



Revista de Ciencias Sociales (Ve)

ISSN: 1315-9518

cclemez@luz.ve

Universidad del Zulia

Venezuela

Pérez Lugo, Jorge; Suárez, Pilar Katiushka; Bentacourt, José de los Santos; Cote, Giovanna Paola

Modelos de gestión de la salud en Venezuela en la década de los 90

Revista de Ciencias Sociales (Ve), vol. XIV, núm. 2, mayo-agosto, 2008, pp. 346-357

Universidad del Zulia

Maracaibo, Venezuela

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28011672010>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

## Modelos de gestión de la salud en Venezuela en la década de los 90

Pérez Lugo, Jorge\*  
Suárez, Pilar Katiuska\*\*  
Bentacourt, José de los Santos\*\*\*  
Cote, Giovanna Paola\*\*\*\*

### Resumen

El sistema de salud en Venezuela, ha experimentado en las últimas décadas una profunda crisis que se evidencia en los problemas de accesibilidad, cobertura, calidad y legitimidad que enfrentan las instituciones que prestan los servicios médico-asistenciales. En este contexto surgen, se desarrollan y consolidan nuevas formas de gestión dirigidas a elevar la eficacia, eficiencia y efectividad de los servicios en el marco de la descentralización, participación y democratización de la salud, como estrategias para la reforma del Estado, la redefinición de roles y mecanismos de diseño y ejecución de políticas y programas sociales y la incorporación de nuevos actores en el escenario de la salud. En el presente artículo se exploran e identifican algunas de esas nuevas formas de gestión de los servicios de salud en Venezuela y se concluye que la municipalización en salud, los Sistemas Locales de Salud, las Fundaciones y Microempresas constituyen experiencias innovadoras que pueden contribuir a mejorar y fortalecer el sistema de salud venezolano.

**Palabras clave:** Salud, gestión pública, modelo médico asistencial, descentralización, participación.

### *Health Management Models in Venezuela During the 1990s*

### Abstract

In the last decades, the health system in Venezuela has experienced a profound crisis evidenced in the problems of accessibility, coverage, quality and legitimacy facing the institutions that offer medical assistance

\* Sociólogo. Candidato a Doctor en Ciencias Sociales, mención gerencia en la Universidad del Zulia. Acreditado al Programa de Promoción al Investigador Nivel I. Telf. 0261-7596943. E-mail: jepelu@hotmail.com.

\*\* Médica Cirujana. Neuróloga Pediatra. Magíster en Administración del Sector Salud, mención Epidemiología. Doctora en Ciencias Médicas. Profesora de la Escuela de Medicina de la Universidad del Zulia. Acreditada al Programa de Promoción al Investigador Nivel I. E-mail: psuarez@hotmail.com

\*\*\* Sociólogo. Candidato a Magíster en Desarrollo Local. Instituto Zuliano de Estudios Políticos, Económicos y Sociales (IZEPES). E-mail: bsantos2@hotmail.com.

\*\*\*\* Médica Cirujana. Universidad del Zulia. Hospital Gervacio Vera Custodio. Upata, estado Bolívar, Venezuela. E-mail: giovannacote@hotmail.com

Recibido: 07-11-14 • Aceptado: 08-01-23

services. In this context, new management modes arise, develop and are consolidated, focused on raising the efficacy, efficiency and effectiveness of the services within the framework of the decentralization, participation and democratization of health as State reform strategies, redefining roles and mechanisms for the design and execution of social policies and programs and the incorporation of new actors on the health scene. This study explores and identifies some of those new management modes for health services in Venezuela and concludes that municipalization in health, local health systems, foundations and small businesses constitute innovative experiences that could contribute to improving and strengthening the Venezuelan health system.

**Key words:** Health, public management, medical assistance model, decentralization, participation.

## **Introducción**

En Venezuela, se aprecia desde finales de la década del 70 la crisis del sector público debido a la difícil situación económica existente en el país, la cual se agudizó y profundizó durante la década de los 80 dando origen a las políticas de ajuste implantadas en los años 1990-1992; Esta situación, generó la necesidad de desarrollar un proceso de reforma y modernización del Estado con el objeto de establecer nuevas formas de organización y gestión de la administración pública, todo esto impactando en cada uno de los niveles de la vida pública nacional como lo son el educativo, el cultural, el de salud, entre otros.

En lo que al sector salud se refiere, en general se ha observado un funcionamiento inadecuado de los respectivos sistemas de administración pública, que da cuenta de la insuficiente planificación, la desorganización y descoordinación entre los entes encargados del sector y la ausencia de mecanismos de control y evaluación, aspectos que se evidencian con los resultados que producen las organizaciones públicas de salud que expresan la insatisfacción de las demandas de la población; así como por los problemas de eficiencia, eficacia, cobertura, accesibilidad y legitimidad que confrontan las instituciones que prestan los servicios médico-asistenciales.

