

**Gustavo Alcántara Moreno**

# **GLOBALIZACIÓN Y POLÍTICAS PÚBLICAS DE SALUD EN VENEZUELA**

**Misión Barrio Adentro**

**Gustavo Alcántara Moreno**



Vicerrectorado Administrativo  
Mérida - Venezuela

**GLOBALIZACIÓN Y POLÍTICAS PÚBLICAS  
DE SALUD EN VENEZUELA: MISIÓN BARRIO ADENTRO**



La globalización, ese proceso complejo, multifacético y multidimensional, efectivamente ejerce su influencia no sólo en la salud mundial, sino en el proceso de formulación de políticas públicas de salud por parte del moderno Estado nacional democrático, como es el caso del Estado venezolano. Esas políticas de salud son, además, el resultado del contexto nacional, marcado por la economía, el sistema político y, en fin, la cultura de cada sociedad, que a su vez se estructura en diversas instituciones.

Bajo esas premisas teóricas y metodológicas, el presente libro aborda un fenómeno controversial, que cuenta con defensores y detractores, como lo es la Misión Barrio Adentro, bandera de los programas sociales del gobierno del autodenominado Socialismo del Siglo XXI de Hugo Chávez (1999-2013).

Empleando las herramientas de las ciencias humanas y de la salud, a través del estudio de las instituciones, desde una perspectiva interdisciplinaria y sistémica, se aborda este complejo tópico de la actualidad sociopolítica nacional. Coyuntura que trasciende fronteras a través de su génesis en el Convenio de Cooperación con Cuba y la Misión Médica Cubana enviada a Venezuela por el régimen autocrático de los hermanos Castro, pretendiendo consolidarse en una política regional de salud a través de la Alianza Bolivariana para los pueblos de nuestra América (ALBA).

Se trata de un texto que, al intentar explicar las debilidades y disfunciones institucionales de la Misión Barrio Adentro, en tiempos recientes de globalización, se adentra en la incuestionable realidad histórica de la economía petrolera rentística nacional, en las creencias, costumbres y valores que identifican el ser venezolano y, en las tendencias populistas, clientelares y asistencialistas de su régimen político.



◆◆ GUSTAVO ALCÁNTARA MORENO ◆◆



UNIVERSIDAD  
DE LOS ANDES  
VICERRECTORADO ADMINISTRATIVO  
MÉRIDA - VENEZUELA

GLOBALIZACIÓN Y POLÍTICAS PÚBLICAS  
DE SALUD EN VENEZUELA: LA MISIÓN BARRIO ADENTRO

Primera edición, 2015  
© Vicerrectorado Administrativo ULA, 2015  
© Gustavo Alcántara Moreno, 2015

Hecho el Depósito de Ley  
Depósito Legal: lf2372015613455  
ISBN: 978-980-11-1757-5

---

Derechos reservados.  
Prohibida la reproducción total o parcial  
de esta obra sin la autorización escrita del autor

---

Diseño de carátula:  
Yoscar Jesús Díaz Gavidia  
yosjdg2815@gmail.com  
Departamento de Arte y Diseño, TGU

Diagramación:  
Magaly Coromoto Ramírez Trejo  
magalytrej@gmail.com  
Departamento de Arte y Diseño, TGU

---

Corrección:  
María Fernanda Fernández Rojas  
fernandezmariafernanda05@gmail.com

Impresión:  
Universidad de Los Andes  
Talleres Gráficos Universitarios. Mérida  
talleresgraficos@ula.ve

---

## *Dedicatoria*



*Para Evelyne, mi esposa,  
y nuestras hijas, Sofía Isabella y Michelle Natalia.*



# Agradecimiento



*Deseo expresar mi más sincero agradecimiento a todas las personas que colaboraron con la realización del presente libro, particularmente al Dr. Eliéxer Urdaneta Carruyo, quien fungió como tutor de la tesis doctoral que dio pie al mismo. También extiéndolo mi reconocimiento, por la lectura y sugerencias que del borrador y del manuscrito final gentilmente elaboraron, a mis colegas profesores y amigos.*

*Mi eterna gratitud a mi familia, en especial a mis padres, por su apoyo, estímulo y ejemplo de disciplina.*

*Así mismo, hago un reconocimiento a la Universidad de Los Andes, en especial a los todos los integrantes del HUMANIC, así como también al Departamento de Ciencias de la Conducta y el Grupo de Investigación Sociedad y Salud (GISS) de la Facultad de Medicina, en los cuales me desempeño como docente e investigador.*

*Mención especial al Dr. Manuel Aranguren, vicerrector de la Universidad de Los Andes, por su apoyo institucional para la edición del material impreso.*







## PRÓLOGO

---

El presente libro es producto de la tesis doctoral del Dr. Gustavo Alcántara Moreno, quien se propuso investigar la influencia de la globalización en la formulación de políticas de salud en Venezuela a través de la Misión Barrio Adentro (MBA).

Es bien conocido que desde 1999 el Ministerio de Salud y Desarrollo Social, ya tenía conocimiento de graves fallas acumuladas durante varios años, en el sistema de salud venezolano que conllevaba al deterioro de prestación de servicios. Para entonces existía poca equidad y baja cobertura de los mismos, insatisfacción de usuarios y proveedores, red de servicios desarticulada y anacrónica, inadecuado sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes y saturación en la atención hospitalaria de III nivel, súper especializada y dotada de tecnología avanzada pero de altísimo costo.

Debido a ello, el entonces presidente Hugo Chávez creó el programa social llamado MBA con la ayuda del gobierno cubano, en el cual inicialmente se utilizó a médicos venezolanos y cubanos para prestar servicios de salud en ambulatorios pequeños recién construídos y dotados de todos los insumos

médicos, a la población venezolana que vivía en barrios, en zonas de difícil acceso y en aquellas alejadas de los hospitales. Posteriormente el gobierno anunció la aplicación de «Barrio Adentro II», en ambulatorios más grandes y provistos de otros servicios. En 2005 se creó «Barrio Adentro III» con la construcción de seiscientos Centros Diagnósticos integrales (CDI) y seiscientas Salas de Rehabilitación integral y un año después, se inició «Barrio Adentro IV» con la inauguración de Centros de Alta Tecnología como el Hospital Cardiológico Infantil en Caracas.

Ahora bien en la MBA intervino de manera directa – como jamás había sucedido en nuestra historia de país independiente – un actor fuera del contexto nacional: el Estado Cubano; y lo hizo a través de la importación de médicos de aquella isla del Caribe, por cuyos servicios Venezuela le cancelaba a Cuba con miles de barriles de petróleo venezolano. Pero además el mismo gobierno cubano a través de su política exterior, tuvo desde el principio influencia directa en la aplicación y gestión de este programa.

Por otro lado, con el nacimiento de la MBA el Sistema Público Nacional de Salud venezolano se dividió en tres partes. La MBA al igual que las demás «*misiones*» creadas por el Gobierno de Hugo Chávez, consolidó desde el punto de vista político los valores y símbolos de la “revolución bolivariana” y originó además un sistema administrativo paralelo al del Ministerio de Salud y Desarrollo Social y al del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales, restándoles así, cuantiosos recursos económicos necesarios para su normal funcionamiento.

A partir de entonces las políticas sanitarias del país la ejecutaron tres organismos distintos e independientes entre sí, y en vez de haberse logrado integrar las redes de los servicios de salud, se fragmentaron aún más con resultados dispersos y pocos convincentes. A partir de 2008 la MBA inició su deterioro: los médicos cubanos se comenzaron a retirar, se cerraron módulos y las edificaciones mal construidas rápidamente se dañaron. Para el año 2009, en todo el país había más de dos mil módulos de la MBA completamente abandonados.

En esta obra de cinco capítulos bien estructurados, el Dr. Alcántara hace un amplio recorrido a través de la globalización para explicar de manera magistral este fenómeno y relacionarlo particularmente con las políticas públicas de salud en Venezuela. Primero analiza los conceptos de nación, democracia y estado moderno; luego describe la globalización, las políticas públicas de salud y el nuevo institucionalismo; continúa con el análisis de la integración regional, la cooperación internacional y las políticas de salud en Venezuela a partir de 1999; posteriormente detalla la MBA en Venezuela y sus debilidades institucionales; y por último, examina la educación médica venezolana y la medicina integral comunitaria.

En fin, es para mí un honor prologar este libro y presentarlo a la vez a la comunidad médica del país y a la sociedad venezolana en general, hechura del intelecto y la experiencia forjada durante varios años de indagación académica sobre la globalización y sus repercusiones en la realidad social del país, de mi destacado alumno y amigo el Dr. Gustavo Alcántara Moreno, con el deseo sirva como referencia para la comprensión y el análisis crítico de las políticas nacionales de salud y en particular la MBA como factor institucional introducido con

finés más ideológico-políticos que médicos, en el cada vez más deteriorado sistema de salud venezolano durante los últimos quince años de gobierno.

Mérida, 30 enero de 2015

**Dr. Eliéxer R. Urdaneta Carruyo**  
Profesor Titular  
Facultad de Medicina  
Universidad de Los Andes  
Mérida-Venezuela





## INTRODUCCIÓN

---

El propósito fundamental del presente libro consiste en determinar la influencia de la globalización en la formulación de las políticas de salud en Venezuela, específicamente en el caso de la Misión Barrio Adentro (MBA), a través del enfoque teórico metodológico conocido como el *nuevo institucionalismo*.

Se trata de un libro que nació de la realización de una tesis para optar al título de doctor en Ciencias Humanas en la Universidad de Los Andes, Mérida, Venezuela; por tal motivo, se trata de un texto imbuido por las ciencias sociales y humanas. Así pues, el presente trabajo puede resultar de utilidad para profesionales y estudiantes de Ciencia(s) política(s), sociología, economía, derecho, historia, medicina, salud pública y gerencia, entre otras disciplinas del saber.

Lo anterior, sin embargo, no reduce el texto al ámbito de lectura académica, pues la temática abordada también es atractiva para aquellos lectores que deseen informarse sobre la situación sociopolítica venezolana de los últimos 15 años.

Así pues, de entrada es fundamental aclarar que en el presente trabajo se considera a la globalización como un proceso complejo, multifacético y multidimensional. La manera de concebir tal fenómeno, no se reduce a una sola faceta del mismo.

Es menester explicar que existen perspectivas que se han enfocado exclusivamente en la dimensión económica de la globalización y, de manera específica, en una sola de sus visiones ideológicas o teóricas, tal y como es la neoliberal. Sin embargo, la globalización no equivale ni es sinónimo de globalización neoliberal o, también denominada, globalización corporativa. Cuando se reduce la globalización a la ideología del dominio del libre mercado a nivel mundial en beneficio de los grandes poderes económicos multinacionales, el término adecuado a utilizarse es el de *globalismo*.

Tal y como lo señala Stiglitz (2006), la globalización “abarca muchas cosas: flujo internacional de ideas y conocimientos, intercambio cultural, sociedad civil global y movimiento global a favor del medio ambiente” (p. 28). Así pues, uno de los principales cometidos del Estado democrático moderno tiene que ver con la satisfacción de las demandas de salud de la población. Entre los mecanismos para solventar dicha exigencia se encuentra el proceso de políticas públicas de salud, entendido operacionalmente en el presente texto como el diseño y aplicación de programas, actividades o líneas de acción, destinados a proveer de soluciones a los problemas y demandas que afectan la situación sanitaria de la población, en tiempos de globalización.

Al respecto, hay que destacar que, según Navarro y Shi (2001), quienes hacen investigación en el área de la salud pública con poca frecuencia, toman en cuenta la influencia de los cambios sociopolíticos a nivel macro, tales como las ideologías políticas y las instituciones, en la configuración de las opciones de políticas públicas o en la selección de los conocimientos a tomar en cuenta en la formulación de las mismas.

En tal sentido, se considera que las políticas públicas son una ciencia aplicada y su aprendizaje es parte de su razón de ser. Las políticas siempre han sido exploradas y explicadas con la sensación de que al hacerlo podrían ser útiles para el gobierno (Freeman, 2006).

Adicionalmente, en un mundo globalizado debe tomarse en cuenta el hecho de que los actores que producen las políticas públicas en general y particularmente en salud, no necesariamente están ubicados en el ámbito del Estado nacional. Se trata de un contexto en el que emanan actores extraterritoriales, transfronterizos y transnacionales que juegan un importante papel en la formulación de las políticas dirigidas a ciudadanos de un país determinado. Dichos formuladores pudieran circunscribirse tanto a la esfera pública como privada.

Precisamente, en el proceso de formulación de la Misión Barrio Adentro (MBA) puede percibirse cómo interviene de manera incipiente un actor extraterritorial, con conveniencias distintas y contradictorias a los de ciertos sectores de la sociedad venezolana e incluso del mismísimo interés nacional patrio, que en este caso sería el Estado cubano, a través de la misión médica cubana que opera formalmente en Venezuela desde 2003. Esto

es posible gracias a la integración regional y a la cooperación internacional en general y, más específicamente, en materia de salud.

Tanto la integración regional como la cooperación internacional son consideradas en este libro como subvariables o dimensiones de la globalización, las cuales son las que propician, en parte, que se genere un instrumento jurídico específico como lo es el Convenio Integral de Cooperación entre la República de Cuba y la República Bolivariana de Venezuela (2000).

Dicho convenio posee múltiples variables y diversos componentes. En primer lugar, se sustenta en la variable económica, específicamente a través de la economía petrolera venezolana, que permite el envío diario de 53.000 barriles de petróleo hacia Cuba. Esa variable económica está interconectada con la segunda variable, que sería la salud, pues se establece un canje de personal médico cubano para laborar en las zonas populares más desposeídas y desasistidas de Venezuela, como contraprestación por el suministro petrolero venezolano.

En este punto entra en juego la variable política, pues el convenio es un instrumento político que sintetiza el potencial petrolero venezolano con la diplomacia médica cubana de exportar personal de salud para prestar servicios internacionalmente. La síntesis de estas dos variables es la que en parte genera la formulación de la MBA, como una política de salud que ofreció, sin éxito posterior, poner en práctica los principios globalizadores de la Atención Primaria en Salud de la Conferencia de Alma-Ata (1978) y la Promoción de la Salud de la Carta de Ottawa (1986). Ambos principios se encuentran recogidos en instrumentos que son el producto del trazado



jurídico de la globalización, que constituiría al derecho como variable a considerar.

Se dice que el convenio genera “en parte” la MBA, por el hecho de que, indudablemente, existen aspectos nacionales y locales, propios del contexto venezolano, que han impulsado la formulación de dicha Misión.

Cuando se hace referencia al contexto nacional, se está haciendo alusión a la cultura como variable social, propia del análisis sociológico que pone el énfasis en aspectos tales como las costumbres, creencias y valores de la población. Es necesario tomar en cuenta dichos aspectos porque la MBA introduce prácticas y principios que pudieran no encajar en el contexto venezolano. Como ejemplos pueden citarse: el principio de participación de la comunidad en salud, habiéndose caracterizado Venezuela por un asistencialismo sanitario desde mediados del siglo XX; o el caso de la introducción primordial de la medicina preventiva en una sociedad con predominio histórico de la medicina curativa.

De manera que, el objeto de estudio y análisis abordado en el presente libro debe ser acometido desde un enfoque interdisciplinario, motivado a las características de complejidad de la realidad acometida.

Por esta razón, desde el punto de vista metodológico y epistemológico, este trabajo tiene como propósito fundamental disertar sobre la interdisciplinariedad en relación con el tema de investigación propuesto; por lo tanto, el objeto de estudio se enmarca dentro del área de competencia particular de las ciencias sociales y humanas.

Asimismo, se hace énfasis en el marco institucional en el cual se aplica la MBA, tanto desde el nivel global y regional, como el nacional. Por ello, en el presente estudio se toma la palabra de March y Olsen (2006) en cuanto a que en política las instituciones importan, complementando dicha aseveración con la propuesta de Nohlen (2005) desde la perspectiva del institucionalismo histórico-empírico, de que al marco institucional hay que agregarle el análisis del contexto donde dichas instituciones se generan y desarrollan.

Conforme a lo anterior, se agrega el hecho de que “gran parte de la investigación en el institucionalismo histórico adopta un enfoque de nivel meso, concentrándose, por ejemplo, en los desarrollos de políticas en un área particular” (Pierson y Skocpol, 2008, p. 19), que en el presente libro es la salud.

En este orden de ideas, se utiliza la perspectiva institucional en el sentido que privilegia el carácter explicativo de las instituciones de salud (formales o informales) en el contexto de un mundo globalizado con respecto al esclarecimiento de la formulación de las políticas de salud por parte del Estado, en el ámbito social venezolano. Tal y como lo señala Sitek (2010), en el caso de la atención de la salud, los enfoques provenientes del nuevo institucionalismo son particularmente útiles porque “permiten ir más allá del ámbito estrictamente político y ver el proceso de elaboración de las políticas en el contexto de la interdependencia entre el Estado y el ámbito político y las estructuras complejas de las organizaciones e intereses en el sector de la salud” (p. 570).

El nuevo institucionalismo puede definirse como un enfoque funcional-descriptivo que concede un papel más

autónomo a las instituciones, en fin el nuevo institucionalismo es producto del encuentro entre la historia con la teoría de las instituciones (Rhodes, 1997).

Así pues, se intentó dar respuesta a las siguientes preguntas:

- ¿En qué forma la globalización influye en la formulación y configuración de la MBA como política de salud, particularmente en el contexto institucional?
- ¿La globalización, a través de la integración y la cooperación internacional en salud plasmada en el Convenio Integral de Cooperación entre Cuba y la República Bolivariana de Venezuela, influye y estructura el proceso y el contexto en el cual se formula la política sanitaria venezolana, específicamente la MBA?

Dichas interrogantes conllevaron a intentar determinar la influencia de la globalización en la formulación de la MBA como política pública de salud, a través del nuevo institucionalismo. Por ello, se buscó aplicar dicho enfoque como perspectiva teórico-metodológica que explique la política de salud venezolana en la globalización, particularmente el caso de la MBA.

Además, se trató de conocer algunas de las repercusiones de la globalización con respecto a la nación, la democracia, el Estado Moderno y las políticas públicas.

Asimismo, se le dio importancia a establecer la relación entre los procesos de integración regional y cooperación internacional en salud como expresión de la globalización, con respecto a la formulación de la política de salud en Venezuela, en especial de la MBA.

Todo esto condujo a realizar algunas apreciaciones sobre las debilidades institucionales de la MBA, como política pública de salud.

En tal sentido, el presente libro se organizó y estructuró a través del desarrollo los siguientes cinco capítulos.

En el capítulo I se abordaron de manera general fenómenos clave como la nación, la democracia, el Estado Moderno y las políticas públicas en relación con el proceso de globalización.

El primer aspecto que se tocó fue el referente a la distinción entre la globalización, el globalismo y la globalización desde abajo, siendo el primer concepto el más amplio y el que contiene a los dos restantes, los cuales se consideran opuestos. Tanto el globalismo como la globalización desde abajo son dos posturas o visiones antitéticas y enfrentadas, pues cada una plantea una posición particular sobre lo que es o debe ser la globalización.

Luego, se intentó destacar cuáles eran los procesos y flujos que están relacionados con el término globalización y que han trascendido las fronteras durante los últimos años. Por este motivo, la unidad de análisis principal a estudiar fue el Estado-Nación, puesto que las fronteras traspasadas por la globalización son las nacionales (Alcántara Moreno, 2011; Messner, 2001, Laurell, 2000).

En tal sentido, se hizo referencia al problema que se le plantea a la nación debido a los influjos a los que la unidad nacional se ve sometida como consecuencia de la globalización y cómo esos problemas se reflejan en la proliferación de movimientos nacionalistas y en la pérdida de la propia identidad originaria. Luego, se disertó sobre el sistema político más difundido



en el mundo, tal y como lo es la democracia, planteando cuáles son sus puntos débiles y los desafíos que le depara la globalización, basándose principalmente en el concepto de democracia cosmopolita (Held, 1997). Posteriormente, se hicieron unas reflexiones sobre el Estado Moderno y el cambio social que implica la globalización. Finalmente, se abordó la situación de las políticas públicas, particularmente de salud, en la globalización.

En lo que respecta al Capítulo II, se disertó sobre la interdisciplinarietà en relación con el estudio referente a la globalización y su influencia en las políticas de salud en Venezuela. Se hizo mención a la metodología sistémica y de tipo documental. Se reflexionó sobre la necesidad de un nuevo paradigma científico al cual se le denomina como “paradigma emergente”, un paradigma con enfoques postpositivistas que consideran que todo sistema o una estructura dinámica requieren el uso de un pensamiento o una lógica dialécticos.

Se concluyó que es pertinente utilizar un enfoque sistémico, considerando las nociones de totalidad y complejidad propias de la globalización y las políticas de salud, lo que comporta un abordaje teórico-metodológico interdisciplinario, enmarcado en el campo de las ciencias humanas.

Más adelante, se propuso además un marco metodológico basado en el enfoque del nuevo institucionalismo, que sea útil para dar respuesta a la pregunta de investigación relativa a qué influencia ha tenido el proceso de globalización en la formulación de las políticas de salud por parte del Estado Venezolano, específicamente en la MBA (1999-2009).

En referencia al capítulo III, el mismo establece la relación entre los procesos de integración regional y cooperación

internacional en salud con respecto a la formulación de políticas públicas de salud en Venezuela, en un escenario de globalización. El abordaje se hace desde la perspectiva del nuevo institucionalismo en el sentido que se estudian instituciones de salud a nivel internacional, regional, multilateral y bilateral, estableciendo su correspondencia con las políticas venezolanas en el plano sanitario (1999-2009).

Se argumentó que en Venezuela, desde el punto de vista formal existen políticas públicas de salud convergentes con la agenda internacional de salud, tales como la Atención Primaria en Salud (APS), la participación comunitaria y la universalidad en el acceso a los servicios sanitarios, apareciendo estas dos primeras enunciadas en el *Plan de desarrollo económico y social de la nación 2001-2007* al señalar que “se está introduciendo una reorganización profunda del sistema de salud pública con énfasis en la atención primaria, apoyada en la organización comunitaria de la población, objeto de su atención” (República Bolivariana de Venezuela, 2001, p. 14) . Sin embargo, aún no cuentan con una institucionalidad sólida en el sistema de salud que les permita materializarse en la realidad, para lograr trascender el plano netamente discursivo y de oferta electoral populista.

En el Capítulo IV se realizaron algunas apreciaciones sobre las debilidades institucionales de la MBA como política pública de salud en Venezuela. En este punto, si bien se continúa desde la perspectiva teórico-metodológica con el hilo conductor del institucionalismo, particularmente se hace uso complementario del institucionalismo contextualizado.

Es de destacar que en este apartado se hizo un análisis de la coyuntura venezolana, tomando en cuenta factores políticos, económicos, sociales e históricos, atractivos para aquellos lectores que buscan informarse y conocer el caso venezolano bajo el régimen autodenominado como “revolución bolivariana”. Un régimen marcado por un presidencialismo exacerbado que, en la práctica, borró la división y contrapeso de los tradicionales poderes públicos, acentuando el autoritarismo de corte populista y carismático, sustentado en el clientelismo generado por una repartición paternalista de la renta petrolera.

De tal modo, el énfasis particular recayó en el contexto de la globalización desde abajo y el globalismo, como fuerzas que influyen en la génesis e implementación de dicha política de salud, tomando en cuenta su relación dialéctica. Se propuso que, para que la MBA pueda concretarse y lograr un desarrollo institucional aceptable, es indispensable que se adecúe y elabore conforme a las características históricas y sociopolíticas de Venezuela.

En el Capítulo V se abordó la diatriba generada entre el perfil de los médicos egresados de las Facultades de Medicina de las universidades autónomas venezolanas y, las características de los estudiantes del Programa de Medicina Integral Comunitaria formados para laborar en la MBA, creada inicialmente para garantizar la atención primaria en salud, con predominio de personal de atención proveniente de Cuba.

Finalmente, se establecieron las conclusiones de la investigación.





# 1

CAPÍTULO

## NACIÓN, DEMOCRACIA, ESTADO MODERNO Y POLÍTICAS PÚBLICAS DE SALUD EN LA GLOBALIZACIÓN

### **1 La globalización, el globalismo y la globalización desde abajo**

De entrada, es fundamental aclarar que en este presente libro se considera a la globalización como un proceso complejo, multifacético y multidimensional. La manera de concebir tal fenómeno, no se reduce a una sola faceta del mismo.

La tendencia entre la mayoría de los autores y de todo aquel que emite opiniones al respecto, es la de referirse de la globalización orientándose hacia su faceta económica, haciendo referencia a la expansión global del mercado, el capital y las finanzas, alcanzando una dimensión mundial que sobrepasa las fronteras.

Así pues, la tendencia latinoamericana desde principios de la década de 1990 por adherirse a la globalización, se hizo con la aspiración de alcanzar el desarrollo económico. Esto, según Maggi, Messner y Landmann (2002), produjo “en la mayor parte de las élites latinoamericanas una percepción relativamente reduccionista de la globalización, circunscribiéndola a su dimensión económica y comercial” (p. 12).

En Venezuela, la prueba fehaciente de la equiparación de la globalización con el desarrollo económico y, en consecuencia, con la aplicación de medidas de corte neoliberal, se evidenció durante el lapso 1989-1998, durante los períodos presidenciales de Carlos Andrés Pérez<sup>1</sup> II y Rafael Caldera II. Dichos gobiernos implementaron paquetes económicos conocidos como el “Gran Viraje” y la “Agenda Venezuela”, respectivamente. El objetivo más general del cambio estructural de la economía consistió en pasar de una economía que tiene como centro al Estado y que es altamente dependiente del ingreso petrolero, a una economía de mercado, con menos dependencia del Estado y del petróleo, que tuviera como motor las exportaciones privadas no tradicionales.

Fue así como, durante ambos gobiernos se optó por reformas aperturistas orientadas a lograr una creciente participación en los intercambios mercantiles, financieros y de servicios. Todo

---

1 El llamado paquete económico de Carlos Andrés Pérez conocido como el Gran Viraje, se presentó como la salida que el país tenía que tomar para salir de la crisis y enrumbarse en una dirección de crecimiento.

Según Lander (1995), el paquete económico de Pérez puede ser analizado como un conjunto de políticas que comprende tres aspectos conceptuales diferenciados: 1) *Las políticas de ajuste*, como mecanismo para el restablecimiento a corto plazo de los equilibrios de las principales variables macroeconómicas y el pago de la deuda; 2) *El cambio estructural del modelo económico*, para pasar de una economía dirigida por el Estado y dependiente del petróleo a una de mercado basada en las exportaciones privadas no tradicionales; 3) Un proyecto político neoliberal de transformación de los sistemas políticos populistas latinoamericanos en sistemas modernos que no limiten el pleno funcionamiento del mercado, y que estén de acuerdo con las exigencias objetivas del nuevo orden económico internacional.

ello acompañado del cumplimiento estricto de programas de estabilización supervisados por los organismos financieros multilaterales, bajo las directrices del Consenso de Washington<sup>2</sup>.

En tal sentido, esta visión economicista señala que las economías y los mercados, con el desarrollo de las tecnologías de la comunicación adquieren una dimensión mundial, de modo que dependen cada vez más de los mercados externos y menos de acción reguladora de los gobiernos.

De manera que, existen trabajos que se han enfocado exclusivamente en la dimensión económica de la globalización y, de manera específica, en una sola de sus visiones ideológicas y/o teóricas, tal y como es la neoliberal.

En un trabajo colectivo editado por Sánchez Bayle, Colomo y Repeto (2005), por razones prácticas y de tipo analítico, alegando lo difuso, lo amplio y a veces contradictorio del término globalización, se ciñó el mismo al de globalización neoliberal. Dicha delimitación en el abordaje del tema es, sin lugar a dudas, pragmática y útil. No obstante, hay que advertir que equiparar o reducir la globalización al neoliberalismo, es un error epistemológico y una exacerbación de la simplificación del método científico.

---

2 El Consenso de Washington surgió a finales de los años 80 como el catálogo combinado del Fondo Monetario Internacional (FMI) y el Banco Mundial (BM), para el uso de los países menos desarrollados y altamente endeudados. Se refiere a un conjunto de medidas destinadas a corregir los desequilibrios fiscales y las distorsiones de mercado que prevalecieron en los países menos desarrollados. Su objetivo era en cierta medida suavizar los excesos de los pioneros neoliberales dirigidos contra toda forma de intervención estatal y contra el modelo de sustitución de importaciones (Anglade, 1995).



Resulta innegable que hay que cuidarse de los sesgos ideológicos a la hora de acometer el estudio de la globalización; por lo tanto, la misma no puede constreñirse a una visión ideológica, que en este caso sería la neoliberal, bien sea para proclamar supuestas bondades y ventajas de la misma o emprender una voraz crítica sobre su perversidad.

Hay que dejar claro entonces que la globalización no equivale ni es sinónimo de globalización neoliberal o, también denominada, globalización corporativa. Cuando se hace referencia a estos términos, una corriente de pensamiento calificada por Held y McGrew (2003) como *escépticos*, aluden a que “el discurso de la globalización contribuye a justificar y legitimar el proyecto global neoliberal, esto es, la creación de un mercado libre global y la consolidación del capitalismo anglo-americano en las principales regiones económicas del mundo” (p. 16).

En la misma onda se sitúa el Foro Internacional sobre Globalización (FIG) (2003), el cual emitió un documento definitivo del movimiento contra la globalización de las grandes empresas multinacionales. Dicho documento muestra de manera clara el enfrentamiento entre dos posturas o visiones de la globalización, a las que Falk (2002) denominó como *globalización desde arriba* y *globalización desde abajo*.

La primera de estas es sinónimo de globalización neoliberal, globalización corporativa y, lo que muy acertadamente Beck (1998), ha denominado como globalismo. Así pues, cuando se reduce la globalización a la ideología del dominio del libre mercado a nivel mundial en beneficio de los grandes poderes

económicos multinacionales, el término adecuado a utilizarse es el de *globalismo*.

En tal sentido, el carácter negativo de esta dinámica consiste en imponer a los gobiernos la disciplina del capital global de modo que éstos promuevan la adopción de políticas economicistas en escenarios nacionales de decisión, subyugando las posiciones de los gobiernos, los partidos políticos, los líderes y las élites, lo que a menudo acentúa el sufrimiento de regiones y pueblos vulnerables y desfavorecidos.

Esta sutileza lingüística es trascendental para fines científicos, pues aclara una confusión de términos muy extendida no solo en el lenguaje popular, sino también en el académico. Y efectivamente, de eso se trata la ciencia: de nombrar, clasificar, categorizar y tipificar, entre otros, los fenómenos sociales para distinguirlos y hacerlos susceptibles de cognición.

Por otra parte, la globalización desde abajo puede entenderse como una visión alternativa al globalismo, en la que los movimientos sociales y los ciudadanos buscan, por ejemplo, “la participación democrática, unas economías de empresa que ofrezcan buenos empleos y respondan a las auténticas necesidades y preferencias de sus clientes, un medio ambiente sano y el fin de la pobreza” (FIG, 2003, p. 18).

Se trata de la resistencia ciudadana ante el capitalismo ruín y ambicioso. Esta globalización desde abajo es portadora de un potencial normativo capaz de neutralizar los efectos negativos del globalismo, intentando estructurar un marco conceptual de valores ampliamente compartidos a nivel mundial, tales como:

lucha contra la violencia, bienestar económico, protección del medio ambiente y justicia social, entre otros.

También es necesario en este punto explicar que los denominados movimientos antiglobalización no son tales, pues los mismos están globalizados, en vista de que sus intereses, demandas y expectativas trascienden de lo local a lo global; se organizan mediante la utilización de las tecnologías de la información y la comunicación, diseminando de manera efectiva sus creencias, valores, costumbres e ideología a nivel mundial. Por lo tanto, es más adecuado calificarlos como movimientos antiglobalismo.

De lo que se trata es de destacar cuáles son los procesos y flujos que están relacionados con el término globalización y que trascienden las fronteras durante los últimos años. Por este motivo, la unidad de análisis principal a estudiar será el Estado-Nación, puesto que las fronteras trascendidas por la globalización son las fronteras nacionales (Alcántara Moreno, 2011; Messner, 2001, Laurell, 2000).

En tal sentido, se hace referencia en primer lugar al problema que se le plantea a la nación debido a los influjos a los que la unidad nacional se ve sometida como consecuencia de la globalización y cómo esos problemas se reflejan en la proliferación de movimientos nacionalistas y en la pérdida de la propia identidad nacional. Luego, se diserta sobre el sistema político más difundido en el mundo, tal y como lo es la democracia, planteando cuáles son sus puntos débiles y los desafíos que le depara la globalización en diversas dimensiones. Finalmente, se hacen unas reflexiones sobre el Estado Moderno y el cambio social que implica la globalización.

## 1.1 Globalización y nación

Luego del fin de la Guerra Fría, el mundo ha experimentado profundos y sensibles cambios con respecto al orden internacional, puesto que la caída del Muro de Berlín y la disolución de la Unión Soviética significaron la desaparición del nítido, predecible y estable sistema bipolar que había trazado las reglas del juego internacional durante cuarenta y tres años. El mundo ya no está dividido por la confrontación entre dos grandes ideologías. El conflicto Este-Oeste ha dado paso a un nuevo escenario internacional, mucho más complejo y ambiguo, con una superpotencia dominante y varias potencias que reclaman una mayor injerencia en las decisiones que marcan el rumbo de la política mundial.

Han aparecido o resurgido nuevos problemas, confrontaciones que se creían ya superadas a partir de la desmembración de los imperios perdedores tras la Primera Guerra Mundial y de la descolonización, durante la segunda posguerra, de Asia y África. Se creyó que la aparición, a finales del siglo XV, del Estado-Nación –el cual más tarde se convertiría en la estructura política por excelencia de la modernidad, además de constituirse como uno de los principales actores en la historia de las relaciones internacionales– de la mano incipiente de la burguesía europea, se encargaría de ser la unidad básica de cohesión y de gobierno político durante la edad moderna y para siempre. Sin embargo, al final del siglo XX, las pasiones étnicas, nacionales y religiosas hacen resurgir, con fuerza de huracán, explosivos movimientos que desafían las premisas en que se funda el Estado Moderno, tanto en oscuros rincones del mundo como en sus principales potencias. Estamos en presencia del resurgimiento de los

nacionalismos (Gellner, 1994), fenómeno que constituye una primera fuerza desintegradora de la estructura del Estado-Nación.

Ante este resurgir de las fuerzas nacionales desintegradoras, cabe preguntarse qué aspectos son los que motivan a un grupo a constituirse en movimiento de liberación nacional. Ante esta interrogante, Held (ob. cit.) propone estudiar las condiciones de posibilidad de la participación política, así como el conjunto de instituciones de gobierno capaces de regular las fuerzas que dan forma a la vida cotidiana, pues existe un déficit teórico al respecto. En tal sentido acaso ¿es la falta de espacios de participación política dentro de la estructura del Estado-Nación lo que motiva a los grupos separatistas o secesionistas a buscar otras formas de organización y expresión política?

Este problema pasa en primer lugar por la vigencia que en las actuales circunstancias posee la concepción de Nación, pues hasta el momento la sociedad civil es básicamente una sociedad nacional. Ante las fuerzas fragmentadoras y atomizadoras del mercado transnacional, una reafirmación del poder de la Nación como fuerza estabilizadora resulta pertinente (Giddens, 1999). Para ello se plantea una nueva concepción de la Nación, que no la identifique como un grupo humano con una identidad común fijada a partir de una unidad, bien sea lingüística, religiosa, étnica, cultural o histórica gracias a un pasado común, circunscrita en un espacio territorial delimitado.

El aspecto territorial es el que primero hay que replantear. Para ello Giddens (ob. cit.) propone no hablar de fronteras sino de límites. La concepción de fronteras nítidas, demarcadas con precisión cartográfica en los mapas, sencillamente se

hace insostenible durante la época actual, caracterizada por un “incremento, a escala mundial, de las interacciones que unen entre sí a todas las actividades humanas. Ese aumento de las interdependencias ya no conoce fronteras gracias a la abolición de los obstáculos imputables al espacio y al tiempo” (Brunsvick y Danzin, 1999, p. 15). Es por ello que se plantea una concepción más cosmopolita de la nacionalidad, ya que el sistema de fronteras rígidas fue creado por la geopolítica de la primera posguerra, bajo una lógica que no se adecúa a las actuales circunstancias.

En tal sentido, el mundo transita desde hace ya unas décadas hacia una tendencia a la constitución de bloques regionales. El primer impulso para este paso se dio en el plano económico, pero como lo demuestran los avances experimentados por la Unión Europea, la expectativa busca extenderse con intensidad, en los próximos años, hacia la dimensión política, como efectivamente ocurrió por ejemplo con la “Conferencia del Milenio” (2000) y sus respectivos “Objetivos de Desarrollo del Milenio”.

Lo anterior se presenta en la dimensión pública, pero en el ámbito privado, quizás por escapar de las regulaciones y controles estatales, tal vez las interacciones se estén dando con mucha mayor fuerza. Así lo demuestran las asociaciones y ONG, que vienen haciendo sentir su peso y su influencia en el escenario internacional. Estos nuevos movimientos sociales son capaces de agruparse en torno a un interés común, sin importar la nacionalidad, la raza, el grupo étnico o la clase social. Sin aspirar al control político, esos grupos provenientes de los

espacios privados de la sociedad civil buscan satisfacer sus objetivos por medios no institucionalizados políticamente.

¿Cómo se explica lo anterior? El fenómeno de la globalización, o lo que otros prefieren llamar de manera más optimista *mundialización*, hace que existan problemas cuyos efectos y soluciones trascienden las fronteras de los Estados-Nacionales modernos (Giddens y Hutton, 2001). Los ciudadanos que viven en una determinada sociedad nacional, ya no son los únicos que formulan las demandas, ni sus representantes democráticamente elegidos, quienes formulan las respuestas (Alcántara Moreno, 2011).

Como argumenta Held (ob. cit.), “las comunidades nacionales no son de ninguna manera las únicas fuentes de diseño y elaboración de las decisiones y políticas que ejercen influencias sobre las vidas de sus miembros, y las medidas implementadas por los gobiernos nacionales, no afectan exclusivamente a sus propios ciudadanos” (p. 38).

Para citar un primer ejemplo, se puede pensar en las repercusiones que a nivel mundial puede tener la decisión del gobierno de los Estados Unidos de no firmar el *Tratado de Kioto*, considerando que se trata del país más contaminante del mundo. Del otro lado, se puede observar como las constantes protestas contra las reuniones de la Organización Mundial del Comercio, del G-8 o del G-20<sup>3</sup>, son realizadas por grupos totalmente heterogéneos desde cualquier punto de vista.

---

3 El Grupo de los 20 (numerónimo: G-20) es un foro de 19 países, más la Unión Europea, donde se reúnen regularmente, desde 1999, jefes de Estado



Como segundo ejemplo se puede destacar el tema específico que atañe a la presente investigación. En Venezuela, como se mostrará en detalle en el Capítulo IV, la sociedad no es en modo alguno la fuente exclusiva de diseño y elaboración de la MBA. En el proceso de políticas públicas de la MBA intervienen aspectos globales, tales como los principios de APS y de Participación Comunitaria en Salud, aunados a los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) (2000). Además, el Gobierno venezolano no es el único que ejecuta la MBA, pues en la misma juega un papel sumamente importante el Gobierno cubano, que con su política exterior de diplomacia médica y el liderazgo autocrático de Fidel Castro, ejerce una importante influencia en la aplicación y gestión de dicho programa.

Lo anterior demuestra de qué forma es imposible afirmar que las personas que viven en un territorio demarcado por fronteras, pueden tomar de manera soberana y legítima las decisiones que afectarán sus vidas. Este cúmulo de circunstancias aquejan directamente la idea moderna de democracia y sus principales elementos constitutivos tales como “la naturaleza del cuerpo político, el significado de la representación, la forma y el alcance adecuados de la participación política y la relevancia del Estado-Nación democrático, enfrentado a las turbulentas

---

(o Gobierno), gobernadores de bancos centrales y ministros de finanzas. Está constituido por siete de los países más industrializados –Alemania, Canadá, Estados Unidos, Francia, Italia, Japón y Reino Unido– (G-7), más Rusia (G-8), más once países recientemente industrializados de todas las regiones del mundo (Arabia Saudita, Argentina, Australia, Brasil, China, Corea del Sur, India, Indonesia, México, Sudáfrica y Turquía), y la Unión Europea como bloque económico.

pautas de relaciones y restricciones del orden internacional” (Held, ob. cit., p. 40), que funge como el garante de los derechos, obligaciones y bienestar de los ciudadanos.

Si se asocia esta circunstancia con la democracia, se tiene que afirmar que la proliferación de movimientos separatistas es consecuencia de un déficit democrático en el interior de los Estados Nacionales que padecen esta dificultad, pues, tal y como afirma Mires (2001) “no se puede formular una teoría de la democracia sin la base de una teoría del reconocimiento” (p. 109). El peligro de este aparente déficit democrático parece amenazar con una mayor fragmentación a la tradicional unidad nacional.

Para construir una nación cosmopolita, es necesario encontrar un significado diferente de la misma, en el cual se plantee el principio de la tolerancia. Para ello “las viejas formas de identidad nacional han de ser reestructuradas” (Giddens, ob. cit., p. 59). Es imperioso que se hallen valores con los que todos estén comprometidos y una identidad con la que los ciudadanos se sientan cómodos, aceptando al mismo tiempo la ambigüedad que en el interior de cada sociedad se deriva como consecuencia de las inmigraciones. Este proceso, que es característico del actual orden global, afecta de manera directa los antiguos vínculos de identidad nacional, en el cual persiste un cierto recelo hacia el multiculturalismo. Pero, para dar un argumento fuerte en contra de esta idea, se tiene que decir que ese nacionalismo homogeneizador es solo una ficción imposible de cumplir en la realidad.

Entonces, existe una visión optimista de la globalización en torno a la cual se deben exaltar los principios y valores que permitan la convivencia y la tolerancia en todos los niveles

de organización sociopolítica, bien sea local, nacional y regional, hasta llegar a un nuevo nivel global. Al parecer, el sistema político que podría permitir afrontar los retos que la globalización plantea es el democrático.

## **1.2 La democracia en tiempos de globalización**

En su libro *La democracia y el orden global*, Held (ob. cit.) aborda el problema de la democracia contemporánea desde una perspectiva novedosa, que rompe con las proposiciones de los teóricos clásicos de la de democracia liberal. La visión de Held plantea la necesidad de redefinición de la idea de democracia, en un contexto que ciertamente ha cambiado mucho a partir de 1989. A esos cambios se le suman la intensificación y mayor relevancia que otras variables de la vida social han adquirido con el transcurrir de los años.

La sumatoria de todos estos fenómenos afecta directamente al Estado liberal democrático como forma de organización política. Es conveniente entonces, revisar cuál es ese contexto que amenaza la forma actual del Estado, obligando a concebir una visión distinta y actualizada de la democracia, si se toma en cuenta que “los problemas de la democracia se extienden más allá de las fronteras de los Estados” (Held, ob. cit., p. 37).

Ante este reto de la democracia, las ciencias sociales deben plantearse un rompimiento con los análisis tradicionales, excesivamente dependientes del funcionamiento de la democracia dentro de cada sistema político estatal. Ya no resulta práctico para el científico social aquella concepción que planteaba la doble visión del Estado, considerado por una parte desde la dimensión interna, que concibe al mismo como una forma de organización política autónoma con instancias

democráticas de toma de decisiones; y una dimensión externa, propia de la teoría de las relaciones internacionales, que hace énfasis en el Estado como el actor privilegiado en el escenario internacional, por lo que lo primordial en ese ámbito es el estudio de las relaciones interestatales (Vallespín, 2000).

En tal sentido, el Estado, como centro de control y de poder político, ha sido trascendido por la dinámica social, siendo incapaz de regular e intervenir en la totalidad de las acciones e interacciones que fluyen del campo económico y social. Por ello, hay que replantear el papel del Estado-Nación tradicional, con miras a sustentar la posibilidad de una democracia adaptada a ese nuevo orden global, esto es, una democracia cosmopolita.

### **1.2.1 La democracia liberal clásica**

La democracia liberal competitiva es la forma de gobierno que se ha impuesto contemporáneamente (Schumpeter, 1983). Desde las formulaciones clásicas del liberalismo, esta tipología de democracia ha venido moldeando su forma y adquiriendo características propias.

La base de toda teoría liberal tiene como punto de partida al individuo. Esta es la categoría de análisis principal, pues se plantea una verdadera ética de la autonomía de la persona como ser humano. Toda esta discusión tiene sus antecedentes en la defensa del individuo ante los abusos de poder provenientes del Estado<sup>4</sup>.

---

4 En el clásico *Ensayo sobre la libertad*, John Stuart Mill expone claramente estas ideas.

El contexto en el que surge este debate es aquel que tuvo en el Estado absolutista la forma de gobierno predominante. La preocupación básica de los filósofos y teóricos liberales era la de proponer un orden político que garantizara el reconocimiento de una serie de derechos al individuo, a la vez que se expresara un conjunto de restricciones y límites al poder discrecional ejercido por el centro político.

El reconocimiento de los derechos del hombre tiene sus antecedentes en la escuela de derecho natural o iusnaturalista. Esta escuela plantea en su doctrina que existen una serie de derechos que subyacen a la condición misma del ser humano, independientemente de la voluntad de éstos, tales como el derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad, entre otros. Dichos derechos no pueden ser violados o desconocidos por quien en un determinado momento histórico detente el poder legítimo de ejercer la fuerza para obtener la obediencia de sus mandatos. Esa autoridad tiene el deber y, por tanto, la obligación, de respetar y proteger esos derechos frente a cualquier intervención posible por parte de los demás (Bobbio, 1999, p. 11).

