de la competitividad y la aplicación de la estrategia de descentralización/privatización ordenada por el Consenso de Washington como componente central de las medidas del ajuste neoliberal (Villasana, 2005, p.2).

Alvarado et al (2008) afirman que “las reformas de este periodo significaron reducir la capacidad de respuesta del Estado derivando en tres modelos competitivos: el modelo público abierto, con sistemas de recuperación de costos; modelo de seguridad social, con acceso restringido; y modelo privado”. (p. 115). En la medida que la economía venezolana mejoró con

recursos procedentes de la renta petrolera desde 1999, se aumentó el financiamiento a la salud, pero también se profundizó la segmentación y fragmentación del Sistema de Salud, siendo el sector privado el más fortalecido con recursos del Estado Venezolano (Curcio,2009). La autora refiere además, que las instituciones públicas, durante el auge económico venezolano solían garantizar la salud a trabajadores y dependientes “mediante la contratación de pólizas de seguros privados, como es el caso de todos los poderes públicos”. (p. 31).

Esta tendencia se mantiene vigente, donde el modelo privado, financiado fundamentalmente por el Estado sigue teniendo un elevado papel en la prestación de servicios a un segmento de la población, (Carrillo Roa, 2018, p.5). La transferencia de recursos al sector privado ha significado una de las principales afectaciones al financiamiento adecuado de servicios públicos de salud que, sin sostener una elevada capacidad de respuesta en inversiones propias, ha producido en la actualidad una sensación de inseguridad y angustia a la población. Por su parte, el modelo público de seguridad social, si bien ha sido ampliado de forma significativa hacia la universalización del acceso a los servicios públicos continúa teniendo problemas para garantizar equidad e integración en la contraprestación de servicios de salud para los usuarios que cotizan formalmente, y para el resto de la población. (Organización Panamericana de la Salud, 2007, p. 347).

Entre las instituciones financiadoras y/o prestadoras de servicio que conforman el sistema de salud venezolano en la actualidad, se encuentran: a) El Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS) con un marco de atención universal financiado por el presupuesto centralizado, las gobernaciones, las alcaldías, y consejos comunales, con poca o ninguna coordinación de rectoría. b) El Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS) con una prestación financiada por el aporte de los trabajadores y el patronal. c) Los Ministerios del Poder Popular para la Educación y de Defensa,

universidades y empresas públicas que tienen subsistemas de seguridad social que demandan copago y ofrecen coberturas adicionales a sus trabajadores. d) Instituciones financiadoras y/o prestadoras de servicio. e) Financiamientos especiales a través de empresas como Petróleos de Venezuela (PDVSA), Corporación Venezolana de Guayana (CVG), empresas de servicios públicos, de comunicaciones y fondos estratégicos de desarrollo, entre otros, evidenciándose así la coexistencia de subsistemas segmentados de financiamiento, con la coexistencia de una prestación de servicio fragmentada y vertical. (Caraballo, 2014).

En el año 2003, para intentar resolver los problemas de salud a la población más excluida y saldar la deuda social, se crea la Misión Barrio Adentro con otra “fuente de financiamiento de esta Misión [que] recae principalmente sobre recursos públicos ejecutados por PDVSA o por el Fondo de Desarrollo Nacional (FONDEN).” (Curcio, 2009, p. 31).

Adicionalmente, se suma a esta masiva división del financiamiento, una significativa “disminución del gasto público en salud que ha conllevado a un incremento del gasto directo de bolsillo de las personas”, constituyendo otra nueva fuente de financiamiento segmentada que al mismo tiempo fortalece la fragmentación de los servicios de salud. (Carrillo Roa, 2018, p.5).

En este orden de ideas, Bonvecchio et al (2011), refieren la necesidad y prioridad de atender “la reducción de las inequidades en salud y la mejoría de la calidad de la atención. Para poder atender estos retos es preciso resolver el problema de... [la segmentación] del financiamiento y la [fragmentación en la] prestación de servicios” (p. 285).

Resulta indispensable como paso previo, aportar esfuerzos en la comprensión del marco epistemológico que estaría dando sustento a este fenómeno y a las políticas de salud a través de las cuales se concreta, con la finalidad de posibilitar una nueva mirada que logre integrar la atención a la salud en el país.