En este contexto, el sector salud también ha experimentado un conjunto de refor-

mas y estrategias de modernización, a partir del proceso de descentralización, ya que buena parte de los problemas de dicho sector se han relacionado con el modelo de gestión centralizado, que ha caracterizado la administración pública venezolana. Así mismo, se ha buscado promocionar la participación en salud para enfrentar los problemas asociados con la falta de mecanismos de supervisión y control de suministros y recursos destinados a la prestación de los servicios médico-asistenciales.

En este sentido, el presente artículo pretende dar cuenta de algunos modelos de gestión aplicados en el sector salud, que van desde aquellos que privilegian el nivel local, hasta los que integran el sector privado como actor clave para el éxito de la administración de salud. Entre ellos se destacan los Sistemas Locales de Salud (SILOS), las Microempresas de Servicios de Salud, los Servicios Autónomos, Barrio Adentro, entre otros, los cuales constituyen experiencias concretas dirigidas a garantizar la accesibilidad y cobertura de los servicios y elevar la eficacia de la gestión de salud en Venezuela.

## **1. Consideraciones Generales**

Para finales de la década de los 80 y principios de los 90, en Venezuela, se evidenciaban signos de agotamiento del modelo médico hegemónico de funcionamiento del siste-

ma de salud. Al respecto, y según la Comisión para la Reforma del Estado (COPRE) en ese momento, “el modelo de atención médica implantado en el país se caracteriza por su poca capacidad para impactar positivamente en las condiciones de salud de grandes grupos poblacionales, dada su exagerada propensión al desarrollo de actividades enfáticamente curativas e individuales y el escaso apego a las acciones preventivas y de carácter colectivo. A ello se añade la dispersión y desarticulación institucional que caracteriza al conjunto de instituciones públicas y privadas del sector” (COPRE, 1989: 44).

Una década más tarde, los establecimientos de salud en Venezuela, se caracterizan por presentar problemas de acceso, cobertura y calidad en la prestación de los servicios médico-asistenciales que se ofrecen a la población en general (1). Se cuentan -entre otras razones- la carencia de suministros, la recurrente paralización de las actividades y las propias condiciones inadecuadas de la red de servicios, lo que permite afirmar que el sector salud experimenta en la actualidad una profunda crisis que se evidencia en el desmejoramiento de la atención, calidad y cobertura de los servicios médico-asistenciales que presta; así como en el deterioro progresivo de la salud de la población (2).

Para algunos especialistas, las características referidas, deben considerarse como consecuencias de la gestión pública de salud en Venezuela, que se ha adelantado bajo un sistema de administración que ha demostrado ser ineficiente, ineficaz e inefectivo; y por la injerencia política dentro del sector, que se expresa mediante los conflictos que enfrentan las instituciones gubernamentales encargadas del funcionamiento del Sistema de Salud en el país, destacándose entre los principales:

- Falta de continuidad administrativa en la gestión.
- Ausencia de evaluación de los programas de salud.
- Falta de efectividad en la atención de la demanda de salud.

En el sector salud se precisa la presencia de varios modelos organizativos; una inadecuada administración de los recursos institucionales; un proceso lento y poco participativo para adelantar las negociaciones y la toma de decisiones; déficit presupuestario; y fuertes tensiones generadas por los conflictos entre las diferentes instancias de poder que están presentes en el sistema de salud venezolano (3).

Ante este contexto, se registra entonces un proceso de reforma y modernización dentro del sector salud, cuyas estrategias fundamentales las constituyen la descentralización de los servicios de salud, la participación y la democratización de la salud.

## **2. En torno al proceso de reforma y modernización del sector salud en Venezuela en la década de los 90**

### **2.1. Las políticas públicas de salud**

Las Políticas Públicas de Salud en Venezuela, se han diseñado y ejecutado bajo una concepción restringida de la salud, porque ésta ha sido asumida solamente como ausencia de enfermedad, prevaleciendo la práctica médico-asistencial curativa frente a la preventiva, lo que ha contribuido a fortalecer el modelo médico hegemónico, por lo que el sistema de salud termina siendo altamente jerárquico, burocratizado y medicalizado; en cuya planificación prevalece una tendencia centralista, que impide al Ministerio de Salud, asistir y gerenciar adecuadamente los requerimien-

tos en términos de infraestructura, equipamiento, suministros médicos-quirúrgicos y recursos humanos, que demandan los centros de salud.