Existe entonces una relación de derecho entre el individuo y el Estado, en la que el primero es el titular de un derecho y el segundo el constreñido por una obligación. Pero la situación no es tan sencilla, ya que plantea un dilema científico y filosófico entre la justificación de los derechos del individuo y la restricción del poder y funciones del Estado, para resolver el problema de equilibrar el poder coercitivo y la libertad.

En cuanto al Estado, los liberales clásicos propusieron la teoría del Estado limitado. Esto se plantea en dos dimensiones: la del límite de los poderes, por una parte, y la del límite de las

funciones por el otro (Bobbio, ob. cit.). El límite de los poderes tiene que ver con la creación de un Estado de derecho que se opone al Estado absoluto; en lo relativo a las funciones, se plantea el Estado mínimo frente al Estado máximo. El estado de derecho plantea la creación de un *corpus* legal que regule la estructura de los poderes públicos y sea garante de los derechos civiles de las personas. El Estado mínimo se refiere a la no intromisión de la estructura de dominación en las libertades contractuales de los individuos, defendiendo la autonomía de la voluntad de las personas. Este tipo de Estado con frecuencia suele ser relacionado con el sistema del librecambismo.

La solución de los pensadores políticos al dilema, atendiendo a la parte individual, fue el de la democracia representativa. El proceso a través del cual se va fraguando este modelo democrático, es el vivo reflejo de diversos conflictos y contradicciones sociales. Para ilustrar esta situación, se puede hacer referencia al proceso histórico y político que marca el paso de la democracia liberal a secas, hacia la democracia liberal-representativa (Caminal, 1996).

Así pues, en los principios del liberalismo político, la idea de ciudadano, entendida como aquel individuo que participa políticamente en los asuntos de su sociedad, era bastante restringida ya que se reducía a un pequeño grupo de personas con privilegios económicos o de estatus. El derecho al voto, que es el acto más conspicuo de toda democracia representativa, era de tipo censitario, por lo que había que ser pudiente para tener acceso a su ejercicio.

Dicha situación, traía como consecuencia que una porción bastante significativa de personas estuviera vetada para participar

formalmente en los procesos políticos. Solo con la implantación definitiva del sufragio universal, existió la posibilidad de superar esa verdadera discriminación social de la participación política que sufrían la mayoría de las personas. De esta forma quedaba abierta de manera más efectiva la representación de los intereses de los diversos grupos sociales en la asamblea o parlamento.

Con la obtención de esta igualdad política, quedarían solventados muchos inconvenientes de tipo político, dejándose abierta una posibilidad mayor para que los individuos expresen su voluntad y defiendan sus intereses. Esta premisa, conjugada con la libertad de mercado, eran las piedras angulares que edificarían el modelo liberal-democrático que hoy se conoce.

### **1.2.2 Nuevos retos para la democracia**

Los teóricos de la democracia de los siglos XIX y XX concebían la democracia como una relación simétrica entre electores y representantes. Dicha relación tiene que ver con el control democrático que los electores ejercen sobre sus representantes, lo que da pie para hablar de la representación como gobierno responsable; y el proceso de toma de decisiones o formulación de políticas públicas, por parte de los gobernantes en relación con los intereses de sus electores o del grupo o partido que representa.

Esta relación se da tradicionalmente en el ámbito nacional. El problema comienza cuando se generan decisiones políticas, que tomadas fuera de cualquier órgano representativo o asamblea nacional, afecta a los ciudadanos de un determinado país. Esto crea irremediabilmente una sensación de que no hay



representatividad por parte de quienes toman las decisiones. Según Rosenau (1995), esto tiene que ver con la ruptura de los vínculos entre territorialidad y Estado en el campo político pues se aprecia cómo “la autoridad se está reubicando... hacia arriba en dirección de las entidades supranacionales” (p. 25).

Esta situación se evidencia, por ejemplo, con las acciones del Fondo Monetario Internacional (FMI), al momento de aprobar o no un préstamo para algún país. En el caso de no aprobarlo, el país pudiera carecer de liquidez para pagarle a las personas sus ahorros bancarios, tal y como sucedió en Argentina. Bajo la otra posibilidad, si lo aprueba, entonces impondrá una serie de recetas o políticas como condición para realizar el aporte de capital. Este tipo de posturas puede afectar notablemente la vida del ciudadano común, al cobrarle más impuestos y dejar que la crisis se solvete golpeando su espalda, o simplemente negándole la educación superior a sus hijos, cerrándole las puertas a una posibilidad de movilidad social vertical hacia arriba, porque la educación ha dejado de ser pública y gratuita.

Otro problema, que se deriva de esta formulación de políticas públicas fuera del espacio nacional y de la asamblea de representantes de las poblaciones asentadas en un territorio geográfico, legítimamente constituidas a través de elecciones libres y competitivas, es el hecho de que quienes están detrás de la toma de decisiones, son burócratas y tecnócratas (García-Pelayo, 1987, p. 33). Este tipo de funcionarios o gerentes carecen de cualquier tipo de control electoral democrático y, por lo tanto, están exentos de responsabilidad para con los ciudadanos, que son directamente los depositarios de las

decisiones. Lo triste y peligroso de esta realidad, es que ni siquiera está garantizado que quienes toman las decisiones sean los mejores, por lo que a los ciudadanos solo les queda apostar a que el tecnócrata tenga al menos ética profesional. La otra posibilidad es la de la protesta cívica, que puede muy bien terminar en violencia.

De esta manera, en América Latina la democratización se ha vinculado “con ciertos avances de corte netamente tecnocrático en el espacio de lo gubernamental y administrativo, lo que representa para el ejercicio de la democracia fuente segura de desviaciones autoritarias en las prácticas políticas efectivas” (Ramos Jiménez, 2008, p. 110).

De manera que existen ejemplos mucho más difusos y subrepticios que los del FMI. Inclusive decisiones de tipo privado pueden afectar a toda una sociedad, como cuando una empresa multinacional decide instalarse o no en un determinado país. Esta situación podría, de ser positiva la entrada de capital de inversión en un país, menguar el problema del desempleo, sirviendo como válvula de escape a muchos otros problemas sociales. Si la decisión de invertir es negativa, sencillamente el país seguiría sumido en su crisis social, que tendría en el desempleo solo el punto de partida que afectaría a toda la economía y, eventualmente, a la estabilidad política.

En tal sentido, esa posibilidad de que una empresa multinacional pueda influir dentro un Estado determinado es una de las pruebas de la globalización económica. Uno de los impulsos para que se diera este proceso fue la adopción por parte de los países en vías de desarrollo de políticas económicas

de tipo neoliberal durante los años 80 del siglo pasado. Estas medidas fueron consecuencia de la crisis económica, pero también fueron recomendaciones impulsadas por el FMI y el Banco Mundial. El neoliberalismo planteaba la inversión de las multinacionales en esos países en desarrollo, lo que supuso una desregulación de los mercados nacionales y, por lo tanto, consecuencias tales como el retroceso en los derechos de los trabajadores, ausencia de regulaciones ambientales y de seguridad industrial, entre otras.

La anterior sería una consecuencia negativa del globalismo, pues aquí se palpa nítidamente cómo el proceso genera ganadores y perdedores dentro de una óptica que se conoce como globalización desde arriba, que se refiere a “la planificación, control y regulación desde los niveles superiores de la élite industrial, comercial y política del Norte permitiendo cierto grado de aprovechamiento a cuentagotas de los beneficios de la globalización por parte del mundo en desarrollo” (Kirby, 1999, p. 2).

Se crea entonces una estructura multinacional de producción. Para ello, también las multinacionales tuvieron que aplicar ciertas estrategias. La primera de ellas fue la extensión de su capacidad de producción, redes de distribución y campañas publicitarias a un nivel global. En segundo lugar tenemos la tendencia hacia las grandes fusiones y alianzas estratégicas. La tendencia del capitalismo actual se orienta a la constitución de grandes monopolios, a la concentración de grandes capitales en cada vez menos manos, lo que por supuesto genera miseria y pobreza. Al fusionarse, las empresas adquieren más poder y son capaces de controlar de una manera más eficaz el mercado

global, imponiéndoles a los consumidores lo que tienen que comprar, eliminando cualquier tipo de competencia.

En el campo político, las empresas multinacionales ofrecen inversión y prosperidad en los países subdesarrollados, pero en la realidad lo que se busca es implantar maquilas en las cuales los trabajadores prácticamente regresan a las condiciones hostiles del primer capitalismo, renunciando a derechos fundamentales como la agrupación sindical, como es el caso de McDonald's. Entonces, de lo que se trata es de que el gobierno nacional no intervenga en la protección de sus ciudadanos, reduciendo sus funciones al mínimo, porque lo que se busca es eliminar las políticas sociales y la formulación de leyes y restricciones en contra de las compañías multinacionales.

Pero una situación como esta genera la reacción enmarcada dentro de la globalización desde abajo, la cual implica “una profundización vertical de las fuerzas sociales democráticas en relación al Estado y al mercado y la expansión horizontal de la democracia más allá de las relaciones Estado-sociedad por medio de movimientos sociales transnacionales...” (Falk, ob. cit., p. 54). Entonces, ahora los ciudadanos pueden organizarse desde abajo para defender sus derechos e intereses, sin esperar a que sea el gobierno nacional el que tome la iniciativa.

El anterior ejemplo de las compañías multinacionales tomaba en consideración una actividad lícita. Pero qué tal si se hace referencia a acciones y flujos globales de tipo ilegal. Piénsese por un momento, en el aporte en metálico que las mafias internacionales le pueden hacer a la economía de un país, simplemente utilizándolo como puente del narcotráfico, para luego introducir la droga en el mercado de consumo. Aquí se

aprecia cómo también el aumento de flujos que conlleva la globalización opera en el campo del crimen organizado.

Con respecto a la criminalidad, las nuevas tecnologías de la información, como la Internet, permiten que un grupo de personas distribuidas en diversas partes del mundo puedan organizarse para delinquir. La comunicación a través de la red le proporciona un recurso ilimitado a las células criminales para que puedan actuar. A través de red se pueden cometer múltiples delitos, desde estafar un banco hasta bajar la información para fabricar una bomba. Esta es una consecuencia negativa, pero también hay que resaltar que la Internet ha permitido que la economía se globalice y que mucha gente ahorre dinero al comprar los productos de manera electrónica sin intermediarios.

Así pues, las posibles situaciones que ilustran lo anterior y las características de los mismos, pueden ciertamente seguir multiplicándose. Lo cierto es que la estructura estatal moderna no luce óptima a la hora de controlar y contener toda esa ola de acontecimientos derivados de la compleja época que vive la sociedad.

Al respecto, es inevitable traer a colación la propuesta teórica de Beck (1997; 1998), que plantea el hecho de que actualmente se vive en lo que se podría denominar como sociedad del riesgo, es decir, un tipo de sociedad en la que los peligros y amenazas superan con creces las certezas y seguridades. Esta situación se puede explicar a través de la idea de modernidad reflexiva.

En este orden de ideas, las sociedades modernas siguen viviendo bajo los patrones de la sociedad industrial tradicional,

la cual estaba construida en base a las reglas y principios de la modernidad tradicional. Acompañando a este fenómeno, se tiene que lo político se ha transformado, por lo que asistimos a una época caracterizada por la tendencia a que lo social se convierta en político, ampliando a su vez el espacio de este. A la par de esa propagación de actividades políticas, han surgido nuevos actores políticos que se expresan bajo pautas de conducta e instituciones políticas no tradicionales.

No es posible continuar pues con las mismas instituciones obsoletas si la política gubernamental tiene que estar disponible para todo, y todos quieren y deben participar en ella (Beck, 1999). Un panorama como este requiere de la invención de lo político, es decir, de la aplicación de una política creativa, autocreativa, que proponga nuevos contenidos, formas y coaliciones.

Resulta perentorio, quizás más que nunca, aplicar la imaginación política y emplear el saber politológico como artificio que posibilite la creación y la construcción de un nuevo orden político, tanto en el plano nacional como internacional y considerando su interrelación. Esta es la difícil tarea que tienen que encarar los filósofos y científicos de la política ante el complejo proceso que implica la globalización.

### **1.3 El Estado Moderno y el cambio social**

Todas estas mutaciones anteriormente esbozadas, dejan marcada una huella sobre la estructura del Estado Moderno. Debe recordarse que la sociedad es, por definición, dinámica y nunca estática. El cambio social es una categoría de análisis sociológico, que se comprueba al revisar la historia.

Este hecho parece ser contradicho por aquella corriente que plantea el fin de la historia. Esta tradición, que arranca con Hegel y continua con Marx, retomó vida con la propuesta, muy criticada por cierto, de Fukuyama (1992). Si el fin de las ideologías implica la asunción hacia la sociedad última, la mejor sociedad y, por tanto, la sociedad utópica, se está ante la presencia de una visión mecanicista de la sociedad. El planteamiento central consiste prácticamente en haber encontrado una ley universal, casi natural, que señala las distintas fases por las que una sociedad debe transitar.

Es muy fácil desmontar la tesis anteriormente comentada, mediante la simple afirmación de que todas las personas, por naturaleza, siempre tendrán una ideología mediante la cual expresen sus valores y creencias. Pero el asunto es más complejo y tiene que ver con la posibilidad del cambio social. Dicho cambio no ocurre por azar, ni mucho menos por una ley natural, sino por la capacidad creativa y transformadora de los individuos y de la sociedad y sus instituciones en conjunto.

Las instituciones sociales plantean pautas de comportamiento reiteradas. Esa característica nos permite hablar de la existencia de una estructura social. Estas instituciones moldean la conducta y las interacciones de los individuos, pero a la vez se da un proceso de retroalimentación. Mediante la retroalimentación, los individuos como tales, o considerados como adscritos a redes de mayor tamaño como los grupos de interés, movimientos sociales, partidos políticos, ONG, entre otras, pueden ejercer influjos sobre las instituciones y modificarlas gradualmente o de manera brusca o revolucionaria.



El proceso anteriormente descrito es el resultado no solo de la voluntad explícita de los actores, sino de la consecuencia de los cambios estructurales que se van fraguando en la vida cotidiana. Recuérdese que muchos de los acontecimientos de los cuales la historia puede dar fe, son el resultado de consecuencias imprevistas, inesperadas y no sopesadas por los actores.

Nadie puede afirmar de manera contundente, que el mercado sea una creación de la clase burguesa para adquirir y mantener su dominación sobre la clase trabajadora. El mercado es el resultado de un proceso histórico y cultural que involucra aspectos de toda índole. Se trata de una consecuencia del cambio social, el cual muchas veces ocurre debido al conflicto, pues las contradicciones en el interior de determinada estructura social, son el punto de partida para cualquier posibilidad de cambio y reformulación.

Pero no todos los conflictos resultan tan evidentes pues ¿con quién está enfrentado el liberalismo, si el socialismo se ha disipado hasta el punto de casi no dejar rastros? ¿Cuál es la contradicción del mercado libre, si la economía planificada y la propiedad en manos del Estado no resultó ser, a la postre, un rival competitivo?

El enemigo de la sociedad liberal democrática sería, al contrario de lo que muchos pudieran pensar, su propio éxito. Y es que ya no persisten los mismos antagonismos bélicos del mundo bipolar, por lo que la lógica en base a la cual funcionaban los Estados nacionales se ha desdibujado. Los intereses en juego son puestos en disputa en base a la primacía de la economía, lo que en este contexto está caracterizado por un sistema global de intercambios interdependientes que refuerza la hipótesis de una paz militar entre los competidores, compensada por

una lógica de guerra económica por la conquista de mercados y la división internacional del trabajo.

Por supuesto que siguen existiendo enfrentamientos armados, pero sucede que los mismos están mucho más localizados –como por ejemplo los enfrentamientos entre israelíes y palestinos por los territorios colonizados; el conflicto entre Pakistán y la India por Cachemira; la guerra en Colombia que el gobierno mantiene con la guerrilla, o los latentes enfrentamientos que pueden resurgir en Yugoslavia o en Chechenia– y se sustentan en problemas básicamente étnicos, racistas, nacionalistas o religiosos. Entre tanto, la lógica de la globalización hace que los conflictos económicos estén mundializados. Así lo demuestran crisis económicas como la de los “tigres asiáticos”, “el efecto tequila”, “el efecto zamba” o la más reciente “crisis argentina”, las cuales han tenido repercusiones en muchas partes del mundo, independientemente de las distancias geográficas. En cuanto a Venezuela, cualquier bloqueo petrolero en el Golfo Pérsico, significaría un aumento instantáneo de los ingresos económicos.

Esa competencia económica en el plano global, a través del libre mercado, es visto con muy buenos ojos, pues evita la posibilidad de un guerra catastrófica a nivel global (Giddens, ob. cit.). Se tiene que tener en cuenta todos los muertos que de manera directa o indirecta, generaron las guerras del siglo XX. La competencia económica permite pues, desviar los enfrentamientos. Puede que esta tesis sea muy discutida por los socialistas o los neomarxistas<sup>5</sup>, ya que una competencia implica

---

5 Debido a que la teoría de Marx es enciclopédica, muchos y muy diversos teóricos proclaman que trabajan bajo las directrices de su obra original. En

necesariamente la existencia de ganadores y perdedores. Los no aptos para una actividad comercial, en el peor de los casos abandonarán la actividad para la cual no son competitivos, sin que ello les cueste, en teoría, la vida. Entonces, de un principio que exalta el egoísmo, tal y como lo es la competencia para satisfacer los intereses personales, se obtiene una visión positiva, que sería la disminución de las potencialidades destructivas de la guerra.

Teniendo en cuenta los cambios en el ajedrez mundial con la globalización, cabe preguntarse cuáles son las demás vicisitudes que se están afrontando. Esos problemas están allí sobre el tapete, solo que no son tan perceptibles, porque sencillamente los Estados nacionales y las demás instituciones políticas y sociales, fueron estructuradas y reproducidas para funcionar bajo una realidad distinta a la actual.

Ante tales circunstancias, se puede afirmar que se está confrontando una verdadera crisis, no solo del Estado-Nación, sino del orden global y de la vida individual. Y es que la estabilidad no tiene por qué ser considerada como la regla, después del fin del sistema bipolar de la Guerra Fría. Muy por el contrario, se trata de una época de redefiniciones y nuevos

---

la teoría sociológica neomarxista se han realizado una gran cantidad de trabajos. Pueden señalarse los siguientes: los deterministas económicos; los primeros marxistas hegelianos, en particular Georg Lukács y Antonio Gramsci; la Escuela de Frankfurt, o Escuela Crítica, entre quienes cabe destacar a Max Horkheimer, Theodor W. Adorno, Herbert Marcuse y Jürgen Habermas; el marxismo estructural, Louis Althusser, Nicos Poulantzas y Maurice Godelier; la economía institucional neomarxista, con Baran y Sweezy y Harry Braverman; y el marxismo de orientación histórica, con Immanuel Wallerstein (Ritzer, 1997).

significados, que implica el resurgimiento de viejos temores o el nacimiento de otros totalmente desconocidos. Y es que son las instituciones y los individuos los que tienen que adaptarse a este escenario de cambio.

En base a este compromiso de adaptación, y haciendo referencia específicamente al Estado Moderno, se tiene que éste tiene que sufrir una metamorfosis tal y como lo haría una víbora que “abandona la piel de sus tareas clásicas y desarrolla una nueva piel de tareas globales” (Beck, ob. cit., p. 185).

En este punto se debe comentar que, los mediadores clásicos entre la sociedad civil y el Estado, los partidos políticos, tienen una suerte de falsa definición de la política, ya que no han sabido interpretar las actuales exigencias de la sociedad civil así como la característica más novedosa que presenta recientemente, como lo es la capacidad de autoorganización. Esta nueva tendencia de la sociedad civil es bastante novedosa, pues permite la posibilidad de que se pueda prescindir de los políticos, lo que significa que la sociedad civil devendría en sociedad política. Esta es una de las presiones más importantes que recibe el Estado-Nación liberal democrático de la actual sociedad.

#### **1.4 La democracia cosmopolita**

Dado que la adquisición del orden democrático no es un hecho natural, queda sometido a la voluntad de los ciudadanos libres determinar las condiciones y el curso de su propia asociación (Held, ob. cit.). Una vez hecha esta elección, se puede pasar a una segunda etapa que consiste en la discusión acerca de la institucionalización democrática.

Lo que se debe tener muy en cuenta a la hora de constituir un orden democrático cosmopolita, es el hecho de que se está frente a un contexto de interconexión regional y global. Como el derecho democrático cosmopolita<sup>6</sup> es una condición necesaria para la institucionalización democrática a nivel global, un requisito básico para que sea posible es la internacionalización de la ley democrática. Se trata de la aceptación de un conjunto de derechos vinculados de manera directa a la democracia, dejando a un lado la formulación de concepciones del derecho de tipo reduccionista, como lo serían los derechos ciudadanos o universales.

La función de ese derecho público cosmopolita, no estaría orientada solo a los Estados nacionales, sino que también influirían decididamente en la vida de cada individuo, creando una ciudadanía cosmopolita. El presupuesto para que esto sea posible se constituye mediante una previa adaptación

---

6 Existen autores como Zolo (2000) que plantean una perspectiva antic cosmopolita, proponiendo un “pacifismo débil”, basado en la asunción del conflicto socio-político como inevitable y proponiendo una serie de instituciones internacionales encargadas de ritualizar y canalizar dicho conflicto. En tal sentido, sostiene el autor una tesis difícil de refutar: que cualquier intento cosmopolita de poner fin a la guerra, la injusticia y la desigualdad entre los Estados mediante el establecimiento de un Gobierno Mundial, esconde siempre tras de sí la pretensión de las grandes potencias de imponer su hegemonía.

Así pues, Zolo (ob. cit.) critica a autores como David Held y Richard Falk, el hecho de aplicar en sus análisis la “analogía interna”, la cual consiste en atribuir a la esfera internacional en todos los órdenes (político, jurídico y moral) las características del Estado centralizado. Pero aquella tiene unas características radicalmente distintas y aún más complejas, por lo que el camino a seguir es más bien reforzar la cooperación entre los Estados y proteger al mundo de los efectos perniciosos de la globalización.

de la constitución nacional del ciudadano al derecho público cosmopolita. No se trata de crear un cuerpo jurídico supranacional que dirija todas las actividades de las personas, sino que se trata de “construir un marco vinculante de los asuntos políticos de los Estados, las sociedades y las regiones” (Held, ob. cit., p. 278).

De esta forma, las actividades de los ciudadanos que trasciendan el campo nacional, se integrarían con las redes regionales y globales más amplias, dándole al individuo un campo de facultades y obligaciones mucho más amplio. Entre las facultades, el ciudadano cosmopolita podría participar, por ejemplo, en la elección de su representante en las Naciones Unidas, puesto que las decisiones que allí se tomen pueden afectarlo directamente.

En cuanto a las obligaciones, la situación es mucho más interesante, pues se podría combatir de manera directa la impunidad criminal internacional de los autores de crímenes de *lesa humanidad*, tal y como le ocurrió a Pinochet en Chile o a Milosevic en la antigua Yugoslavia.

Es así como la creación del Tribunal Penal Internacional, mediante el *Tratado de Roma*, crea un precedente categórico en cuanto a la institucionalización del derecho cosmopolita.

Esta internacionalización de la ley democrática es sin lugar a dudas una tarea bastante difícil. No se trata de profesar un escepticismo *a priori*, sino que se deben dejar bien claras cuáles son las posibilidades y limitaciones del mismo.

En tal sentido, en cuanto a las posibilidades, en aquellas sociedades con una tradición democrática arraigada y donde la cultura política está avanzada y sofisticada, la posibilidad

de construir una estructura de acción política democrática, en un contexto de interconexión global y regional, es sumamente viable. Así lo demuestran los logros de la Unión Europea<sup>7</sup>, cuyo ejemplo es digno de imitar en otras latitudes que presenten condiciones posibles de integración, como es el caso de América Latina. Un modelo como el europeo sería bastante útil desde el punto de vista del método comparado para hacer posibles nuevas experiencias de integración económica y política, con la advertencia de que se debe ser muy cuidadoso al estudiar la realidad cultural e histórica de cada región, para evitar cualquier proyecto social mecanicista.

En cuanto a las limitaciones, el multiculturalismo es sin duda una de ellas. Vivir en democracia implica, de entrada, aceptar las diferencias. Esas diferencias pueden ser de muchos tipos: físicas, genéricas, sociales, políticas, religiosas, culturales, de intereses, lingüísticas, entre otras. En este punto persiste una contradicción que tiene que ver con el principio básico de construcción de la mayoría de los Estados nacionales, particularmente en América Latina (Mires, ob. cit.), en lo referente al principio de homogeneización. Venezuela, a través de casi cien años de guerra fratricida, es un claro testimonio de homogeneización de las clases sociales. Ese principio

---

7 Vallespín (ob. cit.), sin embargo, hace énfasis en las limitaciones democráticas de la Unión Europea, basándose en las insuficiencias que puede presentar un sistema democrático apoyado fundamentalmente sobre arreglos jurídico institucionales, que suele soslayar otros aspectos sociales y estructurales más profundos. En tal sentido, no se ha logrado crear un sentimiento de identidad europeo, debido quizás a la ausencia de medios de comunicación no nacionalistas y al escaso rendimiento representativo de los partidos políticos en el ámbito europeo.

homogeneizador, desde todo punto de vista, es irreconciliable con la democracia. Sin embargo, en Venezuela ya no existe el problema de las subculturas gracias, paradójicamente, a las guerras del siglo XIX. Este fue quizás uno de los elementos trascendentales para sustentar la democracia a partir de la segunda mitad del siglo XX.

Pero existen países en los que la homogeneización no surtió efecto, por lo que viven una realidad multicultural. Esta situación, en los países antidemocráticos, ha desatado las más cruentas guerras internas, como lo demuestran los conflictos en Yugoslavia o en Indonesia. El derecho democrático cosmopolita debe tener muy en cuenta esta realidad multicultural, por lo que no se puede pretender que los países más “democratizados” introduzcan valores culturales en otras sociedades, en nombre de la democracia. Con tales acciones no se estaría siendo en modo alguno democrático, porque, sencillamente no se estarían reconociendo las diferencias de los demás. Es por ello bastante acertada la idea de Held de asociar los derechos cosmopolitas con los valores subyacentes a la democracia, en vez de relacionarlos con derechos que se circunscriben a aspectos de tipo nacional o cultural.

Otro factor que se debe tratar en este apartado es el relativo a la representación. Particularmente es importante referirse a la representación política, que es aquella que hace alusión a la idea de gobierno representativo como gobierno responsable (Sartori, 1992). Esa responsabilidad se presenta entre representantes y cuerpo electoral, relación esta que es criticada por Held como se señaló *ad supra*. Sin embargo, este tipo de representación es interesante porque es aquí donde intervienen



los partidos políticos, quienes se encargan de seleccionar el personal político que se postula para las elecciones, además de preparar el proyecto político o la propuesta electoral. Son los partidos políticos, además, quienes están encargados de articular y aglutinar los diversos intereses sociales, a través de la interpretación de las exigencias que emanan de la sociedad.

Ya se había citado a Beck cuando se refería a la tendencia hacia la autoorganización que en la actualidad se presenta en los diversos grupos que componen la sociedad. El problema es que esos intereses autoorganizados, son intereses corporativos y egoístas, los cuales se disipan una vez han alcanzado el objetivo, por lo que se suele hablar de despolitización de la sociedad, ya que los grupos no se organizan para competir por el poder político.

Por otra parte, estos grupos no llevan a cabo una representación de tipo político, sino que más bien cumplen una función de representatividad, por lo que las gestiones realizadas por los representantes, no tienen por qué responder de manera responsable ante el grupo que se representa. Esto debido a que no existe el control político que se deriva de las elecciones, por parte de los representados. Si esto no es así, entonces no se está cumpliendo con uno de los principios básicos de la democracia procedimental (Dahl, 1999), que habla de la realización de elecciones libres y competitivas. Por supuesto que van a seguir existiendo los cargos políticos electivos para conformar un cuerpo o asamblea de representantes, pero no son ellos y tampoco los partidos políticos, quienes efectivamente se están encargando de la formulación de las políticas públicas.

Este es ciertamente un síntoma que denota una crisis de los partidos, a la hora de darle repuestas efectivas a los problemas y demandas de ciudadanos o ciudadanas. Pero esto se debe al contexto, al cambio en el interior del sistema político como consecuencia del aumento de las interconexiones e interacciones a nivel regional y global. Por ello, debe existir una perentoria redefinición y redimensionamiento de los partidos políticos, para hacer factible una nueva democracia.

Así pues, si se habla de democracia cosmopolita, entonces se debe hacer referencia a la pertinencia de renovados partidos políticos, también cosmopolitas. Ello se justifica por la multiplicación de los ámbitos de decisión, que como ya es sabido no son solo nacionales. Esos grupos tendrían la función de transmitir a los ciudadanos y grupos sociales nacionales la agenda de las cuestiones globales, movilizándolos en este sentido. Pero esto puede ciertamente generar tensiones, pues esos partidos cosmopolitas podrían estar enfrentados a los “partidos y grupos nacionales en el interior de los distintos sistemas políticos” (Vallespín, ob. cit.).

Pasando a lo que se refiere a la organización del gobierno, la democracia cosmopolita requiere de una nueva organización que se adapte a las exigencias del orden global. En este punto Held hace una propuesta inspirada en principios de la Administración Pública, pues plantea la ampliación clásica de los niveles administrativos del Estado, un peldaño hacia arriba. Así, se estaría en presencia de cuatro niveles políticos administrativos: la comunidad local, los niveles nacionales, los niveles regionales y el nivel global (Held, ob. cit.).

Cada uno de estos niveles tiene ciertas y determinadas competencias, según el ámbito y ubicación del problema, o el impacto de las políticas públicas que lleve a cabo. En tal sentido se proponen tres criterios para determinar la competencia y facultades para actuar que tiene cada nivel gubernamental. Estos son las pruebas de la extensión, la intensidad y la eficiencia comparada. La primera sirve para determinar qué poblaciones se ven afectadas por el problema o la decisión; la segunda mide el grado con la que las poblaciones están afectadas; y la tercera se ocupa de evaluar qué nivel posee los mejores recursos para actuar.

Quedan de esta forma planteados los puntos y lineamientos básicos para crear nuevas instituciones que garanticen el proceso de redefinición de la democracia, en un contexto confuso y complejo, tal y como lo son todos aquellos ámbitos sociales y culturales que han atravesado por un proceso de cambio político.

### **1.5 La globalización y las políticas públicas**

Son diversas las definiciones que los autores han dado sobre qué son las políticas públicas, así como también las corrientes de análisis<sup>8</sup> empleadas por las mismas.

---

8 Dependiendo de las perspectivas teóricas y normativas en las que se ubican los académicos, se puede clasificar a las corrientes de análisis de las políticas públicas en tres perspectivas (Subirats, Knoepfel, Larrue y Varone, 2008): la primera relaciona el análisis de las políticas públicas y la teoría del Estado, entendiendo por las primeras un medio para explicar lo esencial de la acción pública, asociando dichas políticas públicas con la filosofía política y los grandes temas del Estado; la segunda, se centra

En cuanto a las definiciones, se ha dicho que las políticas públicas implican una serie de decisiones: “Decidir que existe un problema. Decidir qué se debe intentar resolver. Decidir la mejor manera de proceder. Decidir legislar sobre el tema, etc. Y aunque en la mayoría de ocasiones el proceso no sea tan «racional», toda política pública comportará una serie de decisiones más o menos relacionadas” (Subirats, 1988, p. 191).

Del mismo modo, según Jenkins (citado por Bernier y Clavier, 2011), una política pública es “un conjunto de decisiones interrelacionadas tomadas por un actor político o grupo de actores sobre la selección de los objetivos y los medios para lograrlos” (p. 111). Este autor concibe a las políticas públicas como un proceso político que consiste en varias decisiones relacionadas (programas, legislación). Además considera los instrumentos (por ejemplo, las regulaciones, los impuestos, los incentivos del mercado y la propaganda de determinadas políticas de salud pública) que se utilizan para aplicar las decisiones del gobierno, como una parte integral de las políticas públicas.

En este orden de ideas, según Parsons (2007), entre los enfoques y categorías relevantes para analizar la toma de decisiones destacan el del poder, el de la racionalidad, el de la elección pública y sus diferentes líneas internas, el institucional

---

en el funcionamiento de los poderes públicos, intentando comprender la operatividad o la lógica de la acción pública; la tercera se ocupa de la evaluación de los resultados y efectos de las políticas públicas, buscando el desarrollo de una suerte de caja de herramientas para la labor de evaluación, además de intentar mejorar la gestión pública y su influencia en la toma de decisiones.

y el psicológico, los cuales suelen brindar perspectivas distintas pero complementarias que nutren el análisis de las acciones pasadas o por venir.

Por su parte, Anderson (citado por Bernier y Clavier, ob. cit.) describe a las políticas públicas como “un curso intencional de acción seguido por un actor o un conjunto de actores en el tratamiento de un problema o un motivo de preocupación” (p. 112).

En este sentido, la política pública no está ligada a un agente específico (por ejemplo, Ministerio, Presidencia) sino que involucra a todos los actores y las soluciones producidas en conjunto por las autoridades públicas (que comprende varios ministerios y niveles administrativos) para hacer frente a un problema dado.

Desde la perspectiva de la ciencia política, el análisis de la política pública incluye así, sin ser una limitante, el examen de leyes específicas, reglamentos y programas. Mejor dicho, el análisis de la política pública abarca todo el conjunto de soluciones iniciado por las autoridades públicas.

Según Bernier y Clavier (ob. cit.), este interés detallado da una imagen más realista de las políticas públicas, así como una perspectiva más rica de las condiciones y restricciones que rigen el proceso de elaboración de las políticas. De hecho, apunta a elementos del proceso de las políticas públicas que dan forma a las acciones de los poderes públicos en materia de salud, ya sea de la ideología del partido en el gobierno, los mecanismos de asignación de presupuesto o de las normas de consulta pública.

También hay que destacar que, las políticas sanitarias, y la estructura que da soporte a las mismas, tal y como señalan Alemán Bracho y García Serrano (1998), se han “transformado en el tiempo a raíz de las críticas y autocríticas del propio sistema sanitario, así como por la aparición de nuevas necesidades sociales que han dado lugar a diversas líneas de acción dentro de la política sanitaria, resultado de los cambios que afectan a las sociedades contemporáneas” (p. 212).

Un intento de definir de manera integral a las políticas públicas, con fines pedagógicos, es el emprendido por Velásquez Gavilanes (2009) quien señala que por la misma debe entenderse:

Un proceso integrador de decisiones, acciones, inacciones, acuerdos e instrumentos, adelantado por autoridades públicas con la participación eventual de los particulares, y encaminado a solucionar o prevenir una situación definida como problemática. La política pública hace parte de un ambiente determinado del cual se nutre y al cual pretende modificar o mantener (p. 156).

Así entendida, la definición de políticas públicas reconoce el aspecto político de las políticas públicas, pero no confunde estos dos fenómenos. Esta diferenciación no se presenta en la lengua inglesa, pues para referirse a cada caso se emplea una palabra diferente: *politics* para el arte y la ciencia de gobernar; *policy* para el proceso que busca intervenir en las situaciones definidas como problemáticas. Así, “las situaciones a intervenir no están dadas de manera objetiva y *a priori*. Los que están en el poder o cerca de él son quienes las definen como problemáticas” (Velásquez Gavilanes, ob. cit., p. 159).

Por otra parte, tal y como lo plantea Deleon (2006), en general el enfoque de las políticas públicas se distingue por combinar tres características que le permiten trascender a

las disciplinas científicas consideradas individualmente: 1) los problemas relacionados con las políticas ocurren en un contexto específico, el cual debe ser cuidadosamente tomado en cuenta, tanto para el análisis como las recomendaciones; 2) las políticas públicas son multidisciplinarias, por el simple hecho de que casi todos los problemas sociales o políticos tienen múltiples componentes que están relacionados con varias disciplinas académicas, lo cual los coloca fuera del dominio exclusivo de una sola área del conocimiento; 3) las políticas públicas, consiente y explícitamente, tienen una orientación valorativa, por lo que se reconoce que ningún problema social ni enfoque metodológico está libre de valores.

Así pues, según Muller (citado por Subirats, Knoepfel, Larrue y Varone, ob. cit.) “el análisis de las políticas públicas se sitúa en la encrucijada de saberes ya establecidos a los cuales toma prestados muchos de sus conceptos esenciales” (p. 19).

Aun cuando se admite a las políticas públicas como una subdisciplina de la ciencia política, reconocida e institucionalizada en los Estados Unidos tal y como se demuestra en el *Nuevo Manual de Ciencia Política* (2001), esto no es óbice para reconocer la necesidad de una integración interdisciplinaria con otras áreas del conocimiento científico. Tal y como afirmó Subirats (1988), en las aportaciones al campo de las políticas públicas (desde trabajos pioneros como los de Lasswell<sup>9</sup> o Dror, pasando por la escuela francesa de Crozier o Thoenig, las contribuciones en Gran Bretaña de Hogwood, Gunn, Ham, Hill, Rhodes y Richardson, la

---

9 Para Lasswell y Kaplan (1950) la política puede considerarse como “un programa proyectado de valores, fines y prácticas”.

colaboración de alemanes como Scharpf o Mayntz o, de Dente y Regonini en Italia), la ciencia política debe estar “combinada con una visión interdisciplinar producto de la necesidad de enfrentarse a problemas reales, difícilmente abordables desde una única perspectiva” (p. 190).

Por lo tanto, “las disciplinas necesarias para comprender las políticas públicas atraviesan los viejos límites académicos. De hecho, el carácter interdisciplinario de la materia explica por qué el enfoque resulta tan interesante” (Parsons, ob. cit., p. 12). Así pues, tiene que quedar claro que el análisis de políticas públicas debe traspasar las barreras entre disciplinas y subdisciplinas, superando la antigua fragmentación impuesta desde la burocracia académica generada en el interior de los departamentos que conforman las instituciones académicas.

De manera que no hay una perspectiva, teoría o modelo que domine la visión del análisis de políticas públicas, sino que es pertinente la reivindicación de la necesaria contextualización de diversos marcos analíticos y métodos desde los cuales el análisis de tales políticas intente aprehender la complejidad económica, ecológica, política, social y cultural que incide en el desarrollo de las políticas públicas (Parsons, ob. cit.).

Por otra parte, es importante dejar claro quién o quiénes producen las políticas públicas. En opinión de Pasquino (2011), si bien las políticas públicas se presentan bajo la forma de un conjunto de praxis y directivas, las mismas no emanan solamente de actores públicos, entendiendo por éstos a quienes tienen papeles públicos, probablemente cargos electivos o cargos administrativo-burocráticos. También hay que incluir



a los actores no públicos, no solo electivos que, sin embargo, participan activa e incisivamente en el proceso de producción de políticas públicas.

En tal sentido, el análisis de las políticas públicas según Subirats (ob. cit.), “trata de entender que actores (políticos, burócratas, actores privados) han intervenido en la formulación y actuación de la política concreta planteada, que distintas racionalidades de acción y de intereses utilizaban, y contrastar los resultados con los objetivos finalmente alcanzados” (p. 192).

En el mismo orden de ideas, Lahera Parada (2004) argumenta que “más que por la exclusividad de alguno de sus ejecutores o del carácter tradicional de sus instrumentos, las políticas públicas se caracterizan por la diversidad de agentes y recursos que intervienen en su cumplimiento” (p. 21).

Así pues, en opinión de Lindblom (1991) para entender quién y cómo se elaboran las políticas, uno debe entender las características de los participantes, en qué fases y qué papeles juegan, de qué autoridad u otro poder disfrutan, y cómo se relacionan y controlan unos a otros.

Además, hay que tener en cuenta que el proceso de formación de una política pública resulta problemático, y en el caso particular de las políticas sociales tal como lo es la MBA, siempre “responde a demandas sociales, bien sea una necesidad o un problema de la colectividad, cuyas fases desde su inclusión en agenda hasta su evaluación se relaciona con actores plurales (estatales y sociales), los cuales influyen en la toma de decisiones, mediante la retroalimentación del proceso” (Maggiolo y Perozo, 2007, p. 390).

En ésta multiplicidad de actores no públicos, se incluirían los grupos de presión y a sus representantes, además de determinadas ONG y la propia comunidad. En ésta última, las personas se interesan y participan en la solución de sus inquietudes, problemas y expectativas a nivel municipal, nacional e incluso global.

Una de las manifestaciones más conspicuas del surgimiento de intereses que agruparon a ciudadanos de los más diversos países y con las más disímiles pretensiones, fue la protesta que se dio en Seattle en 1999 en contra de la reunión anual del Foro Económico Mundial. Allí, se pudo observar cómo la globalización unió a los ciudadanos a través de un interés común, que fue precisamente el rechazo al globalismo, ese repudio al unilateralismo estadounidense que imponía su voluntad al resto del mundo. Ya la promesa de principios de la década de 1990 sobre las bondades que traería el libre mercado a nivel global, incluyendo a los países en vías de desarrollo, se venía diluyendo.

En tal sentido, corroborando la participación de gente de todo el mundo con respecto a su inquietud sobre la búsqueda de una alternativa a la globalización neoliberal o globalismo materializado en Seattle 1999, argumenta Stiglitz (ob. cit.) que:

Los trabajadores industriales de Estados Unidos veían peligrar sus empleos debido a la competencia procedente de China. Los agricultores de los países en vías de desarrollo veían peligrar sus puestos de trabajo por el maíz altamente subvencionado y otros cultivos estadounidenses... Los activistas del SIDA veían cómo los nuevos acuerdos comerciales elevaban los precios de las medicinas hasta niveles inaccesibles en muchos lugares del mundo. Quienes protestaban no aceptaban el argumento de que,

al menos desde el punto de vista económico, la globalización conseguiría en última instancia que todos mejorasen (p. 32).

Reuniones institucionales como la Conferencia Ministerial de la Organización Mundial del Comercio (OMC) en Seattle (1999), creó una fuerte contradicción con los partidarios de la globalización neoliberal. Salvaguardar los derechos fundamentales del trabajo para los países desarrollados implica una forma de proteccionismo frente a los países pobres cuya gran ventaja competitiva es la abundante mano de obra barata de la que disponen. Privarlos de esta ventaja competitiva equivale a exigirles a los países ricos que no recurran a su industria. Este enfrentamiento condujo a diferir el encuentro de Seattle y enviar los trabajos al nivel de embajadores en Ginebra, sede de la OMC.

De este modo, en tiempos de globalización, debe tomarse en cuenta el hecho de que los actores que producen las políticas públicas, no necesariamente están ubicados en el ámbito del Estado nacional. En un mundo globalizado, emanan actores extraterritoriales, transfronterizos y transnacionales que juegan un importante papel en la formulación de políticas públicas dirigidas a ciudadanos de un país determinado. Dichos formuladores de políticas públicas pudieran circunscribirse tanto a la esfera pública como privada.

Así, en la esfera privada, entre los productores de políticas públicas puede citarse el ejemplo de la *Bill and Melinda Gates Foundation*, con su respectivo “Programa de Salud Global”, el cual es significativo no solo en su tamaño sino en torno a la política de salud (Alcántara Moreno, 2007).

Por otra parte, en la esfera pública y en el ámbito específico de la salud, se puede mencionar a las Organizaciones Internacionales tales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), así como también a los organismos regionales, como es el caso de UNASUR-Salud.

Pero además, existe la posibilidad concreta de que, mediante mecanismos de integración regional y cooperación internacional, que es una de las dimensiones y manifestaciones de la globalización, un gobierno en particular pueda participar de manera crucial en la formulación de una política pública de salud dirigida a los ciudadanos de otro país, tal y como sería el caso de la participación del Gobierno cubano en la MBA, con la influencia del liderazgo autocrático de Fidel Castro, que fue formulada, dirigida y aplicada para los ciudadanos de Venezuela, con el apoyo de Cuba a través del Convenio Integral de Cooperación suscrito entre ambos países.

En otro orden de ideas, es pertinente acotar que el contenido de una política no es garantía del cumplimiento de la misma. Resulta insuficiente disponer de una orientación analítica muy bien fundada si la misma se aplica en un entorno institucional adverso. Por lo tanto, es menester tomar en cuenta el medio institucional en el cual se aplica determinada política pública. Por más loable que sean los planteamientos y contenidos de una política pública, y más allá de que haya triunfado en un país o zona geográfica en particular, esto no alcanza para garantizar su éxito en otras latitudes, con una cultura y una estructura jurídica distintas.

Por lo tanto, es de advertir que “con frecuencia sucede que quienes proponen políticas públicas no prestan suficiente

atención a sus aspectos institucionales” (Lahera Parada, ob. cit., p. 22). Por tal motivo, se deben tener muy en cuenta los diferentes tipos de requisitos institucionales que tiene una determinada política pública, pues pudieran no estar presentes en el entorno o estarlo de manera diferenciada en las diversas áreas temáticas, geográficas y culturales.

Con relación a la MBA, la cual es aplicada en el contexto institucional venezolano pero con un diseño y formulación inspirados en el entorno cubano, por sustentarse dicha Misión en el Convenio Integral de Cooperación entre Cuba y Venezuela con la participación de la misión médica cubana y el despliegue de su personal de salud, es indispensable abordar los requisitos institucionales que están ausentes en Venezuela o con una débil presencia para aplicar esa política pública.

Como se verá en el Capítulo IV, la aplicación de la MBA como política pública de salud, se realizó en un medio institucional adverso, que devino en una serie de debilidades que comprometen el éxito de la misma.

Finalmente, es relevante señalar que muchos programas y políticas gubernamentales no sólo no se han desarrollado como se esperaba, sino que no han obtenido los resultados deseados o incluso han producido impactos inesperados. Por tal motivo, los estudiosos de las políticas públicas cambiaron su atención de los *inputs* y procesos, que formaban parte de los análisis tradicionales, hacia los *outputs and outcomes*, esto es, los resultados y sus impactos (Parsons, ob. cit.). Así, la implementación y la evaluación de las políticas públicas son aspectos y momentos a los cuales se les debe prestar atención en el análisis.