Bases epistémicas y concepción de la salud

Las bases epistemológicas que dan sustento a la *segmentación y fragmentación* que ha experimentado el sistema de salud venezolano, pueden ser comprendidas desde el paradigma bio-médico reproducido por el modelo hegemónico de la salud pública, que ha llevado a la población a naturalizar un modo de vida que predetermina la forma de conocer y reproducir la salud por partes, dejando a un lado su esencia de tejido social, en el relacionamiento dialéctico en el proceso salud-enfermedad-sociedad de forma integrada. Este modelo hegemónico no ha generado un paradigma capaz de “solventar epistemológica, metodológica y praxiológicamente el objeto de la salud, como tampoco su determinación social, económica y cultural”. (Casallas Murillo, 2017, p. 399).

En principio, tal cuestionamiento tiene su asidero en el proceso de formulación y práctica de las políticas de salud que, vistas desde su concepción fragmentada, determinan la forma de financiamiento y prestación de los servicios públicos. Según García (1983) la lógica que domina este proceso tiene su origen en el paradigma positivista clásico y el funcionalismo los cuales son reproducidos por los centros educativos y de investigación. “Esta racionalidad viene dada por el pensamiento heredado de Newton, que hoy genera dificultad para comprender y relacionar los conocimientos entre sí; [...] éste es aprendido en forma fragmentada”. (Betancourt & Wilson, 2015, p. 449). Venezuela, siendo un país con una elevada influencia colonial y occidental, no escapa de ser parte de esta realidad de muchos siglos de práctica.

En sintonía con lo anterior, la concepción de la salud es definida por los organismos internacionales como un estado biológico, psicológico y social, alineada al modelo biomédico, newtoniano y cartesiano con una postura ahistórica y clasista. La Organización Mundial de la Salud (OMS) refiere que “la salud es un estado de completo

bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (2006a, p.1).

Así, pese a los principios declarados en la Conferencia Internacional de Alma-Ata en 1978 donde se plasman las bases para una reflexión diferente sobre la salud; aún impera la concepción originaria que en su definición resulta injusta para los pueblos. (OPS/OMS, 1978). Navarro señala que esta concepción “presupone que «salud» es un concepto apolítico, conceptuado científicamente, que se aplica a todos los grupos sociales y a todos los períodos históricos por igual” evitando el problema epistemológico del poder. (Navarro, 1998, Cap. 3, párr. 3).

En contraste con lo anterior, la producción histórica de conocimientos también ha evolucionado la concepción de la salud a lo largo del tiempo, aunque esta nueva postura conceptual no esté incorporada al consenso mundial, este proceso dinámico evidencia una permanente modificación de la forma de comprender y reproducirla salud a través de la práctica social, las políticas públicas, el intercambio de saberes, la investigación y la socialización científica. (Rojas Ochoa, 2004).

Tal panorama demuestra como las interpretaciones que se realizan de la salud, bajo una mirada de origen fragmentado, inciden en la forma de diseñar, gestionar e implantar políticas para reproducir este enfoque en su práctica social hacia su naturaleza controladora, hegemónica y reducida al intelecto de las clases gobernantes, intelectuales y gremiales, soslayando los saberes sociales que deberían determinar su praxis salubrista, e indudablemente, al servicio de intereses económicos. (Reátegui, 2008, p. 9).

Sobre esto, las posturas cartesianas y el desarrollo de la biología, el conocimiento, los descubrimientos, la inventiva y la tecnología han fomentado el establecimiento de políticas públicas, para la solución de los problemas de salud (o enfermedad), alejadas de los enfoques

integracionistas con poca participación de las personas beneficiarias de los servicios, en cuyo caso la **participación** también suele ser fragmentada (Jaime, 2016, p.46).

Por otra parte, el *modelo biomédico*, encargado del estudio de la enfermedad como problema fundamental de la sociedad para la “supervivencia” con un alto nivel científico, marca una fuerte influencia racional, biológica y cartesiana que, según Barros (2002), constituye uno de los mecanismos hegemónicos liderados por la medicina que estudia las enfermedades por áreas especializadas y fragmentadas. Este modelo, de la mano del paradigma lógico positivista y el modo de producción capitalista, es un componente determinante que segmenta y fragmenta el sistema de salud, las políticas y los servicios, así como de una concepción morbofílica y mediática de la salud de la gente en la vida cotidiana (Balestrini, 2009, p.243).

La noción de salud y el modelo biomédico reproducen corrientes hegemónicas, que han sido adoptadas por la industria biomédica convenientemente, generando intereses mercantiles ajenos a la salubridad pública y sus prioridades, creando y/o exacerbando necesidades en la población que obligan a los Estados a buscar nuevos mecanismos de financiamiento, dejando tras sí un problema bioético fundamental de la salud pública (Penchaszadeh, 2018, p. 9).