Por tanto, la descentralización de los servicios de salud estaba plenamente justificada como una estrategia que permitiría sacar de la crisis a los servicios de salud, y posibilitaría, adicionalmente, a los gobiernos regionales influir, organizar, controlar, evaluar y administrar los recursos destinados para este sector.

## **2.2. Reforma del Estado: la descentralización, la participación y la democratización en salud.**

Para superar la situación de crisis del sector público salud que se evidenció a finales de la década de los 80 y que se agudizó durante los 90, se ha registrado la implantación de modelos de gestión cuyos ejes articuladores se apoyan en la democratización en salud y se fundamentan discursivamente en el carácter preventivo de la misma, con el propósito de superar los escollos del modelo médico vigente y la medicalización, su falta de articulación, burocratización y los residuos del modelo centralista-populista.

El proceso de reforma del sector salud que se inició, inscrito en el macro-proceso de reforma general del Estado venezolano, contempló como estrategias alternativas los procesos de descentralización, participación y democratización en salud, apoyados en la Ley Orgánica de Descentralización, Delimitación y Transferencia de Competencias del Poder Público de 1989, introduciendo nuevos elementos y actores que condicionan el funcionamiento que actualmente tienen las instituciones médico-asistenciales.

La implantación de la descentralización en salud, fue entonces concebida para lo-

grar incrementar la eficacia y eficiencia en el funcionamiento de los servicios públicos de salud, en el marco del proceso de reforma del Estado, con el propósito de mejorar la administración y control de los recursos en las entidades federales, para lograr una ampliación de la red asistencial ambulatoria, un conocimiento más próximo de las realidades regionales de salud y un manejo y distribución adecuada de los recursos con relación a las necesidades regionales.

Al respecto, en Venezuela, la COPRE establece que “la Descentralización debe ser entendida, básicamente, como un proceso político con expresión territorial e institucional. Significa una redistribución territorial del poder...remite al doble mecanismo de crear instancias de participación democrática más extendidas y gobernables, y ser un poderosísimo impulso para descongestionar al Estado y permitir su eficiencia” (COPRE, 1988:60).

En este contexto, la descentralización emerge no sólo como una condición para profundizar la democratización y como parte de una estrategia para enfrentar la crisis económica, sino como la forma de organización más adecuada para implantar y desarrollar un nuevo paradigma que se apoye en la complementariedad entre los sectores social, público y privado (Finot, 2001).

Sin embargo, el proceso se ha visto afectado por las reales condiciones en que actúan los actores involucrados, entre los que se ha establecido una lucha por el control de los espacios de poder y por la defensa de los intereses particulares, entre otras razones.

Ahora bien, aunado a ello, la necesidad de transformar y descentralizar al Estado ha convertido la participación en un eje fundamental de las prácticas descentralizadoras. “La participación se asocia a un proceso de profundización democrática y a una estrate-

gia de modificación de las relaciones de poder que el Estado centralizado se mostró incapaz de alcanzar en su trayectoria histórica” (Rofman, 1996:12).

Por ello, la Participación Social es hoy uno de los desafíos más importantes en la gestión pública de salud en Venezuela, porque la crisis exige la implantación de modelos de gestión en salud que no solamente busquen liberar al Estado del compromiso y la responsabilidad de atender las necesidades de salud de la población mediante la descentralización, sino que además estén dirigidos a la democratización de los procesos de gestión que propicien la participación social en todos sus niveles (Rodríguez y Pérez, 1996).

Así, la participación social debe registrarse en un escenario global, vinculada al proceso político; donde las decisiones que tienen que ver con la implantación de políticas, programas y proyectos, van dirigidas a grandes sectores de la población; y por tanto, su radio de acción no queda circunscrito a un pequeño segmento de la sociedad.

Se contribuiría además con la democratización de la salud, la cual se apoyaría en el complejo institucional del Estado, que debe estimular diversos géneros y formas de asociación, de manera tal que se puedan articular los derechos del individuo con la posibilidad de realización de los mismos. “El desarrollo democrático de las relaciones entre la sociedad y el Estado significa -esencialmente- presencia y participación social, no sólo crecientes sino también genuinas en el ejercicio y en la finalidad del poder político” (Carrera, 1988:50).

Sin embargo, a pesar del avance obtenido por el proceso de descentralización, se identifican muchas dificultades asociadas con la implantación de nuevos modelos de gestión, ya que algunos de ellos han sido poco permeables a la participación, porque no se

han desarrollado suficientes mecanismos que faciliten la incorporación de los ciudadanos y grupos organizados en la gestión, debido, entre otras razones, a que los valores políticos y culturales relacionados con la participación no han sido los prevalentes en la cultura política del venezolano.