## 2 CAPÍTULO

## GLOBALIZACIÓN, POLÍTICAS PÚBLICAS DE SALUD, INTERDISCIPLINARIEDAD Y NUEVO INSTITUCIONALISMO

### **2 La interdisciplinariedad en el estudio de la formulación de las políticas de salud en el contexto de la globalización**

Desde el punto de vista metodológico, el presente capítulo tiene como propósito fundamental disertar sobre la interdisciplinariedad en relación con el tema de investigación referente a la globalización y su influencia en las políticas de salud en Venezuela, específicamente el caso de la MBA; por lo tanto, el objeto de estudio se enmarca dentro del área de competencia particular de las ciencias sociales y humanas.

Se trata de una investigación de tipo documental<sup>10</sup>, pues se intenta ampliar y profundizar el conocimiento de la naturaleza del problema de investigación planteado. Esto con apoyo en “trabajos previos, información y datos divulgados por medios impresos... o electrónicos” (Universidad Pedagógica Experimental Libertador, 2006, p. 20).

---

10 Según Alfonso (1995), la investigación documental es un procedimiento científico, un proceso sistemático de indagación, recolección, organización, análisis e interpretación de información o datos en torno a un determinado tema.

Como en el proceso de investigación documental se dispone, esencialmente, de documentos que son el resultado de otras investigaciones, de reflexiones de teóricos, lo cual representa la base conceptual del área objeto de investigación, el conocimiento se construye a partir de su lectura, análisis, reflexión e interpretación de dichos documentos.

Tal y como señala Morales (2003), la investigación documental “requiere un gran nivel de creatividad y originalidad, además de una gran capacidad de análisis, síntesis y reflexión” (p. 4). Significa que, aunque fueron otros quienes produjeron inicialmente gran parte de la información, el investigador documental vive una experiencia de investigación similar a las que vivieron los otros: busca información, descubre la naturaleza del problema, establece conexiones, analiza, sintetiza e interpreta, para apropiarse de la información y convertirla en conocimiento.

Así pues, uno de los principales cometidos del Estado Moderno tiene que ver con la satisfacción de las demandas de salud de la población. Entre los mecanismos para solventar dicha exigencia se encuentra el proceso de políticas públicas de salud, esto es, el diseño y aplicación de programas destinados a proveer de soluciones a los problemas que afectan la situación de salud de la población, en tiempos de globalización.

Al respecto, es necesario reflexionar sobre la necesidad de un nuevo paradigma científico al cual se le denomina como “Paradigma emergente” (Martínez, 1997). Este nuevo paradigma también puede designarse como sistémico-cualitativo o crítico de la complejidad. Se trata de un paradigma con enfoques postpositivistas que consideran que todo sistema o una



estructura dinámica requiere el uso de un pensamiento o una lógica dialécticos.

Una de las características del conocimiento científico moderno, desde la tradición del pensamiento cartesiano y del fisicalismo newtoniano, es la tendencia a dividir el discernimiento sobre el mundo real en una serie de saberes particulares y especializados. Esta situación se presenta tanto para las llamadas ciencias naturales como para las ciencias sociales.

El tipo de fenómeno estudiado en el presente libro, se enmarca dentro del área de competencia particular de las ciencias sociales. Entre el conjunto de saberes que abordan rasgos específicos de la realidad social pueden mencionarse a la sociología, la ciencia política, la antropología, la economía y la psicología, entre otras. Cada uno de estos conocimientos coincide en admitir la utilización de un método común, que en este caso constituye el método científico, en sus diversas variantes y manifestaciones, bien sea el método estadístico, el método comparado, el método histórico, entre otros, pero siempre funcionando bajo la lógica inferencial del racionalismo moderno.

Queda entonces por determinar qué es lo que diferencia entre sí a cada una de las denominadas ciencias sociales. La respuesta a dicha interrogante se encuentra en su objeto de estudio particular. Por lo tanto, la realidad social total no se considera como un único y uniforme objeto susceptible de ser abordado por un conocimiento unitario e integrador, sino que su complejidad obliga y hace útil y necesario dividir, fragmentar, desintegrar, parcelar o descomponer el todo social en sus diversas partes constitutivas, tal y como diría Descartes (1974).

De manera tal que, cada uno de los conocimientos sociales se apropia y reclama para sí la exclusividad y la competencia para estudiar una parte específica que ha sido separada y aislada del resto de ese todo social. Cada una de esas partes será la que le asigna una especificidad particular, e incluso el nombre y la identidad, a cada disciplina.

En ese proceso de apropiación del objeto de estudio, las diversas disciplinas fueron celosas en garantizar su predominio absoluto para explicar los fenómenos que consideraban de su competencia. Incluso, las disciplinas de más vieja data ejercían gran influencia en la conformación de aquellas más jóvenes, imponiendo enfoques y explicaciones que exaltaban su objeto particular de estudio. Así pues, por ejemplo, en sus primeros años de conformación académica y burocrática, la ciencia política se veía desmesuradamente influenciada e incluso invadida, por el poder de explicaciones provenientes de los campos de la economía y del derecho (Neira, 1991). Estas intromisiones generaron teorías reduccionistas que pretendían explicar la política por lo económico o lo jurídico, dependiendo del caso.

De cualquier modo, estaban claros los límites que a cada saber le correspondían, presentándose, solo en determinadas circunstancias, un cierto contacto interdisciplinario que dio pie para hablar de ciertas sub disciplinas<sup>11</sup>. Fue así como,

---

11 Dogan argumenta que “las relaciones entre la ciencia política y las otras ciencias sociales son en realidad relaciones entre sectores de distintas disciplinas, no entre disciplinas enteras” (1996, p. 150) es decir, entre especialidades o subdisciplinas, razón por la cual no se trata de una empresa interdisciplinar. A esta especialización en la intersección de subcampos monodisciplinares se le denomina hibridación.

cuando la economía se interesó por la política, surgió la economía política; en el momento en que la sociología se ocupó de la salud, nació la sociología médica; al instante en que la psicología consideró el ámbito social, emergió la psicología social; e incluso, al tiempo que la sociología meditó sobre la biología, irrumpió la sociobiología.

Sin embargo, puede afirmarse que la tradición predominante del diálogo interdisciplinario ha sido limitada y tímida. Lo poco que se consiguió en los casos de las subdisciplinas que trataron de conciliar dos o más saberes, fue sumir una al dominio de la otra. Resulta paradigmático el caso de la sociobiología (Wilson, 1975), en la que se pretendió explicar el complejo entramado social privilegiando la variable genética, a la que se consideró como la responsable del destino de los diversos pueblos y civilizaciones, quienes de antemano tenían escrita su cultura en los genes.

La consecuencia de lo anterior fue la irremediable tentativa a explicar diversos fenómenos sociales de una manera unidimensional. Dicha práctica, conlleva aspectos catastróficos para la construcción de las interpretaciones que las ciencias sociales elaboran con respecto a la realidad. Se trata de un problema epistemológico derivado de una suerte de ceguera, producido por un paradigma que oculta deliberadamente múltiples variables para exaltar una única causa.

En este orden de ideas, los vicios con que este modelo infecta a los investigadores son diversos. En primer lugar, se crea un sentido de pertenencia hacia tal o cual disciplina que raya en el fanatismo religioso, puesto que los científicos se sienten dueños de una verdad absoluta, que por supuesto

proviene de su área de conocimiento, ante la cual otras explicaciones foráneas lucen como auténticas blasfemias. Surgen entonces unas genuinas sectas científicas, que algunos tratan de disfrazar con el más académico nombre de escuelas.

Un segundo vicio sería la irremediable miopía en relación a la visualización de una realidad compleja y extensa, que va más mucho más allá del limitado alcance que el lente óptico de una disciplina aislada puede proporcionar. Este mal oftálmico de los científicos conlleva un tercer vicio, que a manera de caricaturización se ejemplifica con el cuento del borracho que al llegar a su casa deja caer las llaves frente a su puerta, lugar que está totalmente oscuro, por lo cual procede a buscarlas en el porche que precede a la puerta, por ser este un lugar iluminado. Así pues, existen quienes con una sola teoría, o mediante una única variable, pretenden buscar la respuesta que explique cualquier situación o fenómeno social.

La anterior “epidemia” epistemológica que sufre la comunidad científica no es, sin embargo, consustancial al paradigma cartesiano-newtoniano, sino que obedece a una exacerbación del mismo, que conlleva su mala aplicación. En tal sentido, cuando se procede al análisis de un determinado proceso o situación social, lo que se busca es escudriñar en sus detalles, aprehender cada componente del mismo para tener una visión del microcosmos que se encuentra en su interior.

De manera que, la simplificación es solo una parte del proceso analítico, más no su finalidad y mucho menos su *telos*. Para nada el análisis es sinónimo de entender la realidad a través de su simplificación o de simplificar para poder entender, negando la complejidad de la vida social como

si se tratara de una suerte de demonio del que se debe huir. Por ende, la crisis del paradigma moderno de la ciencia gira, entre otras causas, en torno a su mala praxis.

Además, resulta fundamental destacar que la simplificación de la realidad a través del análisis, no es el único procedimiento científico que existe. Hubo una tendencia a olvidar que la simplificación forma parte de un proceso continuo que también consiste en lo contrario, esto es, la complejización. Se trata de una dicotomía, que solamente tiene sentido si se consideran ambos extremos, perdiendo significado el aislamiento de cualquiera de los dos. Al respecto, Morin (2004) destaca que en tanto el “pensamiento simplificador desintegra la complejidad de lo real, el pensamiento complejo integra lo más posible los modos simplificadores de pensar, pero rechaza las consecuencias mutilantes, reduccionistas, unidimensionales y finalmente cegadoras de una simplificación que se toma por reflejo de aquello que hubiere de real en la realidad” (p. 5).

Por otra parte, la crisis del paradigma moderno de las ciencias sociales se explica por la propia complejización de la sociedad contemporánea. Es importante recordar que las ciencias sociales emergieron en un clima social caracterizado por el cambio, por la ruptura de un orden y el advenimiento de otro, esto es, el paso de la sociedad feudal a la sociedad capitalista moderna occidental. Dicho cambio generó la necesidad de explicar el porqué de las cosas, para lo cual la ciencia moderna entró en escena.

Es así como, en los últimos años la sociedad occidental ha atravesado por cambios sustanciales a una escala completamente distinta a la del pasado (Giddens y Hutton, ob. cit.), con una

dinámica vertiginosa que supera y desborda la capacidad de las ciencias modernas para generar certezas científicas, tal y como se conocen dentro del discurso de la modernidad. El fin de la guerra fría, la Internet, la biotecnología, las nanotecnologías, el cambio climático, las crisis económicas, las pandemias, la globalización, son solo algunos de los fenómenos con implicaciones insospechables, que generan riesgos (Beck, ob. cit.) e incertidumbres para la sociedad actual.

Aunada a esta situación de dinamismo y cambio social, se tiene el surgimiento de objetos de estudio complejos, que no son susceptibles de ser explicados de manera eficiente desde un enfoque disciplinario particular y aislado. Se trata de objetos de estudio cuyas causas y consecuencias son múltiples, estableciendo relaciones multidimensionales en diversos niveles, momentos y contextos sociales.

Según Leff (1994), desde el paradigma científico moderno, es el objeto de las ciencias el que, en su efecto de conocimiento, recorta la realidad desde diferentes perspectivas. Sin embargo, uno de los objetos de estudio complejos en la contemporaneidad sería el ambiente. Precisamente, la crisis ambiental problematiza a los paradigmas establecidos del conocimiento y demanda nuevas metodologías capaces de orientar un proceso de reconstrucción del saber que permita realizar un análisis integrado de la realidad.

Tomando inspiración en las ideas de Leff, puede afirmarse que el proceso salud-enfermedad es también un objeto de conocimiento complejo, que ha perdido la susceptibilidad de ser explicado eficientemente desde una perspectiva disciplinaria reduccionista y fragmentada, motivado a su

multidimensionalidad. Esta complejidad se maximiza mucho más si se considera el estudio de la salud en un contexto difuso como lo es la globalización, el cual se caracteriza por la incertidumbre.

Una investigación de este tipo va mucho más allá del enfoque mecanicista y positivista, planteando lo que se denomina quehacer interdisciplinario, esto es, un paradigma “basado tanto en la elaboración de un marco conceptual común que permita la articulación de ciencias disímiles como en el desarrollo de una práctica convergente” (García, 1996, p. 69).

En un trabajo anterior se afirmó que

la globalización es un fenómeno inmerso en un cambio social profundo que se presenta en todos los rincones del mundo. Se trata de un reordenamiento de la vida social, en torno al cual están en juego la asignación y apropiación de una gran cantidad de bienes, servicios y valores, viejos y nuevos, que van a ser susceptibles de apropiación y de distribución, en forma equitativa o no (Alcántara Moreno, ob. cit.).

A su vez, el proceso salud-enfermedad genera una serie de bienes, valores y servicios, muypreciados en cualquier sociedad moderna, siendo considerada la salud como un derecho social fundamental, por lo que su distribución genera conflictos de no ser equitativa (Alcántara Moreno, ob. cit.). De manera que, la salud es un hecho social con características asociadas que además tiene un componente político.

En torno al proceso salud-enfermedad como objeto de conocimiento, se reúnen las condiciones para que se genere una articulación de las ciencias desde una perspectiva teórica. Una situación de tal envergadura, solo se justifica si existen “procesos materiales que, no pudiendo ser aprehendidos a partir

de los conocimientos elaborados por una sola de las ciencias en su estado actual o por un paradigma transdisciplinario, aparecen como regiones de lo real donde confluyen los efectos de dos o más ordenes de materialidad, que son objetos de diferentes ciencias” (Leff, ob. cit.).

Por lo tanto, la formulación de las políticas de salud en el contexto de la globalización, comporta una investigación de carácter netamente interdisciplinaria, por estar enmarcada en el área de intersección de diversas ciencias sociales. Se trata de un estudio que intenta abordar lo que García (ob. cit.) denomina como sistema global, en tanto “investigar uno de tales sistemas significa estudiar un trozo de la realidad que incluye aspectos físicos, biológicos, sociales, económicos y políticos” (p. 52).

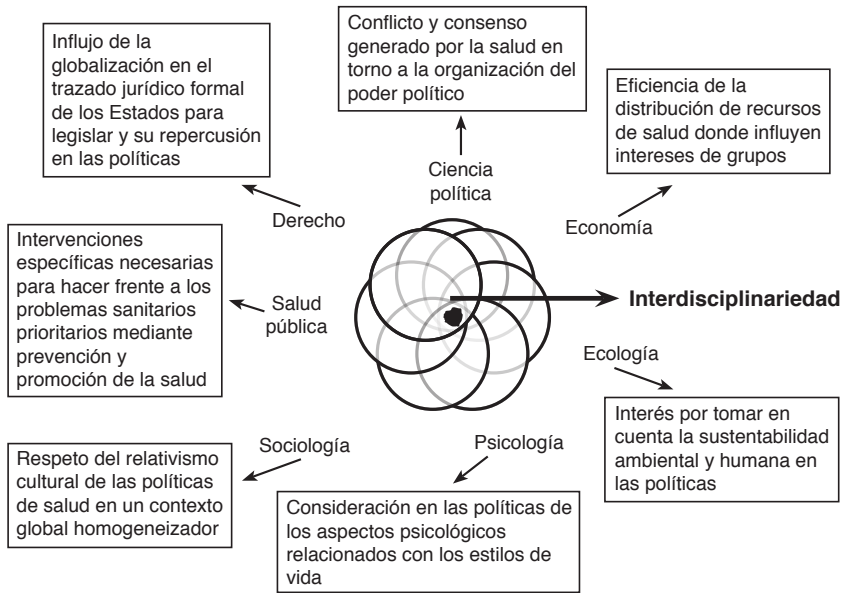
Al respecto, como se puede apreciar en la figura 1, la ciencia política se ocupa de los conflictos que en torno a la organización del poder político genera el proceso salud-enfermedad; la economía tiene como área de interés la búsqueda de la eficiencia en la distribución de los recursos del sector salud mediante políticas públicas, en la que influyen los intereses políticos de diversos grupos; la ecología se interesa en que las políticas de salud tomen en cuenta la sustentabilidad en la relación de los seres humanos con el ambiente; a la psicología le incumbe que los aspectos psicológicos, que se relacionan directamente con los estilos de vida de las personas, sean considerados al momento de construir las políticas de salud; a la sociología le incumbe el respeto por el relativismo cultural, a la hora de formular políticas de salud en un contexto global que tiende hacia la homogeneización;



el derecho aborda el estudio constitucional comparado y los tratados internacionales relacionados con la salud, en aras de intentar determinar qué influencia tiene la globalización en el trazado jurídico-formal que los Estados nacionales se dan para legislar al respecto, lo que repercute de manera directa en los principios que delinearían las características de las políticas de salud; la salud pública se encarga de diseñar y aplicar las intervenciones específicas necesarias, para hacer frente a los problemas sanitarios prioritarios, mediante actividades transversales de prevención y promoción de la salud.

Sin embargo, hay que advertir sobre la importancia de trascender la superposición de los diagnósticos que sobre la formulación de las políticas de salud en el contexto de la globalización, elaborarían en un primer momento cada una de las disciplinas. Un abordaje de este tipo se corresponde con lo que se conoce como multidisciplinariedad, en el cual cada una de las ciencias contribuye con un diagnóstico particular que se elabora por separado. Es necesario entonces “alcanzar una evaluación o diagnóstico interdisciplinario, único capaz de desatar acciones eficaces, que solo pueden emanar de juicios interdisciplinarios” (Sánchez y Guiza, 1996, p. 463).

**Figura 1**  
Interdisciplinariedad y políticas de salud en la globalización



**Fuente:** Elaboración propia.

Por todo lo anterior, se coincide con la idea de Briceño-León (1999), que señala la necesidad de hablar de la consolidación de un conocimiento integrado, capaz de fomentar el diálogo interdisciplinario para explicar la complejidad que suscita el estudio del proceso salud-enfermedad. A este conocimiento interdisciplinario se le denomina como ciencias sociales de la salud, planteando un corpus teórico-metodológico útil para abordar el estudio de la formulación de las políticas de salud en el contexto de la globalización.

### **2.1.1 El Paradigma Emergente: hacia una nueva teoría**

El profesor Miguel Martínez (1997) parte de la idea manifiesta sobre la necesidad de un nuevo paradigma científico al cual denomina “Paradigma emergente”. Esta exigencia se justifica por la situación limitada y deficitaria del positivismo lógico, el cual enfatizaba en forma radical la importancia del objeto, de una realidad externa acabada y total, que hay que captar como está allá fuera, en forma objetiva y fija.

Este nuevo paradigma también puede designarse como sistémico-cualitativo o crítico de la complejidad. En dichos enfoques postpositivistas se considera que todo sistema o una estructura dinámica requiere el uso de un pensamiento o una lógica dialécticos. El principio básico es el de la interacción sujeto-objeto.

Fue así como en 1969, en el marco del *Simposio Internacional sobre Filosofía de la Ciencia*, se levantó una suerte de acta de defunción del positivismo lógico, lo cual en palabras de Popper se justificaba “debido a sus dificultades internas insuperables” (Popper, en Martínez, 1999). En dicho Simposio se estableció que no hay observaciones sensoriales directas de los conceptos o de los principios teóricos y que las definiciones operacionales son inconsistentes porque solo vinculan unas palabras con otras y no con la realidad.

Para el impulso de esta nueva concepción de hacer ciencia fueron fundamentales los aportes de la psicología de la Gestalt, el estructuralismo francés, el enfoque sistémico y la teoría crítica de la Escuela de Frankfurt, destacándose particularmente las aportaciones de Wittgenstein entre 1930-1950.

La Psicología de la Gestalt, el Estructuralismo francés y el Enfoque de Sistemas plantean fundamentalmente una idea central semejante: las realidades no están compuestas de agregados de elementos, forman totalidades organizadas con fuerte interacción, y su estudio y comprensión requiere la captación de esa dinámica interna que las caracteriza. No se trata entonces de matematizar la ciencia, ni mucho menos el objeto, puesto que muchos de ellos no son susceptibles de matematización.

La orientación postpositivista acentúa la importancia del sujeto en el proceso cognoscitivo. Por lo tanto, la ciencia no es objetiva y libre de los valores y sesgos de los investigadores, sino que la observación implica “una inserción de lo observado en un marco referencial o fondo, constituido por nuestros intereses, valores, actitudes y creencias, que es el que le daría el sentido que tiene para nosotros” (Martínez, 2006, p. 38). Se supera el esquema que considera la percepción como simple reflejo de las “cosas reales” y el conocimiento como mera aproximación a la “verdad” o a la “realidad”.

En tal sentido, a medida que las estructuras estudiadas aumentan en su nivel de abstracción, se hacen más complejas. Para acometer estos fenómenos Martínez propone la inter y la transdisciplinariedad, además de una metodología sistémico-cualitativa.

En los estudios interdisciplinarios, se reúnen varios investigadores de diversas disciplinas pero con interacción de términos, enfoques y metodología. Por su parte, en un trabajo caracterizado por la trasdisciplinariedad, los estudiosos trascienden las disciplinas particulares con una especie de meta-

disciplina o paradigma universal. En esta última orientación se da una integración epistémica, metodológica y de términos y conceptos.

La metodología inter y transdisciplinaria “permite captar la riqueza de la interacción entre los diferentes subsistemas que estudian las disciplinas particulares” (Martínez, ob. cit., p. 126). Para ello se requiere respetar la interacción entre los objetos de estudio de las diferentes disciplinas y lograr la integración de sus aportes respectivos en un todo coherente y lógico.

Desde el punto de vista de los sistemas, la metodología sistémico-cualitativa se plantea descubrir las estructuras o sistemas dinámicos que dan razón de los eventos observados. Esto se explica porque los acontecimientos envuelven algo más que las decisiones y acciones individuales, siendo el producto de los sistemas socioculturales, las ideologías, etc. En el campo de las ciencias sociales o humanas, se le da entonces gran relevancia al contexto en el cual se lleva a cabo la investigación, por lo que es inconveniente imitar de manera burda los modelos teóricos importados de otras latitudes<sup>12</sup>, en vista de que “la idiosincrasia nacional o regional, las estructuras y contextos propios e infinidad de variables individuales en acción hacen que la realidad a estudiar sea única” (Martínez, 1999).

---

12 Al respecto, tal proposición resulta interesante para abordar el estudio de las instituciones sociales y políticas. Siguiendo este orden de ideas, hay que destacar el trabajo de Nohlen (2006) sobre el institucionalismo contextualizado, en el cual se hace énfasis en la variable cultural al momento de aplicar el enfoque del nuevo institucionalismo para abordar el presidencialismo latinoamericano.

Por otra parte, Martínez señala la importancia de la comprensión interpretativa, esto es, la comprensión de la significación y función de las acciones humanas, lo que conduciría a descubrir el sistema o estructura subyacente que da sentido a los actos externos. Esta proposición se enmarca en la corriente del pensamiento sociológico de Weber (2008), quién se refería a la comprensión del aspecto subjetivo de las acciones de los individuos de la cultura en general con el nombre de *verstehen*. Como los significados y propósitos de las acciones sociales de los individuos no son empíricamente observables y no siempre pueden recogerse en cuestionarios, el positivismo tradicional presenta serias limitaciones para poder estudiarlos.

Para sintetizar lo anterior, se puede decir que “ningún procedimiento metodológico, por consiguiente, deberá *descontextualizar* los actos físicos, separándolos de la estructura personal o social; de lo contrario, serán hechos muertos y *no podrán ser interpretados correctamente*” (Martínez, ob. cit.).

Mediante el pensamiento “sistémico-ecológico”, la mente humana no sigue solo una vía causal, lineal, unidireccional, sino también, sobre todo, “un enfoque modular, estructural, dialéctico, gestáltico, interdisciplinario y estereognóstico, donde todo afecta e interactúa con todo, donde cada elemento no solo se define por lo que es o representa en sí mismo, sino, y especialmente, por su red de relaciones con todos los demás” (Martínez, 2006, p. 126).

### **2.1.2 Importancia y aplicabilidad de dichas ideas al estudio de las políticas de salud en la globalización**

Martínez (1997) considera que el paradigma sistémico es el más pertinente y necesario para abordar el estudio de problemas y fenómenos complejos tales como la pobreza, la alimentación, entre otros y, específicamente, las políticas públicas de salud y la globalización.

Así que, se trata de fenómenos que no son susceptibles de ser abordados, comprendidos y explicados de manera aislada. Solo mediante la utilización de éste paradigma será posible elaborar propuestas y soluciones a dichas cuestiones.

Se trata de situaciones para las cuales es inapropiado el procedimiento analítico, en el sentido de que no cumplen con las dos condiciones siguientes:

La primera, que no existan *interacciones* entre las partes, o si existen que sean pequeñas y se puedan despreciar por su poca significación... La segunda condición es que las descripciones del comportamiento de las partes sean lineales, ya que solo así podrán ser *aditivas*, al poderse utilizar una ecuación de la misma forma para describir la conducta total y la conducta de las partes (Bertalanffy, en Martínez, 1999).

En este orden de ideas, tanto la globalización como la formulación de políticas de salud, se corresponden con lo que se ha denominado “una estructura de alto nivel de complejidad como son los hechos humanos donde entra en acción un alto número de variables con fuerte interacción entre ellas” (Martínez, ob. cit.). En tal sentido, la segunda máxima del *Discurso del Método* de Descartes: “fragmentar todo problema en tantos elementos simples y separados como sea posible”, deviene en un método limitado e incapaz de explicar dichos fenómenos.

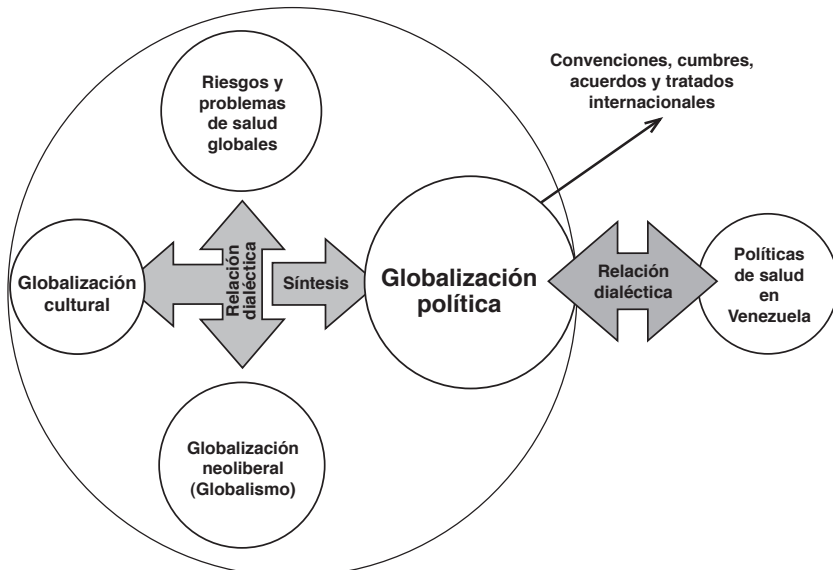
Es así como la globalización se concibe como una totalidad organizada, que presenta fuerte interacción entre los subsistemas que la componen, tal y como se puede observar en la figura 2. Su estructura y conformación no son susceptibles de ser observadas como un agregado de elementos, pues si se aísla alguno de ellos irremediablemente se haría incomprendible como realidad sistémica, en la que las interacciones entre las partes son las que le dan sentido y existencia al fenómeno como tal.

Al apreciar la figura 2, se puede palpar que cuando se hace referencia a la globalización ambiental o ecológica, por ejemplo, se suelen citar los riesgos que implica el calentamiento global, o pandemias tales como la gripe aviar o la AH1N1. Para comprender este peligro que afronta la humanidad en su conjunto, es imprescindible acometer el fenómeno de manera sistémica. Así pues, habría que argumentar que el modelo capitalista de desarrollo basado en el crecimiento económico y la extracción ilimitada de recursos, sería un subsistema de globalización económica que genera altos niveles de contaminación por las emanaciones de dióxido de carbono, Clorofluorocarburos (CFC) y otras sustancias perniciosas para el medio ambiente.



**Figura 2**

La globalización como sistema y objeto complejo e interdisciplinario



**Fuente:** Elaboración propia.

Se produce pues una fuerte interacción entre los subsistemas ecológico y económico de la globalización, lo que a su vez genera una relación dialéctica o dialógica entre ambas que deviene en la manifestación de un tercer subsistema global, que sería el político.

Es entonces en la arena política en donde se generaría una fuerte interacción de los subsistemas ecológico y económico, a través de diversas convenciones, cumbres, acuerdos y tratados internacionales, entre los que destacan la Conferencia de Alma-Ata (1978), el Protocolo de Montreal (1989), la Carta de Ottawa (1986), la Cumbre de Río (1992), el Protocolo de

Kioto (1997), la Cumbre del Milenio (2000), entre otros. En el subsistema político global se vislumbra una suerte de síntesis que puede observarse en planteamientos alternativos al modelo capitalista de crecimiento económico, tal y como lo es el enfoque del desarrollo humano, con la preeminencia en el bienestar de la gente y una elevada conciencia ecológica.

Por consiguiente, uno de los componentes básicos para el desarrollo humano se observa en la formulación de políticas de salud globales impulsadas desde cada contexto particular, tal y como está contemplado en los Objetivos de Desarrollo del milenio 4, 5 y 6, esto es: reducir las tasas de mortalidad infantil y mortalidad materna y combatir el VIH-SIDA y otras enfermedades. Pero hay que advertir que estos objetivos deben ser abordados siempre desde una óptica sistémica y dialógica sin soslayar los demás Objetivos del Milenio: la disminución de la pobreza extrema, la consecución de una educación primaria universal, lograr la equidad de género y la autonomía de la mujer, garantizar la sostenibilidad ambiental y fomentar una asociación mundial para el desarrollo (ver Informe Sobre Desarrollo Humano, 2003, p. 1-2).

En este orden de ideas, los Objetivos de Desarrollo del milenio serían una suerte de espacio comunicativo entre diversos “subsistemas sociales”, que propicia el diálogo entre el sistema educativo, el sistema de salud, el sistema ecológico y el sistema económico. Todos ellos articulados mediante las negociaciones estructuradas en el sistema político. Esta sería la base para consolidar un mecanismo que permita que una sociedad mundial, fuertemente disgregada y atomizada, se unifique a través del diálogo deliberativo (Habermas, 1988;

Giddens, ob. cit.) en aras de la resolución de un problema global, como lo es la salud de la población en un contexto comunicativo globalizado.

Por lo tanto, es posible estudiar de manera específica las políticas de salud, pero siempre que se tengan en cuenta los nexos y relaciones que tiene con el todo, los cuales contribuyen a darle su significación propia.

Este abordaje permitiría formular políticas en un sentido holístico y humanista, apartado del antaño y dominante enfoque biologicista y mecanicista de la medicina, que conducía a una visión fragmentaria e individualista de la salud humana, sin tomar en cuenta aspectos culturales y ecológicos inmanentes a la diversidad humana de cada población (Alcántara Moreno, 2008).

Se trata entonces de generar programas e intervenciones que conciban la salud como un fenómeno complejo trascendiendo el dominio reduccionista de “nuestra medicina actual, que siendo básicamente biológica, ignora la etiología no-biológica de muchas enfermedades y su correspondiente terapéutica, igualmente no biológica” (Martínez, 2006, p. 126).

De manera que, esto pasa por convertir a la salud en un objeto de estudio inter y transdisciplinario. Por consiguiente, hay que recalcar que se debe ir más allá de la simple adición de conocimientos proporcionados por cada disciplina, es decir, multidisciplinariedad.

Se hace así perentorio un diálogo y entendimiento teórico-metodológico para explicar los dos referentes conceptuales más importantes de la investigación que se pretende llevar a cabo, esto es, globalización y políticas públicas de salud. Todo

esto teniendo en consideración que en las realidades humanas cotidianas biopsicosociales entran normalmente en acción docenas de variables en una interacción recíproca y con muy variados tipos de relaciones.

Por otra parte, si bien la globalización genera situaciones que inspiran principios y líneas de acción con respecto a la salud de la humanidad, muchas de las intervenciones en salud se llevan a cabo desde el interior de cada sociedad. Esto refuerza la necesidad de tomar en cuenta el contexto cultural y socio histórico de cada población, que en este caso particular es la venezolana.

De esta manera, entra en escena la globalización cultural como subsistema, en torno a la cual se difunden valores con fuerza e impulso global, como el individualismo y el estilo de vida norteamericano, que choca y se enfrenta con aspectos culturales arraigados localmente. De esta manera la globalización crea un fenómeno antitético al que suele denominarse localización, generándose la dicotomía global-local.

Sin embargo, lo local no solo se reafirma como fuerza contraria a la globalización, sino que al mismo tiempo hace que esa condición de localidad se proyecte hacia afuera de sus límites geográficos presionando hacia una tendencia globalizante. Como señala Martínez (1999), cuando se trata de fenómenos sociales complejos “lo más típico y peculiar de estos procesos es la *interacción en su sentido auténtico*, es decir, que la actividad de una parte es a la vez “*causa-y-efecto*” de la posición, estructura y función de cada uno de los otros constituyentes” (p. 32).

En síntesis, para la realización del presente libro intitulado *La globalización y la formulación de las políticas de salud en Venezuela*, resulta pertinente y adecuado emplear el enfoque sistémico-cualitativo propuesto por Martínez a lo largo de su obra científica y filosófica.

Para tales fines, se partió de un enfoque sistémico porque se tuvieron presentes las nociones de totalidad y complejidad propias de la globalización y la salud, lo que comporta un abordaje teórico-metodológico inter y transdisciplinario, enmarcado en el campo de las ciencias humanas. Aquí se hace necesario tomar aportes hechos por diversas disciplinas, respetando la interacción entre los objetos de estudio de cada una propendiendo a su integración coherente.

Además, resultaron útiles los aportes desarrollados por la teoría de sistemas, lo que permitió contar con herramientas útiles que permitan captar la totalidad y comprender las interconexiones de sus partes entre sí y con el todo.

Este aspecto se aprecia en la figura 3, que muestra la relación sistémica de los siguientes elementos:

**Variables:** globalización y políticas públicas de salud;

**Sub-variables:** globalismo, globalización desde abajo, globalización política, democracia cosmopolita, sistema político, Estado rentista, costumbres y valores;

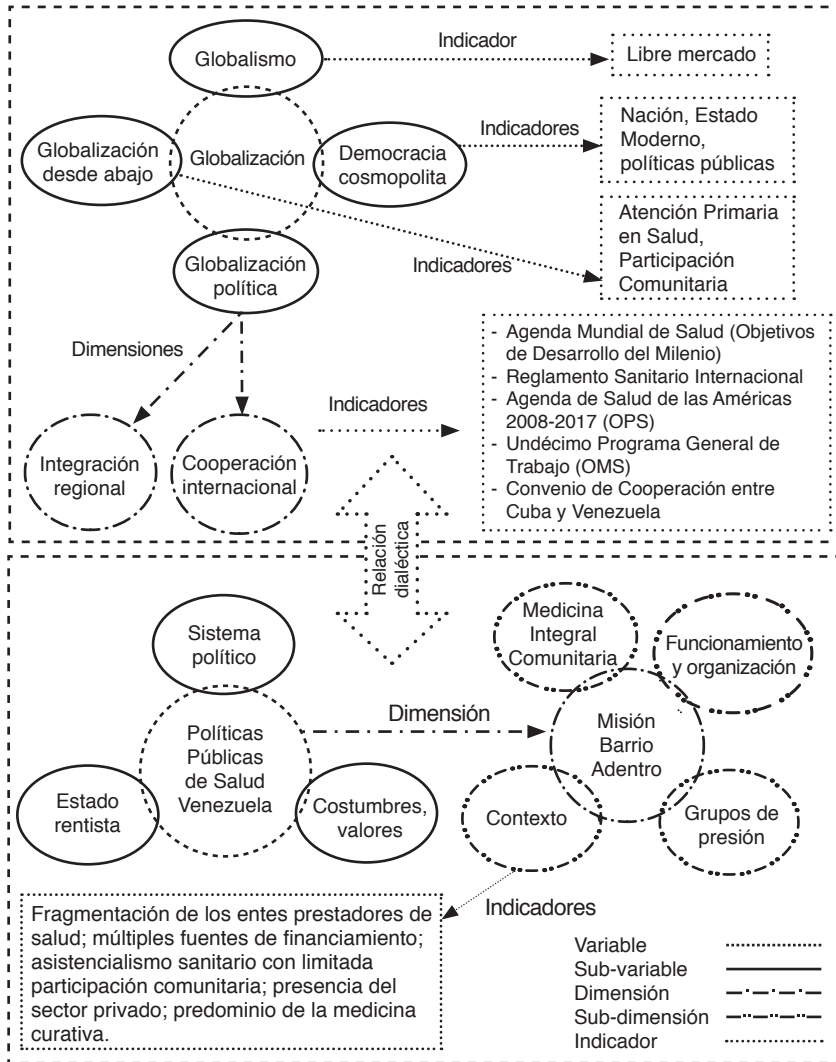
**Dimensiones:** integración regional, cooperación internacional, Misión Barrio Adentro;

**Sub-dimensiones:** contexto, Medicina Integral Comunitaria, funcionamiento y organización y grupos de presión;

**Indicadores:** libre mercado, nación, Estado moderno, políticas públicas, Atención Primaria en Salud, Participación Comunitaria, Agenda Mundial de Salud (Objetivos de Desarrollo del Milenio), Reglamento Sanitario Internacional, Agenda de Salud de las Américas 2008-2017 (OPS), Undécimo Programa General de Trabajo (OMS), Convenio Integral de Cooperación entre Cuba y Venezuela, fragmentación de los entes prestadores de salud, múltiples fuentes de financiamiento, asistencialismo sanitario con limitada participación comunitaria, presencia del sector privado, predominio de la medicina curativa.

Finalmente, resulta pertinente emplear una perspectiva cualitativa en el sentido de que esta trata del estudio de un todo integrado que forma o constituye una unidad de análisis y que hace que algo sea lo que es. Esta visión del todo evitará el colapso precoz propiciado por los reduccionismos que han dominado el estudio de la globalización y la formulación de políticas de salud, creando visiones aisladas que son meras simplificaciones desvirtuadas de la realidad totalizada.

**Figura 3**  
Las variables globalización y políticas públicas de salud como sistemas en relación dialéctica



## 2.2 El nuevo institucionalismo

Se habla de *nuevo institucionalismo* para diferenciarlo de la vieja escuela institucional, la cual sentó las bases de la ciencia política durante la segunda mitad del siglo XIX y la primera parte del XX, el cual a su vez fue desplazado por el éxito de enfoques teórico-metodológicos sobre el comportamiento político basados en supuestos individualistas y psicológicos, como el conductismo y la elección racional, inspirada esta última en el pensamiento microeconómico. Dichas perspectivas dominaron el análisis político europeo y norteamericano desde el final de la Segunda Guerra Mundial hasta principios de la década de 1980. Durante aquellos años, “en teorías como el estructural-funcionalismo, el análisis de sistemas, la teoría de grupos (ya sea pluralista o elitista) –y, más tarde enfoques económicos tales como el neomarxismo–, las instituciones políticas formales cumplían una función muy escasa” (Rothstein, 2001, p. 207).

Fue a través de los trabajos seminales de March y Olsen (1993; 1997), que se retomó el interés por el estudio de la dimensión institucional en la ciencia política, planteando que “el objetivo de los estudios políticos no es analizar el enfrentamiento, sino los mecanismos de formación del consenso y la creación de metas colectivas en la sociedad” (Vergara, 1997, p. 9). Todo ello en un ambiente académico caracterizado por la tendencia a reducir la explicación de los procesos políticos a variables no políticas, en el que las formas institucionales jugaban un papel marginal.

En aquel contexto irrumpió el nuevo institucionalismo, criticando el alcance epistemológico de los enfoques dominantes,



caracterizados por resaltar el papel de las fuerzas sociales y económicas como variables explicativas de los procesos políticos. De cualquier modo, en la actualidad puede hablarse sencillamente de institucionalismo, pues como se señala en un artículo del 2006, “el estatus del institucionalismo en ciencia política ha cambiado dramáticamente en los últimos quince años, desde una invectiva hasta la afirmación de que «todos somos institucionalistas ahora»” (Pierson y Skocpol, citado en March y Olsen, ob. cit.).

En este orden de ideas, el marco metodológico de la presente investigación confluye con la perspectiva institucional en el sentido de que privilegia el carácter explicativo de las instituciones de salud (formales y/o informales) en el contexto global con respecto al esclarecimiento de la formulación de las políticas de salud por parte del Estado en Venezuela.

Tal y como lo señala Sitek (ob. cit.), en el caso de la atención de la salud, los enfoques provenientes del nuevo institucionalismo son particularmente útiles porque “permiten ir más allá del ámbito estrictamente político y ver el proceso de elaboración de las políticas en el contexto de la interdependencia entre el Estado y el ámbito político y las estructuras complejas de las organizaciones e intereses en el sector de la salud” (p. 570).

Así pues, el presente libro se sustentó básicamente en dos antecedentes desde el punto de vista de las tradiciones metodológicas institucionales, que al mismo tiempo plantean dos puntos de partida a través de los cuáles se puede acometer el estudio sobre las influencias de la globalización en la formulación de las políticas de salud domésticas.

Estos precedentes serían, por una parte, el interés del nuevo institucionalismo por la investigación sobre la producción de políticas públicas por parte del gobierno, en tanto que, por la otra, se ubicaría el estudio de las instituciones en el contexto de la globalización.

### **2.2.1 El interés del nuevo institucionalismo por la investigación sobre la producción de políticas públicas por parte del gobierno**

El primer antecedente, se aprecia que el debate referente al impacto de las instituciones políticas en las políticas públicas, tiene su origen en las reflexiones de pensadores clásicos, como Hobbes y Rousseau, quienes defendían la postura de que las funciones del Estado podían cumplirse solo si el ejecutivo está concentrado; hasta liberales como Locke y Montesquieu, los cuales se decantaban por un ejecutivo dividido y, por lo tanto, controlado. Esta constituye la influencia para el desarrollo contemporáneo de las disertaciones académicas sobre cuál es el sistema de gobierno que conlleva una mejor gobernanza y estabilidad política (Immergut y Anderson, 2006).

Así pues, se tiene que a partir de la década de 1980, en países como los Estados Unidos, la tradición de los estudios institucionales, además de las investigaciones relativas a cuerpos legislativos, ejecutivos, tribunales, estudios infraestructurales de opinión pública, elecciones, grupos de interés y medios de comunicación, giraba en torno al análisis sobre el diseño de las políticas públicas por parte de agencias gubernamentales (Almond et al., 1993). Este interés por las instituciones puede apreciarse, además de en los Estados Unidos y Europa, en el contexto latinoamericano, sobre todo a través del estudio del

proceso de democratización, el Estado, el presidencialismo, los partidos políticos y los sistemas electorales, entre otros<sup>13</sup>.

El área de las políticas públicas, así como también las instituciones políticas encargadas de diseñarlas, son uno de los principales objetos de estudio de la ciencia política, la cual emprende su disertación desde diversos enfoques, entre los que destaca el nuevo institucionalismo. Es por ello que el análisis politológico será privilegiado para orientar la investigación sobre las políticas de salud venezolanas en un mundo globalizado.

No obstante, queda abierta la posibilidad de nutrir este esfuerzo intelectual con los aportes provenientes de otras disciplinas integradoras de las ciencias sociales. No en vano, cabe destacar que el renovado interés por el estudio de las instituciones está presente de la mano de intelectuales y académicos provenientes de otras disciplinas que colindan con la ciencia política, entre las que pueden mencionarse la historia económica (North), la economía (Williamson), la sociología de las organizaciones (Powell y DiMaggio), la antropología social (Douglas) y las relaciones industriales (Streeck; Thelen). Muchos de estos autores señalan que, “para entender las importantes variaciones existentes en las pautas de desarrollo de distintos sistemas sociales, los factores explicativos no son sociales o económicos, sino institucionales” (Rothstein, ob. cit., p. 214).

Teniendo en cuenta estas consideraciones, la política recupera su centralidad explicativa, en tanto que es considerada

---

13 Véanse los trabajos de Ramos Jiménez, 1997; Cavadias, 2001; O'Donnell, 2004; Nohlen, 2006.

como ingeniería institucional, puesto que a través de ella se elaboran los acuerdos legítimos y obligatorios para organizar la vida social.

En tal sentido, se considera que la revolución institucional solamente puede consolidarse si demuestra que las diversas instituciones políticas efectivamente generan consecuencias diferentes para los *outcomes*, que serían los resultados del sistema político; y los *outputs*, es decir, las políticas formuladas por el Estado (Lane y Ersson, 2000).

Desde el punto de vista de las políticas públicas, el interés de este libro gira en torno a las políticas de salud o sanitarias, las cuales pueden entenderse como las respuestas que el Estado formula ante el proceso salud-enfermedad de la población. La OMS define la política sanitaria como el acuerdo o consenso en los temas de la salud, las metas y los objetivos que se tratarán, las prioridades entre éstos objetivos, y los modos principales para alcanzarlas.

Un antecedente importante en el estudio de la formulación de políticas sanitarias con base a una explicación institucional fue el trabajo de Immergut (1993), quien a través de la comparación de las políticas de salud de Francia, Suecia y Suiza, demostró que la institucionalización política de varios puntos de veto explicaban mejor el modo a través del cual los grupos de interés ejercían su influencia política, que la proposición centrada en teorías de grupos que privilegiaban la disquisición con base a la fuerza inicial de esos mismos grupos. Se trató de una investigación que utilizó las estrategias del institucionalismo histórico, desarrollando “argumentos sobre

elecciones estratégicas y el impacto de las reglas del juego” (Pierson y Skocpol, ob. cit., p. 8).