En el caso venezolano, aunque se han realizado inversiones significativas en salud, las políticas públicas se financian por varios mecanismos institucionales acompañadas siempre de la suprema adquisición de medicamentos, materiales, insumos y tecnologías a través de la industria biomédica al servicio del negocio de la enfermedad. Ello no significa que se deba prescindir de ello, pero hoy más que nunca se requiere, en palabras del intelectual latinoamericano De Sousa Santos (2018) “un pensamiento alternativo de alternativas” para poder así hacer más fuerte la idea de una salud con mejor calidad. (p. 2).

Políticas públicas en salud de Venezuela y su sostenibilidad

La creación del Sistema Público Nacional de Salud y la puesta en marcha de Barrio Adentro en el 2003, que se inicia con un incremento significativo en la cobertura de servicios de atención primaria de salud, trajo consigo la concreción de un modelo de atención integral y la creación de una red complementaria de diagnóstico y tratamiento (Organización Panamericana de la Salud, 2006b, p.34).

La Organización Panamericana de la Salud (2014) contempla dentro de sus estrategias para la salud universal: incrementar el acceso y mejorar la cobertura a los servicios de salud, enunciados presentes en las políticas públicas venezolanas; no obstante, el común denominador es que han sido planteadas para resolver problemas específicos o “partes” de problemas complejos de solución intersectorial.

Tales políticas, constituyen un componente de la política social venezolana gestionadas a través de las misiones sociales, las cuales fueron fundadas por el Gobierno nacional para superar la burocracia habitual del Estado y coadyuvar a la equidad con inclusión social. Este mecanismo de misiones tuvo logros significativos de 1999 a 2014 (Carosio, 2018) las cuales, a partir de la voluntad política nacional, se le fueron designando encargos sociales específicos pero fragmentados, con la capacidad financiera y mandatos institucionales limitados dependientes de recursos procedentes de la renta petrolera venezolana.

En la actualidad, al develar el modelo económico en crisis regido por el capital, la lógica rentística ha dejado entrever nuevamente, la dependencia, los vicios y problemas estructurales de un sistema de salud más segmentado y fragmentado que antes. (Elizalde, 2012). En éste, se realizan intervenciones a la salud con resultados parciales, que difieren de lo establecido en el Plan Nacional de Salud 2014-

2019 y sus 19 políticas (Ministerio del Poder Popular de Salud, 2016).

¿Cómo se formulan las Políticas de Salud en Venezuela?

La formulación de las políticas públicas, incluyendo las de salud, puede ser a través de dos vías: bien sea, por medio de la representación política de los colectivos o “democracia representativa”, o por la participación directa de la población o “democracia participativa”. Esta última es la que constitucionalmente se ha adoptado en Venezuela y está declarada como principio de integración social para el sistema de salud de la población. (Perales Arreste, s.f., p. 5).

Sin embargo, Jaime (2016) expone que en el caso de sistemas de salud fragmentados, “por el contrario, la heterogeneidad de valores y principios impide esta integración, y si bien pueden existir niveles altos de participación, se coexiste en una sensación de conflicto e inseguridad latente” (p.47), lo cual se manifiesta en la incongruencia o debilidad entre el aporte del conocimiento y la voluntad de la población en el proceso de construcción y puesta en práctica de las políticas.

En este contexto, el proceso de gestación y gestión de políticas de salud en Venezuela carece de una participación social real; en consecuencia, se impone una visión utilitaria que favorece la reproducción de la enfermedad a través de las políticas, dejando el campo a las corrientes hegemónicas centradas en el enfoque de riesgo y el gasto, con un invariable curso que deja de lado la concepción de inversión sostenible de la salud como un bien público, ético y como un derecho humano.

Hay que asumir responsablemente, que las políticas públicas en el sistema de salud fragmentado de Venezuela no han podido construir conductas sociales sostenibles que impongan la concepción de la salud como sinónimo de felicidad; por el contrario, se ha acentuado exageradamente la prestación de

servicios para curar o prevenir afecciones, que se traduce en una representación construida sobre un sistema de salud centrado en atender la enfermedad como un proceso social.

Este supuesto no excluye los esfuerzos realizados por el Estado, con la política de Barrio Adentro, que promueve una mirada integral del proceso de atención pero denota una fuerte medicalización para la atención a la salud, la necesidad de tecnologías apropiadas y suministros médicos básicos para su funcionamiento.

