



ARTÍCULO DE POSICIÓN

COLONIALIDAD/DECOLONIALIDAD EN LA CONSTRUCCIÓN DEL SISTEMA PÚBLICO NACIONAL DE SALUD EN VENEZUELA. Coloniality/decoloniality in the construction of the National Public Health System in Venezuela.

AUTOR

Dr. Carlos H. Alvarado González ¹

¹ Rector de la Universidad de las Ciencias de la Salud “Hugo Chávez Frías”, Venezuela, alvarac@gmail.com, <https://orcid.org/0009-0000-8195-1542>

RESUMEN

Introducción: el cambio social ocurrido en Venezuela a partir del inicio de la Revolución Bolivariana determinó un proceso transformador en torno a las políticas de salud existentes, que se orienta a la construcción del Sistema Público Nacional de Salud.

Objetivo: exponer el posicionamiento reflexivo del autor en torno a los aspectos que favorecen y obstaculizan la construcción del Sistema Público Nacional de Salud en Venezuela, sustentado en las teorías de colonialidad/descolonialidad.

Metodología: estudio cualitativo realizado en el primer semestre del año 2023 en Venezuela. Se efectuaron búsquedas bibliográficas mediante buscadores especializados y con el uso de los descriptores de Ciencias de la Salud. Se utilizaron artículos que aportaron información relevante. Los métodos analítico sintético, inductivo deductivo y el histórico lógico permitieron realizar el análisis crítico. Se tuvieron en cuenta los aspectos éticos para este tipo de estudio.

Resultados: se realiza un análisis histórico de las características del Sistema de Salud en Venezuela antes y después de la Revolución Bolivariana, se presentan las líneas estratégicas para la construcción del nuevo Sistema Público Nacional de Salud y las orientaciones que contribuyen y apuntalan a la decolonialidad en salud, las instancias fundamentales de organización y gestión del sistema de salud, los nudos críticos para el avance en su construcción y propuestas que podrían contribuir a la celeridad de este proceso.

Conclusiones: se ofrecen elementos que muestran el devenir histórico del Sistema de Salud en Venezuela y los que se precisan para la construcción del nuevo Sistema Público Nacional de Salud.

Palabras clave: sistema de salud, colonialidad/descolonialidad, líneas estratégicas, nudos críticos, propuestas para la construcción, Venezuela.

ABSTRAC

Introduction: the social change that occurred in Venezuela since the beginning of the Bolivarian Revolution determined a transforming process around the existing health policies, which is oriented to the construction of the National Public Health System.

Objective: to expose the author's reflective position on the aspects that favor and hinder the construction of the National Public Health System in Venezuela, based on the theories of coloniality/decoloniality.

Methodology: qualitative study carried out in the first semester of the year 2023 in Venezuela. Bibliographic searches were carried out through specialized search engines and with the use of Health Sciences descriptors. Articles that provided relevant information were used. The synthetic analytical, inductive-deductive and historical-logical methods allowed the critical analysis to be carried out. The ethical aspects for this type of study were taken into account.

Results: a historical analysis of the characteristics of the Venezuelan Health System before and after the Bolivarian Revolution is made, the strategic lines for the construction of the new National Public Health System and the orientations that contribute and support decoloniality in health, the fundamental instances of organization and management of the health system, the critical knots for the progress in its construction and proposals that could contribute to the speed of this process are presented.

Conclusions: elements are offered that show the historical evolution of the Health System in Venezuela and those required for the construction of the new National Public Health System.

Keywords: health system, coloniality/decoloniality, strategic lines, critical knots, proposals for construction, Venezuela.

INTRODUCCIÓN

Han transcurrido 24 años desde la aprobación en consulta popular, a través del voto directo, secreto y universal, de la nueva Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (CRVB), con la cual se consagra el derecho a la salud y la obligación del Estado de crear, gestionar y ejercer la rectoría de un Sistema Público Nacional de Salud (SPNS) 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.

Con este marco legal se inició una política dirigida a ampliar el acceso a la atención de salud con un nuevo modelo caracterizado por su orientación a la promoción de la salud, con una concepción integral del ser humano en armonía con su entorno y con una participación activa en el cuidado de la vida y la salud.