Asimismo, hay que destacar el trabajo colectivo editado por Lee, Buse y Fustukian (2002), el cual se enfoca en las políticas de salud y las formas en las cuales la globalización está afectando la formulación de políticas llevadas a cabo desde el sector salud (y otros sectores y áreas que impactan a ese ámbito).

Además, se plantea que el análisis convencional de las políticas de salud, así como otras áreas de las políticas públicas, que se enfoca estrechamente en el nivel nacional y el actor estatal solamente, son cada vez más obsoletos. Esto representa una justificación del porqué se utiliza un enfoque desde la globalización para abordar la formulación de políticas de salud en Venezuela. Entonces, lo local y lo nacional deben integrarse a un marco de análisis más amplio.

Es un hecho que desde el punto de vista político, una de las instituciones que se ve afectada en su organización y estructura por la globalización es el Estado Moderno. De hecho, “una de las preguntas planteadas con respecto a la globalización es su impacto en la formulación e implementación de las políticas del Estado con respecto a las actividades políticas económicas y sociales” (Fidler et al, 2004, p. 20).

De cualquier modo, hay que dejar claro que el estudio del Estado sigue teniendo una particular relevancia y privilegio, por ser la organización política legitimada para formular y ejecutar las políticas de salud. Sin embargo, es obvio que existen otras esferas de la vida social que se estructuran fuera

del ámbito estatal, como lo es “el nuevo escenario en que los actores no tradicionales emergentes en la sociedad civil se convierten en socios cada vez más preponderantes en la definición del bien público, y el sector privado asume un rol creciente en la provisión de servicios y de recursos” (Casas, 1999, p. 4). Así pues, en el proceso de las políticas públicas también participan la comunidad y el sector privado (Lahera Prada, ob. cit.).

De este modo, el estudio exclusivo de las instituciones políticas, presenta limitaciones obvias a la hora de pretender llegar a explicaciones holísticas, en el sentido de que se trata del análisis de una situación compleja del mundo social. Lo que resulta innegable es el influjo que ejercen las instituciones<sup>14</sup> en la conducta humana, puesto que estas “son las reglas del juego en una sociedad o, más formalmente, son las limitaciones ideadas por el hombre que dan forma a la interacción humana. Por consiguiente, estructuran incentivos en el intercambio humano, sea político, social o económico” (North, 1995, p. 13).

Para completar dicha definición, desde una visión más politológica que la de los economistas, se dice que “las reglas cuentan: Ellas son parte del proceso institucional; pero las reglas y los procedimientos se hacen aplicables, en política, solo a través de organizaciones, ya que tienen que ser aplicables a un gran número de gente que no participó... en el proceso de toma de decisión” (Blondel, 2006, p. 722-723).

---

14 Para una aclaratoria de lo que significa institución en el debate entre politólogos, economistas y sociólogos institucionalistas, véase Lane y Ersson (2000, pp. 7-9) y Blondel (2006, pp. 720-722).

Específicamente, el mérito del nuevo institucionalismo en el análisis de la reforma de salud es que permite equilibrar la importancia de las normas formales, normas informales y expectativas de la sociedad, y los mecanismos cognitivos. Así, apreciar “los procesos y las características estructurales, en lugar de la superficie de la retórica de la reforma o cambios en las leyes y los reglamentos, es esencial para describir y analizar fenómenos como el «cambio sin reforma» o «reforma sin cambio», que son característicos de muchos desarrollos en los sistemas de salud” (Sitek, ob. cit., p. 571).

Por otra parte, existen diversas tipologías<sup>15</sup> que dan cuenta de la presencia de varios enfoques que pueden llamarse institucionales, una de ellas distingue entre: el normativo, el de la elección racional, el histórico, el empírico, el internacional, el social y el de las instituciones de mediación (Peters, 2003, pp. 37-39; Ghio, 2006, pp. 508-509).

Dichos enfoques cuentan con varios elementos o características básicas comunes que permiten tipificarlos dentro del institucionalismo. En primer lugar, consideran que una institución es un rasgo estructural de la sociedad o la forma de gobierno, bien sea formal o informal, que trasciende a los individuos e implica a grupos de éstos mediante un determinado conjunto de interacciones pautadas, que son susceptibles de ser predichas. Por otra parte, en toda institución es necesario que exista, en mayor o menor medida, cierto grado de estabilidad a través del tiempo. Una tercera característica es que una

---

15 Para una crítica de los criterios de clasificación de la tipología de enfoques institucionales propuesta por Peters (2003) véase Ortiz (2006).

institución debe afectar al comportamiento de los individuos que la integran, a través de mecanismos coercitivos que establecen restricciones formales o informales. La última característica se refiere a que entre los miembros de la institución debe haber cierto sentido de valores compartidos (Peters, ob. cit.).

Asímismo, Immergut (2006) señala que los institucionalistas, bien sea en sus variantes de la elección racional, la teoría de la organización o el institucionalismo histórico, abordan una serie de problemas en común desde una perspectiva unificada, pues “han optado por analizar los efectos de las reglas y procedimientos para agregar o fusionar los deseos individuales, en decisiones colectivas” (p. 420).

De cualquier modo, si de abordar las instituciones hoy en día se trata, resulta en cierta forma insuficiente “tomar en cuenta tan solo una disciplina, sino hace falta retomar diversos enfoques para tener un estudio más profundo y completo, lo cual hace que el neoinstitucionalismo se constituya en una unidad de análisis multidisciplinario” (Pérez y Valencia, 2004, p. 93).

Incluso, yendo aún más allá en cuanto al diálogo y la integración entre las disciplinas del saber, se tiene que “la fuerte atención reciente a las instituciones de la sociedad por parte de los científicos sociales con antecedentes tan distintos como la ciencia política, la economía y la sociología, ha sido considerada como prueba de la convergencia y la interdisciplinariedad en crecimiento” (Lane y Ersson, ob. cit., p. 2).

Por tal motivo, no debe sorprender que “los enfoques principales de ciencias sociales han convocado invariablemente a eruditos de diferentes proveniencias, sin importar los límites de cada disciplina” (Pierson y Skocpol, ob. cit., p. 9). Por ello,



desde el punto de vista de la metodología, la perspectiva politológica tiene que apoyarse en cuanto sea necesario, en los aportes institucionales que se han realizado desde otras especialidades, teniendo en consideración las discrepancias y similitudes subyacentes en cada una (ver Goodin, 1996, pp. 19-20; Peters, ob. cit., pp. 207-220).

Resulta pues ineludible combinar, en la medida que sea necesario, las diversas manifestaciones del nuevo institucionalismo con el fin de tener una perspectiva más completa de las características estructurales de las instituciones de salud globales y de la influencia de dichas estructuras sobre las políticas de salud y la conducta del gobierno.

De la misma manera, resulta de utilidad tener presentes los aportes desarrollados por la Escuela de *Heidelberg*, con el politólogo alemán Dieter Nohlen a la cabeza. Esta propuesta académica conocida como institucionalismo contextualizado, hace énfasis en la relevancia de las variables de contexto para el funcionamiento de los arreglos institucionales.

Para Nohlen (2005, 2006), las instituciones desarrollan diversos efectos y con diferente intensidad dependiendo del contexto respectivo. De manera que el impacto de los factores institucionales puede variar dependiendo de los “problemas fundamentales del desarrollo y de la estructura social, la cultura política, las condiciones de poder existentes y persistentes en la sociedad, los patrones de comportamiento de la élite política, etc.” (Ortiz, ob. cit., p. 27). Es entonces indispensable tomar en cuenta el contexto, debido a la influencia que éste tiene económica, social, cultural, ecológica y políticamente, con respecto a las conductas y el comportamiento humano.

En tal sentido, el foco del presente libro se orienta a explicar las “variaciones en patrones, eventos o arreglos importantes o sorprendentes, más que en dar cuenta del comportamiento humano sin referencia al contexto o que modelar procesos muy generales presumiblemente aplicables a todos los momentos y lugares” (Pierson y Skocpol, ob. cit., p. 10).

Por otra parte, cuando se hace referencia a las políticas de salud, “conviene distinguir las políticas explícitas de las implícitas, porque a menudo las políticas explícitas acostumbran a tener una excesiva dimensión retórica, de manera que las promulgaciones formales pueden resultar muy alejadas de lo que ocurre en realidad” (Segura, ob. cit., p. 59).

La anterior es una advertencia que hay que tener en cuenta a la hora de aplicar el enfoque neoinstitucional, pues si bien se considerará el aspecto legal que caracteriza a las instituciones formales, es necesario tener las precauciones pertinentes para librarse de caer en el legalismo característico del viejo institucionalismo. Entre los principales puntos débiles del viejo enfoque institucional, de marcada tendencia juricista, se puede hacer mención de los siguientes: la noción cerrada, formal-legalista y rigurosa de institución, influenciada por el derecho; las explicaciones monocausales e indiferenciadas; el énfasis desmesurado en el valor de las estructuras formales, acentuando el “deber ser” al tiempo que soslayaba la realidad; el determinismo institucional, y; una idea del cambio en las instituciones exageradamente funcionalista. Por el contrario, la corriente del nuevo institucionalismo se deslinda del idealismo para plantearse investigaciones más ontológicas.

El análisis de las políticas de salud puede ser una tarea engorrosa, pues su alcance es amplio y pueden presentarse problemas al decidir qué aspectos de la política van a ser analizados. En tal sentido, es recomendable hacer una distinción entre el análisis del proceso de la política, cuyo foco principal es la formulación de la misma, y el análisis del contenido de la política, el cual se centra en la sustancia o contenido de ésta (Collins, 2005).

Otro aspecto útil desde el punto de vista analítico, es la división de la política en alta y baja. Los temas de la política alta o macropolítica, implican los objetivos del Estado en el largo plazo. En contraste, los objetivos de la baja política o micropolítica, involucran básicamente objetivos sectoriales. En el campo de la salud, la mayoría de las políticas se sitúan en el área de la política baja. Sin embargo, los asuntos de la política baja son susceptibles de cambiar en tiempo y convertirse en materia de la política alta. Quienes se encargan de formular las políticas de salud deben estar conscientes de esta situación y desarrollar el sentido de cuáles políticas son urgentes factibles (Walt, 1996, citado en Collins, ob. cit.).

### **2.2.2 Las instituciones en el contexto de la globalización**

El segundo antecedente para el enfoque metodológico tiene que ver con las instituciones en el contexto global. Resulta fundamental considerar el escenario de la globalización, lo que permitirá establecer la relación de dicho proceso con la formulación de las políticas de salud en Venezuela.

La globalización ha cambiado el contexto en el cual se formulan las políticas de salud, en lo que respecta al entorno

institucional, social e incluso el medio ambiente. Uno de los cambios más importantes al respecto, es el hecho de que los determinantes de salud<sup>16</sup> son más complejos y de un rango más abierto. La globalización trae el mensaje de que el sector salud es directa e indirectamente afectado por otros sectores, haciendo más evidentes las interrelaciones entre dichos sectores (Lee, Fustukian y Buse, ob. cit.). Ejemplo de ello son los efectos de las crisis económicas, los mercados financieros volátiles y la inestabilidad política sobre la capacidad de formular políticas de salud efectivas.

Específicamente, la crisis financiera mundial de 2008 como consecuencia de la crisis hipotecaria norteamericana, representó para Venezuela un descenso significativo en el gasto público en salud, lo que indudablemente hizo meya en la formulación de políticas en el sector. En aquel entonces, el barril del petróleo se ubicó en el orden de los 70 dólares americanos, lo que motivó una suerte de “paquetazo” del autodenominado “Gobierno socialista y revolucionario venezolano”, el cual inmediatamente procedió a realizar lo que dictan las más ortodoxas reglas del neoliberalismo: recortar gastos en educación y salud.

---

16 Una definición de salud que no se limita a la mirada biomédica es fundamental. Y es en este punto en el que la economía, la ciencia política, la ecología, la antropología y la arquitectura, entre otras, se suman para contribuir a la promoción, mantenimiento y preservación de la salud, a través de un enfoque interdisciplinario y post-positivista, entendiendo por interdisciplinarios los estudios que reúnen varios investigadores de diversas disciplinas pero con interacción de términos, enfoques y metodología, lo cuales se integran desde el comienzo, teniendo en cuenta los procedimientos y trabajo de los otros en vista a una meta común que define la investigación (Martínez, 2003).

Así pues, específicamente se procedió a recortar la partida de gastos de funcionamiento de las universidades autónomas nacionales, como medida de austeridad, una simple “apretadita de cinturón” en tiempos de crisis. De cualquier modo, luego de más de cinco años de aquella medida, el presupuesto de las casas de estudio continúa siendo el mismo que en 2008, con todo y los duros golpes asestados por la inflación; pero además, a pesar de que el barril de crudo tiene más de cuatro años por encima de los 100 dólares americanos, la porción recortada para gastos y funcionamiento de las universidades jamás fue devuelto.

Por otra parte, se recortaron los gastos en salud, lo cual se ve reflejado en los datos que aporta el propio Sistema de Indicadores Sociales Venezolanos (SISOV)<sup>17</sup>, que es un órgano oficial. Así, la inversión pública en salud como porcentaje del Producto Interno Bruto (PIB) se desplomó desde un 4,5 % en 2007, al 3,1 % en 2008, retrocediendo inclusive a 2,5 % para el 2009. De manera que, ante la crisis económica mundial y sus repercusiones para Venezuela, los más golpeados e incomprensidos fueron los educadores y los miembros del equipo de salud, quienes vieron mermados los recursos para desempeñar su loable misión social en beneficio del pueblo.

Por otra parte, hay que tener en cuenta las estrategias formuladas en la Conferencia de Alma Ata (1978), fundamentalmente la APS y su posterior aplicación en el país, así como el ulterior establecimiento de los denominados ODM.

---

17 Ver en los anexos los cuadros 1 y 2.

Es fundamental tener presente que la globalización es un fenómeno inmerso en “un cambio social profundo que se presenta en todos los rincones del mundo. Se trata de un reordenamiento de la vida social, en torno al cual están en juego la asignación y apropiación de una gran cantidad bienes, servicios y valores, viejos y nuevos, que van a ser susceptibles de apropiación y de distribución, en forma equitativa o no” (Alcántara Moreno, 2007, p. 359).

Se tiene así un escenario caracterizado por el conflicto en el que, sin embargo, existen vías y mecanismos que propician la cooperación para la búsqueda del consenso con respecto a metas comunes, en áreas específicas de la vida humana. La conformación de instituciones en el ámbito global sería un dispositivo fundamental para hacer plausibles y materializar estos acuerdos.

Así pues, es relevante considerar las pautas en políticas de salud emanadas de organizaciones internacionales, tales como la OMS, la OPS el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo y el Banco Mundial, las cuales se consideran como instituciones formales directamente vinculadas con la formulación de políticas de salud en los niveles locales, nacionales, regionales y globales. En tal sentido, es pertinente analizar las corrientes ideológicas que orientan las actividades y formulación de estrategias por parte de las mencionadas organizaciones.

Para estudiar el surgimiento de determinadas políticas de salud formuladas por instituciones en el contexto de la globalización, resulta de utilidad aplicar el enfoque del institucionalismo internacional.

En el escenario internacional, es indudable el papel central que han tenido y efectivamente siguen poseyendo los Estados nacionales, quienes son actores de primer orden en el plano mundial, caracterizado por la globalización. Teniendo en cuenta que los Estados son los principales responsables de formular y ejecutar las políticas de salud en cada uno de sus territorios nacionales, hay que advertir que dichos programas y estrategias son mucho más que el resultado de determinantes endógenas producidas al interior de cada sociedad respectiva. Por ello, los Estados actúan con relativa soberanía y autonomía, pues en el proceso de producción de las políticas de salud existen fuerzas e influjos que trascienden el espacio local y nacional, incubándose en un nivel global.

Prueba de lo anterior son los riesgos de afrontar una serie de problemas globales que amenazan directa o indirectamente la salud humana, como lo son la gripe aviar, el síndrome agudo respiratorio severo (SARS), la encefalopatía espongiiforme (enfermedad de las vacas locas), la pandemia de SIDA, el calentamiento global, la pobreza, los estilos de vida riesgosos (sedentarismo, mala alimentación) y, más recientemente, la gripe AH1N1, entre otros.

En tal sentido, contraponiéndose a la predominante teoría del realismo en las relaciones internacionales, cuyo argumento central plantea que en política internacional los actores se orientan fundamentalmente según el interés nacional (Morgenthau, 1986), existe una “perspectiva alternativa, que propone que los Estados nacionales se verían gobernados por las constricciones estructurales de la vida contemporánea” (Peters, ob. cit., p. 187). Este es el punto de partida del

institucionalismo internacional, que plantea la existencia de determinadas reglas y estructuras formalizadas que señalan pautas de comportamiento e interacciones para los actores en el mundo globalizado. Aquí se encontraría entonces el punto de confluencia entre las relaciones internacionales como disciplina y el enfoque del nuevo institucionalismo.

En este orden de ideas, se tiene que en el campo de las relaciones internacionales existen teorías que pueden ser consideradas como institucionalistas, aplicadas por supuesto en un nivel más elevado que el nacional, en el cual operan las demás variantes de dicho enfoque. Una de esas teorías sería la del régimen, surgida en la década de 1980 en los Estados Unidos, la cual se planteaba “desarrollar un concepto que capturara las interacciones pautadas que se hacían cada vez más observables en política internacional” (Peters, ob. cit., p. 192).

Desde este supuesto, el concepto de institución es equiparable al de régimen, el cual puede definirse como “principios, normas, reglas y procedimientos para la toma de decisiones, implícitos o explícitos, en las cuales convergen las expectativas de los actores en un área dada de las relaciones internacionales” (Krasner, citado en Peters, ob. cit., p. 194).

Un elemento analítico provechoso, consiste en asentar la teoría del régimen en un área de política específica, en este caso las políticas de salud, en aras comprender la dinámica del régimen. Peters argumenta que “cada área de política tiende a ser influida por un conjunto de normas profesionales y substantivas que define qué se considera una buena política y un buen comportamiento dentro del régimen” (ob. cit., p. 195). Así pues, se puede afirmar que en el interior de la OMS se



ha conformado una auténtica comunidad epistémica, que ha llevado a cabo una serie de acuerdos sobre determinados cuerpos de conocimiento que se han constituido en mecanismos para imponer opiniones profesionales y científicas al gobierno.

Uno de los cuerpos de conocimiento producidos por la comunidad epistémica de la OMS y que, eventualmente, ha sido asimilada por el gobierno venezolano, sería la ya mencionada estrategia “Salud para Todos en el año 2000”, fijada en Alma Ata<sup>18</sup>, con la formulación de la APS<sup>19</sup>, como política concreta. Si bien esta doctrina fue fijada en 1978 y asimilada, al menos desde el punto de vista formal, por el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social venezolano en la década de 1980, con la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999) y la puesta en marcha de la MBA (2003), se da un renovado relanzamiento de la APS.

Tal y como lo afirma Roses (2006), Directora de la Organización Panamericana de la salud, la MBA “es en esencia Atención Primaria en Salud... es una estrategia de estructuración y transformación de todo el sistema de salud, es la APS como lo entiende gente

---

18 Los principios fundamentales de Alma Ata son: acceso universal a la atención y cobertura en función de las necesidades; adhesión a la equidad sanitaria como parte de un desarrollo orientado a la justicia social; participación de la comunidad en la definición y aplicación de las agendas de salud; enfoques intersectoriales de la salud.

19 El concepto de Atención Primaria en Salud implica un conjunto variable de actividades básicas. “En los países de ingresos altos y de ingresos medios, la atención primaria se entiende sobre todo como el primer nivel asistencial, mientras que en los países de ingresos bajos donde el acceso a la atención sanitaria sigue planteando retos importantes se considera más bien como una estrategia de todo el sistema” (OMS, 2003 p. 119).

como Halfdan Mahler y David Tejada, grandes responsables de la Conferencia de Alma Ata. Barrio Adentro se inicia exactamente al cumplirse los 25 años de esa reunión trascendental”. Queda entonces la tarea de establecer, desde el punto de vista institucional, los nexos entre la APS, como institución de salud, y la aplicación de la MBA en Venezuela.

Igualmente, los ODM, planteados a nivel global de manera formal basándose en criterios científicos, pudieran considerarse en proceso de institucionalización global, tomando en cuenta aspectos directa e indirectamente relacionados con la salud. Su influjo en la formulación de políticas de salud en Venezuela se refleja en una primera impresión en el informe *Cumpliendo las metas del milenio* (2004), elaborado por el Gabinete Social de la República Bolivariana de Venezuela.

Desde el punto de vista del institucionalismo internacional, se puede afirmar que los ODM efectivamente conforman un régimen, en el sentido que se trata una actividad política común, sustentado en una doctrina e ideas afines que define metas y valores compartidos globalmente. Los ODM son “una de las manifestaciones más reveladoras de la necesidad de una acción conjunta para resolver problemas que aquejan a la humanidad en su totalidad... una prueba de cómo los gobiernos, los organismos de ayuda internacional y la sociedad civil de todo el mundo están actuando de manera conjunta en la consecución de objetivos a nivel mundial” (Alcántara Moreno, 2011a, p. 48).

De cualquier forma, tanto la APS como los ODM, pueden considerarse como instituciones predominantemente formales.

Quedaría entonces pendiente la determinación de instituciones globales de salud más informales. En este punto, es necesario aseverar que en los tiempos de la globalización, desde el punto de vista académico, es conveniente superar el antiguo ámbito de las relaciones internacionales para referirse al contexto global, mucho más amplio y complejo.

Así pues, las múltiples interacciones que la globalización plantea, desde el punto de vista económico, político, cultural, tecnológico y ecológico, despuntan con creces los tradicionales enfoques de estudio de las relaciones internacionales. Este desbordamiento queda demostrado, por ejemplo, por el surgimiento de intereses que van más allá del tradicional interés nacional, trascendiendo incluso a la definición de internacional, debido a su connotación cosmopolita, universal.

En tal sentido, se puede hablar de movimientos sociales y ONG cuya conformación carece de lo nacional o internacional, como rasgo distintivo. Del mismo modo, cuando se discute sobre los ODM, se hace referencia a mucho más que la proposición de metas “internacionales”, puesto que el ámbito en el que fueron concebidos abarca a la humanidad en su conjunto, pasando lo internacional a jugar un papel más relevante para el análisis del extinto orden internacional bipolar de la Guerra Fría.

El objetivo de la crítica anterior, no es cuestionar a las relaciones internacionales como disciplina, en tanto que sí se pretende proponer una revisión de sus enfoques dominantes, esto es, el idealismo y el realismo, de fuerte corte europeo y norteamericano, ante el actual contexto de la globalización.

Pasando al análisis político, se tiene que existen variados marcos globales para el ejercicio del gobierno, como lo serían las organizaciones políticas regionales, cuya máxima expresión es la Unión Europea; las organizaciones de alcance global más amplio en determinadas materias, como la OMC, la Organización Mundial del Trabajo (OIT) y la OMS.

### **2.3 Otros aspectos metodológicos importantes**

Es necesario dejar claro que, en toda investigación que pretenda ser considerada como científica, es condición *sine qua non* explicar el método utilizado de manera precisa. Uno de los vicios recientes en las ciencias sociales, es una suerte de reticencia a la hora de dejar claro qué método se utiliza. Esto quizá debido a la moda de integrar el saber y el discurso de las diversas disciplinas y al miedo de ser atacado por las debilidades y limitaciones inmanentes a todo enfoque teórico-metodológico.

Esta cómoda ambigüedad al dejar la puerta abierta a cualquier enfoque, dificulta la evaluación de los trabajos por parte de los expertos. Siguiendo a King, Keohane y Verba, se tiene que “si el método y la lógica de las observaciones e inferencias de un investigador no se hacen explícitos, la comunidad académica no tiene forma de juzgar la validez de lo que se ha hecho” (2000, p. 19).

Son innegables los aportes que los denominados enfoques multidisciplinarios e interdisciplinarios poseen desde el punto de vista epistemológico. De hecho, una iniciativa de investigación como la presente se encuentra en la intersección de diversas especialidades disciplinares, tal y como lo son las

políticas públicas (como resultado de una especialización al interior de la ciencia política) y la salud pública, pudiendo hablar incluso de “una especialización en la intersección de subcampos monodisciplinarios”, que produciría lo que Dogan (ob. cit.) denomina como hibridación y, que en el caso particular, haría referencia a la disciplina híbrida de la “Política Sanitaria”.

Pero de cualquier modo, aquello no es motivo para pretender abarcar el todo de la realidad social, de alcanzar un poder omnisciente, más acorde con lo mágico que con lo científico. Quien pretenda obtener la verdad desde la ciencia debería tener claro que este es un concepto propio de la religión, que conduce irremediablemente al dogmatismo.

Cuando se explican de manera concreta las características del marco metodológico utilizado en una investigación, se es sincero al dejar claro el alcance (otros dirían que el límite) de un estudio y las variables privilegiadas que se abordarán según el interés del científico. A pesar de la pretendida objetividad científica del investigador, sus valores culturales siempre influirán de algún modo la orientación de sus actividades académicas, privilegiando la observación de ciertos y determinados fenómenos.

Así pues, se parte de la idea de que el conocimiento científico es finito con respecto a una realidad que plantea incertidumbres infinitas. Se reconoce que en el mundo actual la interdependencia de las cuestiones obliga a preferir las relaciones de las partes entre sí y con el todo, pero esto no tiene por qué conducir a la satanización de los análisis y teorías de alcance medio, al tildarlas despectivamente como

“cartesianismo, o versión empobrecida del pensamiento del filósofo, que condujo a razonar por división de los problemas dando preferencia al tratamiento separado de las partes” (Brunsvick y Danzin, ob. cit., p. 38).

Mediante la aplicación de la lógica institucional al análisis de la política global, se obtiene un camino útil para explicar la influencia y las constricciones de determinadas instituciones relacionadas con la salud en un mundo globalizado, con respecto al Estado venezolano.

De manera tal que, la orientación metodológica adquiere un sentido definitivamente deductivo, pues el análisis parte de las instituciones de salud globales para descender al nivel estatal. Sin embargo, el hecho de privilegiar el método deductivo, no puede constituirse en una camisa de fuerza que impida considerar la interacción de los influjos de la globalización con los conflictos y expectativas locales que a nivel de Venezuela, se articulan como demandas desde la sociedad hacia el sistema político en materia de salud.

En tal sentido, la metodología empleada irá más allá de la causalidad unidireccional, para intentar establecer una interacción relacional entre el marco institucional de salud globalizado y el escenario nacional venezolano, para desentrañar la formulación de las políticas de salud. De manera que la variable independiente es la globalización de determinadas instituciones de salud, en tanto que, la variable dependiente tiene que ver con la formulación de políticas de salud por parte del Estado venezolano.

Por otra parte, este tipo de investigación se inscribe de manera predominante en el enfoque cualitativo. Esto es así en tanto, en las ciencias sociales, los trabajos cualitativos a veces “tienen que ver con estudios de área o de caso en los que el centro de atención es un hecho determinado, o una decisión, institución, lugar, problema o ley” (King, Keohane y Verba, ob. cit., p. 14). El estudio se centra en un caso, como lo es la formulación de políticas de salud en Venezuela en el contexto de la globalización, particularmente la MBA, que pretende ser estudiado como unidad de manera exhaustiva.

Pero hay que advertir en cuanto a la contraposición entre los métodos cuantitativo y cualitativo, como lo señalan King, Keohane y Verba (2000), “que la mayoría de las investigaciones no corresponde claramente a una u otra categoría, y las mejores suelen combinar características de los dos tipos” (p. 15). Es así como hay que destacar que efectivamente existen aspectos interesantes para el presente estudio, que son susceptibles de ser cuantificados y sistematizados en un futuro.

En tal sentido, los tratados y convenios internacionales son una manifestación de las denominadas instituciones formales en el escenario global. Es posible entonces cuantificar el número de tratados internacionales suscritos y ratificados por Venezuela en el área de la salud, que están asociados a la formulación de políticas sanitarias domésticas.

Mediante esta aplicación del método cuantitativo, es posible hacerle frente al problema metodológico de la medición y la verificación, que se presenta como un rasgo común de las teorías institucionales, con mayor acentuación en el institucionalismo internacional, que conjuntamente con el institucionalismo

normativo, han sido los enfoques que menos han avanzado al respecto, “debido tal vez a su confianza en conceptos relativamente ‘blandos’, aunque significativos, como ‘normas’ o ‘valores’” (Peters, ob. cit., p. 212).

De esta manera, es viable satisfacer en cierta forma el requerimiento de mayor tenacidad en la interpretación y en la medición de los fenómenos que supuestamente erigen las instituciones.





# 3

CAPÍTULO

## INTEGRACIÓN REGIONAL, COOPERACIÓN INTERNACIONAL Y POLÍTICAS DE SALUD EN VENEZUELA (1999-2009)

### **3 Venezuela y la integración en salud**

Los Estados buscan su integración con otras naciones con el fin de encontrar soluciones conjuntas. Los efectos de esta tendencia quizás se observen mejor en el plano económico, donde se ha visto que en un escenario globalizado una economía cerrada es relativamente poco eficiente; su apertura a otras economías podría permitir la obtención de mejores resultados a condición de que se cumplan ciertas reglas para el trato justo entre las naciones, que tome en cuenta sus particularidades de desarrollo socioeconómico y sus características políticas y culturales (Alcántara Moreno, 2011a).

En tiempos de globalización los Estados se ven sometidos al denominado *efecto tamaño*: “demasiado pequeño no puede ejercer influencia alguna en las negociaciones a escala mundial, lo cual explica la inevitable tendencia a las agrupaciones regionales” (Brunsvick y Danzin, ob. cit., p. 71). El proceso de globalización hace sentir a los países la necesidad de integrarse para ser más competitivos y para protegerse de la influencia de mercados externos, pretendiendo crear un nuevo mundo de cooperación y de interdependencia entre los Estados.

Este principio es valedero para las diversas dimensiones y áreas de competencias de los Estados, tales como la económica, la política, la de seguridad, la ecológica y la de salubridad pública, entre otras (Alcántara Moreno, ob. cit.).

Contemporáneamente, se reconoce que las políticas de la salud son responsabilidad de los Estados. Sin embargo, las políticas y acciones sanitarias locales y nacionales requieren de la cooperación internacional y de mediaciones transnacionales para garantizar la salud de las poblaciones, especialmente cuando se trata de problemas de la salud y riesgos que traspasan las fronteras.

Con el paso de los años, el diseño de políticas por parte de los Estados se ha centrado en el ámbito de la protección de los intereses nacionales, garantizando primordialmente la seguridad, el progreso económico, entre otros aspectos. Pero estas políticas actualmente han dado un giro y la salud pasa a ser un asunto de vital importancia en las agendas de trabajo de los gobiernos y en el aspecto de la cooperación internacional para la salud ha habido un incremento en el número de actores nacionales y transnacionales y la interacción entre los mismos ha aumentado considerablemente, lo que repercute en una tendencia hacia la participación del sector privado y organizaciones de la sociedad civil.

En tal sentido, en cuanto a la salubridad pública es necesario distinguir entre los términos salud internacional y salud global (Lee, Fustukian, y Buse, ob. cit.). La salud internacional hace referencia a los problemas de salud que conciernen a dos o más países. Mientras que todos los actores de los sectores público y privado están envueltos en la salud internacional, es primacía

del Estado y éste define los actores que distingue la salud internacional. Este concepto contribuyó operacionalmente a los esfuerzos por apuntalar las fronteras territoriales de los estados contra una amenaza de salud.

Por otra parte, salud global se refiere a una situación en la cual las causas y consecuencias de las cuestiones de salud evitan, minan y son ajenas a las fronteras estatales y, por lo tanto, están más allá de la capacidad de los Estados para enfrentarlas efectivamente a través de sus instituciones únicamente. Dicha situación hace necesaria y vital la activación de procesos de integración y cooperación entre los países.

Con la profundización de la globalización, el tema de la integración regional está cada vez más presente en la agenda económica y política de América Latina. Por ello es importante tener en cuenta las repercusiones de los mercados comunes en las políticas y sistemas nacionales de salud. De hecho, en la implementación de mercados comunes, los aspectos económicos predominan sobre la agenda social de ejecución más lenta. Además, los procesos de integración económica tienen repercusiones, no siempre positivas, sobre las políticas y sistemas nacionales de salud.

Las economías integradas presuponen, al mismo tiempo que condicionan, cambios en las estructuras político-institucionales a nivel nacional y regional, y en las decisiones y prácticas políticas que las sustentan y que de ellas emanan. El objetivo de crear un espacio social unificado en el ámbito regional es complicado, siendo necesario para tener políticas públicas y sociales efectivas que exista la armonización de

legislaciones y de principios de los sistemas de protección social, lo que implica un largo proceso de negociación y producción de acuerdos. Al respecto, una estructura institucional es imprescindible.

Así pues, en relación a la integración latinoamericana en materia de salud, se han creado diversas instituciones tales como: el Organismo Andino de Salud-Convenio Hipólito Unanue (ORAS CONHU), el Subgrupo de Salud del MERCOSUR, el Sistema de Vigilancia en Salud Ambiental en la Región Amazónica (SVSARA) y, más recientemente, el UNASUR Salud.

El instrumento principal de integración en salud en la región andina es el ORAS CONHU (Agudelo, 2007). Es un convenio de cooperación en salud, creado en 1971 con la participación de Bolivia, Colombia, Chile, Ecuador, Perú y Venezuela. El Convenio fue adscrito al Sistema Andino de Integración en 1998. Hasta el momento ha planteado las siguientes líneas de acción: agenda social, reforma en salud, salud sexual y reproductiva, vigilancia epidemiológica y salud en fronteras, emergencias y desastres, y desarrollos telemáticos, telemedicina y desarrollo en salud. Se reconoce que en los procesos de integración andina y del Caribe no se ha abordado de manera explícita la identificación de los posibles impactos negativos en la salud pública (el costo de los mismos, la equidad en el gasto y el acceso, las licencias y la producción de medicamentos, etc.), y menos aún la preparación de medidas atenuantes.

Por su parte, el proceso de integración en salud en el MERCOSUR aún es débil, dependiendo de diversos condicionantes externos relevantes, tales como: contexto político, estructura demográfica y condición socioeconómica,

condiciones de salud y estructura de los sistemas de salud de los estados partícipes. Además, no disponer de un modelo objetivo de integración explícito en salud presupone una desaceleración en su proceso de integración, a diferencia de otras áreas en el MERCOSUR como la económica y laboral. Actualmente, dado el antecedente económico de creación del MERCOSUR, los avances más importantes en salud están en la armonización de reglas de vigilancia sanitaria para la circulación de productos, fundamental para la constitución de un mercado común, y en reglamentación de algunos aspectos de vigilancia epidemiológica y control de enfermedades e intercambio de informaciones en salud, acciones comunes muy importantes en la medida en que se intensifican los flujos de personas.

Del mismo modo, el objetivo general de UNASUR-Salud, también conocido como el Consejo Suramericano de Salud (CSS), es consolidar Suramérica como un espacio de integración en salud que contribuya a la Salud para Todos y al desarrollo, incorporando e integrando los esfuerzos y logros subregionales del MERCOSUR, ORAS CONHU y SVSARA.

La UNASUR-Salud tiene como propósito enraizar, en la constitución de una institución política suramericana con competencia en temas sanitarios, el desarrollo de soluciones para problemas y desafíos que trasciendan las fronteras nacionales, desarrollando valores e intereses mutuos entre los países vecinos, facilitando así la interacción de las autoridades sanitarias de los Estados Miembros mediante la transferencia de conocimiento y tecnología en la región (UNASUR, 2008).

Por otra parte, a escala global, han surgido instrumentos cuyo cometido es garantizar la solución de problemas y riesgos

de salud a nivel mundial. Esto se explica porque, dentro de la dinámica de la globalización, existe un aporte en la orientación y creación de políticas públicas para el mundo. Entre dichos instrumentos se pueden mencionar: el Reglamento Sanitario Internacional (RSI), la Agenda Mundial de Salud derivada de los ODM, el Undécimo Programa General de Trabajo de la OMS y la Agenda de Salud de las Américas 2008-2017 de la OPS.

En relación a los instrumentos globales de salud, la 4ta. Cumbre de las Américas de Mar del Plata (2005), con la asesoría de la Oficina Sanitaria Panamericana, destacó los principales desafíos en materia de salud para la región de las Américas. En tal sentido se hizo énfasis en los siguientes logros: la importancia de la salud y seguridad ocupacional; la ratificación del nuevo RSI; la prevención y control de ciertas enfermedades transmisibles de alta prevalencia en la Región como son la Tuberculosis, la Malaria y el Dengue (Grupo de Trabajo Conjunto de Cumbres, 2009).

Del mismo modo, la 5ta. Cumbre de las Américas en Trinidad y Tobago (2009), estableció el compromiso de mejorar los niveles de salud de toda la población mediante el impulso de sistemas de salud basados en APS. Además, se reiteró el compromiso con los ODM, donde se reconocen los problemas y desafíos que representa el alcanzar las metas de salubridad referidas a la salud materna e infantil, el hambre y la desnutrición y el VIH/SIDA.

Por otra parte, es necesario advertir que constantemente los procesos de integración entran en crisis debido a los desequilibrios comerciales, los acuerdos bilaterales o multilaterales con otros bloques o países, o los conflictos políticos y económicos entre países fronterizos y al interior de los propios países.

Otra dificultad tiene que ver con que el proceso de integración de sistemas de salud diversos, construidos a partir de realidades distintas, no es un proceso armónico, al contrario, es permeable a conflictos.

El Gobierno venezolano reconoce en su política exterior la adhesión a la integración latinoamericana que fortalezca a los países para mejorar su situación económica, así como el llamado a los gobiernos de la región para que dejen de recurrir a medidas neoliberales.

### **3.1 La cooperación internacional en salud**

Las instituciones internacionales de salud, a escala global y regional, tienen entre sus políticas a la cooperación internacional en salud. La misma puede ser técnica o financiera.

En América Latina la cooperación puede ser horizontal, es decir, entre los países de la región, o norte-sur, esto es, con otros países y organismos internacionales (Bronfman y Díaz Polanco, 2003). Además, dependiendo del número de Estados, organizaciones internacionales, ONG y fundaciones privadas involucrados, la cooperación sería bilateral, multilateral o privada.

#### **3.1.1 Cooperación técnica**

Según la OPS (2006a), el objetivo último de la cooperación técnica de las agencias que conforman el Sistema de Naciones Unidas, es la construcción de capacidad institucional nacional para encontrar soluciones a los problemas que enfrentan los países, en consonancia con sus valores, aspiraciones y necesidades especiales. Esta sería un tipo de cooperación vertical.

Entre las prioridades para la agenda de cooperación entre la OPS y Venezuela contenidas en el documento *Estrategia de cooperación de OPS/OMS con Venezuela 2007-2010* (2006a), se estableció apoyar la construcción del Sistema Público Nacional de Salud en los siguientes aspectos:

- Aportar diseños alternativos de integración de los prestadores esto es, Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS), Instituto Venezolano del Seguro Social (IVSS), Instituto de Previsión y Asistencia Social para el personal del Ministerio de Educación (IPASME), PDVSA y otros.
- Aportar diseños alternativos de integración de redes de servicios de salud (Barrio Adentro con sistema convencional y otros prestadores) conforme al nuevo Modelo de Atención y prioridades sanitarias nacionales.
- Apoyar la sistematización y documentación de la transformación del sistema nacional de salud.

En el plano jurídico-formal, los avances desde el punto de vista constitucional con respecto a la configuración de un Sistema Público Nacional de Salud son notables.

Así, el artículo 84 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (CRBV) (1999), establece que:

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.

Sin embargo, la realidad muestra que la integración de los prestadores está lejos de concretarse. Según la Ley Orgánica de Seguridad Social (2002), actuando en base a la CRBV en sus artículos 84 y 165, la Ley Orgánica de Salud de 1998 tenía que haberse derogado en 2004, con la promulgación de una nueva Ley que regulara el subsistema de salud, creando el Sistema Público Nacional de Salud. Sin embargo, hasta la actualidad esto no ha sucedido, lo que coloca al sistema de salud venezolano en un vacío jurídico-institucional, debido a intereses políticos del gobierno nacional, que pretende re centralizar la salud en el país.

Esta pretensión de recentralización se evidencia por la inclusión en la *Memoria 2008* del MPPS (2009), de la centralización como política del gobierno, al señalar que en cuanto a la consolidación de la red asistencial del Sistema Público Nacional de Salud, se impulsó “la creación de redes para revertir la descentralización hospitalaria en concordancia con las políticas del Ejecutivo Nacional” (2008, p. 43). Esta situación entra en contradicción con la CRBV (art. 84), que plantea que el Sistema Público Nacional de Salud es de carácter descentralizado<sup>20</sup>.

---

20 El proceso descentralización de los sistemas de salud ha demostrado que permite un mejor funcionamiento de los servicios, siendo España es un ejemplo de ello. Las Comunidades Autónomas tienen la responsabilidad de diseñar políticas en materia de salud de acuerdo con las realidades de cada provincia, así como el manejo de los impuestos en el mejoramiento

Adicionalmente, la actitud re centralizadora resulta incoherente incluso con los propios lineamientos establecidos por el Gobierno en el *Plan de desarrollo económico y social de la nación (2001-2007)*, donde se establecía entre las políticas para racionalizar el gasto público y aumentar su calidad y productividad, que la distribución de responsabilidades que surge de la descentralización administrativa “considera que la reparación y mantenimiento de las infraestructuras públicas es más eficiente e inmediata al asumirla los gobiernos estatales y locales, que tienen contacto directo y permanente con las necesidades en esta materia” (República Bolivariana de Venezuela, ob. cit., p. 74).

Pero la situación va mucho más allá en cuanto a la contrariedad del Gobierno y el dilema centralizar-descentralizar, pues más adelante, en el plan arriba mencionado, en lo referente al desarrollo del Sistema Público Nacional de Salud, dictamina que se debe “profundizar el proceso de descentralización que permitan que las instancias locales participen en la toma de decisiones sobre políticas y acciones en salud” (República Bolivariana de Venezuela, ob. cit., p. 112).

Por otra parte, hablar de la integración de redes de servicios de salud, esto es, la MBA con el sistema convencional y otros prestadores, implica referirse al Convenio Integral

---

de la calidad de los servicios sanitarios. Cabe destacar que el proceso no está exento a problemas, puesto que en algunos casos se presentan riesgos de inequidad, fragmentación sanitaria o debilitamiento de las funciones reguladoras del sector público. En estos casos la autoridad sanitaria central tiene potestad para hacer correcciones en los lugares donde no estén funcionando los servicios.

de Cooperación entre la República de Cuba y la República Bolivariana de Venezuela (2000).

Esta sería una cooperación de tipo bilateral, en la que una parte de este convenio lo constituye un acuerdo energético, donde se estipula, entre otros aspectos, que Venezuela venderá a Cuba hasta 53.000 barriles de petróleo al año bajo un régimen preferencial de precios. Por su parte, Cuba se compromete a ofrecer, en forma gratuita, es decir, sin ningún tipo de cobro a los usuarios, los servicios médicos de especialistas y técnicos en salud que serían trasladados a las zonas más desatendidas Venezuela.

Según Díaz Polanco (2008), entre los principales objetivos de MBA se pueden mencionar:

- Expandir la capacidad de atención y coberturas de salud a toda la población venezolana.
- Reorientar el tipo de atención en salud hacia una que contribuya a elevar la calidad de vida de las personas.
- Contribuir al reordenamiento del sistema desde el punto de vista institucional y financiero, garantizando reglas universales de acceso.

Se tiene así que, posteriormente, de la MBA I, dirigida a la APS<sup>21</sup>, se pasó a las fases de MBA II, III IV, para contar con servicios en diagnóstico, especialidades médicas, emergencias, cirugía y hospitalización.

---

21 Es importante tener en cuenta que en el *Plan de desarrollo económico y social de la nación (2001-2007)* no se consideraba aún la existencia ni mucho menos la preponderancia de la MBA como bandera de la revolución del sistema de salud, por parte del Gobierno, aún cuando

Esta situación tiene un claro trasfondo político, pues la MBA, conjuntamente con las demás misiones del Gobierno, creó un paralelismo administrativo concretado en una estructura de atención “separada de los sistema públicos existentes, que llegó a visualizarse como un sistema integrado en sí mismo para atender el conjunto de las necesidades de los sectores excluidos y consolidar en su interior los valores y símbolos de la revolución” (D’Elia y Cabezas, 2008, p. 6). Dicho paralelismo, lejos de integrar las redes de servicios de salud, profundiza su otrora fragmentación.

Entre los puntos débiles de MBA destaca que, durante los años 2003 y 2004 el financiamiento del programa era manejado fuera del MPPS y por diferentes órganos. Así, “la característica extra-institucional del programa, entendiéndolo por ello que éste responde a una estructura de mandos, recursos y procesos distinta y separada de los organismos nacionales, restringe enormemente las posibilidades de obtener información” (D’Elia, 2006a, p. 40).

Además, en general la información no es reportada ni sistematizada regularmente por los organismos rectores. Los órganos gubernamentales locales no manejan estos datos, solamente el Ministerio de Salud cuando la coordinación

---

el 30 de octubre de 2000 se firmó el Convenio Integral de Cooperación entre Cuba y Venezuela. En el mencionado Plan, se le atribuían las funciones sociales de la atención médica al ya desaparecido Plan Bolívar 2000, que fue un programa cívico-militar dirigido a activar y orientar la recuperación y fortalecimiento de Venezuela y atender las necesidades sociales del país, proporcionando, en su primera fase, asistencia urgente a la población más necesitada y en máxima exclusión social.

cubana los suministra o coordinadores competentes de salud en el gobierno nacional (D'Elia, ob. cit.).