Asimismo, existe la percepción, por parte de los decisores, que el sistema de salud venezolano debe dar solución a la morbilidad epidemiológica prioritariamente, promoviendo la biomedicina y la infraestructura sanitaria de alta complejidad, como formas favoritas de aplicar políticas para asegurar la salud a la población; contradicción que lleva a preguntarnos: *¿cuál es la relación entre el conocimiento de su salud por parte de la población y las políticas de salud actuales promovidas por los dirigentes?, ¿cuál es la relación entre la carga de enfermedad, la fragmentación y segmentación producto de la aplicación de dichas políticas?* Por tal razón, las brechas que existen entre la subjetividad y necesidades de la población, la interpretación de los decisores y la posibilidad de construir políticas de salud que faciliten la integración de los servicios; se muestran como retos pendientes.

Sobre el buen vivir y el proceso salud-enfermedad

En el devenir del tiempo, se han implementado diversos modelos para el abordaje de la salud: el mágico religioso, social, sanitarista, unicausal, multicausal, epidemiológico, ecológico, histórico-social, entre otros, la mayoría de los cuales coexisten en la actualidad. Esto deja entrever que los seres humanos desde tiempos ancestrales han buscado maneras de dar respuesta a los problemas que

produce el sufrimiento, de acuerdo a la evolución del conocimiento. (Arredondo, 1992).

Así, la salud desde los postulados filosóficos y conceptuales del buen vivir se conceptualiza como arte de reproducir la vida y preservarla como un derecho. Esta alternativa, vigente en los miles de años de historia vivida por nuestros pueblos originarios, ofrece un enfoque diferente que ha comenzado a legitimarse en los países latinoamericanos; frente a los embates del deterioro neoliberal de las instituciones prestadoras de servicios públicos de salud. (Homedes & Ugalde, 2005, p. 210).

Estos países, aún con muchos problemas y dependencias coloniales, se plantean la necesidad de llevar una vida diferente, basada en la cotidianidad de la gente, con la gente y donde la participación social es fundamental, la solidaridad es imprescindible y la emancipación del conocimiento es obligatoria para salir del coloniaje explotador. Tal pretensión no ignora la existencia del modelo hegemónico de desarrollo identificado como insostenible para sus aspiraciones. (Laurell, 2016). Por tanto, vale la pena preguntarse *¿Cómo debería reinterpretarse el enfoque original de salud basado en la filosofía del Buen Vivir?*

Primero, transformando la forma como la sociedad construye conocimientos que, de acuerdo con una elevada valorización de la vida digna, se hace consecuente con la generación de una revolución de la ética y el relacionamiento entre los seres humanos y su interacción con la naturaleza basada en el reconocimiento mutuo y el respeto a la diferencia.

La salud debe interpretarse y asumirse como responsabilidad colectiva más que individual, donde es fundamental la distribución justa de condiciones de vida, bienes y servicios ajustados a un modelo económico sostenible, es decir, una lógica distinta de la vida basada en la cuestión colectiva. A esta nueva corriente conceptual, aún en proceso de consolidación, es lo que hoy denominamos *Salud Colectiva*

(Bertolozzi & De-la-Torre-Ugarte-Guanillo, 2012).

A tal efecto, la sociedad del Buen Vivir, se plantea como una postura teórica capaz de garantizar un modo de producción sostenible, respetuoso de la naturaleza y generador de recursos para la población que los produce, sin descuidar la solidaridad entre los pueblos, la ayuda mutua y el intercambio (Acosta, 2015). Esta postura garantiza el trabajo a toda la población y la producción de bienes e insumos necesarios para la salud y la vida *en y con* la Madre Naturaleza o Pacha Mama. Una cosmovisión que trasciende al rentismo económico neoliberal y evita dejar todos los problemas con solución inmediata para resolver en un futuro; considera sostenible el presente y se promueve el vivir viviendo de las generaciones actuales y futuras de cualquier especie viviente. Lograr esto implica la emancipación del conocimiento colectivo y de las formas de producción.

Vergara Quintero (2007) afirma que el proceso salud-enfermedad debe reinterpretarse como parte de las representaciones y el significado que tienen las personas sobre sus conceptos. En otras palabras, si la enfermedad es considerada como una condición que descuenta años o le resta sentido a la vida, entonces debe ser controlada no solamente desde la determinante biológica sino que, debe ser capaz de transformar los procesos destructivos que causan el denominado *mal vivir* que “con la globalización del capital y sus múltiples formas de acumulación, la mayoría de la población mundial está lejos del bienestar material y ve cómo se afecta cada vez más su seguridad, libertad e identidad” (Acosta, 2016, p. 137).