Al respecto, Ríos plantea que “el discurso político moderno, que ha intentado abonar el terreno para un cambio estructural de la democracia venezolana basado en el fortalecimiento de la participación de la sociedad civil dentro de los procesos de toma de decisión y en la redefinición del rol del Estado, todavía no parece haber conseguido eco en las mayorías del país, donde aún prevalecen intactos algunos de los valores propios del paternalismo estatal” (Ríos, 1995:14).

Aún así, se puede dar cuenta de todo un conjunto de procesos y acciones ejecutadas en función de la transformación del Estado venezolano y de la redefinición de espacios, actores y valores para el ejercicio de la democracia y para la administración de la salud en Venezuela; por lo que hay que considerar la presencia de algunos nuevos modelos de gestión en salud, como alternativas válidas para enfrentar los problemas existentes en los establecimientos que prestan los servicios, a la luz de un enfoque sociológico que permita identificar las variables involucradas, con el fin de contribuir al conocimiento y comprensión de estas nuevas expresiones para determinar si son consonas con las exigencias que plantea la modernización del país.

### **3. Gestión gubernamental, desarrollo local y nuevos actores en Salud**

En la década de los 90 se evidenció con fuerza en Venezuela, la necesidad de buscar y

desarrollar mecanismos que posibilitaran e incrementaran el mejoramiento de la capacidad para gerenciar los servicios públicos, entre ellos los de salud, por estar sometidos a las exigencias que plantean los procesos modernizadores y de cambio político-administrativo y de redistribución de funciones en la burocracia gubernamental.

En este sentido, las herramientas tradicionales desarrolladas, en el marco de la gestión gubernamental, no contemplaban la interconexión entre estos procesos, que han generado nuevos fenómenos a nivel de la gestión pública; porque asistimos a un gran proceso de transformación, no sólo de la actividad humana, sino también del funcionamiento de los sistemas de relaciones de poder (Crosier, 1997:9).

Al respecto, Dror (1997), plantea que aunque los gobiernos no son los principales impulsores del cambio social, ni son capaces por sí solos de producir los adelantos deseados, desempeñan un papel clave en la orientación y en la macro-gestión que demandan las transformaciones sociales, políticas y de gestión, incluyendo la movilización y el estímulo para que los múltiples actores que se desenvuelven en la escena social y política cumplan con los roles que hacen falta para lograr dichas transformaciones.

Se identifica, en este contexto, el escenario local como el espacio idóneo para el ejercicio democrático, asumiendo el desarrollo local como el proceso que parte de la realidad existente para transformarla, atendiendo a principios de solidaridad y de sostenibilidad tanto en lo político como en lo económico, ambiental, social y cultural, concepción que confiere al poder local el papel fundamental en la acción de desarrollo del Estado, imponiéndoles a las municipalidades como misión: impulsar el desarrollo local con la participación activa, auténtica y conciente de la población (Jiménez, 2001: 6/7).

En este orden de ideas, el Estado venezolano, dentro de su proceso de reforma, contempló la modernización de la administración pública, al punto de crearse en los niveles regionales las Comisionadurías para la Modernización de las gobernaciones, desde donde se planificarían y ejecutarían las acciones encaminadas a implantar nuevos procedimientos y mecanismos para la transformación de las instancias gubernamentales.

Aunado a ello, diferentes reformas jurídicas avalan los procesos identificados, registradas tales reformas en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, sancionada en 1999, que establece una reformulación significativa del Régimen Municipal, al incorporar como elemento fundamental la participación ciudadana, la cual estaba limitada en la Constitución anterior de 1961 al derecho al sufragio como mecanismo por excelencia de la democracia representativa (Barrios, 2001: 21).

La nueva Constitución establece entonces "...que todos los ciudadanos y ciudadanas tienen el derecho a participar libremente en los asuntos públicos, directamente o por medio de representantes...un cambio fundamental con respecto a la Constitución del 61...este derecho llevado al terreno municipal, implica la incorporación de la participación ciudadana al proceso de definición y ejecución de la gestión pública y el control y evaluación de sus resultados, en forma efectiva y oportuna...hacer del municipio el motor fundamental de la ordenación y promoción del desarrollo económico y social local, de la dotación y prestación de los servicios públicos..." (Herrera, 2001: 41).

#### **4. Modelos de gestión en salud en la década de los 90**

En Venezuela, específicamente en el Estado Zulia, desde mediados del año 1993, se

generan varios Decretos, entre los que vale la pena destacar el N° 119, mediante el cual se establecen las bases para la organización, funcionamiento, administración y control de los servicios de salud y de los establecimientos que los conforman. Dicho Reglamento es el marco normativo más general donde se pauta, entre otras cosas, el funcionamiento de las instancias de gestión local de salud. Cuando entra en vigencia este Decreto, se inicia la estrategia para dar cabida a lo que podría concebirse -desde el punto de vista oficial- como participación social de salud en la gestión local.