Esta nueva visión permitió comenzar a desmontar las bases de la colonialidad en salud, profundamente ancladas en la conciencia de los pueblos durante siglos de

colonialismo y neocolonialismo cultural que establecieron a la salud como mercancía reducida a la curación, generalmente, solo con la eliminación del síntoma y la invisibilización de las determinaciones de la enfermedad. Una de las más evidentes era la profunda desigualdad en el acceso a los servicios y tratamientos disponibles. Con este modelo se había desarrollado una organización centrada en el hospital y el consumo de tecnología importada de los países centro del capitalismo mundial, lo que perpetuaba la dependencia y la subordinación nacional.

La política de salud de la Revolución ha avanzado con la Misión Barrio Adentro a una nueva organización sanitaria constituida por una red de consultorios populares ubicados a lo largo de todo el país, con la atención a criterios de equidad en la distribución en el territorio, con la atención a poblaciones históricamente excluidas. Esta red se fortaleció con centros de diagnóstico integral que aumentaron su capacidad resolutive y con salas de rehabilitación integral que permitieron el acceso de las personas con discapacidad, población que estaba casi totalmente desatendida. Posteriormente, esta red se ha organizado en las Áreas de Salud Integral Comunitaria (ASIC), vinculadas a la red Hospitalaria y de Emergencia que son las bases del nuevo Sistema Público Nacional de Salud, llevado adelante con la

participación popular presente en todos los espacios.

Muchos de los logros se han visto gravemente afectados en los últimos años con el recrudecimiento del bloqueo financiero y comercial, sin embargo, el carácter antiimperialista, popular y soberano de la política de salud y su visión decolonial de autodeterminación y construcción propia, de la mano de los pueblos hermanos como el de Cuba, siguen significando una fuerza de resistencia y liberación.

El objetivo del artículo es exponer el posicionamiento reflexivo del autor en torno a los aspectos que favorecen y obstaculizan la construcción del Sistema Público Nacional de Salud en Venezuela, sustentado en las teorías de colonialidad/descolonialidad.

METODOLOGÍA

Se realizó estudio cualitativo durante el primer semestre del año 2023 en Venezuela. Se efectuaron búsquedas bibliográficas mediante buscadores especializados y con el uso de los descriptores de Ciencias de la Salud. No se encontraron suficientes publicaciones que trataran la temática objeto de estudio, por lo que la selección de los documentos utilizados no tuvo en cuenta la fecha de publicación, sino que aportaran información relevante. Los métodos analítico sintético,

inductivo deductivo y el histórico lógico permitieron realizar el análisis crítico de los documentos. Se tuvieron en cuenta los aspectos éticos para este tipo de estudio.

DESARROLLO

Antes de comenzar a compartir lo que ha sido la construcción del Sistema Público Nacional de Salud en Venezuela a partir de 1999 e identificar los elementos de la colonialidad y decolonialidad en él, es necesario recordar la política imperante hasta ese momento, cuando se promulga la Constitución de la República en los inicios de la Revolución Bolivariana liderada por Hugo Rafael Chávez Frías.

Política imperante en Venezuela antes del año 1999 y su efecto en el sector salud: En Venezuela, así como en otras partes del mundo, durante las décadas de los años 80 y 90 del siglo XX, se implementaron políticas neoliberales “sugeridas o impuestas” por el Gobierno de los Estados Unidos de Norteamérica y sus aliados de Europa, se podría decir que son un elemento claro del nuevo colonialismo que establecen estas naciones sobre otros países.

El Banco Mundial, el Fondo Monetario Internacional y el Departamento del Tesoro de los Estados Unidos, en el llamado Consenso de Washington, hicieron una serie de “recomendaciones” de reformas para países subdesarrollados con el

objetivo de superar la crisis financiera, las que, si no eran adoptadas por estos, corrían el riesgo de perder los créditos ofrecidos por dichas instituciones.

Entre las que se destacan: liberación económica, reducción de la presencia del Estado, reducción del gasto público, reformas tributarias regresivas, privatización de las empresas estatales, desregulación, facilitar la inversión extranjera y muchas otras que fueron eficientemente aplicadas en Venezuela por los gobiernos de turno y que generaron la reacción popular de protesta que impulsó los cambios políticos que ocurrieron en el país a partir de 1999 (Muntaner et al., 2006).