En el mal vivir la enfermedad es un medio de producción que se estudia e identifica para reproducir capital como sucede con las necesidades sociales. En este caso, Venezuela tiene mucho que corregir, garantizando su soberanía, recuperando su economía y promoviendo la solidaridad y militancia social

con esta idea. Por su parte, el Buen Vivir plantea la resolución de las afectaciones a la salud en armonía con la naturaleza, al invertir en la investigación, atención y medios terapéuticos de restitución se traduce en invertir para la vida y prolongarla plenamente a todos los seres vivos. Se plantea resignificar el Bienestar – Buen Vivir:

“Frente al cambio cultural que fue capaz de producir el neoliberalismo, la cultura depredadora del éxito y el consumo, la digestión y transmutación de nuestros valores ancestrales que, con sus métodos pacíficos, o no, le permitió colonizarnos y que, requiere respuestas orgánicas hacia un cambio cultural que desintoxique, reivindique y revalorice el Buen Vivir, que descolonice y recupere los valores colectivos que hacen posible de manera recursiva la felicidad individual.” (Villasana, Gómez & De Vos, 2018, p. 160)

Posibilidades desde la salud colectiva

Las bases teóricas de la salud colectiva plantean el derecho a la salud como una garantía universal y responsabilidad del Estado, la determinación social de la salud, la promoción y fomento de sistemas públicos de salud universales con políticas integrales e integradoras, la participación social como pilar fundamental y el desarrollo de una militancia en los movimientos sociales, académicos e intelectuales, (Feo, 2019, p.3).

De allí que la determinación social de la salud podría ser la principal base teórica que aborda los estudios de equidad social y la epidemiología vista desde la teoría crítica. Esta teoría a menudo se confunde con las determinantes de la salud que, por el contrario, es una postura contrahegemónica que considera a las determinantes desde la perspectiva del riesgo con algunas ampliaciones en su visión (Álvarez, 2009). El enfoque del riesgo de la epidemiología convencional tiene sus

limitaciones, dada su exagerada visión biológica, individual y fragmentada de las causas de los daños a la salud; aunque es una estrategia muy útil para abordar enfermedades desde su óptica de investigación clínico-epidemiológica sobre poblaciones. (Ruiz y Morillo, 2008).

Así, el concepto de determinación social está íntimamente ligado al sistema de relaciones sociales, la política, economía, entre otros, pero no significa que ignore sus estudios desde la biología y la medicina clínica. Al respecto, los críticos han argumentado que la determinación social debe alejarse del determinismo biológico o histórico en su totalidad (Breilh, 2010). Por otra parte, cuando la salud poblacional se analiza desde una perspectiva integral se pueden abordar mejor los hechos para obtener aproximaciones más certeras con la realidad ya que “los resultados de los estudios en que se analizan los factores condicionantes de la situación de salud difieren cuando el análisis se establece desde una perspectiva individual, de cuando se hace desde una perspectiva social”. (Álvarez, 2009, p. 73).

Para Cardona (2016), resulta necesario enfatizar la cuestión colectiva considerando el proceso salud-enfermedad determinado social e históricamente, así la epidemiología como disciplina puede “integrar múltiples estrategias metodológicas para abordar su objeto de estudio que no es otro que la salud de las poblaciones”. (Arias, 2017, p.194).

¿Una nueva mirada conceptual de la salud para la integración?

La salud colectiva se posiciona como una postura emergente que reinterpreta a la salud como hecho socio histórico, esta corriente epistémica confronta al modelo hegemónico convencional y se plantea la integración como un producto teórico derivado del pensamiento crítico. Los movimientos sociales e intelectuales latinoamericanos la han fundamentado en los últimos años a los fines de buscar nuevas miradas e interpretaciones salubristas alejadas

de los métodos dominantes y las relaciones de poder clasistas de la sociedad. Las corrientes del pensamiento emergente han dinamizado la búsqueda de nuevas soluciones donde, la participación de la población se hace imprescindible involucrando los saberes histórico-sociales, su voluntad y la co-gestión de un modelo de salud adaptado a las condiciones de los pueblos del sur, quienes determinan, a través de ésta, su salud y su forma de vivir.

Como perspectiva, la salud colectiva y sus bases teóricas plantean el estudio y la transformación permanente de la salud como un producto social y como un proceso socio histórico (Cardona Arias, 2016); emerge de sí misma la posibilidad de generar conocimientos para una práctica emancipadora de la salud que garantice la permanencia, reproducción y evolución de la vida.

Por su parte, el concepto de determinación social plantea que la praxis es el elemento que sustenta y determina la relación objeto-sujeto, y es determinada por ellos (Breilh, 2013, p.22).