En este punto es importante preguntarse cómo están los actores de salud cambiando como consecuencia de la globalización, es decir, quién está formulando las políticas y sus cambios de poder en relación a otros actores para influir en la toma de decisiones. Los actores de las políticas pueden ser un individuo o grupos de individuos, con capacidad de influenciar, formal o informalmente, el proceso de formulación de políticas ¿Acaso existen entonces en Venezuela actores con enlaces y recursos internacionales que han ganado poder en la formulación de políticas de salud? Ciertamente, en el discurso del fallecido Presidente Hugo Chávez se combatía a la globalización neoliberal de manera persistente, lo que ha minimizado el incremento de poder, por ejemplo, de la industria farmacéutica multinacional. Sin embargo, un actor foráneo que ha ganado mucho poder es la misión médica cubana<sup>22</sup>, a través del Convenio Integral de Cooperación entre Cuba y Venezuela.

Por otra parte, el presidente de la República reconoció que la MBA estaba en crisis, al declarar a mediados de 2009 que contabilizaron “dos mil módulos de Barrio Adentro abandonados”, por lo cual apuntó que “En lo social tenemos una emergencia: la salud. Declarémonos en emergencia todos” (Theis, 2009). Se planteó así el “relanzamiento” de MBA.

---

22 Según Díaz Polanco (2008) la misión médica cubana es un actor no nacional que participa en el diseño, coordinación, dirección y ejecución de las políticas de salud del país.

Hay que destacar además que, cuando nuevos elementos institucionales son introducidos, su funcionamiento es acompañado por la adaptación y la reconfiguración de las instituciones existentes, lo que resulta en sistemas “mixtos” o “recombinados”, en los que incluso las instituciones mejor diseñadas generan un comportamiento inesperado (Stark and Bruszt, citado por Sitek ob. cit.).

En ese orden de ideas, la MBA puede ser considerada como un nuevo elemento institucional introducido en el sistema de salud venezolano. En tal sentido pudiera afectar a las instituciones de salud existentes restándoles financiamiento y, por consiguiente, recursos. Además, habría una mayor fragmentación del sistema. De cualquier modo, una pregunta a responder sería: ¿Cuáles son los nuevos elementos que la MBA introduce en el sistema de salud y cómo ha sido la adaptación y reconfiguración del orden institucional pre existente?

De manera que, en un primer instante el Convenio con Cuba significó una acción enmarcada en la cooperación internacional en materia de salud, lo cual obviamente se relaciona con la globalización. Sin embargo, la politización de la MBA, y sus debilidades institucionales, le restan méritos a dicha política.

De cualquier modo, se puede afirmar que el Gobierno venezolano asumió con la MBA (2003), la estrategia “Salud para Todos en el año 2000”, fijada en Alma Ata, con el relanzamiento de la APS, como política concreta (Alcántara Moreno, 2009). Si bien esta doctrina fue fijada en 1978 y asimilada, al menos desde el punto de vista formal, por el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social venezolano en la década de 1980, con la

CRBV y la puesta en marcha de la MBA, se dio un renovado relanzamiento de la APS.

### **3.1.2 La Atención Primaria en Salud (APS)**

El artículo 84 de la CRBV claramente se refiere a la APS cuando expresa que “El sistema público de salud dará prioridad a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades”.

Ciertamente, las líneas de la OMS con el programa *Salud para todos en el año 2000*, inspiró una serie de reformas en los sistemas de salud de diversos países. Dicho programa trataba de brindar respuesta a una serie de problemas en el terreno de la salud que lo hacían aparecer en una situación de crisis, tanto en los países desarrollados como aquellos en vías de desarrollo.

Así, en 1978 se organizó la Conferencia de Alma-Ata, organizada de forma conjunta por la OMS y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), y realizada en la capital soviética de la República de Kazajstán. Entre los objetivos primordiales de dicha Conferencia se destacan los siguientes:

1. Promover el concepto de atención primaria en salud en todos los países, haciendo especial mención a los menos desarrollados.
2. Intercambiar experiencias e informaciones acerca de la organización de la atención primaria en salud.
3. Evaluar la situación de la salud y la asistencia sanitaria en el mundo, puesto que la APS, es instrumento privilegiado para promover su mejora.

4. Definir los principios de atención primaria de salud así como los medios operativos que permitan superar los problemas prácticos que plantea el desarrollo de la atención primaria en salud (OMS, 1978).

En tal sentido, el texto de la Conferencia define a la APS como:

La asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación (OMS, ob. cit., p. 13).

En este orden de ideas, la APS se enfocó en crear un primer nivel de contacto de los individuos, el núcleo familiar y la comunidad con el sistema de salud. Se trató de llevar lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, estableciendo el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.

Sobre estos cimientos inspiradores de APS, como institución de salud global, emergió la MBA. Las premisas adoptadas por la MBA en tal sentido, son las de la igualdad de acceso al sistema, la participación de los individuos en el mismo y su sostenibilidad.

La igualdad en el acceso al sistema está contemplada en la CRBV en el artículo 84, el cual refiere que entre los principios del Sistema Público Nacional de Salud está el de universalidad.

Del mismo modo, la participación de las personas en el sistema de salud queda establecida de manera innovadora en



el comentado artículo 84, al señalar que “...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”.

Lo novedoso viene a ser el hecho de que la salud se piensa como más que un derecho, concibiéndose también como deber, lo cual hace que sobre los individuos y la comunidad recaiga la responsabilidad ciudadana de convertirse en actores y protagonistas del proceso de promoción, conservación y restitución de su condición de vida saludable. Ya la salud no es responsabilidad exclusiva del sector salud y la hegemonía de los médicos. Se da un reconocimiento del derecho a la salud como responsabilidad de toda la sociedad, cuya defensa debe recaer especialmente en el Gobierno, que es el encargado de formular, ejecutar y evaluar las políticas públicas más pertinentes para alcanzar los objetivos establecidos al respecto.

Si bien la estructura del sistema de salud venezolano ya tenía en cuenta a la APS, el predominio del enfoque curativista centrado en los hospitales, con el objetivo esencial de curar las enfermedades antes que promover la salud, justificaron de manera casi inobjetable una reforma. La MBA fue la bandera reformista del Gobierno venezolano en el sector salud, a expensas de su carácter extra ministerial y su paralelismo administrativo.

### **3.1.3 Cooperación financiera**

La cooperación internacional tiene que ver, entre otros aspectos, con la asistencia financiera. Entre los acuerdos de la comunidad internacional destaca el destinar 5.700 millones

de dólares para servicios básicos de salud reproductiva en los países en vías de desarrollo para el año 2000, que deberían ser 6.100 millones en 2005 (Naciones Unidas, 1994, citado por Mazarraza-Alvear y Montero-Corominas, 2004).

En las Américas, la OPS tiene asignación presupuestaria del 7% para ser distribuida entre las cinco subregiones, esto es, la Comunidad Andina de Naciones (CAN), la Comunidad del Caribe (CARICOM), MERCOSUR, el Sistema de Integración Centroamericana (SICA) y el Tratado de Libre Comercio de América del Norte (TLCAN). Así, la introducción de la subregión como un nuevo nivel programático, presupuestario y administrativo, reconoce los procesos de integración subregional en que participan los Estados Miembros, responde a la necesidad de apoyar el logro de metas de salud a ese nivel (OPS, 2006b).

Por su parte, el Banco Mundial (2005) aportó a Venezuela la cantidad de US\$30 millones en proyectos para el sector salud, los cuales respaldan en parte actividades relativas al VIH/SIDA, en concordancia con el ODM N° 7.

Éste sería un componente de la cooperación internacional con el que se debe guardar la precaución de no caer en un asistencialismo simplista que tenga que ver únicamente con la caridad internacional. La asistencia financiera tiene que estar presente en la planificación, haciendo énfasis en medidas de promoción de la salud sobre todo en aras de reforzar la atención primaria en salud y las intervenciones preventivas y sociales. La misma puede provenir de ONG o de organizaciones internacionales, como la OMS, la OPS, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), la Cruz Roja Internacional y el Banco Mundial, entre otros.

Hay que acotar que los recursos financieros para la salud están principalmente en cada uno de los países. La responsabilidad del éxito o el fracaso continúa estando en los gobiernos y en sus sociedades civiles. “Solo una pequeña parte de los recursos para la salud (en torno al 1 por 100) de los países de renta baja y media se origina en el sistema internacional, esto es, bancos de desarrollo, agencias de desarrollo bilaterales, organizaciones no gubernamentales internacionales, fundaciones y OMS” (Prats, 2000, s/p.).

En tal sentido, el proceso salud-enfermedad conforma una temática particular en torno a la cual se llevan a cabo las relaciones internacionales. La noción de cooperación internacional en salud se diferencia del concepto tradicional de asistencia en salud. Este enfoque tradicional no tomaba en cuenta la diversidad cultural de las comunidades en vías de desarrollo en las cuales se aplicaban determinadas medidas o intervenciones en salud, provenientes de sociedades desarrolladas.

Como señala Aréchiga (1997), “no basta con que los más dotados trasfieran recursos a los menos provistos. Juntos habrán de construir un futuro común. El desarrollo de las capacidades locales para contribuir al progreso general es imperativo en el nuevo esquema de convivencia internacional” (p. 186). Son insuficientes las buenas intenciones de asistencia, por lo que resulta necesario considerar a cada país y región como poseedor de rasgos culturales específicos. De allí que la cooperación internacional en salud tome en consideración que los países se relacionan en un clima de respeto por las diferencias y reciprocidad conjunta.

### 3.2 La agenda pública global y la formulación de políticas de salud

La cooperación internacional con respecto al área de la salud debe ser prioritaria en la conformación de una agenda pública global. El fortalecimiento institucional a nivel global en materia de salud es necesario para elaborar y aplicar estrategias ante problemas globales de salud pública como la malaria, la tuberculosis, los accidentes de tránsito y el tabaquismo, la mortalidad materno-infantil, entre otros, y sobre todo para alcanzar el final de la primera década del siglo XXI con una humanidad que no sufra ya la carga injustificada de muertes prematuras o discapacidades excesivas. Se trata de acometer una serie de vicisitudes que desbordan las fronteras interestatales, cada vez más endeble e incapaces de contener el flujo de bienes, servicios, ideas, personas y enfermedades.

Fue así como surgió la Agenda Mundial de Salud, como producto de los ODM, relacionados específicamente con el mejoramiento de la salud infantil y materna, además de la lucha contra el VIH-SIDA, la malaria y otras enfermedades infectocontagiosas.

En tal sentido, la política de salud para la prevención y control de la mortalidad infantil<sup>23</sup> comprende el Programa Nacional de

---

23 En salud, el comportamiento de las tasas de mortalidad, y especialmente de la mortalidad infantil son ilustrativas de las inequidades que las sociedades han padecido a lo largo del tiempo. En tal sentido, diversos “estudios han demostrado la asociación entre salud y pobreza, siendo ampliamente aceptado el indicador *mortalidad infantil* como medida del nivel de desarrollo y las condiciones de los servicios de salud de un país” (García y Salvato, 2006).

Salud del Niño, Niña y Adolescente, el cual se plantea superar el déficit de atención y combatiendo inequidades por grupo social, género y etnias a través de respuestas regulares, equitativas, oportunas y coordinadas entre los diferentes entes del MPPS.

En lo que respecta a los datos, la tasa de mortalidad infantil, entre 1990 y 2015 bajó de 25,8 x 1.000 nacidos vivos registrados a 13,9 x 1.000 nacidos vivos registrados, más de las dos terceras partes que se acordó en el marco de la ONU, lo cual es satisfactorio y demuestra la eficacia de las políticas aplicadas (República Bolivariana de Venezuela, 2010).

Con respecto al control y prevención de la mortalidad materna los principales planes y programas son:

- La MBA
- Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva.
- Plan Nacional para la Prevención y Control de la Mortalidad Materno Infantil.
- Promoción de Atención en Salud Sexual y Reproductiva
- Proyecto de Desarrollo de Autonomía en Salud Sexual y Reproductiva.
- Capacitación Nacional en Salud Sexual y Reproductiva.

Dichas políticas orientan sus acciones hacia el logro de objetivos tales como: mejorar la cobertura y calidad de la consulta prenatal; mejorar la calidad de la atención al parto; implantar la atención integral en los ambulatorios; aumentar la capacidad resolutive en los ambulatorios; fortalecer los servicios de planificación familiar; aplicar normas de buenas prácticas y supervisión en los servicios.

Adicionalmente, el *Proyecto Vida*, enmarcado en la MBA, se plantea concentrarse en la vigilancia y reducción de la mortalidad materna en los Comités de Salud fortalecidos a través de la capacitación comunitaria y la capacitación en derechos sexuales y reproductivos (República Bolivariana de Venezuela-Gabinete Social, 2004).

De cualquier modo, “la mortalidad materna permanece como un problema de salud evitable. En las Américas, la razón de mortalidad materna es de 63,7 por 100.000 nacidos vivos” (Roses, 2010). En tal sentido, en Venezuela según el informe *Cumpliendo las Metas del Milenio 2010*, el Instituto Nacional de Estadística destaca que la promesa de reducir en tres cuartas partes la mortalidad materna no ha sido posible por los momentos y, de hecho, está en niveles elevados<sup>24</sup>. En 1990 la tasa se situaba en 58,9 x 100.000 nacidos vivos y en 2007 (último dato disponible) apenas había bajado a 56,8 x 100.000 nacidos vivos.

En lo que respecta a las políticas para combatir el VIH-SIDA, destacan como esfuerzos relevantes (República Bolivariana de Venezuela-Gabinete Social, ob. cit.):

- El programa de Prevención de la Transmisión madre-hijo
- Garantía de acceso a la terapia anti-retroviral gratuita y universal desde 1998, seguimiento clínico y acceso a pruebas de seguimiento inmunológico, virológico y resistencia.
- Programa de profilaxis post exposición ocupacional, así como para las exposiciones no ocupacionales, tales como: violaciones y riesgos de infección en parejas serodiscordantes.

---

24 Ver en el anexo 3 el cuadro sobre mortalidad materna del SISOV.

- Proyecto con ONG para la prevención y atención del VIH/SIDA en grupos vulnerables. La inversión total para los años 2007, 2008 y 2009 fue de BsF 9 millones (US\$ 4.186.046).
- Distribución gratuita de condones masculinos y femeninos.

Asimismo, es de destacar el *Informe Anual 2009, Fortaleciendo la Respuesta Nacional y Conjunta al VIH y Sida*, en el que se da a conocer entorno, gestión, avances y desafíos de la cooperación técnica que brinda el Programa de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA) en Venezuela (2010).

En lo relativo a haber detenido y comenzado a reducir la incidencia del dengue para 2015, las actividades de control y prevención del dengue están coordinadas en la Comisión Nacional de Lucha contra el Dengue, proponiendo entre sus principales objetivos el de mantener la tasa de incidencia nacional por debajo de 50 casos por 100.000 habitantes un período de cinco años.

Sin embargo, la cantidad de casos de dengue ha aumentado dramáticamente. En 1990 se registraron 10.962 casos, mientras que al cierre del año 2009 se contaron 65.869 casos de esta enfermedad (República Bolivariana de Venezuela, ob. cit.). Actualmente, la epidemia de dengue parece descontrolada. En 2010, y hasta el 5 de junio, se han reportado 41.573 casos de dengue en Venezuela, más del doble que en 2009 (Chiappe, 2010).

Según Díaz Polanco (2010), los resultados negativos en materia de salud se deben a que “Las misiones gubernamentales no son políticas de Estado, son operativos improvisados y dirigidos a los más pobres como dádivas del Gobierno central.

Una política social debe estar dirigida a todos los ciudadanos y ser interpretada como un derecho”.

### **3.3 Legislación global en materia de salud**

La OMS y la OPS están llamadas a asumir un rol de importancia en la definición de pautas tanto hacia lo normativo como en cuanto a la definición de políticas para la supranacionalidad. Se vive ante un nuevo paradigma del proceso salud-enfermedad, al cual se puede denominar como global. Se hace indispensable entonces la adaptabilidad institucional e incluso filosófica de todos los actores de salud con competencia y trascendencia global.

La OMS y la OPS son organismos internacionales y no supranacionales. Esto lleva a que muchas de sus decisiones no sean automáticamente obligatorias para los países miembros que conservan autonomía a este respecto, teniendo que ratificar las decisiones, tratados, convenios, acuerdos o reglamentos para que pasen a formar parte del derecho positivo. Sin embargo su legitimidad y su capacidad para lograr consensos las convierte en actores de peso en la nueva dinámica.

Con la incesante expansión de la interdependencia y la integración multilaterales, muchas cuestiones normativas antes consideradas asuntos públicos estrictamente nacionales han trascendido ya las fronteras de los países, debido a la imposibilidad de abordarlos exclusivamente mediante acciones internas.

La globalización ha propiciado que el complicado proceso de formulación y promulgación de ciertas y determinadas leyes nacionales, que son el resultado de diversos conflictos,



contradicciones y luchas sociales, se haya tornado mucho más dificultoso. Es por ello que se afirma que se está experimentando “la nacionalización de las leyes internacionales para resolver algunas de las consecuencias de la globalización” (Slaughter, p. 191-192, citado en Kirby, ob. cit., p. 51).

Recientemente se ha dado la tendencia hacia el impulso de la legislación sanitaria internacional, la cual se relaciona y está imbricada con múltiples aspectos cada vez más complejos tales como:

La reproducción humana y la clonación humana, el trasplante de órganos humanos, las enfermedades infecciosas emergentes, el comercio internacional de alimentos, el control de la seguridad de los productos farmacéuticos, y la fiscalización de sustancias adictivas tales como los estupefacientes. Como resultado de la globalización, se admite también que la legislación sanitaria internacional está inextricablemente ligada a otros sectores relacionados con el derecho ambiental internacional y el control de los contaminantes tóxicos, la legislación laboral internacional y la salud y la seguridad ocupacionales, el control de los armamentos y la prohibición de las armas de destrucción masiva, la seguridad nuclear y la protección radiológica, y la fecundidad y el crecimiento demográfico (Taylor y Bettcher, 2001, pp. 28-29).

Entre este tipo de leyes internacionales destaca el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (COMSCT), que fue firmado por 161 países, siendo Venezuela el país número 57 que lo ratificó en 2005, convirtiéndose en Ley Aprobatoria del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco. El COMSCT representa un verdadero modelo en el desarrollo de estrategias de regulación con respecto a las sustancias adictivas, siendo el primer tratado mundial de salud pública.

Fue creado como respuesta a la globalización de la epidemia del tabaquismo, acrecentada por una serie de factores de alcance global tales como la liberalización del comercio, el mercadeo global, los anuncios publicitarios transnacionales, la promoción y el patrocinio de diversos espectáculos (como la fórmula 1) y el contrabando internacional de cigarrillos (Centro de prensa OMS, 2005).

El COMSCT representa para Venezuela una valiosa herramienta que permite continuar el desarrollo del marco jurídico legal existente para lograr una regulación y control sistemático, incidiendo en cada una de las áreas afectadas por el tabaquismo, además de sentar las bases para iniciar un proceso continuo de cooperación internacional que permita proporcionar soluciones ante la problemática del consumo de tabaco y sus productos derivados.

Por otra parte, en el año 2005, fue aprobado el Reglamento Sanitario Internacional (RSI), el cual fue ratificado por Venezuela, procediendo a designar el Centro Nacional de Enlace con la oficina regional, ubicada en la OPS. La finalidad y alcance del RSI es “prevenir la propagación internacional de enfermedades, proteger contra esa propagación, controlarla y darle una respuesta de salud pública proporcionada y restringida a los riesgos para la salud pública y evitando al mismo tiempo las interferencias innecesarias con el tráfico y el comercio internacionales” (OMS, ob. cit.).

Finalmente, los nuevos problemas que en materia de salud acompañan a la globalización plantean una verdadera

reestructuración y reingeniería de las instituciones de salud, principalmente de la OMS y la OPS, así como también de sus normas, reglamentos, códigos y planes.





## 4 CAPÍTULO

### LA MISIÓN BARRIO ADENTRO EN VENEZUELA Y LA GLOBALIZACIÓN: DEBILIDADES INSTITUCIONALES (2003-2009)

#### **4 La diplomacia médica cubana**

A partir de su llegada al poder en 1959, el gobierno revolucionario cubano acogió la idea de desarrollar la atención médica universal y gratuita como un derecho humano fundamental y establecieron en la nueva Constitución la responsabilidad del Estado de garantizar dicho derecho.

Además, esta noción pasó a conformar uno de los principales elementos a través de los cuales exportar la revolución cubana a nivel mundial, apoyándose en las bondades de sus resultados para la población, entre los que resaltan el acceso gratuito y universal a todos los servicios sanitarios, el aumento de la esperanza de vida y la reducción de la mortalidad infantil.

Se constituyó así una suerte de diplomacia médica, encuadrada dentro de una cooperación bilateral en salud Sur-Sur (Alcántara Moreno, 2011b) que pasó a conformar, en la época de la Guerra Fría y bajo el apoyo tutelar de la fenecida Unión Soviética, un eje clave de la política exterior cubana hacia los países en vías de desarrollo.

Se trató de una medida implementada por el gobierno cubano, que ejercía una influencia que excedía a sus propios ciudadanos, pues era una política transnacional que franqueó las fronteras en busca de la satisfacción de demandas que en el campo de la salud se producían en las poblaciones de otros países.

En tal sentido, ya en tiempos recientes de globalización, con el patrocinio del Gobierno venezolano del Presidente Hugo Chávez y de la creación de la Alianza Bolivariana para los Pueblos de Nuestra América (ALBA), esa diplomacia médica pasó a ser una política regional de salud, sustentada bajo los cimientos globalizadores de la APS enunciada en 1978 en la Conferencia de Alma Ata, e institucionalizada al interior de Venezuela como país receptor de la ayuda médica en la MBA.

Según Feinsilver (2008), “la ayuda de Venezuela en el marco del ALBA ha generado el respaldo financiero necesario para permitir la expansión de la diplomacia médica cubana mucho más allá de lo imaginable, pese a que Fidel (Castro) venía trabajando obsesivamente desde hacía décadas para transformar a Cuba en una potencia médica internacional” (p. 110).

En lo externo, en opinión de Díaz-Polanco (2006) la MBA ha servido como “efecto-demostración, apuntando a neutralizar la hegemonía estadounidense en la región y a establecer patrones propios de desarrollo, así como proponer la transformación del sistema político hacia el llamado ‘socialismo del siglo XXI’. Se pretende que esta transformación tenga carácter transnacional, (s/p.)”.

De manera que, con lo anterior se haría frente y contrapeso a la hegemonía cultural norteamericana, en un escenario de

globalismo ideológico con énfasis en el sistema neoliberal dominado por las grandes multinacionales de la salud en éste caso, con acentuación en el consumismo de medicamentos y la tecnología biomédica de punta como mecanismos para solucionar los problemas de salud de la población. Todo lo cual apunta hacia un desmesurado énfasis en el nivel curativo y de rehabilitación, antes que en la APS y la promoción de la salud.

Esta sería una clara manifestación de globalización desde abajo como antítesis de la globalización neoliberal o globalismo (Alcántara Moreno, 2007), que presiona por el establecimiento de un mundo multipolar, que ha intentado tomar cuerpo legal e institucionalizarse por vía del ALBA, el Foro Social Mundial y demás acuerdos y tratados internacionales, entre los que destaca el Convenio Integral de Cooperación entre Cuba y Venezuela, que permite la participación e injerencia de Cuba en el diseño, formulación y aplicación de la MBA.

Con respecto al globalismo, según Held y McGrew (ob. cit.), existe una corriente académica que puede denominarse como escéptica con respecto a la globalización, pues considera que la misma “contribuye a justificar y legitimar el proyecto global neoliberal, esto es, la creación de un mercado libre global y la consolidación del capitalismo anglo-americano en las principales regiones económicas del mundo” (p. 16). Así, ésta corriente reduce la globalización a su dimensión económica, equiparándola con la ideología neoliberal, al tiempo que soslaya las dimensiones política, cultural y ecológica de dicho fenómeno.

De manera que, el término pertinente para denominar a esta visión escéptica del fenómeno, sería “globalismo”.

Autores como Beck (1998), entienden el globalismo como “la concepción según la cual el orden mundial desaloja o sustituye al quehacer político; es decir, la ideología del dominio del mercado mundial o la ideología del liberalismo” (p. 32).

Así pues, el anterior concepto configuraría un trasfondo con raíces en la globalización desde abajo, para la gestación de la MBA. A partir de este punto, es posible realizar algunas apreciaciones de dicha misión desde la perspectiva del nuevo institucionalismo, particularmente el institucionalismo contextualizado (Alcántara Moreno, 2009).

#### **4.1 La MBA desde el institucionalismo contextualizado**

Según Nohlen (2005), la premisa principal utilizada por el nuevo institucionalismo, desde la premisa histórico-empírica, señala que “aunque las instituciones cuentan, su real importancia y el desempeño de tal institucionalidad dependen de la contingencia política, o sea de estructuras sociales de la memoria histórica, de la cultura política” (p. 98). Por lo tanto, al reflexionar sobre las instituciones es necesario disertar sobre su vínculo con el contexto.

Por lo tanto, cualquier tipo de reforma institucional para aplicar políticas públicas, debe tener en cuenta el contexto en el que se aplica. Más aún si se trata de programas que, como la MBA, tienden a conseguir un mayor grado de equidad en la distribución de bienes y servicios de interés social, tal y como lo son los que tienen que ver con la salud de la población.

Al respecto, ya a finales de la década de 1990, en el intento de encontrar las estrategias más óptimas para resolver problemas de equidad social en América Latina, Sonntag (1999) señaló que



las mismas están restringidas por una serie de circunstancias que no permiten avizorar salidas a mediano plazo. Una de estas es “la armazón socio-institucional, cada vez más incapaz de resolver las contradicciones y dilemas que el sistema produce” (p. 21). De modo que para impulsar la equidad, se requerirá entonces de la adaptación de las instituciones existentes a los nuevos desafíos del sistema histórico social.

Ciertamente, es muy importante tener en cuenta que “los sistemas sanitarios son sedimentos históricos, resultado de la configuración de la estructura de cada país, y no poseen ni independencia ni autonomía respecto de los procesos básicos que rigen tal estructura, que, en última instancia, están influidos por factores económicos, políticos, ideológicos y culturales” (Marset Campos, Sáez Gómez, Sánchez Moreno, 1998, p. 819).

De hecho, el enfoque histórico-empírico exige que a partir de las realidades específicas de cada caso, se haga un examen crítico del conocimiento teórico sistemático en función de una receta específica para el caso concreto; esto en contraposición con la pretensión de la existencia de recetas universalmente válidas para todos los casos.

Estas consideraciones son fundamentales para emprender el análisis institucional de la MBA, en un contexto de globalización que interactúa con ciertas y determinadas características culturales y sociopolíticas propias de Venezuela.

De manera que, la primera debilidad para institucionalizar la MBA gira en torno al hecho de haber sido aplicado por una misión médica cubana que posee valores, creencias y costumbres que pudieran no coincidir con el contexto social

venezolano. Por ello, la aplicación de la MBA como política pública de salud, se realizó con un influjo extraterritorial y foráneo en un medio institucional adverso, que devino en una serie de debilidades que comprometen el éxito de la misma. En este punto resulta útil tener en cuenta el institucionalismo contextualizado.

Ciertamente Cuba desplegó su programa de APS en un contexto caracterizado por un régimen político de corte socialista, con un partido hegemónico y un liderazgo personalista y autoritario. Estas características políticas permitieron conformar un sistema de salud inspirado en el modelo soviético, instaurado en 1921 por el Comisario de Salud del pueblo, A. Semashko, que planteaba un modelo controlado por el gobierno a través de un sistema de planificación central, financiado a través del presupuesto del Estado, con participación de la población en la totalidad de las actividades relacionadas con la protección de la salud, en el cual hay una inexistencia formal del sector privado y se hace énfasis en la medicina preventiva.

Todas las anteriores características contextuales están, de entrada, ausentes en Venezuela, en la cual el sistema de salud se caracteriza entre otras cosas por: 4.2.1) una desintegración, fragmentación y atomización de los entes prestadores de salud; 4.2.2) una multiplicidad de fuentes de financiamiento; 4.2.3) una tradición de asistencialismo sanitario con limitada participación de la población en las políticas de salud; 4.2.4) una amplia presencia del sector privado, tanto desde el punto de vista del gasto en salud como de la cobertura; 4.2.5) un predominio de la medicina curativa en desmedro de la preventiva.

#### **4.1.1 Desintegración, fragmentación y atomización de los entes prestadores de salud**

Es indudable la desintegración y atomización del sistema de salud venezolano, en torno al cual la OPS registró más de 2.400 instituciones que trabajaban como parte de un mismo sistema.

Para comprender el rol de las instituciones y los gobiernos en el área de la salud es importante señalar algunos conceptos establecidos por la OMS y la OPS (2008) como es la rectoría en salud; que la definen como la capacidad institucional a nivel de gobierno que asegura las condiciones institucionales, el liderazgo político, la base jurídica normativa y las competencias técnicas para la gobernanza y gobernabilidad del sector de la salud y de sus políticas públicas.

De manera genérica, es la capacidad de gestión del Estado para implementar y llevar a buen término sus objetivos y políticas nacionales e internacionales en materia de salud con respecto a las relaciones internacionales. Asegura el alineamiento de las políticas nacionales en materia de salud y de política exterior.

En tal sentido, el MPPS es la institución de la administración central responsable del financiamiento y prestación de servicios de salud. IVSS, IPASME y el Instituto de Previsión Social de las Fuerzas Armadas (IPSFA) son órganos de la administración descentralizada financiados a través de aportes contributivos. Además, existen innumerables regímenes de servicios de salud para los empleados de la administración central y descentralizada, tanto aquellos que son dependientes de los respectivos ministerios, como los que pertenecen a empresas del estado, universidades públicas e institutos autónomos. Todo esto, sin lugar a dudas embrolla la rectoría en salud.

De manera que, se afirma que la MBA ha venido a complicar la fragmentación existente en el sistema de salud y, por tanto, su rectoría (González, 2008).

La fragmentación institucional viene expresada en la coexistencia de un sistema asistencial, otro de tipo contributivo, de multiplicidad de regímenes especiales y de Hospitalización Cirugía y Maternidad (HCM) dentro del sector público, la medicina privada y, desde 2003, la MBA. Esto hace que se multipliquen innecesariamente recursos y que se requiera un enorme esfuerzo de coordinación para los programas del sector. Además, los regímenes especiales fueron creados sobre la base de un fuerte clientelismo político destinados a defender intereses corporativos (de sectores privilegiados), lo cual aumenta la inequidad en salud. Esta situación está vigente en la actualidad.

En opinión de Bonvecchio, Becerril-Montekio, Carriedo-Lutzenkirchen y Landaeta-Jiménez (2011), la fragmentación ha devenido en que no todos los venezolanos pueden ejercer el derecho a recibir la atención a la salud, que consagra el artículo 83 de la CRBV, pues se han conformado tres grupos principales de beneficiarios:

En primer lugar, la población cubierta por los diferentes institutos de seguridad social (IVSS, IPSFA, IPASME y universidades), es decir, los trabajadores asalariados, pensionados y jubilados del sector formal de la economía y sus familiares; en segundo lugar, los trabajadores del sector informal, la población desempleada y las personas que están fuera del mercado de trabajo y sus familiares, que formalmente reciben atención del MPPS y que no cuentan con otro tipo de aseguramiento público.

Este sector de la población recibe atención a través de la MBA, la red de hospitales y los servicios ambulatorios del MPPS y de los estados; finalmente, se encuentran las personas cuyo empleo o capacidad de pago les permite tener acceso a los seguros privados o hacer pagos de bolsillo en el momento de recibir la atención (Bonvecchio, et. al., ob. cit.).

De manera que, el fraccionamiento estructural representa un actor pernicioso para alcanzar la universalidad y la equidad del sistema, pues “segmenta la población por clientelas, favorece la concentración de recursos en los grupos de mayores ingresos por la duplicación de coberturas y crea severas limitaciones de accesibilidad, oportunidad y calidad de los servicios para la mayoría de la población” (Observatorio Comunitario por el Derecho a la Salud, 2007, p. 85).

De cualquier modo, lo anterior evidencia que no se ha logrado la integración de la MBA con el sistema público de atención en salud, quedando en deuda dicho objetivo planteado como una de las prioridades para la agenda de cooperación entre la OPS y Venezuela contenidas en el documento *Estrategia de cooperación de OPS/OMS con Venezuela 2007-2010* (ob. cit.).

Por otra parte, para consolidar la MBA se conformó la Comisión Presidencial para la Implementación y Coordinación Institucional del Programa Integral de prestaciones de Atención Primaria de salud MBA, según decreto presidencia N° 2.745 del 14 de diciembre. Dicha comisión estuvo integrada por 12 miembros: el Ministro de Salud y Desarrollo Social (encargado de presidir la comisión y tener a su cargo la Secretaría Ejecutiva), la ministra del Trabajo, el ministro de Energía y Minas, el presidente de PDVSA, el Jefe del Estado

Mayor Conjunto, el presidente de la Asociación Civil Barrio Adentro, el presidente del Fondo Único Social, los alcaldes del municipio Libertador de Caracas y del municipio Sucre del Estado Miranda y tres miembros del Frente Bolivariano de Luchadores Sociales Francisco de Miranda.

De manera que, en la gerencia de la misión estaban involucradas una docena de instituciones, que tenían la tarea de organizar institucionalmente el programa de atención primaria en salud y transformar las condiciones de las comunidades en las que funcionaba.

Sin embargo, “la estructura de coordinación nacional no logró instalarse efectivamente ni se inició la constitución de los equipos de gestión, debido a su interferencia con el sistema de coordinación y organización interna del personal cubano” (Observatorio Comunitario por el Derecho la Salud, ob. cit., p. 94).

En la práctica la misión médica cubana ha tenido autonomía en la implementación y ejecución de la MBA, disponiendo de sus propios coordinadores a nivel nacional, estatal, municipal y parroquial. Esto ha hecho engorrosa no solamente su integración al sistema público de salud, sino que dificulta el flujo de información y el objetivo de convertir a los consultorios en el primer nivel de atención en salud.

De la misma manera, hacia el interior de la MBA no existe un modelo de gestión de los consultorios, dentro del cual haya funciones y responsabilidades sobre la dirección, organización, funcionamiento y administración de los recursos del consultorio. El papel de coordinación de la gestión de los consultorios se ha transferido a los Comités de Salud. Sin embargo, no existe un esquema claro de responsabilidades

entre el Comité y los entes encargados de la dotación de los recursos, tampoco entre el Comité y el personal cubano, y mucho menos entre el Comité y la propia comunidad.

#### **4.1.2 Multiplicidad de fuentes de financiamiento**

Desde su creación, la MBA ha contado con múltiples fuentes de financiamiento, provenientes de diversos entes de la administración pública.

Así pues, según PROVEA (2004), la Comisión Presidencial del Plan tiene una Coordinación Nacional de Atención Primaria adscrita al Despacho del Ministro de Salud, con recursos provenientes de fuentes de financiamiento distintas a las del antiguo Ministerio de Salud y Desarrollo Social (MSDS), como el Fondo Nacional de Inversión Social (FONVIS), PDVSA, el Fondo Intergubernamental para la Descentralización (FIDES) y la Banca Multilateral.

Por otra parte, la administración de los recursos asignados y destinados a la provisión de recursos humanos e infraestructura adecuada para los establecimientos de salud de la Misión Barrio Adentro I y II, así como el desarrollo de otros proyectos y programas especiales, conforman la misión institucional de la denominada Fundación Misión Barrio Adentro<sup>25</sup>.

---

25 Para el Ejercicio Fiscal 2008, la Fundación Misión Barrio Adentro tuvo una asignación en Ley de Presupuesto de Bs. 198.817.294, de los cuales Bs. 4.500.000 fueron girados a las Acciones Centralizadas y Bs. 194.317.294 a los proyectos Fortalecimiento de los Consultorios Populares en Barrio Adentro I a nivel nacional, Consolidación de la red ambulatoria especializada (Centros de Diagnóstico Integral, Salas de Rehabilitación Integral y Centros de Alta Tecnología) en el marco del Sistema Público Nacional de Salud, Barrio Adentro II y, Atención

Dicha Fundación, en el desarrollo y ejecución de los proyectos en el Ejercicio Fiscal 2008, no contó con un sistema integrado administrativo que permitiera consolidar las operaciones registradas a nivel nacional de forma oportuna (MPPS, ob. cit.).

En tal sentido, para diciembre del 2008 el número de Consultorios Populares en funcionamiento aumentó a 3.524, los cuales fueron construidos por el Ministerio del Poder Popular para la Vivienda y Hábitat, PDVSA, Gobernaciones, Alcaldías y dotadas por la Fundación (MPPS, ob. cit.), lo cual demuestra la diversidad de fuentes de financiamiento con las que cuenta la MBA.

En general, las limitaciones en la información del financiamiento del sector salud, especialmente la MBA, “dificulta contar con las magnitudes y características de la inversión en salud, tanto en el nivel nacional como en los estados y municipios” (González, ob. cit. p. 2).

Adicionalmente, desde el Gobierno venezolano, los recursos para la salud han sido desplazados hacia la MBA y en la práctica fue abandonada la infraestructura hospitalaria y ambulatoria del país.

En tal sentido, para 2007 la Asamblea Nacional venezolana como máximo ente legislativo aprobó un crédito adicional por Bs.F.1.35 millardos (unos 314 millones de dólares americanos) para la remodelación de 62 hospitales, la cual no ha sido

---

odontológica integral. Adicionalmente, por otras fuentes, fue aprobado por la Oficina Nacional de Presupuesto (ONAPRE), un crédito adicional por Bs. 900.000.000 para las Acciones Centralizadas.



concluida. Posteriormente aprobó Bs.F.300 millones (unos 70 millones de dólares americanos), autorizados para la culminación de las obras de remodelación, pero aún continúan inconclusas.

Esta situación evidencia que la garantía de transparencia sobre la disposición de los recursos financieros ha sido precaria, mermando la credibilidad de las políticas de salud ante una potencial corrupción administrativa. De manera que, tal y como señala PROVEA (ob. cit.), “Las experimentaciones estatales en materia de mecanismos para proporcionar, de manera más expedita, servicios a la población, no puede convertirse en una excusa para evadir controles institucionales que permiten verificar el adecuado desempeño administrativo de los mismos” (p. 127).

Lo lamentable es que mientras los hospitales han tenido que cerrar servicios por la falta de recursos, por la acumulación del deterioro y la falta de médicos, el MPPS no responde a la demanda de soluciones, ni ha rendido cuentas al país acerca de los recursos financieros destinados a una remodelación de hospitales que no llegó a concretarse.

De hecho, el gasto extraordinario asignado a la MBA en ocasiones ha incluso superado dos veces el gasto ordinario del MPPS, sin que se haya logrado cubrir los déficits existentes en materia de infraestructura y en lo que se refiere a la disponibilidad de servicios para atender las necesidades de salud (OPS, 2007). Todo esto quizá motivado a que la mayoría del gasto ha sido corriente, es decir, destinado al pago de nóminas y becas, sin elevar la inversión en infraestructura y tecnología.

En tal sentido, es evidente que la MBA, al construirse como una red paralela al sistema de salud preexistente, “ha acentuado el desequilibrio en la distribución de los recursos ya que no cuenta con mecanismos claramente establecidos para la asignación de recursos ni para la rendición de cuentas ante las autoridades regionales y nacionales y la ciudadanía” (Bonvecchio, et. al., ob. cit., p. 281).

Es de destacar que *La memoria y cuenta* del MPPS (ob. cit.) señalaba que eran 6.711 los consultorios populares que tenía la red MBA.

El mismo informe presentado a la Asamblea Nacional, a principios del 2010, apuntaba que 787 módulos para la atención primaria estaban en construcción, pero un año después, en la Memoria y Cuenta entregada por la ministra Eugenia Sader, se habló de solo de 6.712 consultorios populares en funcionamiento a nivel nacional. Esto permite deducir que 786 comunidades, al parecer, se quedaron esperando por los médicos que irían a atenderlos.

El informe de Provea (ob. cit.), en su capítulo del Derecho a la Salud, apunta que esta misión fue la única que aumentó su presupuesto entre el 2009 y 2010: de 261 millones pasó a tener 841,5 millones en su cartera.

#### **4.1.3 Tradición de asistencialismo sanitario con limitada participación de la población en las políticas de salud**

Según Auyero (citado por D’Elia, 2007), el asistencialismo “es una práctica política donde se establece una relación asimétrica fundada en la sumisión y dominación por medio

de lazos de dependencia y desigualdades en la distribución del poder” (p. 526).

Lejos de corresponderse con el modelo de *Estado de Bienestar* implantado en Gran Bretaña luego de la segunda postguerra y posteriormente expandido a otros países europeos, en Venezuela se presentó una degeneración de aquel sistema, que fue creado con el objetivo de buscar la universalidad y la equidad en el reparto de bienestar, pues el Estado Venezolano creó un sistema selectivo de control político, por medio del gasto público (D’Elia, ob. cit.).

Este asistencialismo resulta en una enorme acumulación de tareas y funciones sociales y económicas de Estado y de sus costos financieros, dando un sesgo fuertemente estatista e intervencionista al régimen socioeconómico.

Ciertamente, el asistencialismo es un vicio atroz, de vieja data, que caracteriza a los sistemas políticos populistas y neo populistas, quienes orientan el gasto público hacia la creación de clientelas políticas que les garanticen el capital electoral necesario para conservar el poder político<sup>26</sup>.

En Venezuela, el origen político del asistencialismo en general, puede ubicarse a partir de 1958, con el pacto de Punto Fijo, que fue un acuerdo político que permitió la consolidación del sistema bipartidista AD-Copei. El dominio y hegemonía

---

26 Según Alvarado Chacín (2003) en Venezuela se utilizó “la riqueza derivada de la renta petrolera para obtener individuos en términos de votos o clientes para mantener y ampliar el poder político. En contrapartida, el “cliente” debió tributar lealtad a sus benefactores, recreando un círculo vicioso difícil de romper y superar” (p. 432).

bipartidista pudo sustentarse mediante la renta petrolera, que representaba un caudal financiero importante de ingresos económicos para el país. Esa renta petrolera es la génesis del asistencialismo económico, remontándose a las primeras décadas del siglo XX, que fue la época desde que el petróleo y su renta se colocaron en el centro de la dinámica económica venezolana.

Con el fin de la hegemonía bipartidista, iniciada con el ascenso al poder por parte de Rafael Caldera con el movimiento electoral Convergencia (1995-1999), y consolidada con la victoria presidencial de Hugo Chávez (1999-2013), lejos de desaparecer el asistencialismo, el mismo continuó e incluso se acentuó, gracias principalmente a la bonanza petrolera que acompañó al Gobierno de éste último desde el año 2007. Los inmensos ingresos representados por un barril de petróleo cotizado por encima de 100 dólares americanos así lo permitieron.

En tal sentido, tal y como afirma Tilly (2007) el gobierno de Chávez “a costa de la democracia ha formado el Estado con mayor capacidad que Venezuela ha tenido jamás. A lo largo de todo el periodo que va de 1999 a 2006, Venezuela apenas se ha adentrado en el terreno democrático. Pero, alimentado por el petróleo, ha hecho crecer de manera impresionante un Estado de alta capacidad” (p. 214).

De hecho, las insuficiencias de los estratos socioeconómicos más desposeídos del país, fueron asumidas por el Gobierno de Chávez mediante las misiones. La finalidad de las mismas era conseguir, según se señala en las *Líneas generales del plan de desarrollo económico y social de la nación 2007-2013*, “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” (República Bolivariana de Venezuela, 2007, p. 12).

En el caso de la salud, el asistencialismo y sus consecuencias tiene particularidades muy significativas, pues se trata de uno de los bienes más preciados en las sociedades modernas, precisamente por el declive y degeneración del Estado de Bienestar en las sociedades latinoamericanas, tradicionalmente mal gobernadas.

En un estudio realizado por Matos Bazó y Vargas Acosta (2008), con el propósito de presentar un análisis de la opinión que tienen los destinatarios sobre los beneficios en materia de salud brindados por la MBA I, se realizaron cuatro encuestas desde abril del año 2006 hasta junio de 2007, en unidades geográficas y poblacionales diferentes del Estado Zulia, para una muestra de 263 beneficiarios, concluyendo que las misiones como política social siguen manteniendo un carácter asistencialista, ya que continúa confundiendo lo social con lo asistencial y en última instancia, se le sigue considerando como un factor de legitimación de las acciones del gobierno.

Así, la MBA nació como una política pública de salud, cuyo objetivo es el de asistir particularmente a los estratos sociales más desposeídos. Sin embargo, fue concebida en un clima previo al referéndum revocatorio de agosto de 2004, situación que conllevó una deformación en la aplicación de tan fundamental programa. Hay que advertir que es lógico que cualquier Gobierno legitime su gestión mediante políticas

sociales, eso es lo que espera el pueblo de él. Entonces, la “MBA es una política pública de salud con un trasfondo clientelar, pues no se trata de una verdadera política de Estado, con visión a largo plazo, sino que a lo sumo es una política de desgobierno (en virtud de su clara manipulación a los desposeídos)” (Alcántara Moreno, 2006).

Prueba de ello es el carácter paralelo de esta Misión con respecto al MPPS, en su clara violación a todo precepto institucional y normativo, al cual no le rinde cuentas, porque responde a niveles de autoridad distintas.

En efecto, desvirtúa el proceso descentralizador y desconcentrador que se venía aplicando en el sector salud desde 1994 en ocho estados del país, con resultados positivos en el mejoramiento de la situación de salud de la población, independientemente de sus errores. El actual Gobierno amplió la centralización en virtud de una persona, el “líder”... En este sentido, la MBA en sus fases I, II y III ni siquiera es un intento de reforma, sino una mayor disgregación, complejización y descoordinación del sistema de salud existente. En efecto, la MBA responde a la clientela pro Gobierno, más no a las verdaderas necesidades del bienestar general. Porque si algo debe quedar claro, es que las políticas públicas de salud se realizan y proyectan para todos los ciudadanos y no para grupos de súbditos incondicionales al régimen.