Ahora bien, dentro de los nuevos modelos de gestión en salud, que se registran en Venezuela durante la década de los 90, se destacan las juntas socio sanitarias y socio hospitalarias, los Sistemas Locales de Salud (SILOS), los Municipios hacia la salud, las Fundaciones y las Microempresas, entre otros.

**4.1. Las Juntas Socio-sanitarias y Socio-hospitalarias:** Las Juntas Socio-hospitalarias y Socio-sanitarias surgen como instancia de participación para la gestión en salud, ya que representan el mecanismo de organización participativa institucional correspondiente al primer nivel de atención. De acuerdo a los reglamentos oficiales, las Juntas Socio-sanitarias tiene como objetivo promover la participación del equipo de salud y de la comunidad organizada residente en el área geográfica de ubicación del establecimiento de salud, con la finalidad de efectuar los estudios necesarios y aportar las soluciones a los problemas sanitarios, de acuerdo a lo planteado por el Reglamento Interno para el funcionamiento de las Instituciones Locales de Gestión Comunal de 1993, del Sistema Regional de Salud; así como por el Decreto No. 119 emanado de la Gobernación del Estado Zulia en Julio de 1993 mencionado anteriormente.

Al respecto, se puede evidenciar que para la década del 90, los resultados sobre el proceso de participación en salud han sido bastante tímidos (4).

**4.2. Los Sistemas Locales de Salud (SILOS):** Para darle respuesta al desarrollo de la estrategia de Atención Primaria de Salud (APS), en Venezuela, se busca incorporar la táctica SILOS con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), desde recién iniciada la década de los 90, cuando el MSDS como órgano rector de las políticas de salud asumió con carácter prioritario la Resolución No. G-414 del 30/04/90, en cumplimiento de lo establecido en la Resolución XV, aprobada por la XXXIII Reunión del Consejo Directivo de la OPS celebrada en Washington, D.C., en septiembre de 1988; donde se insta a los gobiernos miembros a desarrollar actividades dirigidas al Desarrollo y Fortalecimiento de los SILOS, como base fundamental para la transformación de los Sistemas Nacionales de Salud.

Para la implantación y desarrollo de la táctica operacional SILOS, se requiere conquistar ciertos objetivos, entre los cuales destacan: la sectorización, el sistema de información, la descentralización, la intersectorialidad y la participación social. El modelo SILOS busca implantarse en Venezuela, casi simultáneo al proceso de descentralización en el país, lo que permite la creación de varios SILOS, en los primeros años de la década del 90, llevados a cabo en forma lenta y enfrentando diversos obstáculos, por la incidencia de los factores políticos en el proceso de toma de decisiones (5); sobre todo por la limitada competencia en materia de salud otorgadas a las municipalidades.

**4.3. Los Municipios Saludables:** Los Municipios hacia la salud, constituyen otra modalidad de gestión en salud. En 1994 se ini-



cia en Venezuela la ejecución del proyecto “Municipios hacia la salud”, que no es más que la adaptación del proyecto “Ciudades sanas” que se realiza en Europa desde 1986, colocándose la salud en un nivel elevado en la agenda política de los gobiernos locales y de las comunidades. El proyecto ha establecido alianzas políticas, administrativas y técnicas para la salud y buenas bases para la acción de cambio e innovación, mediante el desarrollo conceptual que se realiza con el apoyo técnico de la OPS.

El municipio asume el rol de gestor de los recursos destinados a la ejecución de los planes y programas elaborados por la comunidad, como proyectos a ser realizados para la prevención, mantenimiento y consolidación de su salud; desarrollándose una metodología que tiene como pilar fundamental la participación social en la cogestión de la salud, entendida como la acción de actores con capacidad, habilidad y oportunidad para identificar problemas y necesidades, definir prioridades, y formular y negociar sus propuestas en la perspectiva del desarrollo de la salud. La metodología establecida está sustentada en la promoción de la salud y en la programación local participativa.

En Venezuela, el movimiento de comunidades saludables comienza a finales de 1993 y se inicia en el municipio Zamora del Estado Falcón. Este es el primer municipio hacia la salud en Venezuela y el octavo en el mundo (6).

**4.4. Las Fundaciones de Salud:** Se identifica otra modalidad como lo es la Fundación, estimulada por el proceso de descentralización y la necesidad, por parte del gobierno regional, de lograr algunos resultados en materia de salud, en términos rápidos y efectistas mediante la gruesa inyección de recursos otorgados al sector salud. Así surge FUNDA-

SALUD-Zulia para otorgar financiamiento a través de la inversión proveniente del Fondo Intergubernamental para la Descentralización (FIDES) y de la Ley de Asignaciones Económicas Especiales (LAEE).