La defensa del derecho a la salud y la transformación del sistema de salud hacia la universalidad e integración; son dos pretensiones teóricas que promueve la salud colectiva. Estas dos categorías se encuentran como mandato en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela de 1999, en sus artículos 83, 84 y 85. Allí se describen las bases que dan la oportunidad de profundizar la integración del sistema de salud de Venezuela y convertirla en un punto de encuentro entre el Estado y la sociedad. Este proceso debe ser el resultado de una amplia concertación de la vida pública nacional. (Feo & Curcio, 2004).

Balance y perspectivas

El sistema público de salud venezolano mantiene una marcada *segmentación* financiera que profundiza la fragmentación organizativa de los servicios que, en medio de una drástica reducción del gasto público, experimentan un

problema de funcionamiento y operatividad afectando la cobertura y la calidad de éstos. Esta conclusión evidencia una fuerte influencia del modelo de atención de la salud venezolano por parte de la episteme de la salud pública hegemónica, que va de la mano con el capital, la segmentación financiera poblacional y la fragmentación de los servicios de salud.

Es un desafío inminente trascender la cultura neocolonial de administrar un Estado con economía rentista hacia la aplicación de una política social que posibilite la estabilidad financiera e integración de sus servicios, mejorar la salud y la calidad de vida. Para ello, es indispensable descolonizar la práctica de la salud haciendo uso de la democratización en la producción económica y ejercicio de los saberes como mecanismo de construcción de una cultura del Bienestar-Buen Vivir desde el ejercicio del Poder Popular.

Las oportunidades que da la teoría de la salud colectiva dan lugar a plantear la posibilidad de integrar el financiamiento de la salud en un solo fondo que asuma toda la política de salud, la visión de los servicios de salud integrados debe ser promovidos por un ente rector facultado por la vía del hecho y ante las leyes, esto requiere un mayor fortalecimiento institucional del Ministerio del Poder Popular para la salud.

Hay una necesidad de entablar un diálogo social que permita superar la barrera que se establece entre el conocimiento social y la forma en cómo se operan las políticas de salud en los servicios asistenciales, cuyo

esfuerzo de ser asegurado de una sistematización respetuosa que reconozca en la población el saber originario de la salud.

La postura teórica de la salud colectiva defiende que a través del diálogo social participativo acompañado de un financiamiento unificado, es posible regionalizar los servicios de salud en sus bases operativas, bajo una sola dirección, un solo plan de trabajo y un equipo de salud bien formado para garantizar la salud a las personas, la familia y la comunidad desde la red comunal de salud hasta los hospitales de alta complejidad técnica. Este es el mayor reto que hoy en día tienen las Áreas de Salud Integral comunitarias.

Para consolidar la idea de un sistema de salud integrado en Venezuela, la sociedad y el Estado deben estar convencidos que la Salud Colectiva ofrece el rescate de acciones que abordan el enfoque histórico-social alrededor de los problemas de salud con la efectiva participación de los movimientos sociales en todo el proceso, de allí surgen una nueva lógica de diseño, gestión y control social de políticas de salud.

La realización de todas estas propuestas teóricas requiere urgentes cambios políticos, económicos y culturales; cambiar el sistema hegemónico de producción capitalista y colonizador y construir la salud en su concepto amplio, obliga a modificar sus determinantes para cambiar la forma en cómo nacer, vivir, pensar y morir.

Referencias Bibliográficas

Acosta, A. (2015). El Buen Vivir como alternativa al desarrollo. Algunas reflexiones económicas y no tan económicas. *Política y Sociedad*, 52(2), 299-330. Recuperado de

https://doi.org/10.5209/rev_POSO.2015.v52.n2.45203.

Acosta, A. (2016). El Buen Vivir, una propuesta con potencialidad global. *Rev. Investig.*