La relación clientelar se concreta cuando el ciudadano se siente en la obligación de restituir el favor dispensado a través de su lealtad, materializada en apoyo para las elecciones. Queda en evidencia pues el carácter electoral en el que se forjó la MBA, con el peligro de que se sustituyan los derechos ciudadanos por los favores clientelares, abriendo la

posibilidad intolerante de excluir de la asignación de bienes y servicios públicos a quienes no retribuyan con su voto el favor gentilmente dispensado.

Por otra parte, las investigaciones del Observatorio Venezolano de Salud del Centro de Estudios del Desarrollo de la Universidad Central de Venezuela (CENDES) confirman que entre 60% y 70% de la población de escasos recursos y sin una póliza prefiere asistir a la red tradicional, en contraste con 17% que visita la red Barrio Adentro. “Es cultural. Nos acostumbramos a que la salud se dispensa en los hospitales”, indica el coordinador de esta organización, Jorge Díaz Polanco (López, 2009, p. 1).

En contraposición, otras investigaciones sugieren que la MBA tuvo su génesis en la organización que las propias comunidades populares caraqueñas llevaron a cabo para dar respuesta al problema de la exclusión en el acceso a los servicios de salud (Briggs y Martini-Briggs, 2007). De manera que, antes que una política desarrollada desde el Estado, la MBA se fraguó en el seno del barrio mismo.

Es de destacar que históricamente, desde su creación en 1936, el antiguo MSAS, marcó una tradición de asistencialismo sanitario que se extendió hasta 1999, con el cambio de visión filosófica implementada por el MSDS, que pretendía generar una mayor participación de la población en los asuntos sanitarios.

De cualquier modo, se trató solo de un primer paso en el plano formal, que dista mucho de una auténtica consolidación de la participación colectiva de la población en la salud pública. Un cambio social de este tipo implicaría estrategias y acciones multisectoriales en el mediano y largo plazo.

Sin embargo, es destacable la creación de los denominados Comités de Salud, que forman parte de los Consejos Comunales. Éstos últimos son, desde el punto de vista jurídico-formal, "...instancias de participación, articulación e integración entre los ciudadanos, ciudadanas y las diversas organizaciones comunitarias, movimientos sociales y populares, que permiten al pueblo organizado ejercer el gobierno comunitario y la gestión directa de las políticas públicas..." (Ley Orgánica de los Consejos Comunales, 2009).

Sin embargo, el hecho de que el propio presidente de Venezuela reconociera a mediados del 2009 que se contabilizaban 2.000 módulos de la MBA abandonados, sin personal de salud el cual es mayoritariamente proveniente de Cuba, revela que el sistema de supervisión y control a través del programa de Vigilantes de la Salud de los Consejos Comunales, no ejerció satisfactoriamente sus funciones contraloras.

#### **4.1.4 Amplia presencia del sector privado en el gasto en salud y la cobertura**

En Venezuela, existe una amplia presencia del sector privado, tanto desde el punto de vista del gasto en salud como de la cobertura.

Ya desde las décadas de 1960 y 1970, en Venezuela el principal actor económico era el Estado y "la clase empresarial entendió que todas sus iniciativas deberían pasar por el filtro clientelar de la administración" (Díaz Polanco, 2008, p. 43). El Estado era controlado por el bipartidismo AD-Copei, quienes además se encargaron de crear y controlar los sindicatos y otros sectores sociales.



De tal forma que, en el caso específico del sector salud, el mismo fue dominado por grupos de interés interconectados con el bipartidismo mediante una red clientelar, garantizando y manteniendo prerrogativas y beneficios corporativos de ciertos y determinados profesionales, gremios y grupos sociales.

En este clima devino la crisis del sistema de salud venezolano, caracterizado por el “desmembramiento de estos servicios y su creciente ineficiencia, así como el fortalecimiento de los sectores privados que se aventuraban en este tipo de inversiones” (Testa y otros, citado por Díaz Polanco, ob. cit., p. 43). Aquí estaría el origen de la amplia presencia del sector privado en el gasto en salud y la cobertura.

La, referida al gasto público en salud es sumamente elocuente, apreciándose según datos obtenidos de los *Informes sobre el desarrollo humano* del PNUD desde el 2003 hasta el 2007, un crecimiento sostenido del gasto privado en salud como % del PIB, que va desde un 2% para el año 2000, hasta un 2,7% del PIB en 2004. Paralelamente, se palpa un decrecimiento del gasto público en salud como % del PIB, desde un 2,7% durante el 2000, hacia un paulatinamente mermado 2% en el 2004. De manera que, durante estos 4 años, el decrecimiento del gasto público en salud como % del PIB, fue inversamente proporcional al gasto privado en salud como % del PIB.

**Tabla 1**  
**Gasto en salud en Venezuela**

	Público (% del PIB)	Privado (% del PIB)	Per cápita (PPA en US\$)
2004 (Inf. PNUD 2007)	2,0	2,7	285
2003 (Inf. PNUD 2006)	2,0	2,5	231
2002 (Inf. PNUD 2005)	2,3	2,6	272
2001 (Inf. PNUD 2004)	3,8	2,3	386
2000 (Inf. PNUD 2003)	2,7	2	280

**Fuente:** PNUD, Informes sobre el desarrollo humano del 2003 al 2007.

El aumento del gasto privado en salud, en detrimento del gasto público, en buena parte se explica, según PROVEA (2009), porque “el propio gobierno viene contribuyendo a ese incremento, a través del pago de pólizas de Hospitalización HCM a los y las trabajadores/as del sector público” (p. 135).

La anterior sería una evidente contradicción por parte del Gobierno nacional entre el discurso del socialismo del siglo XXI, que propugna un nuevo sistema de salud socialista, por una parte y, por la otra, los hechos reales que vienen a reforzar la continuidad de un sistema de salud privado financiado a través del Estado. Un sistema que crea desigualdades en el

acceso a los bienes y servicios de salud, pues les confiere prerrogativas de HCM a los empleados públicos, en detrimento de un amplio sector de la población excluido que se encuentra en la economía informal y huérfanos de seguridad social y beneficios laborales.

Por lo tanto, en ocasiones resulta difusa la postura oficial del Gobierno venezolano, pues acciones como la anterior son incoherentes con la globalización desde abajo, colocándose casi del lado del globalismo, de no ser porque la pretensión del ejecutivo es cubrir a los empleados públicos a través de una aseguradora estatal. De cualquier modo, este tipo de acción contradice el postulado constitucional de crear un sistema público nacional de salud.

Así lo corrobora la tabla 2, comparativa entre el gasto en salud en Venezuela (2000-2006). Se aprecia en dicha tabla, según datos de la OMS, como el gasto total en salud disminuyó del 6,0% en 2000 a 4,9% en 2006. Esto vino acompañado del descenso del gasto del gobierno en salud como % total del gasto en salud del 53,1% a 49,5% y el respectivo aumento del gasto privado en salud como % total del gasto en salud del 46,9 al 50,5% del año 2000 al 2006.

**Tabla 2**  
**Gasto en salud en Venezuela (2000-2006)**

Gasto total en salud como % del PIB	Gasto del gobierno general en salud como % del total del gasto en salud		Gasto privado en salud como % del gasto total en salud	Gasto total en salud per cápita al tipo de cambio promedio (US\$)		Gasto público en salud per cápita al tipo de cambio promedio (US\$)		Gasto directo de los hogares como % del gasto privado en salud	
	2000	2006		2000	2006	2000	2006	2000	2006
6,0	53,1	49,5	46,9	290	332	154	164	87,0	88,6

**Fuente:** OMS (2009).

Del mismo modo, el indicador del gasto total en salud per cápita para el 2006 fue de US\$ 332, en tanto que el gasto público en salud per cápita al tipo de cambio promedio (US\$) fue de 164, lo cual ubica al país por debajo del promedio de la región de las Américas, con US\$ 2.636 y US\$ 1.252, respectivamente; no obstante, se sitúa por encima del promedio medio mundial, de US\$ 114 y US\$ 211, para dichos indicadores.

Cabe destacar que, según la Comisión Económica para América Latina (CEPAL) (2008), los bienes y servicios de salud tienen tres fuentes principales de financiamiento, que varían de un país a otro conforme a la estructura de cada sistema de salud: “impuestos generales y específicos, contribuciones a la seguridad social recaudadas mediante impuestos sobre la nómina, otros impuestos o cotizaciones y desembolsos realizados por los hogares ) que comprenden pagos directos y pagos por concepto de primas de seguros privados” (p. 85). En tal sentido, llama la atención que para 2006 el gasto directo de los hogares como % del gasto privado en salud haya sido de 88,6%, el cual se considera alto.

Lo anterior pudiera explicarse por el hecho de que “mientras el sistema público de salud ha perdido cerca de un 60% de su capacidad operativa, las clínicas privadas pasaron de atender entre 5% y 6% de la población a un 30% en 2007, debido al deterioro del sector público” (PROVEA, 2010, p. 161). Dicha situación tiene una relación directa con debilidades en la APS, y particularmente en la gestión del programa punta de lanza del Gobierno nacional para desplegarla: la MBA.

Adicionalmente, la *Encuesta de hogares sobre consumo de drogas en Venezuela 2005* (EHCD-2005) indicaba que 68% de

la población venezolana y 78% de los estratos más pobres del país no contaba con ninguna forma de seguro de salud, público o privado; el IVSS cubría a 17,5% de la población, los seguros médicos privados a 11,7% y 2,4% de la población tenía doble cobertura, a través del IVSS y de seguros privados. Del mismo modo, menos del 30% de la población tiene condiciones económicas para acudir a centros médicos privados (Comisión Nacional contra el Uso Ilícito de Drogas CONACUID, 2006).

#### **4.1.5 Predominio de la medicina curativa en desmedro de la preventiva**

Desde la década de 1960, las políticas de salud en Venezuela se orientaron en gran magnitud hacia la medicina curativa con un modelo centrado en el hospital, en detrimento de la medicina preventiva basada en la promoción de la salud. Esto influyó “negativamente en la orientación de las políticas de promoción, educación y participación social en el contexto sanitario” (Briceño León, García, Rodríguez y Tovar, 2003, p. 68).

De hecho, el predominio de la medicina curativa no es exclusiva de Venezuela, sino que obedece a una tendencia globalizadora, pues “durante gran parte del siglo XX, los hospitales, con su tecnología y sus sub especialistas, han ido adquiriendo una función central en la mayoría de los sistemas de salud del mundo entero” (OMS, 2008, p. 12).

Una explicación de la inserción de este modelo de medicina curativa en la sociedad venezolana viene dado por la variable cultural y los efectos que sobre ésta tiene la globalización.

En tal sentido, la OPS y la OMS (2003) entienden la globalización como “la internacionalización de la producción

y el consumo, de valores y costumbres, a través del movimiento de capital, fuerza laboral, tecnología e información” (p. 3). Esta definición toma en cuenta dos categorías sociológicas de análisis como lo son los valores y las costumbres, incluidas éstas dentro del área más amplia de los estudios referentes a la cultura.

Esta es una tendencia que viene dada por estudios sociológicos y politológicos, los cuales ven en la globalización la tendencia a la expansión de los valores de la sociedad occidental y los valores de la democracia y del Estado Social de Derechos, lo cual entra en conflicto con muchas sociedades rurales y con bajas capacidades estructurales para que se dé la democratización. Ello conlleva a matizar y comprender de manera más clara el proceso de diferenciación cultural dejado de lado en muchas interpretaciones apresuradas sobre el proceso de globalización en cuanto criterio de explicación de la expansión de la racionalidad científica en el planeta.

La globalización acarrea una convergencia de cultura global (Beck, 1998). Según esta tesis se produce una paulatina universalización, una unificación de las demandas de la vida, de símbolos culturales y modos de conducta transnacionales. La industria de la cultura global significa cada vez más la convergencia de símbolos culturales y de formas de vida.

En un escenario como el anterior, el concepto de cultura aplicado al campo de la salud constituye el eje neurálgico en el análisis de los factores sociales involucrados en el proceso de salud-enfermedad. A través del reconocimiento de las diferencias y similitudes culturales entre usuarios y proveedores es posible comprender, por ejemplo, el nivel y

carácter de las expectativas que cada cual tiene del proceso, las percepciones de salud y enfermedad representadas en la interacción médico-paciente, los patrones con que se evalúa la calidad y resultado de la acción terapéutica, y el despliegue de diversas conductas frente a la enfermedad.

En torno a la cultura surge entonces el debate de si acaso estamos avanzando hacia una homogenización de valores, costumbres, símbolos, normas y usos sociales o, si por el contrario, gracias a la globalización es posible que cada comunidad determinada reafirme y refuerce su diversidad cultural y pueda expresarla a nivel global.

Al respecto puede decirse entonces que la globalización de la cultura no es un proceso que transite unívocamente por un mismo camino, conducente inevitablemente a la norteamericanización, lo que algunos denominan el imperialismo cultural. Tampoco crea necesariamente “una cultura homogeneizada, aguada y grisácea. Las pequeñas culturas tradicionales pueden verse arrolladas, pero la globalización también permite combinaciones nuevas y diversas de tradiciones culturales antaño separadas” (Friedman, citado en Calhoun, Light y Keller, 2000, p. 113).

Sin embargo, puede argumentarse que actualmente en América Latina, la ciencia y la tecnología son objeto de transferencias desde los centros de poder en que se generan relaciones desiguales devenidas en medios de dominación cultural, que dejan sin posibilidades de desarrollo cualquier otro conocimiento alternativo.

Tal sería el caso del “campo de los servicios de salud donde la medicina occidental ejerce una acción hegemónica sobre la medicina popular tradicional, que repercute negativamente



en los niveles de desarrollo de la cultura médica” (Magaz y Magaz, 2008).

De cualquier modo, la globalización cultural norteamericana tiene repercusiones muy particulares en lo que respecta al proceso salud-enfermedad, pues el sistema de salud de los Estados Unidos es prácticamente el único en el mundo con características predominantemente de mercado.

Una de las preocupaciones que se manifiesta al considerar la salvaguarda de la libertad cultural en el mundo actual es la enorme influencia que ejerce la cultura occidental, (liderada por la hegemonía cultural de los Estados Unidos) en particular su “consumismo”, en el mundo globalizado.

Para corroborar el consumismo norteamericano en materia de salud, es pertinente referirse por ejemplo al mercado farmacéutico, en el cual los Estados Unidos (EEUU) se ubican como el principal consumidor a nivel mundial con un 48 %, aproximadamente. Adicionalmente, en 2005 el gasto en medicamentos por habitante en los EEUU ascendió a 1.141 dólares americanos, lo que supone el doble que el de Canadá, Alemania o el Reino Unido y 10 veces más que el de México (OMS, ob. cit.).

Así, según Angell (2006), IMS Health, posiblemente la más citada de las fuentes estadísticas de la industria farmacéutica, calculó que el total de las ventas en todo el mundo de medicamentos recetados ascendía a cuatrocientos mil millones de dólares en 2002. Cerca de la mitad de esa cifra corresponde a los EEUU.

Por lo tanto, el hecho de consumir prácticamente la mitad de los medicamentos a nivel mundial resulta escandaloso si

se considera que los EEUU cuentan con unos 315 millones de habitantes en un mundo con una población total de 7.000 millones.

En tal sentido, el consumismo sanitario en los EEUU se traduce en una sociedad sobre medicada. Este tipo de sociedad se estructura en base a prácticas inducidas por parte de la industria farmacéutica multinacional hacia los médicos y los usuarios o pacientes, generando un desmedido consumo de medicamentos. Así, las pautas de comportamiento de los médicos al prescribir medicamentos, se ven fuertemente influenciadas, incluso desde que comienzan sus estudios de medicina, por parte de los visitantes médicos, quienes fungen como el principal agente de marketing de la industria farmacéutica.

Del mismo modo, en cuanto a los usuarios o pacientes norteamericanos, sostiene Angell (ob. cit.), que los mismos han sido muy bien instruidos por la publicidad de la industria. “Les han enseñado que si no salen del consultorio médico con una prescripción, el médico no está haciendo bien su trabajo. El resultado es que mucha gente termina tomando fármacos cuando hay maneras más eficaces de lidiar con sus problemas” (p. 190).

Se construye así una creencia que sustenta y agudiza el consumismo sanitario, en el seno de una sociedad opulenta que, gracias a la globalización cultural, puede potencialmente generar una transculturación de éstos enunciados específicos que las personas consideran como ciertos, hacia la gente en las sociedades en vías de desarrollo, como ha sido el caso de Venezuela (Alcántara Moreno, 2012).

En su trabajo *Iniciativas frente al liberalismo globalizador*, Sánchez Bayle (2009) señala que las repercusiones de la globalización sobre los sistemas sanitarios son la consecuencia de una estrategia general que se podría resumir en desregulación, privatización y mercantilización, y que en términos generales está expresada en los acuerdos y propuestas de la OMC y el FMI. Esta estrategia se aplica de maneras muy diferentes en cada contexto concreto, pudiendo decirse que, en este aspecto, como en muchos otros, combina objetivos y tácticas generales con una aplicación flexible de los mismos en cada contexto concreto, de forma que su visibilidad en muchas ocasiones no es percibida por la mayoría de la población, y ni tan siquiera por los sectores directamente implicados.

De manera que, se ha transculturizado en las sociedades en vías de desarrollo la medicalización, que puede conllevar al consumismo sanitario. Se refuerza de esta forma el modelo curativista de la atención en salud, con énfasis en el nivel hospitalario. Esta es la representación social dominante que existe de la salud en la mayor parte de la población, y en ese contexto el modelo curativo proporcionado por el Estado es la única alternativa que se percibe en el imaginario colectivo para reponer la salud. Así, en Venezuela a partir de la década de 1970 “el énfasis en la medicina curativa continúa y trae como consecuencia un descuido en las estrategias y programas de prevención y saneamiento... Actualmente la situación de salud de la población venezolana sigue más o menos igual.” (Pedrique, 2008, p. 165).

Tal y como afirma la OMS (ob. cit.) en muchos países de ingresos medios, factores como la presión ejercida por

la demanda de los consumidores, los profesionales médicos y el complejo médico-industrial “es tan grande que los recursos sanitarios privados y públicos se encauzan de forma desproporcionada hacia la atención hospitalaria especializada en detrimento de las inversiones en atención primaria” (p. 13).

De manera que, esta situación ha influido en el descuido hacia la APS y la promoción de la participación comunitaria en el contexto venezolano como parte de una política pública de salud, generando condiciones adversas para la aplicación e institucionalización de la MBA.

## **4.2 Funcionamiento y organización**

### **4.2.1 Funcionamiento**

En cuanto al funcionamiento, el diseño institucional del sistema político venezolano, con un presidencialismo fuerte, favorece el establecimiento de nuevas reformas y legislaciones, en un escenario que no cuenta con puntos de veto fuertes y efectivos. De hecho, desde el 2005 el partido de gobierno contó con una amplia mayoría en la Asamblea Nacional; aunado a esta situación están las diversas leyes habilitantes que se le otorgaron al ejecutivo para que, de manera excepcional, legislara en diversas materias. Todo ello despeja, de manera evidente, el camino para la implementación de la MBA.

Sin embargo, uno de los obstáculos para el funcionamiento gira en torno a que no fue sino hasta noviembre de 2014, vía Ley Habilitante, que Nicolás Maduro (sucesor del fenecido Hugo Chávez) promulgó la Ley Orgánica de Misiones, Grandes Misiones y Micromisiones.

Cabe destacar que, el Gobierno venezolano, sin embargo, intentó darle rango constitucional a las Misiones en un proyecto

de reforma constitucional mucho más amplio y ambicioso que las Misiones mismas, planteando un cambio radical de la CRBV.

De cualquier modo, dicha reforma fue rechazada por el electorado venezolano en diciembre de 2007 y, en el caso puntual de la MBA, existió una clara falta de voluntad política para encuadrarla en el marco legal venezolano, luego de 11 años de implementada en la práctica.

Además, existe una suerte de disputa entre la mencionada MBA y el MPPS en cuanto a los resultados de eficiencia y eficacia expresados en indicadores de prestación de servicios, en un intento del Gobierno por separar las tradicionales estructuras estatales de salud, por otras nuevas y “revolucionarias”, como si el fracaso de las primeras fuera ajeno a la responsabilidad del Ejecutivo. Lo cierto del caso es que el Gobierno compite consigo mismo, intentando asociar al sistema de salud tradicional con las viejas élites políticas, cuando no consigue legitimar sus acciones ante grupos de presión y de interés, como por ejemplo la Federación Médica Venezolana (FMV).

Se trata entonces de un asunto de poder que pone en evidencia la precaria capacidad de negociación de la clase política que gobierna a Venezuela.

Adicionalmente, la MBA no es un programa con tendencia a institucionalizarse e integrarse, mediante una norma jurídica expresa de proyección para el futuro dentro del Sistema Nacional de Salud. Existe la clara intromisión en esta Misión, como todas las demás, por parte del Presidente de la República quien aspira a controlarla directamente, de manera que cuando una persona recibe alguna atención, esta le tiene que agradecer

al primer mandatario, porque fue él y no el Estado quien le proporcionó asistencia para restituir su salud. Por ello su clara vocación populista clientelar.

Asimismo, resulta evidente en el Estado venezolano, en los términos planteados por Weber (2008), el fuerte componente de autoridad carismática que se impone sobre la autoridad legal-racional. En esta última, los servicios y el bienestar público son cometidos del Estado, quién los persigue a través de las políticas públicas, formuladas por el Gobierno pero aplicadas racionalmente por la burocracia moderna, conformada por funcionarios públicos actuando de manera institucional en base a normas y reglamentos.

Sin embargo, como predomina el carisma, se crea entonces un nexo entre el dirigente y el ciudadano común, quién muestra adhesión no a una organización política ni a un programa ideológico, sino a la persona de Chávez. Así, el pueblo percibe cualquier política pública o social como un favor, una caridad otorgada por el líder magnánimo de la revolución, sentando las bases para el autoritarismo y el populismo en pleno siglo XXI.

El peligro del autoritarismo en este caso, es que se manifiesta en acciones contrarias a las instituciones y procedimientos de la democracia, presentándolas como expresiones de la voluntad soberana del pueblo *in abstracto*, o en cumplimiento de los deberes del Presidente. Quien no esté de acuerdo con estas acciones, o simplemente se oponga al régimen, se convierte en el blanco de un lenguaje agresivo que lo califica como traidor a la patria, pues quien está contra el Presidente está contra el pueblo. Así, cualquier crítica a la MBA es estigmatizada *per se* con la etiqueta de la derecha neoliberal, impidiendo el debate y contraste de ideas subyacente a la democracia.

Además, cuando el Presidente Chávez no pudo realizar acciones formalmente legales o institucionales, su carisma le permitía esgrimir el pragmatismo de prescindir del cumplimiento de las leyes y el respeto a las instituciones con el fin de materializar la voluntad popular y llevar a cabo la revolución. Esto desdibuja el Estado de derecho y abre el camino de la improvisación en la aplicación de cualquier política pública, pues dificulta su institucionalización.

Esta autoridad carismática se agudiza si se tiene en cuenta que en Venezuela se da una cierta identidad entre Estado, Gobierno y Presidente. De hecho, se trata de un Gobierno en el que el presidencialismo es muy acentuado, por lo tanto, el Presidente detenta una gran cantidad de atribuciones y poderes establecidos en la carta magna que le permitirían, dadas las circunstancias, controlar a los demás poderes constitucionales: legislativo (Asamblea Nacional), judicial (Tribunal Supremo de Justicia), moral (Ministerio Público, Defensoría del Pueblo y Contraloría General de la República) y electoral (Consejo Nacional Electoral, CNE).

Así, el período presidencial con la Constitución de 1999 se extendió a seis años, con una reelección inmediata (artículo 230) que luego, con la enmienda de 2009, se convirtió en continua; hay una pérdida de equilibrio entre los poderes por la eliminación del bicameralismo, al desaparecer el Senado; lo complicado del referéndum revocatorio del mandato presidencial (artículo 72); la elección del presidente por mayoría relativa (artículo 228).

Además, el poder legislativo representado por la Asamblea Nacional, puede delegar su función legislativa al Presidente

para dictar decretos en cualquier área sustantiva, no solo en cuestiones económicas y financieras como lo establecía la derogada Constitución de 1961, dándole autoridad para dictar decretos durante los Estados de excepción.

Si el partido de Gobierno tiene mayoría en la Asamblea Nacional, como de hecho ocurre desde el año 2005, se puede producir un claro desbalance de poder, pues esta última puede remover de sus cargos a los miembros del poder electoral y del poder moral (artículo 296) y a los magistrados del Tribunal Supremo de Justicia (TSJ) (artículo 265). En la práctica, la presidencia del TSJ, los miembros rectores del CNE, el Defensor del Pueblo, el Fiscal y el Contralor General de la República, han sido militantes del PSUV, que es el partido de Gobierno.

De manera que, dichas atribuciones permiten el predominio del Presidente sobre los demás poderes constitucionales, lo que le permite controlar al Estado. Además, la riqueza mineral del subsuelo, es propiedad del Estado<sup>27</sup>, por lo que quien gobierna, que es el Presidente, posee y controla el petróleo, que es la base de la economía rentista venezolana, cuyos elevados ingresos hacen posible financiar a la MBA en el marco del Convenio Integral de cooperación entre Cuba y Venezuela.

Por otra parte, es importante considerar a la planificación como aspecto del funcionamiento de un sistema de salud y de la MBA en particular. En este punto, el excesivo pragmatismo

---

27 En la CRBV se declara al subsuelo como de dominio público, reservando al Estado la industria petrolera, y la posibilidad de reserva de otras actividades, servicios o explotaciones de carácter estratégico (artículo 302).



en las políticas de salud del Gobierno se ha traducido en improvisación, sin dejar de ser la MBA la excepción. Así, las políticas de salud venezolanas han sufrido los siguientes cambios de rumbo por parte del Gobierno desde 1999:

- Creación del MSDS y la aplicación del Modelo de Atención Integral (MAI), que corresponden a la gestión del Ministro Gilberto Rodríguez Ochoa (1999-2001).
- El segundo momento es el Plan Estratégico Social (PES) y la estrategia de promoción de la calidad de vida y salud, desarrollados en la gestión de la Ministra María Urbaneja durante los años 2001-2002.
- El tercero comprende la MBA, como la política que ha apoyado las gestiones de los Ministros Róger Capella, Francisco Armada, Erick Rodríguez, Jesús Mantilla Oliveros, Carlos Rotondaro, Luis Reyes Reyes y Eugenia Sader. Desde el momento de la creación de la MBA hasta la fecha, se ha ido multiplicando, no solamente en cuanto a la cantidad de centros, sino a varios niveles: I, II, III y IV.
- Desde 1999 se le ha cambiado el nombre al ministerio 3 veces: MSDS; Ministerio del Poder Popular para la Salud; Ministerio del Poder Popular para la Salud y Protección Social.

En los países integrantes de la UNASUR-Salud se observa como debilidad la inestabilidad y fragilidad de las políticas de salud y los altos niveles de rotación del personal directivo en el sector público. Resulta un hecho que “el nivel de rotación de los Ministros de salud sea alto, alcanzando en la región un promedio inferior al año, por lo cual ante la ausencia de

políticas de salud asumidas como políticas de Estado, a cada nueva administración se genere gran inestabilidad y baja continuidad” (Faria, Tobar y Jouval, 2012).

Lo anterior resulta paradójico si se toma en cuenta que desde 1999 hasta la actualidad Venezuela ha tenido un mismo Gobierno nacional, lo que demuestra una inconsistencia en sus políticas públicas, motivado a la ausencia de planes de acción claros en el corto, mediano y largo plazo.

#### **4.2.2 Organización**

A pesar de haberse planteado la MBA en 4 instancias, es inexistente la innovación organizativa de una red con una creciente complejización. Al respecto se planteó la recentralización del sector salud.

Así pues, con el proceso de descentralización<sup>28</sup> que se desarrolló en el país a partir de 1989, algunos estados, que podían asumir áreas tales como la salud, recibieron esas competencias.

Sin embargo, la transferencia de hospitales y centros educativos que hizo el Ejecutivo Nacional para restar competencia a la Gobernación de Miranda en 2008, son un claro ejemplo de la orientación re-centralizadora del Gobierno nacional, quién percibe a la descentralización como una rémora neoliberal. En este punto existe una postura claramente contrapuesta a la tendencia global descentralizadora de la administración pública.

---

28 La descentralización es un proceso que se ha generalizado en casi todos los sectores. Es una tendencia universal que pretende instalar, realmente, el poder de decisión más cerca de quien se enfrenta diariamente con los problemas, de quien conoce mejor la realidad para tomar decisiones.

Al respecto, particularmente en el área de la salud, el Gobierno venezolano va incluso en contra de la tendencia regional observada en los países de la UNASUR-Salud, quienes tienen entre las prioridades de sus Ministerios de Salud, en el plano político-organizativo, al fortalecimiento de la descentralización (Faria, Tobar y Jouval, ob. cit.).

Con esto se ha hecho a un lado la concepción de que “el desarrollo pleno de la descentralización, incentiva el ejercicio de la ciudadanía democratizando el control de la función pública” (Díaz Polanco y Pereira, 2002, p. 74).

En tal sentido, es de destacar una vez más que en la propuesta de reforma constitucional que el Presidente Chávez presentó a finales de 2007, se proponía modificar los artículos de la carta magna relacionados con la descentralización administrativa con el propósito de re-centralizar la administración y gestión de servicios públicos como la salud, pero la misma fue derrotada electoralmente.

Por otra parte, a partir de 2005, con la puesta en marcha de los Centros de Diagnóstico Integral (CDI), las Salas de Rehabilitación Integral (SRI) y los Centros de Alta Tecnología (CAT), tal y como se aprecia en la tabla 3, fueron reformulados los objetivos iniciales de MBA<sup>29</sup>.

---

29 Es un hecho que la MBA modificó sus objetivos originales. De cualquier modo, es menester tener en cuenta que “los objetivos de la política pública acostumbran estar definidos desde sus primeros pasos, aunque su posterior desarrollo puede ir modificando esos mismos objetivos originales” (Subirats, ob. cit., p. 191).

**Tabla 3**  
**Organización de la MBA**

Niveles de MBA	Nivel de atención en salud	Centros de salud	Servicios prestados
Barrio Adentro I	Promoción de la salud, prevención de enfermedades y diagnóstico temprano.	Consultorios populares.	Salud sexual y reproductiva, oncología y citología, salud de niños y adolescentes, inmunizaciones, salud visual, salud mental y atención a la farmacodependencia.
Barrio Adentro II	Atención médica en especialidades básicas.	Centros de Diagnóstico Integral (CDI), Salas de Rehabilitación Integral (SRI).	Pediatria, gineco-obstetricia, cirugía ambulatoria, medicina interna, laboratorio básico, rayos X, Logopedia, Foniatria, Podología, Electroterapia, Magnetoterapia, Hidroterapia y Termoterapia y emergencias en clínicas populares que no cuentan con servicios de hospitalización.
Barrio Adentro III	Medicina clínica-hospitalaria.	Centros de Alta Tecnología (CAT). Red hospitalaria existente: Hospitales del Pueblo (Tipo I, II y III), hospitales especializados y universitarios, y los centros nacionales especializados.	Tomografía Axial Computarizada, Resonancia Magnética, Mamografía, Densitometría Ósea, Eco-cardiografía Tridimensional, Videodensoscopia, Radiografía y Laboratorio Clínico.

Fuente: Elaboración propia.

Al respecto, se modificó entonces el objetivo inicial que planteaba la transformación de la red ambulatoria tradicional en consultorio popular, aumentando su capacidad resolutive mediante la implementación, consolidación y extensión de la prevención y promoción de la salud. El nuevo objetivo, mucho más ambicioso, trazó la estructuración de un sistema de atención con distintos niveles de complejidad y capacidad de resolución, orientado a convertirse en el nuevo sistema de salud pública para el país (Patruyo, 2008).

Según el MPPS (ob. cit.), para el año 2008 se fortalecieron los CDI, SRI y CAT, ampliando la cobertura de resolución de los casos de mediana y alta complejidad; llegando a un total de 467 CDI, 537 SRI y 25 CAT en funcionamiento.

### **4.3 Conflicto con diversos grupos de presión e interés**

Desde el punto de vista institucional, la MBA tuvo como debilidad desde su incubación como programa a nivel del Municipio Libertador de Caracas, el hecho de que fue una política pública de salud formulada y aplicada sin el consenso de grupos de presión importantes, tal y como lo es la FMV.

Tomar en cuenta la participación de los grupos de presión en la producción de políticas públicas es importante y tiene su justificación en la tradición del análisis politológico. Según Pasquino (ob. cit.), un aspecto novedoso introducido por el estudio de las políticas públicas, como campo del saber diferenciado de la ciencia política clásica, ha sido “localizar agregaciones compuestas de actores que intervienen de manera más o menos consolidada en los procesos de producción de las políticas públicas” (p. 263). La FMV sería un actor no público,

que media en el proceso de producción de la MBA como política pública de salud.

La MBA fue concebida en su esencia como un medio para alcanzar una meta social colectiva, tal y como lo es la APS. Sin embargo, su implementación como política pública presentó aspectos conflictivos que no fueron resueltos desde un principio.

Así, la presencia de personal médico extranjero en Venezuela fue percibida como una amenaza por parte de la FMV, pues ciertamente se trataba de la introducción de un nuevo elemento que podría alterar aspectos claves del orden institucional preexistente, tal y como lo era la influencia y prerrogativas laborales del gremio médico venezolano. Hubo al respecto ausencia de mecanismos óptimos de formación de consenso entre los actores involucrados.

Eso quedó demostrado en virtud del recurso de amparo introducido en abril de 2003 ante la Corte Primera de lo Contencioso Administrativo por parte del Comité Ejecutivo de la FMV, exigiendo la derogación del convenio suscrito entre el Colegio de Médicos del Distrito Metropolitano de Caracas y el Municipio Libertador, por medio del cual se creó el programa MBA, proyecto que para aquel entonces permitió la llegada al país de unos 300 médicos cubanos para que ejercieran labores de control y prevención sanitaria en zonas humildes de Caracas.

En tal sentido, la Corte ordenó la sustitución de los médicos extranjeros, por médicos venezolanos o extranjeros que cumplieran con los requisitos establecidos en el artículo 4 de la Ley del Ejercicio de la Medicina. El proyecto fue

rechazado por el gremio médico nacional, al argumentar que los galenos caribeños no son médicos de profesión, usurpando puestos de trabajos que deberían ser ocupados por médicos venezolanos. La sentencia puso en evidencia además la ilegalidad del ejercicio de la medicina por presuntos médicos cubanos ya que para su contratación se violó el artículo 3 de la Ley del Ejercicio de la Medicina; el artículo 5, porque los médicos venezolanos no tienen las mismas prerrogativas para el ejercicio profesional en Cuba; y el artículo 11 porque no se cumplió con revalidar títulos ni se obtuvo su reconocimiento.

Sin embargo, la contraparte en conflicto representada por Fernando Bianco, quien fungía como presidente del Colegio de Médicos de Caracas, alegó que el convenio con los cubanos estaba sustentado en el artículo 7 de la Ley de Ejercicio de la Medicina, según el cual el Gobierno puede traer médicos extranjeros en determinadas circunstancias.

De cualquier modo, tanto la sentencia como la propia demanda cayeron en el olvido una vez que la Corte Primera de lo Contencioso Administrativo fue eliminada. Posteriormente, el Tribunal Supremo de Justicia negó en audiencia pública el recurso de amparo (República Bolivariana de Venezuela. TSJ. Sala Político Administrativa. Sentencia Aclaratoria del Convenio entre el Colegio de Médicos del Distrito Metropolitano de Caracas y la Alcaldía Libertador. 032313. Caracas 18 de julio de 2003) y delegó la materia a la Defensoría del Pueblo (FMV, 2008).

La Defensoría del Pueblo intervino en este caso, emitiendo declaraciones en el año 2004, donde señaló que “El marco jurídico del Programa MBA está sustentado en la Ley del

Ejercicio de la Medicina... En el Convenio de Cooperación Técnica entre Cuba y Venezuela, la Ley de Extranjeros...” (Defensoría del Pueblo, 2004). En esta misma declaración, la Defensoría del Pueblo explicaba que la estadía del personal médico cubano tenía un carácter temporal; por lo tanto, la misma institución tenía previsto, “visualizar la estrategia de sustitución paulatina de los recursos humanos de Barrio Adentro por personal venezolano”.

El hecho de que los médicos cubanos trabajen con los ciudadanos más pobres en zonas en las que, por lo general, ningún médico local se atreve a entrar, aunado al hecho de realizar las visitas domiciliarias rutinariamente y estar a disposición de sus pacientes las 24 horas del día los siete días de la semana, sin costo alguno para el paciente, puede significar un verdadero costo no económico para Venezuela como país beneficiario de asistencia médica cubana.

En este orden de ideas, según Feinsilver (ob. cit.), las acciones anteriores “significan un cambio importante en la naturaleza de la relación médico-paciente en los países anfitriones y una revisión de los valores de la sociedad, de la estructura y el funcionamiento de los sistemas de salud y de la profesión médica” (p. 118). Esta sería la causa de las huelgas y otras reacciones de protesta por parte de las asociaciones médicas nacionales, que se sienten amenazadas.

En tal sentido, el conflicto de poder entre el Estado y el gremio médico se extendió en el tiempo, lo cual podría mermar una óptima posibilidad de éxito para la MBA, pues resulta necesaria la creación de un arreglo político-institucional al respecto. Esto tomando en cuenta que la política es trascendental



en la conformación y reconfiguración de cualquier sistema de salud y su respectivo desarrollo institucional.

En este orden de ideas, históricamente, los grupos de presión, los grupos de interés, los movimientos sociales y los partidos políticos han tenido una gran influencia sobre la formulación e implementación de las políticas de salud por parte del Estado (Alcántara, 2007; 2011a), por lo que este último debe evitar acciones unilaterales y ser capaz de establecer canales de comunicación y discusión con dichos actores políticos.

De manera que, la FMV es uno de estos actores que, al menos, ha incidido en la no aplicación de ciertos aspectos estructurales de la MBA, tal y como lo plantearían ciertas instituciones vinculadas al Gobierno<sup>30</sup>. Sin embargo, sus vetos a dicha Misión pueden traducirse como una contribución a la reformulación de ésta como política pública. Es innegable que las críticas y acciones institucionales emprendidas por la FMV, obligaron al Gobierno a diseñar una estrategia para sustituir al personal médico cubano en el mediano plazo, surgiendo así el programa de Medicina Integral Comunitaria.

#### **4.4 Misión Barrio Adentro ¿Reforma sin cambio?**

Suele argumentarse que con el modelo neoliberal aplicado en América Latina durante la década de 1980, los principales beneficiarios eran “las corporaciones transnacionales, con

---

<sup>30</sup> Entre los problemas relacionados con la estructura institucional de la MBA, publicados por la Defensoría del Pueblo, se identificó como uno de ellos a la “pugnacidad y polarización del gremio médico” (D’Elia, 2006), el cual está representado por la FMV.

base en Europa y Norteamérica, que operan aliadas a las élites locales involucradas en la administración y la entrega de los servicios de salud y otros aspectos de la seguridad social a éstas” (Muntaner et., al., 2008, p. 308). Por lo tanto, era necesario revertir el neoliberalismo sustentado en la falacia del libre mercado como creador y distribuidor de riquezas y calidad de vida en la población.

En opinión de Giddens (1993), la globalización posee cuatro dimensiones:

1. La economía capitalista mundial
2. El sistema de estado nacional
3. El orden militar mundial
4. La división internacional del trabajo

Cada una de estas dimensiones expresan las dimensiones institucionales de la modernidad: el capitalismo, vigilancia, poder militar, el industrialismo. En la globalización la organización de la economía mundial reside en Estados capitalistas, con el capitalismo como principal forma de producción.

En este contexto las grandes empresas, multinacionales y corporaciones financieras, aunque residan físicamente en un Estado, pueden desarrollar sus actividades en cualquier otro lugar del mundo.

Este bosquejo de las dimensiones de la globalización propuesto por Giddens, permite afirmar que si bien los actores políticos son los Estados, las corporaciones y empresas multinacionales dominan la economía mundial y las relaciones comerciales entre éstas con los Estados y los ciudadanos. Las compañías dependen de la producción y consumo para su

beneficio y expansión. Este proceso evolutivo guía y mantiene en marcha el giro del planeta bajo la globalización.

Tomando en cuenta esas premisas surgió la MBA, configurándose en respuesta al globalismo, con el claro matiz de la globalización desde abajo. Sin embargo, es pertinente preguntarse si acaso el gobierno cubano no se ha beneficiado económicamente con la implementación de la MBA.

Ciertamente, “Cuba le vende al gobierno venezolano equipos médicos que no fabrica, lo pone de manifiesto en una operación de triangulación que les proporciona grandes ganancias a los cubanos. Cuba, además, está metida en el negocio de la construcción de la infraestructura de la red de establecimientos de atención médica de Barrio Adentro” (Walter, enero de 2011).

Probablemente, a estas corporaciones multinacionales y capitalistas le quepan unas ciertas responsabilidades de sus acciones respecto de la desigualdad social en el mundo, pero de alguna manera también es necesario circunscribir en esta responsabilidad las acciones de los Estados y sus instituciones.

Por lo tanto, todas estas prácticas parecieran estar más vinculadas al incremento del capital monetario y demás beneficios económicos, propios de la lógica del mercado mundial, por parte de Cuba. Esto antes que a la cooperación bilateral Sur-Sur con fines filantrópicos de desarrollo humano. Surge entonces la impresión de que el Convenio entre Cuba y Venezuela, que crea y estructura a la MBA, pudiera ser visto bajo la óptica de una simple transacción comercial, en la que se intercambia petróleo por servicios de asistencia médica, por vía del trueque.

Para explicar lo anterior, hay que señalar al respecto que en abril de 2005, en La Habana, Cuba y Venezuela ratificaron los convenios de 2000, así como la voluntad de desarrollar el ALBA, mediante la aprobación de un plan estratégico.

Entre las acciones de mayor relevancia, el Plan Estratégico acordado contempla las siguientes:

- Inaugurar en 2005 en Venezuela, 600 centros de diagnóstico integral; 600 salas de rehabilitación y fisioterapia y 35 centros de alta tecnología que brindarán servicios gratuitos de salud, de elevado nivel profesional a toda la población venezolana.
- Formación en Venezuela de 40.000 médicos y 5.000 especialistas en tecnología de la salud, dentro del Programa Barrio Adentro II.
- Formación en Cuba de 10.000 bachilleres egresados de la Misión Ribas en la carrera de Medicina y Enfermería, que estarán distribuidos por todos los policlínicos y hospitales del país, los que tendrán como residencia hogares de familias cubanas.
- Cuba continuará su contribución al desarrollo del Plan Barrio Adentro I y II, mediante el cual hasta 30.000 médicos cubanos y otros trabajadores de la salud a lo largo y ancho de la geografía venezolana, estarán prestando sus servicios a finales del segundo semestre de este año.
- Este año serán intervenidos quirúrgicamente en Cuba por distintas afectaciones de la visión, 100.000 venezolanos. Para ello, se han creado todas las condiciones en los centros de atención hospitalaria con los medios más

modernos y sofisticados existentes y condiciones de vida para su estancia confortable. Esto es lo que se conoce con el nombre de “Misión Milagro”.

En contraprestación de todos estos servicios señalados, Venezuela convino en abastecer con 53.000 barriles de petróleo diarios. El intercambio se calculó, en claro detrimento de interés nacional venezolano, según el precio del petróleo en el mercado internacional de aquel momento, cuando el valor era muy inferior al actual. Por lo tanto, el subsidio que Venezuela brinda actualmente a Cuba es mucho mayor que lo originalmente previsto, significando una evidente pérdida de ingresos.

De manera que, una alta contraprestación económica ha ido a parar a manos del gobierno cubano, lo que hace pensar en un jugoso negocio, antes que en la noble solidaridad internacionalista de la Habana.

Tal y como señaló Díaz-Polanco (2010), en 2006 los ingresos de Cuba por cooperación de salud “sumaron un monto que duplicó al turismo... Hay mecanismos de intercambio, están en convenios, pero hay otros que no son explícitos. Por ejemplo, para la construcción de los módulos se le dio el proyecto a dedo a la constructora Alba Bolivariana y en el registro nacional esa compañía tenía un empleado”.

De hecho, las ganancias provenientes de los servicios médicos –incluida la exportación de personal médico– representaron en 2006, 28% de las exportaciones totales, por una suma de 2.300 millones de dólares (Feinsilver, ob. cit.). Por lo tanto, la exportación de servicios médicos es actualmente el negocio más próspero en el horizonte económico de Cuba.

Sin embargo, la mayor ganancia monetaria vendría directamente del petróleo que es enviado a la Isla, gracias al Convenio Cuba-Venezuela. Ningún otro país del mundo puede hacer la MBA porque no tiene 53.000 barriles de petróleo para dar a Cuba, lo que convierte a dicha misión en una política muy costosa.

El alto costo hace difícil que la MBA pueda mantenerse en el tiempo, ya que el financiamiento depende exclusivamente del petróleo y, por consiguiente, de las fluctuaciones en el precio del barril de crudo en el mercado mundial.

De acuerdo con estimados que realizó el economista cubano Carmelo Mesa, basado en cifras que otorga la CEPAL, y en las propias estadísticas de la Isla, el Gobierno venezolano desembolsó 5,6 millardos de dólares en 2008, para el pago de médicos, enfermeros y otros profesionales antillanos que trabajan en Venezuela (El Universal, 5-10-2009).