También se registra FUNDAISLETAS en Puerto Píritu, Edo. Anzoátegui; INSALUD en Valencia, Edo. Carabobo; y FUNDASALUD en Barquisimeto, Edo. Lara, como experiencias innovadoras en el país (7).

Además, dentro de los nuevos modelos de gestión implantados en el Estado Zulia, en Maracaibo se registra a mediados de la década del 90, la transferencia de un establecimiento de salud tan significativo como lo es el Hospital Universitario de Maracaibo, acto que se produce en 1995 mediante Decreto N° 735 cuando se convierte en “Servicio Autónomo HUM”. Se le designa un Comité Directivo constituido por representantes del MSDS, Gobernación del Estado Zulia, Universidad del Zulia, Fuerzas Armadas Nacionales y Empresa MARAVEN, coordinado por el Director del Hospital. Vale destacar que el Director actual Dr. Teodoro Reyes, elegido en 1998, ha sido el único director en 37 años, designado mediante concurso interno de credenciales entre varios aspirantes, estando al frente de dicha dependencia durante un lapso de 4 años.

**4.5. Las Microempresas:** El interés de crear establecimientos tomados como novedosos por la medicina familiar conlleva a la generación de experiencias exitosas debido a la implantación de establecimientos de salud manejados con la participación de la comunidad organizada. Este tipo de representaciones de ambulatorios fue una iniciativa del Dr. Gruber, quien implanta en la parroquia Francisco Ochoa del municipio San Francisco el Ambulatorio médico-asistencial “Luis Sergio Pérez” fundado en 1993 por el Gobernador Oswaldo Álvarez Paz, cuya dotación de per-

sonal e insumos fue delegada por la gobernación, pero que funciona como un conjunto de microempresas conformadas por médicos, enfermeras y personal obrero.

Este tipo de ambulatorio fue producto de la idea que el Dr. Gruber cristalizó desde un principio, en el Servicio de Medicina Familiar del Hospital General del Sur. El modelo de funcionamiento basado en la microempresa para ofrecer el servicio de salud en dicho establecimiento fue el objetivo fundamental del Dr. Gruber para dar a demostrar que sí se podía crear un organismo conformado por 3 sectores como lo son: la comunidad, sector público y privado, erradicando los vicios característicos de la gestión pública (8).

#### **4.6. La participación de la Iglesia:**

Además, en la región zuliana, se pone de manifiesto el fortalecimiento de la acción llevada a cabo por la Iglesia dentro del sector salud, gracias a su presencia en centros de salud, por medio de las instancias adscritas a la Arquidiócesis de Maracaibo; correspondientes al Secretariado de Pastoral Social (Fundación SEPAS). Se cuenta además, con el apoyo de una Asociación Civil denominada Asociación por la Salud y la Ética (ASE), creada en 1994, que tiene por finalidad difundir la ética y la humanización de la medicina.

Así pues, la acción de la Iglesia en Maracaibo, en salud, ha definido una estrategia bastante integral, que aspira lograr un cambio en las actitudes de los trabajadores de este sector, de tal forma que se pueda garantizar el respeto a la vida humana y los derechos de las personas enfermas; así como también, el fortalecimiento e integración de centros de salud en donde se pueda prestar un servicio de calidad, en establecimientos que cuenten con una infraestructura limpia y acogedora; con énfasis en la prevención y en concordancia con el desarrollo de una atención integral al paciente

y a sus familiares, soportada por el estilo de gestión honesta y participativa; y sobre todo, a bajo costo para que pueda ser accesible a la mayoría de la población.

Se pone de manifiesto también el fortalecimiento de la misión pastoral en los hospitales y demás centros de salud, con la presencia de congregaciones y grupos de voluntariado religiosos, así como también con su intervención en la administración de ambulatorios pertenecientes a la red del Sistema Regional de Salud, que han pasado a manos de la Iglesia bajo la figura del comodato principalmente.

También se observa la presencia de la Iglesia en la constitución de los Centros Populares de Salud Integral, que ya funcionan en varias comunidades donde se ha concretado la estrategia difundida por la Arquidiócesis de Maracaibo, en su dimensión comunitaria-sanitaria, a través de la Coordinación de Salud, que reúne a grupos de salud de más de 20 comunidades pobres del área urbana de la ciudad y de las etnias wayúu, barí y yucpas de las zonas rurales.

Todas estas formas de gestión en salud identificadas, permiten afirmar que se está llevando a cabo un esfuerzo por elevar la eficiencia, eficacia y efectividad de la prestación de los servicios médico-asistenciales en Venezuela, involucrando nuevos actores y estrategias para alcanzar el objetivo.