- Altoandin*, 18(2), 135-142. Recuperado de <http://huajsapata.unap.edu.pe/ria/index.php/ria/article/view/194>.
- Alvarado, C., Martínez, M.E., Vivas-Martínez, S., Gutiérrez, N. J. & Metzger, W. (2008). Cambio social y política de salud en Venezuela. *Medicina Social*, 3(2), 113-129.
- Álvarez Castaño, L. (2009). Los determinantes sociales de la salud: más allá de los factores de riesgo. *Rev. Gerenc. Polit. Salud*, 8(17), 69-79.
- Arias, V. (2017). Epidemiología, equidad en salud y justicia social. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*. 35(2), 186-196. <https://dx.doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v35n2a03>.
- Arredondo, A. (1992). Análisis y reflexión sobre modelos teóricos del proceso salud-enfermedad. *CadSaúde Públ*; 8(3), 254-61.
- Balestrini, M. (2009). *El discurso médico en el capitalismo. Algunas de sus premisas constitutivas*. Caracas: Consultores Asociados.
- Barillas, E. (1997). La fragmentación de los sistemas nacionales de salud. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 1, 246-249.
- Barros, J. (2002). Pensando o proceso saúde doença: a que responde o modelo biomédico? *Saúde e Sociedade*, 11(1), 67-84.
- Bertolozzi, M y De-la-Torre-Ugarte-Guanillo, M. (2012). Salud colectiva: fundamentos conceptuales. *Salud Areandina*. 1(1), 24-36.
- Betancourt, J. & Wilson, M. (2015). Identificación de fragmentación en el aprendizaje en carreras de la salud. *Educación Médica Superior*, 29(3), 448-456.
- Bonvecchio, A., Becerril Montekio, V. & Carriedo Lutzenkirchen, A. (2011). Sistema de salud de Venezuela. *Salud Pública Méx*. 53(2), 275-286.
- Breilh J. (2010). *Epidemiología: economía política y salud*. Quito: Editorial Universidad Andina Simón Bolívar.
- Breilh, J. (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 31(Supl. 1), 13-27.
- Caraballo, J. (2014). *Modelo organizativo, funcional y operativo para integrar el Sistema Público Nacional de Salud desde la Red Ambulatoria*. República Bolivariana de Venezuela. Año 2013. Maracay: S.A. "Dr. Arnoldo Gabaldon". Experiencias Académicas, N° 1.
- Cardona Arias, J. (2016). Determinantes y determinación social de la salud como confluencia de la salud pública, la epidemiología y la clínica. *Archivos de Medicina*, 16(1), 183-191.
- Carosio, A. (2018). Política Social en Venezuela: Las Misiones Sociales. *Encuentros Latinoamericanos*. Segunda Época. 1(1), p. 41-67. Recuperado de: <http://ojs.fhuce.edu.uy/index.php/enclat/article/view/66>.
- Carrillo Roa, A. (2018). Sistema de salud en Venezuela: ¿un paciente sin remedio? *Cadernos de Saúde Pública*, Río de

- Janeiro [online]. 34(3), 1-15. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00058517>
- Casallas Murillo, A. L. (2017). La medicina social-salud colectiva latinoamericanas: una visión integradora frente a la salud pública tradicional. *Rev Cienc Salud*;15(3), 397-408. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.12804/revistas.urosa.rio.edu.co/revsalud/a.6123>.
- Curcio, P. (2009). El gasto de salud antes y durante la revolución bolivariana en Venezuela. *Salud Problema*, 3(5,6,7), 31-48.
- De Sousa Santos, B. (2018). Epistemología del Sur: un pensamiento alternativo de alternativas políticas. *Geograficando*,14(1). Recuperado de <https://doi.org/10.24215/2346898Xe032>.
- Elizalde, R. M. (2012). *Antes de que se me olvide. Conversación con Rosa Miriam Elizalde*. La Habana, Cuba: Editora Política.
- Feo, O. & Curcio, P. (2004). La salud en el proceso constituyente venezolano. *Revista Cubana de Salud Pública*, 30(2). Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-346620040002000008&lng=es&tlng=pt
- Feo, O. (2019). *Medicina Social y la Salud Colectiva Latinoamericana*. Recuperado de http://201.249.62.219/ead/ead/pluginfile.php/85913/mod_resource/content/2/Medicina%20Social%20y%20la%20Salud%20Colectiva%20Latinoamericana.pdf.
- García, J. C. (1983). Medicina y sociedad. Las corrientes de pensamiento en el campo de la salud. *Educ Med Salud*. 17(4), 383-97. Recuperado de hist.library.paho.org/Spanish/EMS/6322.pdf.
- Homedes, N. & Ugalde, A. (2005). Reformas de salud neoliberales en América Latina: Una visión crítica a través de dos estudios de casos. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J PublicHealth*, 17(3), 210-220. Recuperado de <https://scielosp.org/pdf/rpsp/v17n3/a12v17n3.pdf>
- Jaime, S. F. (2016). Participación social en sistemas de salud fragmentados: ¿una relación virtuosa? *Gerencia y Políticas de Salud*, 15(30),36-56. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgyps15-30.psss>
- Laurell, A. C. (2016). Las reformas de salud en América Latina: procesos y resultados. *Cuad. relac. labor.*, 34(2), 293-314. <http://dx.doi.org/10.5209/CRLA.53458>
- Levcovitz, E. (2007). *Procesos de cambios y desafío para los sistemas de salud basados en la estrategia renovada de APS*. [Presentación]. Recuperado de: http://www.paho.org/hq/documents/events/ecuador07/Procesos_Cambio_Sistemas_Salud_Basados_APS-OPS-Eduardo_Levcovitz.pps
- Navarro, V. (1998). *Concepto actual de la salud pública*. Recuperado de <https://ifdcsanluis-slu.infod.edu.ar/sitio/upload/navarro.pdf>
- Organización de Naciones Unidas (2018). *Report of the Independent Expert on the promotion of a democratic and equitable international order on his mission to the Bolivarian Republic of Venezuela and Ecuador*. (A/HRC/39/47/Add.1).