En este punto surge una paradoja interesante, pues dependiendo desde la óptica que se le mire, la MBA representa ciertamente en su origen una manifestación de la globalización desde abajo que, sin embargo, pudiera ser percibida por ciertos sectores de la sociedad venezolana como una amenaza a la soberanía nacional,

Al respecto hay que hacer énfasis en el hecho de que:

Según Boulding (1967), la política social tiene que ver directamente con el sistema de integración social, y esto incluye todos los aspectos de la vida social que están caracterizados por elementos que construyen identidad, legitimidad, comunidad, justicia y equidad. Por eso, antes de tratarlas como un instrumento específico del Estado, es preciso entender que la estructura social crea las condiciones para que surjan las

políticas públicas y tengan un determinado diseño y perfil, al tiempo que éstas influyen y modifican la estructura social de la cual son origen (D'Elia, 2006b, p. 30).

Esta idea evidencia la pertinencia de abordar las políticas públicas de modo dialéctico en cuanto a su relación con la sociedad y, no solamente de manera unidireccional como producto del Estado. Es menester acometer su estudio en su complejidad.

Así pues, se demuestra la relación dialéctica que surge en torno a la mencionada misión dependiendo del significado que tome el fenómeno globalizador para los actores involucrados. Ambas posturas tienen su explicación.

En primer lugar, para quienes defienden a la MBA y su estrecha relación con Cuba, la misma surgió como un aspecto que refuerza la soberanía de los países latinoamericanos, al propender hacia un enfoque de la salud pública que rompe con la influencia del sistema capitalista norteamericano y de las grandes compañías farmacéuticas y biomédicas multinacionales. Esta sería la vía hacia una reducción de las asimetrías de poder, generadas desde el globalismo de corte neoliberal, sentando un precedente concreto hacia la construcción de un mundo pluripolar. Esta tendencia cuenta entre sus principales propulsores al Gobierno venezolano, con el fenecido Presidente Hugo Chávez como baluarte y promotor fundamental, de la mano con el Gobierno cubano, controlado por el régimen autoritario de los hermanos Fidel y Raúl Castro, con más de 50 años en el poder.

En segundo lugar, la postura contraria es la que perciben ciertos sectores de la sociedad vinculados a la oposición

política, para quienes la injerencia de la misión médica cubana en Venezuela es interpretada como la transferencia de la soberanía nacional propia del Estado venezolano a un Estado extranjero.

Por lo tanto, esta segunda postura no considera al Convenio entre Cuba y Venezuela como un instrumento capaz de potenciar la capacidad de las instituciones políticas para solucionar problemas transfronterizos globales, ni como una respuesta de los Estados nacionales a los desafíos de la globalización o del globalismo, o como fórmula para crear un equilibrio de poder multilateral.

Se trataría entonces de una posición que, coincidiendo con lo planteado por Hay (2006), aprecia a la globalización como el enemigo de las políticas, públicas o no, en el sentido de que es percibida como la que dicta las decisiones políticas pues, en sí, está más allá de la capacidad de control de los actores políticos nacionales. Según esta visión, la globalización sería antítesis de las políticas públicas, pero solamente en el nivel nacional, esto es, al interior de un país, lo que simplemente refuerza la necesidad de una política pública eficaz y democrática a nivel transnacional.

Se debe advertir que, si bien es dudoso sugerir que las políticas públicas nacionales son una víctima de la globalización, no es menos controversial pasar por alto las oportunidades y la necesidad de políticas públicas que a nivel transnacional genera la globalización.

Así pues, desde esta perspectiva el Convenio con Cuba es percibido como una amenaza a la capacidad de actuación y a la independencia nacional. Se trata de la penetración de



personal de salud de otra nacionalidad, con intereses foráneos, desplazando al personal venezolano no solo de sus puestos de trabajo en la atención de salud a la población, sino del nivel gerencial de toma de decisiones en las que se incluyen temas de seguridad nacional, tal y como lo es la salud pública.

Esto puede corroborarse según lo afirmado por el ex ministro de salud Carlos Walter, con respecto a que cuando el Presidente Chávez decretó en 2009 la emergencia sanitaria y los 2.000 consultorios populares abandonados, “lo hizo por televisión en una reunión del Gabinete en la que estaba presente el embajador de Cuba y el jefe de la misión médica de ese país, y fue a él a quien preguntó sobre la situación, no al ministro de Salud” (Levy, 2011, junio 19).

Adicionalmente, según lo señalado por el representante de la OPS en Venezuela, Renato Gusmão, “habían propuesto una evaluación sobre la MBA y que el ministro Francisco Armada estaba de acuerdo, pero que no se pudo hacer porque la Misión Médica Cubana no la aceptaba” (Ídem).

Además, el MPPS (ob. cit.) recurre a la Misión Médica Cubana para informar las estadísticas concernientes al rendimiento de la MBA, al señalar que según cifras reportadas por los cubanos que dirigen la delegación, a nivel nacional se realizaron “50.942.274 consultas en los establecimientos de salud, desagregados en 19.543.829 consultas en los módulos de Barrio Adentro I, 24.987.720 consultas en campo, 6.410.725 familias visitadas, obteniendo un registro de 46.957 vidas salvadas y 1.418 partos atendidos” (p. 170).

Asimismo, con respecto a la denominada Misión Niño Jesús, los ex ministros de salud Blas Bruni Celli, José Félix

Oletta, Ángel Rafael Orihuela, Pablo Pulido, y Carlos Walter la definieron como una “caja negra, similar a Barrio Adentro, de la que poco o nada se sabrá” (Castillo, 2009). Se trata de un plan que persigue objetivos distintos a la salud: unos de tipo financiero, destinados a apoyar la economía cubana, y otros de naturaleza ideológica y política. Para los mencionados ex funcionarios, el “Gobierno ofrece nuevos planes autoritarios, improvisados e inconsultos, que sustituyen al despacho sanitario en sus funciones y otorgan competencias indelegables a otros entes de Gobierno y a los cubanos” (Castillo, ob. cit.).

Estos cuatro hechos puntuales ponen al descubierto la injerencia de la delegación designada desde la Habana en asuntos de interés nacional para Venezuela, dejando abierta una brecha para cuestionarse sobre si son los medios seleccionados adecuados para los fines perseguidos, es decir, si dejar en manos de un Gobierno foráneo la formulación y gestión de la MBA es lo más idóneo para alcanzar las metas y objetivos de salud pública planteados.

En este punto, es conveniente analizar otro de los aspectos sobre los cuales existe un fuerte control y vigilancia desde Cuba para con el sistema de salud venezolano, y que es una de las piedras angulares para desarrollar la MBA en los próximos años, esto es, el Programa de Medicina Integral Comunitaria (MIC).



## 5 CAPÍTULO

### EDUCACIÓN MÉDICA VENEZOLANA Y MEDICINA INTEGRAL COMUNITARIA

---

#### **5 Educación médica venezolana y Medicina Integral Comunitaria: el componente social del médico**

El desequilibrio en la distribución de recursos humanos en salud con concentración de profesionales en las grandes ciudades, donde reside la población de mayores recursos, sobreoferta de algunas categorías profesionales y escasez de otras, son algunos de los rasgos más comunes en los países de América Latina.

En tal sentido, una de las debilidades institucionales en la gestación de la MBA en Venezuela a partir del 2003, fue la escasa participación *a priori* de personal médico venezolano egresado de las universidades autónomas (Universidad Central de Venezuela, Universidad de Carabobo, Universidad del Zulia, Universidad de Los Andes) en dicha misión.

Entre los factores asociados a esta situación se tiene que los médicos egresados de las universidades nacionales recibieron pocos incentivos para trabajar en los barrios, lo que produjo una exigua asistencia al llamado a concursos que en 2003 realizó la Alcaldía del Libertador, conjuntamente con el apoyo

del Colegio de Médicos del Distrito Metropolitano de Caracas, para ocupar las plazas ofrecidas por la Misión.

En tal sentido, a pesar de que se prometió que un año de servicio en la MBA sería equivalente a la rural contemplada en el artículo 8 de la Ley del Ejercicio de la Medicina, apenas se presentaron 50 médicos, de los cuales desertaron 30. Luego de transcurrido año y medio, el presidente “Chávez lamentaba que hubiera solo 29 profesionales criollos en la misión de salud, en contraposición a los 13.084 cubanos que había en aquel momento” (Hoyer y Clarembaux, 2009, p. 14).

Esto podría estar motivado a que no resulta un aliciente el contexto mismo de los barrios, en los cuales cotidianamente se padece el problema de la violencia y la inseguridad. En tal escenario, los médicos se niegan a vivir en dichas comunidades, las cuales en algunos casos cuentan con servicios públicos deficientes en materia de luz, acceso a agua potable y correcta disposición de excretas. Además, a los médicos nacionales les resulta atractivo migrar a otros países con alta demanda de galenos y buena oferta en cuanto a beneficios laborales, como es el caso de España.

Es así como, según estimaciones presentadas a la prensa en el mes de marzo de 2009 por el presidente de la FMV, Douglas León Natera, hay más de 3.200 médicos ejerciendo su profesión fuera del país. De acuerdo con el director de la Comisión de Estudios de Postgrado de la Facultad de Medicina en la UCV, Luis Gaslonde, alrededor de 2.500 se encuentran en España (Díaz-Struck, 2009).

En cuanto a las migraciones laborales, la red social facebook permite tener una visión indirecta de una probable cantidad de

médicos en el exterior: “Médicos venezolanos en Barcelona”, “Médicos venezolanos en España”, “Venezuelan American Medical Association”, “Médicos venezolanos en el exilio” y otras más (Pérez Jiménez, 2010). En esos sitios explican cómo pedir residencias, homologación de títulos, oportunidades de trabajo y papeleo para visas en otras naciones.

En tal sentido, la dirigencia del “gremio médico venezolano estima que entre 2008 y 2009 migraron más de 2000 médicos, cifra que para 2007 representaba 9,6% de los médicos adscritos al Ministerio del Poder Popular para la Salud” (Hernández y Ortiz Gómez, 2011, p. 177).

Por otra parte, el personal de salud venezolano de la MBA ha tenido en su contra el hecho de no cobrar su sueldo de manera periódica, tal y como lo demuestran las protestas que a las puertas del otrora MSDS realizaron los(as) enfermeros(as) en noviembre de 2004, por el retraso de cuatro meses en el pago (Hoyer y Clarembaux, ob. cit.). Entre las principales quejas del personal figuraba el hecho de que ni siquiera habían firmado un contrato de trabajo con institución alguna, pues las pretensiones del Gobierno a través del ministro del momento era la de pagarles un estipendio, negándose a incluir en nómina a los trabajadores.

Dicha situación revela un claro descontento, pues el no contar con una contratación que proporcione estabilidad laboral es un factor que compromete la satisfacción laboral de los trabajadores, repercutiendo negativamente en la prestación del servicio de salud.

Está claro que una de las tendencias de la globalización en su faceta económica es la desregulación laboral y la cada vez

más escasa garantía de los trabajadores a contar con un empleo estable. Dicha situación no solo es auspiciada por las empresas multinacionales y el capital privado, sino que los Estados nacionales también han incurrido en este tipo de prácticas que podrían definirse como neoliberales. De manera que, en Venezuela el Estado al brindarles a los trabajadores un estipendio en detrimento de un salario, demuestra haber sido arrastrado por esta corriente de la globalización neoliberal y corporativa.

La anterior circunstancia contrasta con el estatus del personal de la MBA proveniente de la misión cubana, quienes cobran con puntualidad, recibiendo su pago directamente de PDVSA, gracias al Convenio Cuba-Venezuela. De manera que no existe un trato equitativo entre los trabajadores de ambos países, pues los cubanos tienen mejores beneficios gracias a la cooperación internacional bilateral en materia de salud, la cual es al igual que la desregulación laboral, paradójicamente, un producto de la globalización pero que en este caso no puede ser etiquetado como neoliberal.

De cual cualquier modo, preocupa que la masificación de la MBA se haya podido lograr con personal médico de nacionalidad cubana quienes, de acuerdo con lo argumentado por el Gobierno, tienen la preparación para trabajar en zonas populares. Esta condicionalidad hace difícil sustituirlos por profesionales venezolanos en el corto plazo.

Del mismo modo, según PROVEA (2009), a partir de los años 2007 y 2008 la MBA empezó a mostrar síntomas de deterioro, se cerraron módulos, algunas edificaciones empezaban a revelar defectos y más recientemente, se presentaron problemas de déficit de profesionales de la salud.

Así pues, el retiro de parte de los médicos cubanos de los módulos que fueron construidos y el cierre de puestos de salud, pone en evidencia el debilitamiento progresivo del modelo con el cual los consultorios fueron concebidos.

Adicionalmente, 7.800 médicos graduados en las universidades autónomas renunciaron a sus cargos para emigrar al exterior (42%), para trabajar en clínicas privadas (25%) o para cambiar de ramo económico (33%) (López, ob. cit.).

Todo lo anterior, dio pie para argumentar que los estudiantes de medicina formados en las tradicionales escuelas de las universidades autónomas, carecen del perfil idóneo para laborar en el primer nivel de atención en salud y, por tanto, en la MBA.

### **5.1 La Medicina Integral Comunitaria (MIC)**

Ante la vicisitud de cómo incorporar a médicos profesionales a la MBA, se optó por crear una nueva carrera en la novel Universidad Bolivariana de Venezuela, que educara a los jóvenes desde un principio, los cuales vivirían en los barrios sin dudar en prestar sus servicios a la comunidad. Fue así como nació el Programa Nacional de MIC, como parte de la Misión Sucre. Asimismo, se implementó el posgrado de Medicina General Integral, en Julio de 2004, coordinado por la dirección de Investigación y Educación del efímero MSDS.

El MIC se llevó a cabo en seis universidades: Universidad Bolivariana de Venezuela (UBV), Universidad Experimental Francisco de Miranda (UNEFM), Universidad Experimental Rómulo Gallegos (UNERG), Universidad Experimental Rafael María Baralt (URMB), Universidad Experimental Ezequiel

Zamora (UNELLEZ) y Universidad Experimental de las Fuerzas Armadas (UNEFA). Hasta el mes de junio de 2010 contaba con una matrícula de 27.511 estudiantes, de los cuales 300 eran extranjeros (PROVEA, 2010).

Además, en el marco de la Misión Sucre se optó por capacitar como Técnicos Superiores en Enfermería a los(as) enfermeros(as) no profesionales del país para desempeñarse en la MBA, con lo que se intentó resolver la debilidad de los equipos de profesionales a cargo de la atención dentro de los consultorios.

De hecho los médicos trabajaban generalmente con el apoyo de voluntarios de la comunidad organizados en Comités de Salud, formados por los mismos médicos como promotores. Existía escasez de auxiliares de enfermería y de enfermeras graduadas que era suplido con este personal voluntario. Debido a las intensas jornadas, la mayoría de los voluntarios fueron desertando de los comités, lo cual dejaba la atención prácticamente en las solas manos del médico (Observatorio Comunitarios por el Derecho a la Salud, ob. cit.).

En tal sentido, la solución emprendida al respecto por la Misión Sucre, fue complementada por el Programa de Profesionalización de Enfermería de la Universidad de Los Andes, la cual acogió en sus seis extensiones (Mérida, Táchira, Trujillo, Guanare, Barinas y Barquisimeto) a los T.S.U. formados en la Universidad Rómulo Gallegos para licenciarlos como enfermeros(as).

Por su parte el MIC posee en su pensum las siguientes materias que podrían ser catalogadas en el componente social y, por tanto, humanizar a los estudiantes proporcionándoles conocimientos cónsonos con la filosofía de APS y de servicio a



la comunidad: Educando en ciudadanía, Proyecto comunitario I, Salud comunitaria y familia, La psiquis en el proceso salud-enfermedad, Proyecto comunitario II y Pensamiento político latinoamericano.

Por otra parte, entre las críticas que se le han hecho al MIC en su estructuración institucional, cabe destacar que el 26-06-2010, profesores de la UCV emitieron un Comunicado Público en desacuerdo con las pasantías docentes de estudiantes del MIC, considerando la opinión difundida en julio de 2007 por 350 profesores de las Facultades de Medicina, Farmacia y Odontología de las universidades nacionales, en el cual expresaron: a) el MIC fue abierto por el Ejecutivo como una carrera de estudios paralelos en medicina sin haber hecho la consulta a las universidades nacionales como lo establece el artículo 85 de la Constitución Nacional; b) los profesores del MIC no forman parte del personal docente de las universidades nacionales y se desconocen sus credenciales académicas; y c) el diseño curricular de la carrera copia las carreras impartidas en Cuba y tienen un alto contenido ideológico (PROVEA, 2010).

Posteriormente, según argumentó el ex ministro de salud José Félix Oletta, las instituciones que prepararan a los médicos integrales, cuentan con 6 mil profesores, de los cuales solo el 1,86% logró reconocimientos profesionales (*Tal Cual*, 2011). Esta grave debilidad, causada por omisión o negligencia en la concepción de la estructura y organización académica, contrasta con las exigencias que se les hace a los profesores universitarios de las tradicionales Escuelas de Medicina, quienes por ley están en la obligación de hacer carrera como profesor, ingresando por concursos de oposición

o credenciales, elaborando trabajos de ascenso en un tiempo estipulado y sometién dose a evaluaciones rigurosas.

Adicionalmente, en el MIC ingresaron una gran cantidad de bachilleres, demostrando una clara política de inclusión y puertas abiertas a la educación universitaria. Sin embargo solo un porcentaje muy bajo pudo culminar el programa. De 35 mil personas que se inscribieron solo se graduaron 8.152, lo que representa un 76,1% de deserción.

## **5.2 El MIC: ¿Médicos con formación social o ideologizados?**

En este punto cabe destacar el trasfondo ideológico que subyace tras los nuevos programas educativos de salud. Así, el gobierno nacional declara profesar como corriente ideológica el ambiguo e inacabado socialismo del siglo XXI, una suerte de socialismo vernáculo de nuevo cuño, en el cual deben adoctrinarse los nuevos profesionales de salud. Esto con la finalidad de contrarrestar la ideología capitalista dominante que ha predominado en las Facultades de Medicina y de Salud de las universidades autónomas.

Ciertamente, a los médicos venezolanos se les ha acusado de practicar el mercantilismo y profesar valores individualistas, pues se supone que han sido socializados en un sistema capitalista excluyente que considera a la salud como una mercancía.

Dicha acusación en algunos casos se sustenta en un análisis marxista o neomarxista descontextualizado. Es innegable que en sus inicios el marxismo aportó elementos para justificar el derecho a la salud. Marx y Engels estuvieron preocupados por los daños que la explotación capitalista ocasionaba a la salud

de la clase trabajadora en la Inglaterra del siglo XIX. Al plantear el materialismo histórico como el instrumento metodológico idóneo para el análisis de la sociedad, se pudieron socializar las causas de la enfermedad y se señaló la necesidad de actuar sobre las causas primeras: distribución de la riqueza, acceso a los bienes y servicios básicos como la educación, el empleo, la vivienda, la ropa, la alimentación, el abrigo, la paz y la seguridad ciudadana. Así la concepción de la salud rebasó lo biológico, lo personal, lo mecanicista y aislado, vinculándose a lo económico y político (Rojas Soriano, 2000).

Ya en los años 1970, el neomarxismo hizo aportes pertinentes para la época, centrando sus críticas en el funcionalismo, modelo teórico-metodológico imperante para aquellos años, el cual se concibió como un marco con “una concepción estática de los problemas de salud” (OPS, 1974).

Así, el funcionalismo inclinaba la educación médica hacia un modelo curativista, pues se concebía al médico como el profesional cuyo rol era definir quién estaba enfermo o sano, además de curar o sanar. Se reduce la enfermedad a lo individual y a lo psicológico y se desconocen los factores estructurales que la determinan. En esta perspectiva estaba ausente la promoción de la salud, reduciendo el nivel de actuación del médico al individuo considerado como un mecanismo descompuesto que hay que reparar, soslayando una visión más amplia que tomara en cuenta el ámbito grupal, comunal o social.

Además, según el funcionalismo el médico es la instancia socialmente reconocida y legitimada para reconocer o no la enfermedad. El enfermo está obligado a buscar ayuda médica en caso de necesitarlo. La relación médico-paciente se convierte

en un subsistema con autonomía propia y sin conexiones con el todo social. Se reduce lo social a lo individual y no se analiza la forma en que lo social y sus contradicciones generan patología. La práctica médica se convierte en una suerte de tranquilizante social.

Una de las funciones económicas del funcionalismo era la de considerar a la enfermedad como la incapacidad de trabajar. Se interpretaba el concepto salud-enfermedad con categorías tales como: hombre-sano, hombre-productivo. La salud se definía en término de la recuperación de la fuerza de trabajo. Los problemas médicos se definían en términos de la productividad y competencia de la fuerza de trabajo, buscando asegurar mano de obra sana. Por ello, la enfermedad era indeseable, pues impedía el logro de la productividad y rentabilidad.

Por otra parte, según el marxismo y el neomarxismo, la medicina en el capitalismo reproduce las contradicciones de una sociedad basada en la apropiación privada de la fuerza de trabajo, para acumular capital. Esto se ve en:

- La atención diferenciada de los servicios de salud, de acuerdo con la estructura de clases.
- El hecho de que se presta cierto tipo de asistencia médica que no refleja los intereses de la mayoría, sino el interés del capital.
- Existe una práctica médica mercantilista en función de la ganancia.
- La medicina funge como un “tranquilizante social”, porque resuelve en términos médicos, problemas que se originan en la desigualdad social.

Para los neomarxistas, la medicalización de la sociedad capitalista se refuerza con la educación médica curativa-biologicista-mecanicista que se imparte en las universidades tradicionales. Cuando se llega al nivel clínico de enseñanza, los fármacos se convierten en el recurso más idóneo. Es aquí cuando las empresas que comercian con la tecnología penetran las Facultades de Medicina. Se da la suma medicamento y tecnología médica, reforzando la medicina curativa, de alto costo y que funciona con la lógica de la acumulación de capital.

De cualquier modo, las actuales perspectivas neomarxistas inclusive aún utilizan la anacrónica dicotomía entre burguesía y proletariado, para explicar la realidad del médico venezolano. Dicha postura es una de las manifestaciones que surgen como antítesis de la globalización neoliberal o corporativa que es patrocinada desde las grandes multinacionales, entre las que se incluyen las farmacéuticas o, más recientemente, autodenominadas “de la vida”.

Es evidente pues, como en torno a la organización, preparación y formación del personal venezolano en el programa de MIC que sustituirá a los cubanos en la MBA, se manifiesta el choque entre la globalización desde arriba (neoliberal) y una de las manifestaciones de la globalización desde abajo (socialismo del siglo XXI).

Se hace referencia a la globalización desde abajo, porque la MIC propone abiertamente una ideología antiglobalista. Se trata de una concepción de la medicina alternativa a la ideología neoliberal, que propone ir más allá de la utilización de medicamentos y la tecnología biomédica de punta en la solución de los problemas de salud, para proponer una

visión social del proceso salud-enfermedad, que denuncia los vínculos entre la pobreza y dicho proceso. Esto en consonancia con la postura de la OMS y la Declaración de Alma Ata (1976) (Alcántara Moreno, 2011a).

La anterior postura ideológica asumida por el MIC es loable, más no nueva. La lucha por establecer un sistema de salud venezolano, con énfasis en la atención primaria en salud puede ubicarse en la década de 1960, cuando se fundó la medicina preventiva y social en las universidades autónomas.

En tal sentido, el MIC además de presentar una postura ideológica bien definida, ha desviado la misma hacia fines y características de corte populista y clientelar. Prueba de ello es el hecho de que el 100% de sus estudiantes reciban una beca por parte del Gobierno que no se otorga en la misma proporción a los estudiantes de Medicina de las universidades autónomas.

En el mismo orden de ideas, de manera explícita se ha intentado equiparar, desde el MPPS y el Ministerio del Poder Popular para la Educación Universitaria, a los egresados del MIC con los médicos cirujanos graduados en las universidades autónomas. Prueba de ello fue la reforma parcial de la Ley del Ejercicio de la Medicina para tales efectos, publicada en Gaceta Oficial N° 39.823.

Así, la redacción final del ordinal 1 del artículo 4 de la ley vigente concerniente al ejercicio de la profesión de médico en Venezuela, planteaba lo siguiente: “Poseer el título de doctor en ciencias médicas, de médico cirujano, o médico integral comunitario, expedido por una universidad venezolana, de acuerdo con las leyes especiales sobre la materia” (*El Universal*, Noviembre 1 de 2011).

Dicha situación es controversial y contradictoria, pues se supone que los egresados del MIC fueron formados para cubrir el primer nivel de atención en salud. Según Borroto Cruz y Salas Perea (2008), el objetivo del programa es educar y formar a un número adecuado de médicos con las competencias y el compromiso requeridos para garantizar la cobertura de la totalidad de la población venezolana en cuanto a atención primaria a través de la MBA y proveer un número suficiente de egresados para otras especialidades del sistema de salud.

Por tanto, surgen muchas interrogantes con respecto a si dichos egresados poseen las competencias necesarias para desempeñarse en el segundo y tercer nivel de atención en salud respectivamente. Además, parecería una contradicción con el fin inicial del MIC, pues si son competentes por ley para el ejercicio de la medicina, al igual que los médicos cirujanos, nada les obliga ni coacciona a desempeñarse en la atención primaria en salud, pudiendo sin restricción alguna emigrar hacia la práctica de especialidades médicas con fines mercantilistas ya saturadas en un país como Venezuela. Esto, lejos de resolver el problema agudizaría la visión de la salud centrada en la atención hospitalaria.

Adicionalmente, según el ex ministro de Salud Oletta, en cuanto a los egresados del MIC “el desempeño es deficiente en cuanto a farmacología, realización del examen físico del paciente, creación de historia clínica, entre otros aspectos. Estos aspirantes a médico integral, no conocían el esquema de vacunación en Venezuela” (Tal Cual, ob. cit.).

### **5.3 El sistema socioeconómico venezolano y la educación médica en las universidades autónomas**

Es de destacar que la crítica hecha a los profesionales venezolanos formados en las universidades autónomas desde el socialismo del siglo XXI, no toma en cuenta el hecho de que Venezuela no es un país capitalista de economía avanzada, sino que se trata de un país petrolero que ingresó al sistema capitalista mundial bajo el modelo *sui generis* de capitalismo rentístico (Baptista, 1997). Es por ello que conceptos como el de burguesía y proletariado son inadecuados para explicar una realidad como la venezolana, en la cual el Estado es el dueño monopólico del petróleo, en torno a cuya actividad productiva se generó en 2010 el 90% de los ingresos por exportaciones para el país.

De hecho, Venezuela puede considerarse como un país petrolero desde 1926, cuando con un volumen exportado de 90.000 b/d, el petróleo pasó a ocupar el primer lugar entre los renglones de exportación desplazando del mismo al café. Para comprender la importancia del petróleo venezolano para la expansión del sistema capitalista internacional, es importante señalar que desde 1928 hasta 1969, Venezuela ocupó el primer lugar como país exportador de petróleo del mundo.

De cualquier modo, el capitalismo rentístico generó en el interior de la sociedad venezolana un sistema de estratificación social que se asemeja en cierta medida al de una sociedad capitalista moderna. De manera que, es obvia la existencia de clases sociales, las cuales según el Instituto Nacional de Estadística (INE) se clasifican en 5 estratos socioeconómicos que van desde el “A” más pudiente, hasta el “E” que vive prácticamente en condiciones de pobreza extrema.



En tal sentido, la sociedad venezolana y su sistema económico generaron un modo particular de concebir la salud y su manera de distribución en la población. Fue así como se creó un sistema de salud fragmentado y desintegrado, tendiente a la inequidad, con un modelo centrado en la atención hospitalaria con énfasis en la medicina curativa en desmedro de la preventiva.

Así pues, ante tales antecedentes los estudiantes de medicina no se encuentran exentos a responder a las demandas de salud que la propia sociedad genera. Y en un sistema de salud inequitativo, que le concede privilegios a los estratos socioeconómicos de la población más pudientes, la demanda de la práctica médica se orienta más hacia las especialidades clínicas.

Se genera entonces una contradicción, pues las universidades autónomas tienen como propósito formar médicos generales. En tal contexto, además, “los profesores son generalmente especialistas cuya enseñanza entra en contradicción con las metas trazadas. Por otra parte, los estudiantes, presionados por el mercado de trabajo, se inclinan prematuramente hacia una especialidad” (García, 2008).

De cualquier modo, las universidades autónomas cuentan en sus *pensa* de estudios con programas académicos orientados a inculcar valores de solidaridad y servicio a la comunidad, así como herramientas de análisis óptimas para criticar y cuestionar al sistema capitalista dominante. Por ejemplo, la Universidad de Los Andes cuenta para sus estudios de la carrera de Medicina con los programas de: Aprendiendo con la comunidad, Salud Pública, Epidemiología, Demografía, Sociología Médica, Psicología Social en Salud, Medicina Comunitaria y, como electiva, Historia del pensamiento occidental. Dichos programas

sustentan el componente social de la formación de médicos venezolanos.

En Venezuela, en 1960 se celebró el primer Seminario Nacional de Educación Médica. Por aplicación de las recomendaciones hechas en dicho Seminario se estableció un nuevo currículum, se organizaron las diversas cátedras en departamentos y dio lugar a la creación de uno nuevo: El Departamento de Medicina Preventiva y Social. En la Universidad de Los Andes, como relató el Dr. Sequera Palencia (1992) en su semblanza: “Me tocó crearlo en Febrero de 1961 y organizarlo como el primer Departamento de las Universidades de Venezuela; se creó con la colaboración del SAS y como parte de una política de integración docente-asistencial creada por este despacho” (p. 175). Esta es una prueba fehaciente de la longevidad que el componente social tiene en los estudios de medicina del país.

Tanto el número de materias del eje social insertadas en los *pensa* de estudios, como la existencia desde hace 51 años de los Departamentos de Medicina Preventiva y Social en las facultades de Medicina venezolanas, contradicen con creces el argumento de que “Los estudiantes pasaban poco o ningún tiempo en comunidades pobres y el desarrollo de un sentido de responsabilidad social no era un objetivo del plan de estudios” (Borroto Cruz y Salas Perea, ob. cit., p. 287).

Adicionalmente, si se toma en cuenta que según Gaceta Oficial N° 38.272 del 14 de septiembre de 2005, entró en vigencia la Ley del Servicio Comunitario del Estudiante de Educación Superior, que establece que el mismo es un requisito para la obtención del título universitario y, según su

artículo 8 instituye que el mismo tendrá una duración mínima de 120 horas académicas, resulta aún mayor el exabrupto de aseverar que los estudiantes de medicina de las universidades autónomas le dedican poco tiempo a las comunidades.

Es prudente acotar que, desde mediados del siglo XX, a nivel mundial se ha ido tomando paulatinamente la conciencia de que el proceso salud-enfermedad no es un fenómeno exclusivamente médico, por lo que resultaría reduccionista y limitado abordar dicho proceso desde una paradigma centrado solo en los factores biológicos. Con el fin de superar esta visión mecanicista del ser humano apareció el paradigma holístico de la medicina, el cual se propone conocer y analizar el proceso salud-enfermedad, considerándolo como un sistema en el cual intervienen múltiples variables tales como la biológica, la psicológica, la ecológica, la política, la económica y la social.

La enseñanza de la Medicina bajo la concepción holística implica, según Molina y González (2000): La valorización de los ejes psicológico y social. La visión integral del ser humano. La vinculación estrecha con la comunidad y el conocimiento de sus hábitos y creencias. La atención fundamentalmente extrahospitalaria. El énfasis en la enseñanza de los mecanismos de autocuración. La formación del médico como facilitador del proceso cogestionario con el usuario. Entrenamiento en el manejo existencial del sufrimiento y la muerte. La promoción de los hábitos saludables entre los profesores y los estudiantes. Adecuación de la enseñanza médica a las patologías más frecuentes y demandantes actuales. Investigación en los procesos de toxicidad crónica sub clínica producto de los cambios en el medio. El estudio de patologías derivadas del estilo de vida, del estrés, y de aspectos como el sedentarismo.

En este orden de ideas, en el *Plan de estudios de la carrera de Medicina* (Oficina de Educación Médica, 1990) de la Universidad de Los Andes, se comenzó a considerar la salud como un hecho que trascendía la esfera biológica limitada a un enfoque reduccionista y mecanicista. La salud se comprendió entonces “como un fenómeno complejo que debe ser abordado a través de la interdisciplinariedad, pues para poder comprenderla en su multidimensionalidad es necesario que concurren diversas disciplinas que interactúen y se integren entre sí” (Alcántara Moreno, 2008).

Teniendo presente pues, que el ser humano es una unidad biopsicosocial, que solo puede vivir y desarrollarse en sociedad (por lo que Aristóteles lo denominó *zoón politikón* o animal político), surgió la necesidad perentoria de desarrollar las diversas disciplinas de las ciencias sociales vinculadas al estudio de la salud, puesto que la misma es un hecho social.

De aquí la importancia de impartir la docencia y promover la investigación en el área de la Sociología Médica o Sociología de la Salud y, los demás programas académicos con contenido social.

Solo a través de los elementos teórico-metodológicos aportados por la Sociología de la Salud y las demás ciencias sociales de la salud, los estudiantes de Medicina pueden apropiarse de las herramientas básicas para abordar la salud como hecho social, ya que el ser humano es un ser sociable cuyo vivir es un convivir con sus semejantes, en una constante realidad dialógica y relacional, en el cual surge y persiste la salud como fenómeno.

La sociología es, además, una disciplina eminentemente crítica, que se propone el estudio de la cultura, la estructura social y el cambio social, develando muchas veces las injusticias e inequidades que persisten en la sociedad y que producen un acceso desigual de grandes cantidades de la población a un nivel de vida digno y saludable.

De esta manera el estudiante de Medicina cuenta con la posibilidad de desarrollar un espíritu crítico ante la realidad, que le permita superar la alienación en su trabajo y así pasar a ser un profesional activo y transformador, con sensibilidad social y comprometido con los cambios sustanciales y profundos que requiere el sector salud no solo en Venezuela, sino a nivel latinoamericano e incluso global.





## CONCLUSIONES

---

Como primera conclusión de este libro, puede decirse que la elección del nuevo institucionalismo como marco metodológico para analizar un fenómeno complejo como lo es la formulación de determinadas políticas de salud en el contexto de la globalización, en el que intervienen una multitud de actores con disímiles intereses, distintos marcos normativos y legales y culturas diversas, obviamente puede generar críticas debido a sus limitaciones subyacentes. Esto resulta lógico, pero se justifica por el hecho de ser sencillamente una visión entre un amplio abanico de enfoques en las ciencias sociales, con énfasis en determinados aspectos de la realidad y, por lo tanto, libre de la pretendida y por demás insostenible prepotencia omnisciente que degenera en el cientificismo.

Si se tiene en cuenta que todos los métodos poseen limitaciones, la ventaja de hacer explícita la utilización del nuevo institucionalismo, es que pueden captarse sus puntos débiles y, en la medida de lo posible, revisarlos y enmendarlos. Así pues, resulta necesario integrar las múltiples visiones que sobre este marco han proliferado como consecuencia del enfoque particular que cada ciencia social (economía, sociología,

ciencia política) tiene del mismo. Un intento para ello sería el emprendido desde la especialidad híbrida de la “política sanitaria”, la cual buscaría integrar el institucionalismo desde el estudio de un fenómeno particular como lo son las políticas públicas de salud.

Este sería uno de los procesos necesarios a través de los cuales la ciencia se reproduce y se refuerza. Dicha aseveración cobra mayor importancia si se considera que la bibliografía sobre el estudio de la formulación de políticas de salud influenciadas por un marco institucional globalizado no es muy abundante, menos aún en el caso particular de Venezuela.

Por otra parte, se concluye que desde el punto de vista formal existen políticas convergentes con la agenda internacional de salud, tales como la APS, la Participación Comunitaria en salud y la universalidad en el acceso a los servicios sanitarios, pero que sin embargo aún no cuentan con una institucionalidad sólida en el sistema de salud venezolano, lo que se evidencia en una clara contradicción entre la estrategia centralista del gobierno y la descentralización constitucionalmente establecida en dicha materia.

Lo anterior se explica principalmente por el trasfondo político de las políticas nacionales de salud, en especial de la MBA, la cual devino en fuente clientelar de legitimidad antes que en política de Gobierno o de Estado. Se disipa así el éxito de las instituciones y las políticas promovidas desde los ámbitos de integración y cooperación internacional en salud, impulsados por la globalización.

La integración de los esfuerzos estatales y de los diversos grupos de la sociedad civil vinculados a la formulación, ejecución



y evaluación de la MBA como política de salud, podría llevar a resultados superiores a los demostrados por dicha Misión, tanto desde un punto de vista cualitativo como cuantitativo, pues permite aumentar la participación y la transparencia.

Sin embargo, uno de los mayores obstáculos para la generación de resultados más óptimos y satisfactorios por parte de la MBA, está asociado a la ausencia de reglas claras en lo que respecta al proceso de políticas públicas, impidiendo la consolidación institucional de la Misión y generando conflictos con diversos grupos de presión venezolanos.

Además, los objetivos de la MBA no fueron definidos claramente desde el inicio de dicha política pública de salud en 2003, sino que han sufrido diversos cambios y reorientaciones en cuanto a su alcance. Dichos objetivos pasaron de enfocarse en el primer nivel de atención en salud, a convertirse en un sistema de salud paralelo con la pretensión de sustituir al sistema pre-existente, en lugar de propender a la integración con el mismo. Esto también ha mermado la posibilidad de institucionalización de dicha Misión.

Para que la MBA pueda concretarse y lograr un desarrollo institucional aceptable, es indispensable que se adecúe y confeccione conforme a las características históricas y sociopolíticas de Venezuela. En tal sentido, la MBA sería una mejor política de salud en la medida que mejor se adapte al contexto venezolano, sin intromisiones de gobiernos foráneos.

A pesar de que la MBA cuenta con defensores y detractores, hay que tener en cuenta que para alcanzar un desarrollo institucional satisfactorio de la misma, hay que tener presente el hecho de que las instituciones son el resultado de procesos

de toma de decisión en los que intervienen valores e intereses antagónicos, por lo que es de suma importancia la negociación y el acuerdo entre los diversos actores involucrados, verbigracia, grupos de presión, grupos de poder, movimientos sociales y partidos políticos, entre otros.

Finalmente, la MBA tiene profundas raíces ideológicas que la contraponen al globalismo, pero que sin embargo, en muchos casos son fruto de la globalización, específicamente la globalización desde abajo, la cual en este caso rescata los valores de la APS y la importancia de tomar en cuenta los determinantes sociales del proceso salud-enfermedad. Todo esto como antítesis de la visión predominantemente curativista, defendida por las multinacionales farmacéuticas que propugnan a los fármacos y la tecnología biomédica de punta para resolver los problemas de salud del mundo, con un trasfondo ideológico evidentemente neoliberal.

En tal sentido, la MBA nunca será una política de salud exitosa, en tanto que no logre deslastrarse de prácticas que la perfilan dentro de un populismo clientelar, orientado hacia una perenne oferta electorera, antes que a la institucionalización de una política de Estado para todos los venezolanos.



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

- Agudelo, C. (2007). Integración regional andina en salud. *Cad. Saúde Pública*, 27 (2), 267-272.
- Alcántara Moreno, G. (2006, noviembre 27). Barrio Adentro y la reforma del sistema de salud ¿Política social o clientelismo? *Analitica.com* [Publicación en línea]. Disponible: <http://www.analitica.com/va/politica/opinion/7179188.asp> [Consulta: 2010, julio 21].
- Alcántara Moreno, G. (2007). Globalización, Estado y políticas sanitarias en el siglo XXI. *Fermentum*, 17(49):358-374.
- Alcántara Moreno, G. (2008). La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad. *Sapiens. Revista Universitaria de Investigación*, junio, 93-107.
- Alcántara Moreno, G. (2009). La formulación de políticas de salud en la globalización desde el enfoque del nuevo institucionalismo. *Revista Venezolana de Ciencia Política*, Nº 36, julio-diciembre, pp. 111-127.
- Alcántara Moreno, G. (2011a). *La globalización y sus implicaciones para el proceso salud-enfermedad. Una aproximación interdisciplinaria*. Saarbrücken, Alemania: Editorial Académica Española.

- Alcántara Moreno, G. (2011b). Integración regional, cooperación internacional y políticas de salud en Venezuela (1999-2009). *Revista Electrónica de PortalesMedicos.com* [Revista en línea] VI (1). Disponible: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/2724/1/Integracion-regional,-cooperacion-internacional-y-politicas-de-salud-en-Venezuela-%281999-2009%29> [Consulta: 2012, febrero 24].
- Alcántara Moreno, G. (2012). Transculturación del consumismo sanitario y medicalización en la globalización. *Revista Electrónica de PortalesMedicos.com* [Revista en línea] VII (22). Disponible: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/4955/1/Transculturacion-del-consumismo-sanitarioy-medicalizacion-en-la-globalizacion.html> [Consulta: 2013, enero 14].
- Alemán Bracho, C., y García Serrano, M. (1998). Política Social y Salud. En, C. Alemán Bracho y J. Garcés Ferrer, *Política social* (pp. 211-232). Madrid: McGraw-Hill.
- Alfonzo, I. (1995). *Técnicas de investigación bibliográfica*. Caracas: Contexto Ediciones.
- Almond, G., et al. (1993). Crisis, elección y cambio. *Zona Abierta*, 63-64, 45-72.
- Alvarado Chacín, N. (2003). Pobreza y asistencialismo en Venezuela. *Revista de Ciencias Sociales*. IX (3), 431-458.
- Angell, M. (2006). *La verdad cerca de la industria farmacéutica. Cómo nos engaña y qué hacer al respecto*. Bogotá: Norma.
- Anglade, C. El Estado desarrollista (1995). *Revista Venezolana de Ciencia Política*, 16, julio-diciembre, 25-55.
- Aréchiga, H. (1997). *Ciencia, universidad y medicina*. Ciudad de México: Siglo XXI Editores.

- Banco Mundial (2005, marzo). [Página Web en línea]. Disponible: <http://www.bancomundial.org/temas/resenas/sida.htm> [Consulta: 2010, abril 11].
- Baptista, A. (1997). *Teoría económica del capitalismo rentístico*. Caracas: IESA.
- Beck, U. (1997). *Modernización reflexiva*. Madrid: Alianza Editorial.
- Beck, U. (1998). *¿Qué es la Globalización?* Barcelona, España: Paidós Estado y Sociedad.
- Beck, U. (1999). *La invención de lo político*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Bernier, N., y Clavier, C. (2011). Public health policy research: making the case for a political science approach. *Health Promotion International*, (26) 1, 109-116.
- Blondel, J. (2006). About institutions, mainly, but not exclusively, political. En R. A. W. Rhodes, S. Binder y B. Rockman (Eds.), *The Oxford handbook of political institutions* (pp. 716-730). New York: Oxford University Press.
- Bobbio, N. (1999). *Liberalismo y democracia*. Bogotá: Fondo de Cultura Económica.
- Bonvecchio, Becerril-Montekio, Carriedo-Lutzenkirchen y Landaeta-Jiménez (2011). Sistema de salud de Venezuela. *Salud Pública de México*, 53 (2), 275-286.
- Borroto Cruz, E. y Salas Perea, R. (2008). Programa nacional de formación en medicina integral comunitaria, Venezuela. *Medicina Social* [Revista en línea] 3(4). Disponible: <http://www.medicinasocial.info/index.php/medicinasocial/article/viewArticle/261> [Consulta: 2012, marzo 12].

- Briceño León, R., García, B., Rodríguez, V. y Tovar, L. (2003). Las ciencias sociales y la salud en la modernización de Venezuela. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8 (1), 63-77.
- Briceño-León, R. (1999). Las ciencias sociales de la salud. En R. Briceño-León (Comp.) *Ciencias sociales y salud en América Latina: un balance* (pp. 17-24). Caracas: Fundación Polar.
- Briggs, Ch. y Mantini-Briggs, C. (2007). “Misión Barrio Adentro”: Medicina social, movimientos sociales de los pobres y nuevas coaliciones en Venezuela. *Salud Colectiva*. 3(2), 159-176.
- Bronfman, M. y Díaz Polanco, J. (2003). La cooperación técnica internacional y las políticas de salud. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(1), 227-241.
- Brunsvick, Y. y Danzin, A. (1999). *Nacimiento de una civilización*. Vendome, Francia: Ediciones de la UNESCO.
- Calhoun, C., Light, D. y Keller, S. (2000). *Sociología* (7a. ed.). Madrid: Mc Graw Hill.
- Caminal, M. (1996). La representación y el parlamento. En M. Caminal (Coord.), *Manual de Ciencia Política* (pp. 373-394). Madrid: Tecnos.
- Casas, J. (1999). Gobernabilidad, salud y reforma: hacia el desarrollo humano y la salud con equidad. En J. Casas y C. Torres (Eds.), *Gobernabilidad y salud: políticas públicas y participación social* (pp. 1-16). Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud.
- Castillo, V. (2009, diciembre 18). Afirman que Misión Niño Jesús trajo renuncia masiva a Minsalud. *El Universal* [Periódico en línea]. Disponible: <http://www.eluniversal>.

- com/2009/12/18/pol\_art\_afirman-que-mision-n\_1700779 [Consulta: 2010, octubre 24].
- Cavadias, E. (2001). El nuevo institucionalismo en América Latina. *Ciencias de Gobierno*, 5(10), julio-diciembre, 11-25.
- Centro de Prensa OMS (2005, mayo 25). Termina la Asamblea de la Salud, que ha adoptado resoluciones de gran importancia para la salud pública mundial [Página Web en línea] Disponible: [http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2005/pr\\_wha06/es/print.html](http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2005/pr_wha06/es/print.html) [Consulta: 2010, enero 21].
- CEPAL (2008). *Objetivos de desarrollo del milenio, la progresión hacia el derecho a la salud en América Latina y el Caribe*. Santiago de Chile: Naciones Unidas.
- Chiappe, G. (2010, junio 22). El dengue está en toda Venezuela. *El Universal* [Periódico en línea]. Disponible: [http://calidaddevida.eluniversal.com/2010/06/22/ten\\_art\\_el-dengue-esta-en-to\\_1946563.shtml](http://calidaddevida.eluniversal.com/2010/06/22/ten_art_el-dengue-esta-en-to_1946563.shtml) [Consulta: 2010, julio 10].
- Collins, T. (2005). Health policy analysis: a simple tool for policy makers. *Public Health, Journal of the Royal Institute of Public Health*, 119, 192-196.
- Comisión Nacional contra el Uso Ilícito de Drogas (CONACUID) (2006). I Encuesta a Hogares sobre Consumo de Drogas en Venezuela: salud pública, hábitos de vida y consumo de drogas en la República Bolivariana de Venezuela. Caracas: CONACUID, Ministerio de Relaciones Exteriores.
- Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999). Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 5453 (Extraordinario). Marzo 24, 2000.