## **5. Consideraciones finales**

Observar y analizar las experiencias que se pueden identificar en este nuevo milenio, en lo que a la prestación de salud se refiere, en Venezuela, permite profundizar los conocimientos acerca de modalidades de gestión que podrían constituir un modelo replicable en diferentes instituciones médico-asistenciales, modificando el funcionamiento de

las mismas, implantando nuevos mecanismos y procedimientos para elevar la calidad del servicio que prestan y solventar muchos de los problemas que las caracterizan.

Además, se debe considerar el alcance del macro-proceso de reforma en este contexto por todos los elementos y variables involucradas, tales como nuevos actores dentro y fuera del sector salud, que ahora participan en los procesos de planificación, ejecución y financiamiento de las políticas y programas en el área; nuevos procedimientos y mecanismos para el desarrollo de la gestión, incorporando paradigmas y técnicas que han dado resultados satisfactorios en el ámbito de la prestación de servicios dentro del sector privado; redefinición de los espacios políticos territoriales además de la redistribución del poder entre los agentes involucrados en la gestión de salud.

En este sentido, se deben considerar aquellas alternativas de gestión implantadas en el sector y reconocidas por la opinión pública como exitosas, para identificar sus ventajas competitivas y trasladarlas a otros entornos que necesitan ser reformados y perfeccionados.

Se deben entonces continuar y profundizar las reflexiones e investigaciones para contribuir con el fortalecimiento y consolidación de la descentralización, la participación y la democratización en salud, para optimizar el funcionamiento del sistema de salud en Venezuela.

## **Notas**

1. Ver al respecto "La crisis sanitario-asistencial venezolana, los proyectos privatizadores y las políticas del Estado" donde Carquez y León (1995:129) concluyen que en el campo de la salud vivimos una realidad distinta a la que el discurso del gobierno de turno, a través de sus autori-

dades, pretende hacer creer, definitivamente la infraestructura sanitario asistencial del país ha colapsado; independientemente de que aún subsista una amplia y valiosa red de centros e instituciones, y un amplio y calificado personal adscrito a ellas, pero la funcionalidad, la eficiencia, la exigencia de resultados positivos en expansión ha desaparecido.

2. En la prensa nacional se reseñan la crisis de salud que se registra en Venezuela, con noticias sobre las condiciones en que se encuentran las instituciones que prestan servicios médico-asistenciales. Ver al respecto artículos de prensa como los aparecidos en el diario El Nacional con fecha del jueves 14 de mayo de 1998, cuerpo C, página 2. En el diario Panorama con fecha del domingo 24 de mayo de 1998, cuerpo 2, página 1 y cuerpo 3, página 2; con fecha del viernes 25 de agosto de 2000, 1/16; con fecha del jueves 7 de septiembre, 1/12; con fecha del viernes 8 de septiembre de 2000, 1/9. Y en el diario El Universal con fecha del viernes 9 de julio de 1999, cuerpo 4, página 1.
3. Se entiende por Sistema de Salud "un conjunto de mecanismos a través de los cuales los recursos humanos y la capacidad instalada se organizan por medio de un proceso administrativo y de una tecnología médica para ofrecer prestaciones de salud integrales, en cantidad suficiente y de calidad adecuada para cubrir la demanda de servicios de la comunidad a un costo compatible con los fondos disponibles" (Manzanilla, 1989:10).
4. La información que se dispone de las Juntas Socio-sanitarias en el Sistema Integrado de Atención Médica revela que desde Mayo de 1994 hasta Marzo de 1997 solamente hay el registro de la constitución de 16 Juntas de los 43 ambulatorios tipo I, II