- Recuperado de:
<https://undocs.org/A/HRC/39/47/ADD.1>
- Organización Panamericana de la Salud. (1978). *Declaración de Alma-Ata*. Recuperado de www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm
- Organización Panamericana de la Salud. (2006a). *Documentos básicos, suplemento de la 45ª edición, octubre de 2006 como consecuencia de la entrada en vigor de las modificaciones adoptadas por la 51ª Asamblea Mundial de la Salud*. [En línea] Recuperado de https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf
- Organización Panamericana de la Salud. (2006b). *Barrio Adentro: Derecho a la salud e inclusión social en Venezuela*. Caracas, Venezuela. OPS
- Organización Panamericana de la Salud. (2014). *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud*. (CD53/5, Rev. 2) 53º Consejo Directivo; 66a Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas. Recuperado de: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/CD53-5-s.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud. (2007). Las políticas públicas y los sistemas y servicios de salud (cap. 4, pp. 134-415). En: OPS, La salud en las Américas. Vol. I Regional. Recuperado de: <http://www.paho.org/hia/archivosvol1/volregionalesp/SEA07%20Regional%20SPA%20Cap%204.pdf>
- Penchaszadeh, V. (2018). Bioética y salud pública. *Revista Iberoamericana de Bioética*, 7, 1-15. doi:<https://doi.org/10.14422/rib.i07.y2018.004>
- Perales Arretxe, I. (s.f.). *Poder local y democracia participativa en América Latina*. Recuperado de https://presupuestosparticipativos.com/wp-content/uploads/2016/12/POder_local_y_democracia_participativa_en_America_Latina.pdf
- Pereira, J. & Heredia, H. (2014). Conjeturas sobre el derecho social y la salud en Venezuela. *Revista Latinoamericana de Derecho Social*, 18, 3-27
- Reátegui, E. (2008). *Saber sobre promoción de la salud en familias y personal de salud. (Tesis doctoral)*. Universidad Nacional de Trujillo. Perú. Recuperado de <http://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/5411/Tesis%20Doctorado%20-%20Elva%20Re%C3%A1tegui%20Del%20Castillo.pdf?sequence=1>
- República Bolivariana de Venezuela. Asamblea Nacional. (1999, diciembre 30). *Constitución de la República Bolivariana de Venezuela*. En: Tribunal Supremo de Justicia, *Gaceta Oficial de la República*, 36.860 [Extraordinaria]. Recuperado de <http://www.mp.gob.ve/LEYES/constitucion/constitucion1.html>
- República Bolivariana de Venezuela. Ministerio del Poder Popular para la Salud. (2016). *Plan Nacional de Salud 2014-2019*. Caracas: OPS.
- Rojas Ochoa, F. (2004). El componente social de la salud pública en el siglo XXI. *Revista Cubana de Salud Pública*, 30(3). Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000300008&lng=es&tlng=es

- Roses, M. (2007, agosto 17). *Palabras de la Dra. Mirta Roses, Directora OPS/OMS Cierre de la Conferencia internacional de salud para el desarrollo: derechos, hechos y realidades: de Alma Ata a la declaración del milenio*. En: Buenos Aires 30/15”, 1-9
- Ruiz, A. & Morillo, L. (2008). *Epidemiología clínica: Investigación clínica aplicada*. Bogotá: Editorial Médica Panamericana
- Vergara Quintero, M. (2007). Tres concepciones históricas del concepto salud-enfermedad. *Rev Hacia la promoción de la Salud*, 12, 41-50. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/3091/309126689003.pdf>
- Villasana, P. (2005). La descentralización de los servicios de atención a la salud en Venezuela. Una aproximación crítica a las contradicciones a la luz de la nueva ley de salud. *Revista Comunidad y Salud*, 3(2), 1-20.
- Villasana, P., Gómez, R. D. & De Vos, P. (2018). Aproximación crítico-hermenéutica a la noción de Bienestar en el marco del Neoliberalismo. *Utopía y Praxis Latinoamericana*, 23(83), 148 – 164. <http://doi.org/10.5281/zenodo.1438590>

Fecha de recepción: 04 de marzo de 2019
Fecha de aceptación: 13 de mayo de 2019