- Convenio Integral de Cooperación entre la República de Cuba y la República Bolivariana de Venezuela. Octubre 30, 2000.
- D'Elia, Y. (2006a). *Las misiones sociales en Venezuela: una aproximación a su comprensión y análisis*. Caracas: ILDIS.
- D'Elia, Y. (2006b). La cuestión social en las políticas públicas. En T. Maingon (Coord.) *Balance y perspectivas de la política social en Venezuela* (pp. 17-38). Caracas: ILDIS.
- D'Elia, Y. (2007). Bienestar y asistencialismo: funciones del público en Venezuela. *SIG-Centro Gumilla*, 70 (700), 524-527.
- D'Elia, Y. y Cabezas, L. (2008). *Las misiones sociales en Venezuela*. Caracas: ILDIS
- Dahl, R. (1999). *La democracia: una guía para los ciudadanos*. Madrid: Taurus.
- Deleon, P. (2006). *The historical roots of the field*. En M. Moran, M. Rein y R. Goodin, *The Oxford handbook of public policy* (pp. 39-57). Oxford New York: Oxford University Press.
- Descartes, R. (1974). *Discurso del Método* (3a. ed.). Barcelona, España: Bruguera S. A.
- Díaz Polanco, J. (2002). Descentralización y re-centralización de la salud en Venezuela: un ejemplo de la dificultad de mejorar las decisiones políticas. *Provincia*, 9, 69-89.
- Díaz Polanco, J. (2006). Salud y hegemonía regional. *Foreign Affairs En Español*, 6 (4), 99-101.
- Díaz Polanco, J. (2008). *Salud y hegemonía en Venezuela: Barrio Adentro, continente afuera*. Caracas: CENDES.
- Díaz Polanco, J. (2010, Marzo 7). Barrio Adentro es el peor fraude que se le ha hecho al país. *El Universal* [Periódico en línea].



- Disponible: [http://caracas.eluniversal.com/2010/03/07/ccs\\_art\\_barrio-adentro-es-e\\_1786329.shtml](http://caracas.eluniversal.com/2010/03/07/ccs_art_barrio-adentro-es-e_1786329.shtml) [Consulta: 2010, julio 10].
- Díaz Polanco, J., y Pereira, Z. (2002). Descentralización y recentralización de la salud en Venezuela: un ejemplo de la dificultad de mejorar las decisiones políticas. *Provincia*, 9, 69-89.
- Díaz-Struck (2009). El éxodo de los médicos venezolanos. *Poder 360<sup>o</sup>* [Pagina Web en línea]. Disponible: [http://www.poder360.com/article\\_detail.php?id\\_article=1907](http://www.poder360.com/article_detail.php?id_article=1907) [Consulta: 2012, septiembre 8].
- Dogan, M. (2001). La ciencia política y las otras ciencias sociales. En R. Goodin, y H. D. Klingemann, (Eds.), *Nuevo manual de ciencia política* (t. 1, pp. 150-196). Madrid: Istmo.
- Falk, R. (2002). *La globalización depredadora. Una crítica*. Madrid: Siglo XXI Editores.
- Faria, M., Tobar, S. y Jouval, H. (2012). La cooperación internacional en la construcción de sistemas universales de salud en el ámbito de la Unasur fortalezas y debilidades. En ISAGS, *Sistemas de salud en Suramérica*. Río de Janeiro: Autor.
- Feinsilver, J. (2008). Médicos por petróleo: la diplomacia médica cubana recibe una pequeña ayuda de sus amigos. *Nueva Sociedad*, 216, julio-agosto, 107-122.
- Fidler, D., et al. (2004). *Legal review of the General Agreement on Trade in Services (GATS) from a health policy perspective*, Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud.
- Foro Internacional sobre Globalización (2003). *Alternativas a la globalización económica*. Barcelona, España: Gedisa.
- Freeman, R. (2006). Learning in public policy. En M. Moran, M. Rein y R. Goodin, *The Oxford handbook of public policy* (pp. 367-388). Oxford New York: Oxford University Press.

- Fukuyama, F. (1992). *El fin de la historia y el último hombre*. Barcelona, España: Planeta.
- García, R. (1996). Conceptos básicos para el estudio de sistemas complejos. En Leff, Enrique (Coord.), *Los problemas del conocimiento y la perspectiva ambiental del desarrollo*. (pp. 45-71). México: Siglo XXI Editores.
- García, J. (2008). Las ciencias sociales en medicina. *Revista Cubana Salud Pública* [Revista en línea], 34(4). Disponible: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662008000400018&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662008000400018&lng=es) [Consulta: 2012, marzo 9].
- García-Pelayo, M. (1987). *Burocracia y tecnocracia*. Madrid: Alianza Editorial.
- García, H. y Salvato, S. (2006). Gasto social y equidad en Venezuela (1970-2004). En T. Maingon (Coord.) *Balance y perspectivas de la política social en Venezuela* (pp. 245-266). Caracas: ILDIS.
- Gellner, E. (1994). *Naciones y nacionalismo*. Madrid: Alianza Editorial.
- Ghio, J. (2006). Nuevo institucionalismo. En T. Di Tella, *Diccionario de ciencias sociales y políticas* (pp. 508-512). Buenos Aires: Ariel.
- Giddens, A. (1993). *Consecuencias de la modernidad*. Madrid: Alianza Universidad.
- Giddens, A. (1999). *La tercera vía. La renovación de la socialdemocracia*. Madrid: Taurus.
- Giddens, A., y Hutton, W. (2001). Conversaciones entre Anthony Giddens y Will Hutton. En Giddens y Hutton (Eds.), *En el límite. La vida en el capitalismo global*. Barcelona, España: Tusquets Editores.

- González, M. (2008). *Las políticas de salud en Venezuela: alternativas para su mejoramiento*. Caracas: ILDIS.
- Goodin, R. (1996). Institutions and their design. En R. Goodin (Ed.) *The theory of institutional design* (pp. 1-53). Cambridge: Cambridge University Press.
- Grupo de Trabajo Conjunto de Cumbres (2009). *Logros de las Cumbres de las Américas: desde Mar del Plata a Puerto España*. Washington: Organización de Estados Americanos.
- Habermas, J. (1988). *Teoría de la acción comunicativa*. Madrid: Editorial Taurus.
- Hay, C. (2006). Globalization and public policy. En M. Moran, M. Rein y R. Goodin, *The Oxford handbook of public policy* (pp. 587-604). Oxford New York: Oxford University Press.
- Held, D. (1997). *La democracia y el orden global*. Barcelona, España: Paidós.
- Held, D., y McGrew, A. (2003). *Globalización/Antiglobalización. Sobre la reconstrucción del orden Mundial*. Barcelona, España: Paidós.
- Hernández, T., y Ortiz Gómez, Y. (2011). La migración de médicos en Venezuela. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 30 (2), 177-81.
- Hoyer, M., y Clarembaux, P. (2009). *Barrio Adentro. Historias de una misión*. Caracas: El Nacional.
- Immergut, E. (1993). *Health Politics: interests and institutions in Western Europe*. Nueva York: Cambridge University Press.
- Immergut, E. (2006). El núcleo histórico del nuevo institucionalismo. En V. Alarcón Holguín (Coord.) *Metodologías para el análisis político. Enfoques, procesos e instituciones* (pp. 387-424). México: Plaza y Valdés.

- Immergut, E., y Anderson, K. (2006). Introduction: the dynamics of pension politics. En E. Immergut, K. Anderson, y I. Schulze, (Ed.), *The handbook of west European pension politics* (pp. 1-48). Nueva York: Oxford University Press.
- King, G., Keohane, R., y Verba, S. (2000). *El diseño de la investigación social. La inferencia científica en los estudios cualitativos*. Madrid: Alianza Editorial.
- Kirby, R. (1999). *El papel de los medios de comunicación en el proceso de globalización entrando al siglo XXI*. Trabajo de ascenso no publicado, Universidad de los Andes, Mérida, Venezuela.
- Lahera Prada, E. (2004). *Introducción a las políticas públicas*. Santiago de Chile: Fondo de Cultura Económica.
- Lander, E. (2000). *Neoliberalismo, sociedad civil y democracia*. Caracas: Universidad Central de Venezuela, CDCH.
- Lane, J. y Ersson, S. (2000). *The New Institutional Politics*. London: Routledge.
- Lasswell, H. D., y Kaplan, A. (1950). *Power and Society: A Framework for Political Enquiry*. Ed. University Press, Yale.
- Laurell, A. C. (2000). Globalización, políticas neoliberales y salud. En R. Briceño-León, M. De Souza y C. Coimbra (Coords.), *Salud y equidad: una mirada desde las ciencias sociales* (pp. 73- 84). Río de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Lee, K., Buse, K., y Fustukian, S. (2002). An introduction to global health policy. En K. Lee, S. Fustukian y K. Buse (Edit.) *Health policy in a globalizing world*. Cambridge, Cambridge University Press.

- Leff, E. (1994). *Ecología y capital*. México D. F.: Editores Siglo XXI.
- Ley Aprobatoria del Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco (2005). Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 38304, noviembre 01, 2005.
- Ley de Servicio Comunitario del Estudiante de Educación Superior. Asamblea Nacional. República Bolivariana de Venezuela. Gaceta Oficial N° 38.272, del 14/9/2005. Caracas, Venezuela.
- Ley Orgánica de Seguridad Social (2002). Asamblea Nacional. República Bolivariana de Venezuela. Gaceta Oficial N° 37600, diciembre 30, 2002.
- Ley Orgánica de los Consejos Comunales (2009). Asamblea Nacional. República Bolivariana de Venezuela. Gaceta Oficial N° 39335, diciembre 28, 2009.
- Ley Orgánica de Salud (1998). Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 36579, noviembre 11, 1998.
- Levy, T. (2011, junio 19). Carlos Walter: “El Gobierno cubano toma decisiones en materia de salud en Venezuela” [Entrevista a Carlos Walter] Reportero24 [Periódico en línea]. Disponible: <http://www.reportero24.com/2011/06/carlos-walter-el-gobierno-cubano-toma-decisiones-en-materia-de-salud-en-venezuela/> [Consulta: 2013, febrero 18].
- Lindblom, C. E. (1991). *El Proceso de Elaboración de Políticas Públicas*. Madrid: Ministerio para las Administraciones Públicas.
- López, L. (2009, agosto 9). La agonía del sistema de salud. *El Nacional*, Siete días, p. 1-3.

- Magaz, M., y Magaz, C. (2008). La construcción de la dimensión de salud como parte de la cultura [Documento en línea] Disponible: [http://www.cubaarqueologica.org/document/ant06\\_magaz.pdf](http://www.cubaarqueologica.org/document/ant06_magaz.pdf) [Consulta: 2012, junio 15].
- Maggiolo, I., y Perozo, J. (2007). Políticas públicas: proceso de concertación Estado-Sociedad. *Revista Venezolana de Gerencia*, 12 (39), 373-392.
- Maggi, C., Messner, D., y Landmann L. (2002). Gobernanza global desde la perspectiva latinoamericana. Desafíos a principios del siglo XXI. En Maggi y Messner (eds.), *Gobernanza global, una mirada desde América Latina* (pp. 9-31). Caracas: Nueva Sociedad.
- March, J., y Olsen, J. (1993). El nuevo institucionalismo: factores organizativos de la vida política. *Zona Abierta*, Madrid, Nº 63-64, pp. 1-44.
- March, J., y Olsen, J. (1997). *El redescubrimiento de las instituciones. La base organizativa de la política*. México: Fondo de Cultura Económica.
- March, J., y Olsen, J. (2006). Elaborating the new institutionalism. En R. A. W. Rhodes, S. Binder y B. Rockman (eds.), *The Oxford handbook of political institutions* (pp. 3-22). New York: Oxford University Press.
- Marset Campos, P., Sáez Gómez, J., y Sánchez Moreno, A. (1998). Análisis comparados de sistemas sanitarios. En Martínez Navarro y col., *Salud Pública*. Madrid: Mc Graw Hill.
- Martínez, M. (1997). *El paradigma emergente*. México D. F.: Trillas.

- Martínez, M. (1999). *La investigación cualitativa etnográfica en educación. Manual teórico-práctico*. México D. F.: Trillas.
- Martínez, M. (2003). Transdisciplinariedad: un enfoque para la complejidad del mundo actual. *Conciencia Activa* 21, 1, 107-146.
- Martínez, M. (2006). La investigación cualitativa (síntesis conceptual). *Revista IIPSI*, 9, 123-146.
- Matos Bazó, R., y Vargas Acosta, E. (2008). Algunas reflexiones sobre las misiones desde la perspectiva de los beneficiarios. *Gaceta Laboral*. 14 (3), 446-458.
- Mazarraza-Alvear, L., y Montero-Corominas, M. (2004). La cooperación internacional española en el ámbito de la salud. *Gac Sanit*, 18(1), 214-220.
- ¿Médicos a la altura? (2011, noviembre 2). *Tal Cual* [Periódico en línea]. Disponible: <http://www.talcualdigital.com/Nota/visor.aspx?id=61132&tipo=AVA> [Consulta: 2012, enero 10].
- Messner, D. (2001). Globalización y gobernabilidad global. *Nueva Sociedad*, 176, 48-66.
- Mill, J. S. (2006). *Ensayo sobre la libertad*. Madrid: Mestas Ediciones.
- Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS) (2009). *Memoria 2008*. Caracas. Autor
- Mires, F. (2001). *Civilidad: teoría política de la postmodernidad*. Madrid: Trotta.
- Molina, T. y González, H. (2000). *Medicina holística. Un enfoque de la medicina acorde con el paradigma emergente de la ciencia*. Mérida, Venezuela: Universidad de Los Andes, Consejo de Publicaciones.

- Morales, O. (2003). Fundamentos de la Investigación Documental y la Monografía. En *Manual para la elaboración y presentación de la monografía*, N. Espinoza y A. Rincón (Editores). Mérida, Venezuela: Grupo Multidisciplinario de Investigación en Odontología, Universidad de Los Andes.
- Morgenthau, H. (1986). *Política entre naciones. La lucha por el poder y la paz*. Buenos Aires: Grupo Editores Latinoamericanos.
- Morin, E. (2004). *Introducción al pensamiento complejo*. México: Gedisa.
- Muntaner, C., Armada, F., Chung, H., Mata, R., Williams, L., y Benach, R. (2008). Barrio Adentro en Venezuela: democracia participativa, cooperación sur-sur y salud para todos. *Medicina Social*, 3 (4), 306-322.
- Navarro, V., y Shi, L. (2001) The political context of social inequalities and health. *Social Science & Medicine*, 52, 481-491.
- Neira, E. (1991). *El saber del poder. Introducción a la ciencia política*. Mérida, Venezuela: Universidad de Los Andes, Consejo de Publicaciones.
- Nohlen, D. (2006). *El institucionalismo contextualizado: la relevancia del contexto en el análisis y diseño institucionales*. México D. F.: Porrúa.
- Nohlen, D. (2005). *El contexto hace la diferencia: reformas institucionales y enfoque histórico-empírico*. México: UNAM.
- North, D. (1995). *Instituciones, cambio institucional y desempeño económico*, México: Fondo de Cultura Económica.



- O'Donnell, Guillermo (2004). Accountability horizontal: la institucionalización legal de la desconfianza política. *Revista Española de Ciencia Política*, 11, 11-31.
- Observatorio Comunitario por el Derecho a la Salud (2007). *Informe sobre el derecho a la salud 2007: situación del derecho a la atención sanitaria*. [Documento en línea] Disponible en: <http://www.convite.org.ve/Publicaciones/publicacion3.pdf>
- Oficina de Educación Médica (1990). *Plan de estudios de la carrera de medicina 1990*. Mérida, Venezuela: Universidad de Los Andes.
- Oliver, A., y Mossialos, E. (2005). European health systems reforms: looking backward to see forward? *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 30(1-2), 7-28.
- OMS (1978). *Declaración de la Conferencia Internacional de Alma-Ata*. Ginebra: Autor.
- OMS (2003). *Informe sobre la salud en el mundo 2003: forjemos el futuro*. Francia: Autor.
- OMS (2005). *Reglamento Sanitario Internacional (2005)*. Ginebra: Autor. 2da edición.
- OMS (2008). *Informe sobre la salud en el mundo 2008: La atención primaria de salud*. Ginebra, Suiza: Autor.
- OPS (2006b). *OPS en el siglo XXI: liderazgo y cooperación en salud pública*. Washington: Autor.
- OPS (2006a). *Estrategia de cooperación de OPS/OMS con Venezuela 2007-2010*. [Documento en línea]. Disponible: [http://www.who.int/countryfocus/cooperation\\_strategy/ccs\\_ven\\_es.pdf](http://www.who.int/countryfocus/cooperation_strategy/ccs_ven_es.pdf) [Consulta: 2010, marzo 12].

- OPS (2007). *Barrio Adentro: derecho a la salud e inclusión social en Venezuela*. Caracas: Autor.
- OPS y OMS (2003). *Globalización y salud*. Washington D. C., 132ª Sesión del Comité Ejecutivo: Autor.
- OPS y OMS (2008). La salud y las relaciones internacionales: su vinculación con la gestión del desarrollo nacional de la salud. [Documento en línea]. Disponible: [http://cursos.campusvirtualsp.org/pluginfile.php/17407/mod\\_page/content/2/Mod4\\_Cooperacion/lecturas/CD4815\\_Espanol\\_documento\\_de\\_discusion.pdf](http://cursos.campusvirtualsp.org/pluginfile.php/17407/mod_page/content/2/Mod4_Cooperacion/lecturas/CD4815_Espanol_documento_de_discusion.pdf) [Consulta: 2011, enero 12].
- ONUSIDA-Venezuela (2010). Informe anual 2009, fortaleciendo la respuesta nacional y conjunta al VIH y sida. [Documento en línea]. Disponible: [http://www.stopvih.org/pdf/ONUSIDA\\_2010\\_INFORME\\_ANUAL\\_ONUSIDA-Venezuela\\_2009-1.pdf](http://www.stopvih.org/pdf/ONUSIDA_2010_INFORME_ANUAL_ONUSIDA-Venezuela_2009-1.pdf) [Consulta: 2010, junio 9].
- Ortiz, R. (2006). Introducción. Contextos, instituciones y actores políticos: Dieter Nohlen y el estudio de las instituciones políticas en América Latina. En D. Nohlen, *El institucionalismo contextualizado*. México D. F.: Porrúa.
- Parsons, W. (2007). *Políticas Públicas. Una introducción a la teoría y la práctica del análisis de las políticas públicas*. Argentina: Edgard Elgar y FLACSO-México.
- Pasquino, G. (2011). *Nuevo curso de ciencia política*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Patruyo, T. (2008). *El estado actual de las misiones sociales: balance sobre su proceso de implementación y estructuración*. Caracas: ILDIS
- Pedrique, L. (2008). Acerca de la salud y la enfermedad en Venezuela. *Presente y Pasado*, 13 (55), 153-166 [Revista en línea] Disponible:

- <http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/26750/1/articulo8.pdf> [Consulta 2012, mayo 20].
- Pérez, G. y Valencia, L. (2004). El neoinstitucionalismo como unidad de análisis multidisciplinario. *Actualidad Contable*, FACES, 7, (8), enero-junio, 85-95.
- Pérez Jiménez, R. (2010). ¿Migrar: opción u obligación? *Sociedad Venezolana de Cirugía*. [Documento en línea]. Disponible: [http://www.sociedadvenezolanadecirugia.org/Boletin/academicos\\_abril\\_2011.pdf](http://www.sociedadvenezolanadecirugia.org/Boletin/academicos_abril_2011.pdf) [Consulta: 2012, julio 12].
- Peters, G. (2003). *El nuevo institucionalismo: la teoría institucional en ciencia política*, Barcelona, España: Gedisa.
- Pierson, P. y Skocpol, T. (2008). El institucionalismo histórico en la ciencia política contemporánea. *Revista Uruguaya de Ciencia Política*, 17 (1), 7-38.
- Prats, J. (2000). Desarrollo y sistema de salud. La dimensión institucional. Hacia un nuevo universalismo. El Informe de la OMS de 1999. *l'Institut Internacional de Governabilitat de Catalunya*, [Revista en línea]. Disponible: [http://iigov.org/documentos/?p=3\\_0059](http://iigov.org/documentos/?p=3_0059) [Consulta: 2009, julio 8].
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) (2003). *Informe sobre el desarrollo humano 2003: los objetivos del milenio, un pacto entre las naciones para eliminar la pobreza*. Madrid: Ediciones Mundi Prensa.
- Programa de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA) en Venezuela (2010). *Informe Anual 2009, Fortaleciendo la Respuesta Nacional y Conjunta al VIH y sida*. Caracas: Autor.

- PROVEA (2004). *Situación de los Derechos Humanos en Venezuela*. Caracas: Autor.
- PROVEA (2009). *Situación de los Derechos Humanos en Venezuela, Informe Anual octubre 2008 / Septiembre 2009*. Caracas: Autor.
- PROVEA (2010). *Situación de los Derechos Humanos en Venezuela, Informe Anual octubre 2009 / Septiembre 2010*. Caracas: Autor.
- Ramos Jiménez, A. (2008). *Las formas modernas de la política*. (2a. ed.). Mérida, Venezuela: CIPCOM.
- Reforma Parcial de la Ley del Ejercicio de la Medicina. Asamblea Nacional. República Bolivariana de Venezuela. Gaceta Oficial N° 39.823, del 19 /12/2011. Caracas, Venezuela.
- República Bolivariana de Venezuela (2001). *Plan de desarrollo económico y social de la nación 2001-2007*. [Documento en línea]. Disponible: [http://portaleducativo.edu.ve/Políticas\\_edu/planes/documentos/PlanDesarrolloESN-2001-07.pdf](http://portaleducativo.edu.ve/Políticas_edu/planes/documentos/PlanDesarrolloESN-2001-07.pdf) [Consulta: 2012, marzo 11].
- República Bolivariana de Venezuela-Gabinete Social(2004). *Cumpliendo las metas del milenio*. Caracas: CDB Publicaciones.
- República Bolivariana de Venezuela (2007). *Líneas generales del plan de desarrollo económico y social de la nación 2007-2013*. [Documento en línea]. Disponible: [http://www.cendit.gob.ve/uploaded/pdf/Proyecto\\_Nacional\\_Simon\\_Bolivar.pdf](http://www.cendit.gob.ve/uploaded/pdf/Proyecto_Nacional_Simon_Bolivar.pdf) [Consulta: 2012, marzo 11].
- República Bolivariana de Venezuela (2010). *Cumpliendo las metas del milenio (2010)*. Caracas: Instituto Nacional de Estadística.

- Rhodes, R. A. W. (1997). El institucionalismo. En D. Marsh y G. Stoker (Eds.) *Teorías y Métodos de la Ciencia Política* (pp. 53-67). Madrid: Alianza.
- Ritzer, G. (1997). *Teoría sociológica contemporánea*. México: McGraw-Hill.
- Rojas Soriano, R. (2000). *Crisis, salud, enfermedad y práctica médica*. México: Plaza y Valdés.
- Rosenau, J. (1995). Globalizador/localizante. Las nuevas dimensiones de la seguridad. En Comisión Sudamericana de Paz, *Diálogo y seguridad*, Caracas: Nueva Sociedad.
- Rothstein, B. (2001). Las instituciones políticas: una visión general. En R. Goodin y H. D. Klingemann (Eds.), *Nuevo manual de ciencia política* (t. 1, pp. 199-246). Madrid: Istmo.
- Roses, M. (2006). Presentación. En Organización Panamericana de la Salud, *Barrio Adentro: Derecho a la salud e inclusión social en Venezuela*: Caracas, OPS.
- Roses, M. (2010, marzo 8). Centenario del día internacional de la mujer. El Universal [Periódico en Línea]. Disponible: <http://rayma.eluniversal.com/opinion/100308/centenario-del-dia-internacional-de-la-mujer> [Consulta: 2011, octubre 10].
- Sánchez Bayle, M. (2009). Iniciativas frente al liberalismo globalizador. En M. Sánchez Bayle, (Coord.), *Globalización y salud 2009* (pp. 305-320). Madrid: Ediciones GPS Madrid.
- Sánchez Bayle, M., Colomo C, Repeto L. (ed.) (2005). *Globalización y salud*. Madrid: Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública.

- Sánchez, V. y Guiza, B. (1996). La terminología y la comunicación interdisciplinaria. En E. Leff (Coord.), *Los problemas del conocimiento y la perspectiva ambiental del desarrollo* (pp. 463-475). México: Siglo XXI Editores.
- Sancionada reforma a Ley de Ejercicio de la Medicina (2011, Noviembre 1). *El Universal* [Periódico en línea]. Disponible: <http://www.eluniversal.com/nacional-y-politica/111101/sancionada-reforma-a-ley-de-ejercicio-de-la-medicina-imp> [Consulta: 2012, enero 11].
- Sartori, G. (1992). *Elementos de teoría política*. Madrid: Alianza Universidad Textos.
- Schumpeter, J. (1983). *Capitalismo, socialismo y democracia*. Barcelona, España: Ediciones Orbis, S.A.
- Segura, A. (2000). La salud pública y las políticas de salud. *Política y Sociedad*, Madrid, Nº 35, pp. 55-64.
- SequeraPalencia, H. (1992). Semblanza. Dr. Héctor SequeraPalencia. Breveautobiografía. *MedULA* [Revista en línea], 1(4). Disponible: <http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/21715/1/articulo7.pdf> [Consulta: 2012, febrero 2].
- Sistema Integrado de Indicadores Sociales de Venezuela (SISOV) (2011). *Indicadores* [Datos en línea]. Disponible: <http://sisov.mppp.gob.ve/indicadores/> [Consulta: 2011, febrero 16].
- Sitek, M. (2010). The New Institutional Approach to Health Care Reform: Lessons from Reform Experiences in Central Europe. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 35(4):569-593.
- Starke, P. (2010). Why Institutions Are Not the Only Thing That Matters: Twenty-five Years of Health Care Reform in

- New Zealand. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 35(4): 487-516.
- Stiglitz, J. (2006). *Cómo hacer que funcione la globalización*. Madrid: Taurus.
- Sonntag, H. (1999). Globalización, pobreza y gobernabilidad democrática: aclaratorias conceptuales. En Alvarez, L., Del Rosario, H., y Robles, J. (coords.) *Política social: exclusión y equidad en Venezuela durante los años noventa*. Caracas: Nueva Sociedad.
- Subirats, J. (1988). Notas acerca del Estado, la administración y las políticas públicas. *Revista de Estudios Políticos*, 59, 173-197.
- Subirats, J., Knoepfel, P., Larrue, C., y Varone, F. (2008). *Análisis y gestión de políticas públicas*. Barcelona, España: Ariel.
- Taylor, A., y Bettcher, D. (2001). El convenio marco de la OMS para la lucha antitabáquica: una baza mundial para la salud pública. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*, 4, 28-37.
- Theis, R. (2009, Septiembre 20). Chávez declaró en emergencia la salud en Venezuela. *El Universal* [Periódico en línea]. Disponible: [http://www.eluniversal.com/2009/09/20/pol\\_art\\_chavez-declaro-en-em\\_1574464.shtml](http://www.eluniversal.com/2009/09/20/pol_art_chavez-declaro-en-em_1574464.shtml) [Consulta: 2010, marzo 7].
- Tilly, C. (2007). *Democracia*. Madrid: Akal.
- UNASUR (2008). Propuesta Consejo Suramericano de Salud. [Documento en línea]. Disponible: <http://www.orasconhu.org/documentos/UNASURsaludPPT.pdf> [Consulta: 2010, febrero 11].

- Universidad Pedagógica Experimental Libertador (2006). *Manual de trabajos de grado de especialización y maestría y tesis doctorales*. (4a. Ed.). Caracas: Autor.
- Velásquez Gavilanes, R. (2009). Hacia una nueva definición del concepto “política pública”. *Desafíos*, 20, 149-187.
- Vellespín, F. (2000). El futuro de la democracia. Elementos para un debate [Documento en línea]. Disponible: <http://www.etcetera.com.mx/2000/366/fvgsrd366.html> [Consulta: 2010, enero 10].
- Venezuela pagó \$5,6 millardos por personal cubano en 2008 (2009, octubre 10). *El Universal* [Periódico en línea] Disponible en: [http://www.eluniversal.com/2009/10/05/eco\\_art\\_venezuela-pago-\\$5,6\\_1596819.shtml](http://www.eluniversal.com/2009/10/05/eco_art_venezuela-pago-$5,6_1596819.shtml).
- Vergara, R. (1997). El redescubrimiento de las instituciones: de la teoría organizacional a la ciencia política, en James G. March y Johan P. Olsen, *El redescubrimiento de las instituciones*, México: Fondo de Cultura Económica.
- Weber, M. (2008). *Economía y sociedad*. México: Fondo de Cultura Económica. 17ª reimpresión.
- Wilson, E. (1975). *Sociobiology: The New Synthesis*. Cambridge: Havard University Press.
- Zolo, D. (2000). *Cosmópolis: perspectiva y riesgos de un gobierno mundial*. Barcelona, España: Paidós.



# ANEXOS

## ANEXO 1

### CRONOLOGÍA

- 30 de octubre de 2000: se firmó el Convenio de Cooperación Integral entre la República de Cuba y la República Bolivariana de Venezuela.
- Noviembre de 2001: se firmó un Acuerdo Migratorio entre Cuba y Venezuela para realizar el traslado del personal médico a territorio venezolano y de estudiantes y pacientes venezolanos/as a Cuba.
- 6 de julio de 2003: En el programa Aló Presidente N° 155, el gobierno anunció la extensión del Plan BA a nivel nacional.
- 17 de julio de 2003: recurso contencioso administrativo de nulidad contra el acto administrativo emanado del Colegio de Médicos del Distrito Metropolitano de Caracas (Convenio del 23 de mayo de 2003), mediante el cual se materializó el Plan Barrio Adentro.
- 30 de octubre de 2003: Se suscribió el Convenio de Cooperación Técnica entre Cuba y Venezuela.
- 12 de diciembre de 2003: el Presidente de la República Bolivariana de Venezuela Hugo Rafael Chávez Frías, inaugura desde el barrio El Onoto en la parroquia Caricuao, Caracas, los primeros 12 Consultorios Populares octogonales.
- 11 de noviembre de 2004: el Ministro de Salud y Desarrollo Social, Roger Capella, se ve obligado a renunciar a su cargo como consecuencia de un conflicto laboral con enfermeras de BA que tenían cuatro meses sin recibir sueldo.
- 15 de junio de 2005: Se dio inicio oficial a BA 2, con la inauguración de 30 CDI y 30 SRI en el programa Aló Presidente N° 225.
- 28 de agosto de 2005: se anunció en el programa Aló Presidente N° 232 el inicio de BA 3 como un programa de recuperación y modernización de los 299 hospitales públicos existentes en el país.
- 22 de marzo de 2006: se creó la Fundación Misión Barrio Adentro, mediante decreto N° 4.382, publicado en Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 38.404, la cual tendría entre sus atribuciones la administración de los recursos financieros para el funcionamiento de la Misión Barrio Adentro.

ANEXO 2  
**Tabla 4**  
**Misión Barrio Adentro. Relación médicos (as), enfermeros (as) según entidad federal (2009)**

Entidad Federal/ personal salud	Médicos(as) Misión Cubana 1/ a/	Médicos(as) Venezolanos (as) 2/	Total Médicos(as)	Relación médicos(as) por habitante	Enfermeros (as) Misión Cubana 1/ a/	Enfermeros (as) Venezolanos (as) 2/	Total Enfermeros(as)	Relación enfermeros (as) por habitante
Amazonas	100	9	109	7,3	20	9	29	1,9
Anzoátegui	482	64	546	3,6	179	98	277	1,8
Apure	234	10	244	4,9	88	23	111	2,2
Aragua	728	270	998	5,8	251	0	251	1,5
Barinas	259	23	282	3,6	109	105	214	2,7
Bolívar	581	59	640	4,0	213	0	213	1,3
Carabobo	976	154	1.130	4,9	332	258	590	2,6
Cojedes	195	12	207	6,6	81	48	129	4,1
Delta Amacuro	107	35	142	8,9	41	0	41	2,6
Distrito Capital	1.380	10	1.390	6,6	456	875	1.331	6,3
Falcón	410	93	503	5,4	149	120	269	2,9
Guárico	343	19	362	4,7	130	54	184	2,4
Lara	500	120	620	3,3	210	227	437	2,4
Mérida	393	123	516	5,9	122	104	226	2,6
Miranda	902	7	909	3,1	288	341	629	2,1
Monagas	322	4	326	3,7	125	100	225	2,5
Nueva Esparta	176	30	206	4,6	54	30	84	1,9
Portuguesa	343	16	359	4,0	121	4	125	1,4
Sucre	373	5	378	4,0	118	134	252	2,7
Táchira	364	38	402	3,3	202	134	336	2,8
Trujillo	285	10	295	4,0	101	36	137	1,9
Vargas	206	0	206	6,1	77	6	83	2,5
Yaracuy	390	16	406	6,5	112	85	197	3,2
Zulia	1.438	421	1.859	5,0	467	312	779	2,1
Total	11.487	1.548	13.035	4,6	4.046	3.103	7.149	2,5

Fuente: Ministerio del Poder Popular para la Salud. Vice-Ministerio de Redes de Servicios de Salud. Dirección General de Red Ambulatoria Especializada.

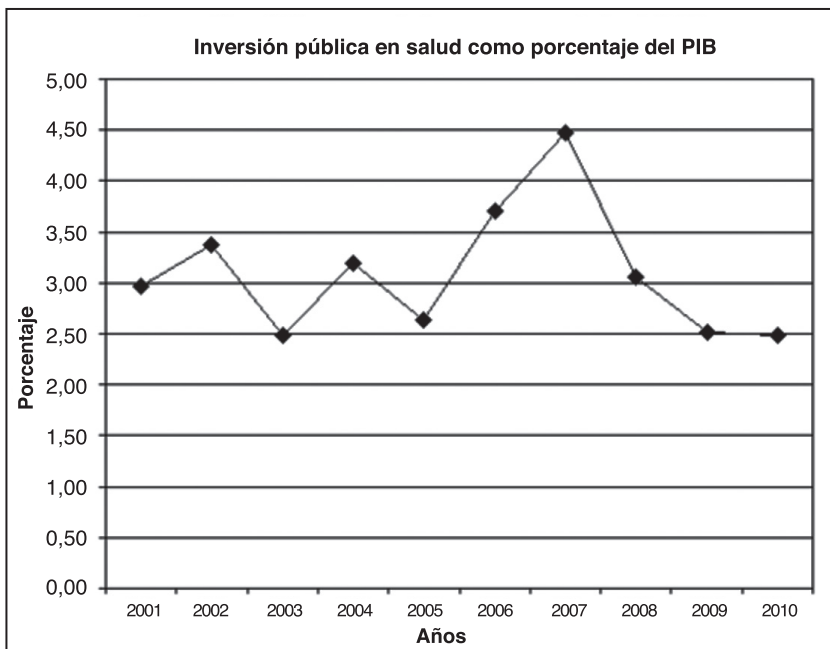
**Tabla 5**  
**Misión Barrio Adentro. Consultorios populares, según entidad federal**

<b>Entidad federal</b>	<b>Número de consultorios</b>
Amazonas	34
Anzoátegui	304
Apure	126
Aragua	383
Barinas	133
Bolívar	334
Carabobo	557
Cojedes	75
Delta Amacuro	41
Distrito Capital	845
Falcón	215
Guárico	165
Lara	272
Mérida	262
Miranda	599
Monagas	184
Nueva Esparta	89
Portuguesa	229
Sucre	213
Táchira	122
Trujillo	186
Vargas	94
Yaracuy	255
Zulia	994
<b>Total</b>	<b>6.711</b>

**Fuente:** Ministerio del Poder Popular para la Salud. Vice-Ministerio de Redes de Servicios de Salud. Dirección General de Red Ambulatoria Especializada.

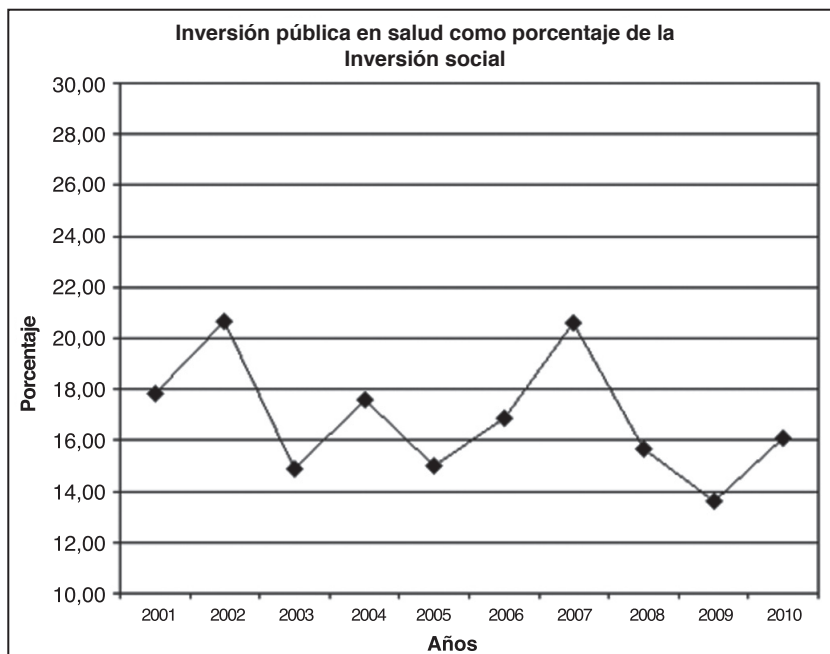
## ANEXO 3

**Gráfico 1**  
**Inversión pública en salud como Porcentaje**  
**del Producto Interno Bruto (PIB)**



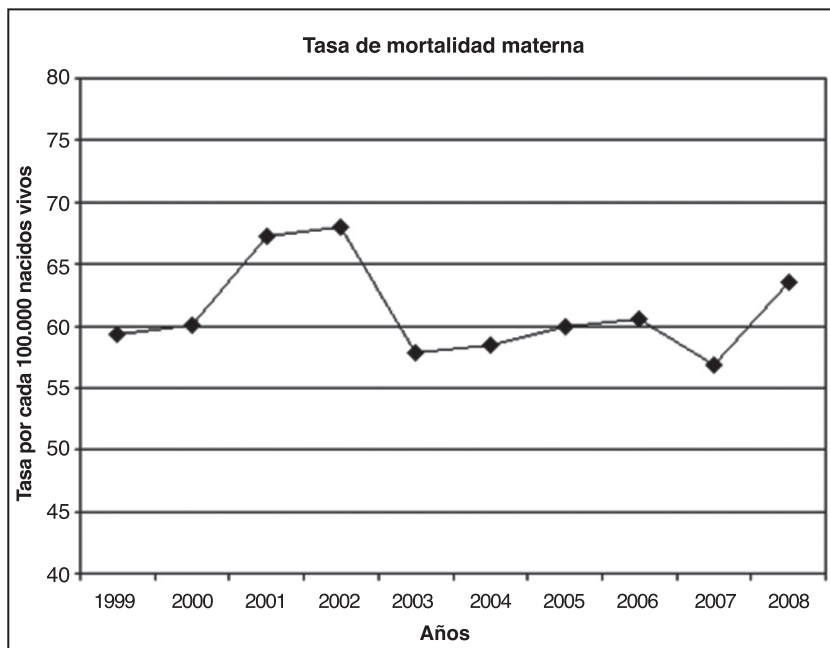
Fuente: SISOV (2011)

**Gráfico 2**  
**Inversión pública en salud como Porcentaje**  
**de la inversión pública**



Fuente: SISOV (2011)

**Gráfico 3**  
**Tasa de mortalidad materna en Venezuela**



Fuente: SISOV (2011)



# ÍNDICE

DEDICATORIA.....	5
AGRADECIMIENTO.....	7
PRÓLOGO.....	9
INTRODUCCIÓN.....	13
<b>1</b> <b>CAPÍTULO</b>	<b>NACIÓN, DEMOCRACIA, ESTADO MODERNO Y POLÍTICAS PÚBLICAS DE SALUD EN LA GLOBALIZACIÓN</b> <b>25</b>
1 La globalización, el globalismo y la globalización desde abajo.....	25
1.1 Globalización y nación .....	31
1.2 La democracia en tiempos de globalización .....	37
1.2.1 La democracia liberal clásica .....	38
1.2.2 Nuevos retos para la democracia .....	41
1.3 El Estado Moderno y el cambio social.....	47
1.4 La democracia cosmopolita.....	52
1.5 La globalización y las políticas públicas .....	59
<b>2</b> <b>CAPÍTULO</b>	<b>GLOBALIZACIÓN, POLÍTICAS PÚBLICAS DE SALUD, INTERDISCIPLINARIEDAD Y NUEVO INSTITUCIONALISMO</b> <b>71</b>
2 La interdisciplinariedad en el estudio de la formulación de las políticas de salud en el contexto de la globalización ....	71
2.1.1 El Paradigma Emergente: hacia una nueva teoría...	83
2.1.2. Importancia y aplicabilidad de dichas ideas al estudio de las políticas de salud en la globalización .....	87

2.2	El nuevo institucionalismo.....	96
2.2.1	El interés del nuevo institucionalismo por la investigación sobre la producción de políticas públicas por parte del gobierno.....	98
2.2.2	Las instituciones en el contexto de la globalización...	107
2.3	Otros aspectos metodológicos importantes .....	116

<b>3</b> CAPÍTULO	INTEGRACIÓN REGIONAL, COOPERACIÓN INTERNACIONAL Y POLÍTICAS DE SALUD EN VENEZUELA (1999-2009)	<b>121</b>
----------------------	---	------------

3	Venezuela y la integración en salud .....	121
3.1	La cooperación internacional en salud .....	127
3.1.1	Cooperación técnica.....	127
3.1.2	La Atención Primaria en Salud (APS) .....	135
3.1.3	Cooperación financiera.....	137
3.2	La agenda pública global y la formulación de políticas de salud.....	140
3.3	Legislación global en materia de salud.....	144

<b>4</b> CAPÍTULO	LA MISIÓN BARRIO ADENTRO EN VENEZUELA Y LA GLOBALIZACIÓN: DEBILIDADES INSTITUCIONALES (2003-2009)	<b>149</b>
----------------------	---	------------

4	La diplomacia médica cubana .....	149
4.1	La MBA desde el institucionalismo contextualizado ...	152
4.1.1	Desintegración, fragmentación y atomización de los entes prestadores de salud.....	155
4.1.2	Multiplicidad de fuentes de financiamiento .....	159
4.1.3	Tradición de asistencialismo sanitario con limitada participación de la población en las políticas de salud.....	162
4.1.4	Amplia presencia del sector privado en el gasto en salud y la cobertura.....	168



4.1.5	Predominio de la medicina curativa en desmedro de la preventiva.....	174
4.2	Funcionamiento y organización .....	180
4.2.1	Funcionamiento .....	180
4.2.2	Organización .....	186
4.3	Conflicto con diversos grupos de presión e interés.....	189
4.4	Misión Barrio Adentro ¿Reforma sin cambio?.....	193

<b>5</b> CAPÍTULO	EDUCACIÓN MÉDICA VENEZOLANA Y MEDICINA INTEGRAL COMUNITARIA	<b>203</b>
----------------------	---	------------

5	Educación médica venezolana y Medicina Integral Comunitaria: el componente social del médico.....	203
5.1	La Medicina Integral Comunitaria (MIC) .....	207
5.2	El MIC: ¿Médicos con formación social o ideologizados?...	210
5.3	El sistema socioeconómico venezolano y la educación médica en las universidades autónomas.....	216
	CONCLUSIONES.....	223
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	227
	ANEXOS.....	249
	ANEXO 1. Cronología.....	249
	ANEXO 2. Tabla 4. Misión Barrio Adentro. Relación médicos (as), enfermeros (as) según entidad federal (2009).....	250
	Tabla 5. Misión Barrio Adentro. Consultorios populares, según entidad federal.....	251
	ANEXO 3. Gráfico 1. Inversión pública en salud como porcentaje del Producto Interno Bruto (PIB).....	252
	Gráfico 2. Inversión pública en salud como porcentaje de la inversión pública social .....	253
	Gráfico 3. Tasa de mortalidad materna en Venezuela...	254

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Interdisciplinariedad y políticas de salud en la globalización .....	82
Figura 2. La globalización como sistema y objeto complejo e interdisciplinario .....	89
Figura 3. Las variables globalización y políticas públicas de salud como sistemas en relación dialéctica.....	95

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Gasto en salud en Venezuela.....	170
Tabla 2. Gasto en salud en Venezuela (2000-2006) .....	172
Tabla 3. Organización de la MBA .....	188



La presente edición de **Globalización y políticas públicas de salud en Venezuela: La Misión Barrio Adentro** de Gustavo Alcántara Moreno se terminó de imprimir en los Talleres Gráficos Universitarios, ULA en el mes de febrero de 2015

---

Tiraje de 300 ejemplares  
Tripa en Bond 20  
Carátula Sulfato 16

---

Av. Andrés Bello, antiguo Central Azucarero  
La Parroquia, Mérida - Venezuela  
email: talleresgraficos@ula.ve