- y III que corresponden al municipio Maracaibo. Ver al respecto Rodríguez y Pérez: Balance y perspectiva de la participación social en salud, en el municipio Maracaibo del Edo. Zulia en la década de los 90. Revista Espacio Abierto. Vol. 6 N° 2. Mayo-Agosto de 1997.
5. Para conocer sobre los SILOS y su implantación y desarrollo en el Estado Zulia ver al respecto ABREU, Maglée et al (1995): Perfil y potencialidad de los Sistemas Locales de Salud en el Municipio Maracaibo del Estado Zulia. Tesis de Grado. Universidad del Zulia. Escuela de Sociología. También para conocer algunas de las experiencias registradas en diferentes estados del país ver los boletines: Desarrollo y fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud en Venezuela. Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. OMS/OPS. Investigación operativa N° 1. Caracas, Octubre de 1989; Material de apoyo N° 2. Caracas, Marzo de 1990; Material de apoyo N° 3. Caracas, Junio de 1990; Material de apoyo N° 4. Caracas, Septiembre de 1990; y Material de apoyo N° 5. Caracas, Noviembre de 1990.
6. Se puede profundizar la información sobre el Proyecto y su ejecución en Venezuela en TOBA, María (1996): "Desarrollo de las experiencias de Municipios hacia la Salud en Venezuela" En Proyectos Municipios hacia la Salud: experiencia venezolana. OPS/OMS. Caracas, Venezuela. La información sobre el municipio Zamora aparece en Zárraga, Pedro (2001): 20 experiencias exitosas de gestión en salud pública. Fundación Polar. Caracas, Venezuela.
7. Para conocer estas experiencias ver al respecto Zárraga, Pedro (2001): 20 experiencias exitosas de gestión en salud pública. Fundación Polar. Caracas, Venezuela.
8. Se puede profundizar la información al respecto en Gruber-Sucre, Félix (1995): Una nueva gerencia en los servicios públicos de salud en Venezuela. Fundación Polar. Caracas, Venezuela; y en Zárraga, Pedro (2001): 20 experiencias exitosas de gestión en salud pública. Fundación Polar. Caracas, Venezuela.

### **Bibliografía citada**

- Abreu, Maglée et al. (1995). **Perfil y potencialidad de los Sistemas Locales de Salud en el Municipio Maracaibo del Estado Zulia**. Tesis de Grado. Universidad del Zulia. Escuela de Sociología.
- Barrios, Fermín (2001). "La Constitución y la participación ciudadana en la gestión municipal". En **Elecciones y poder local en la nueva gestión municipal**. Consejo Nacional Electoral. Caracas, Venezuela.
- Carquéz, Freddy y León, José (1995). **La crisis sanitario-asistencial venezolana, los proyectos privatizadores y las políticas del Estado**. Editorial Tatum, C. A. Carabobo, Venezuela.
- COPRE (1988). "La reforma del Estado". Proyecto de Reforma Integral del Estado. Volumen 1, Caracas, Venezuela.
- COPRE (1989). **Una Política Social para la Reafirmación de la Democracia**. Editorial Arte. Caracas, Venezuela. Volumen 8.
- Crosier, Michel (1997). "La transición del paradigma burocrático a una cultura de gestión pública" I Congreso Interamericano del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública. Anales 3. Hacia Nuevos Enfoques de Gestión Pública.
- Dror, Yehezkel (1997). "Mejoramiento de la capacidad para gobernar en América Lati-

- na” En **Reforma y Democracia**. Revista del CLAD N° 7. Pp. 47-62. Enero. Caracas, Venezuela.
- Finot, Ivan (2001). Descentralización en América Latina: teoría y práctica. **CEPAL-Serie Gestión Pública** N° 12. Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social (ILPES). Santiago de Chile.
- Gruber-Sucre, Félix (1995). **Una nueva gerencia en los servicios públicos de salud en Venezuela**. Fundación Polar. Caracas, Venezuela.
- Herrera, Ernesto (2001). “El municipio en la nueva Constitución”. En: **Elecciones y poder local en la nueva gestión municipal**. Consejo Nacional Electoral. Caracas, Venezuela.
- Manzanilla, Luis (1989). “Un Sistema Nacional de Salud”. En **Salud para todos...en Venezuela**. Fundación Fondo Editorial Acta Científica Venezolana. Caracas, Venezuela.
- Ríos, Argelia (1995). “A mi que me resuelvan todo” **Economía Hoy**. 02/04/1995. Caracas, Venezuela. Pp. 14.
- Rodríguez, Isabel y Pérez, Jorge (1996). “Salud y participación social comunitaria” **Espacio Abierto**. Cuaderno Venezolano de Sociología. Volumen V N° 3. Septiembre-Diciembre. Maracaibo, Venezuela.
- Rodríguez, Isabel y Pérez, Jorge (1997). “Balance y perspectiva de la participación social en salud, en el municipio Maracaibo del Edo. Zulia en la década de los 90” **Espacio Abierto**. Cuaderno Venezolano de Sociología. Volumen 6 N° 2. Mayo-Agosto. Maracaibo, Venezuela.
- Rofman, Alejandro (1996). “El proceso de descentralización en América Latina. Causas, desarrollo, perspectivas” Documento del CLAD.
- Toba, María (1996). “Desarrollo de las experiencias de Municipios hacia la Salud en Venezuela” En: **Proyectos Municipios hacia la Salud: experiencia venezolana**. OPS/OMS. Caracas, Venezuela.
- Zárraga, Pedro (2001). **20 experiencias exitosas de gestión en salud pública**. Fundación Polar. Caracas, Venezuela.