En materia de salud se generó en esas últimas décadas del siglo XX una matriz de opinión a través de acciones concretas de gobierno y medios de comunicación social tendientes a preparar el terreno para desmontar lo público en salud y justificar la privatización de los servicios, al justificar la salud como mercancía y no como derecho.

Lo antes descrito generó que ocurriera lo que algunos llamaron colonización de la subjetividad (Garrido, 2015), que hizo que la propia población demandara la presencia de servicios privados de salud y seguridad social, lo que aún persiste en muchos trabajadores y trabajadoras del sector público, con posibles nuevos elementos de análisis, lo que creó entonces la matriz de opinión según la cual se consideran los

establecimientos y servicios públicos de salud como ineficientes, desactualizados y de estética limitada.

Además, que en ellos existe corrupción y mal manejo administrativo, que los trabajadores públicos se roban todo, que la medicina y los servicios brindados en el sector privado son el mejor ejemplo de eficiencia, estética, buena atención, buen manejo administrativo y actualización, por tanto, la idea es que todos deban atenderse en este sector. Esto sentó las bases para la promulgación de leyes privatizadoras de salud y seguridad social en Venezuela en 1998.

Las políticas neoliberales en salud aplicadas en el país se caracterizaron por reducción de los presupuestos para el mantenimiento preventivo y correctivo, lo que ocasionó deterioro de la infraestructura, equipos médicos, ascensores, aires acondicionados, pintura y equipamiento. Además, la descentralización de los servicios prestadores de salud pública, con lo que se multiplicaron los dependientes de gobernaciones, alcaldías y organismos públicos nacionales, estatales y municipales; desmantelamiento progresivo del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social; desaparición progresiva de los protocolos de diagnóstico y tratamiento que quedaron en manos del complejo médico industrial privado, lo que generó situaciones tan irracionales como que para que una

persona fuera atendida en un servicio de salud debe llevar estudios de laboratorio, tomografía, resonancia, antes de ser visto por un médico o que iniciara tratamiento con antibióticos de última generación que se publicaron en la revista científica más reciente sin importar costo o indicación real. También propició el crecimiento desproporcionado de los servicios de salud privados, más de 400 nuevas clínicas se crearon en 20 años; se instruyó la transformación de los centros de salud afiliados al Instituto Venezolano del Seguro Social para que se convirtieran en centros privados con participación accionaria de sus trabajadores; se abandonó la atención en los establecimientos de salud de las comunidades, muchos de los cuales eran atendidos por médicos y médicas recién egresados en el cumplimiento del artículo 8 de la Ley del Ejercicio de la Medicina y se permitió realizar este componente en hospitales con actividad una vez cada seis días.

Por otra parte, ocurrió un crecimiento de los seguros privados de hospitalización, cirugía y maternidad para los trabajadores y trabajadoras del sector público; se priorizó la atención curativa hospitalaria y especializada sobre la de promoción y prevención en los centros ambulatorios; en relación con el personal de salud de los establecimientos públicos, los salarios se hicieron poco atractivos y en total

desproporción con los ingresos del sector privado; se congelaron los cargos del personal jubilado de forma tal que no podían reponerse; se popularizó la reducción de la contratación horaria de ocho a seis o cuatro horas diarias y se generó una migración masiva del sector público al privado.

Por último, la formación en las universidades se orientó fundamentalmente a estimular la atención en el sector privado, incluso en áreas como la medicina preventiva y salud pública de entonces.

En esencia, las políticas neoliberales aplicadas en salud generaron una enorme crisis en el sector que ha sido muy complejo superar (Homedes y Ugalde, 2005).

TRANSFORMACIONES OCURRIDAS DESPUÉS DEL TRIUNFO DE LA REVOLUCIÓN BOLIVARIANA Y SU REPERCUSIÓN EN EL SECTOR SALUD

A partir de diciembre de 1998 cambia la historia de Venezuela en relación con su política nacional e internacional con el triunfo en las elecciones presidenciales del Comandante Hugo Rafael Chávez Frías, esta elección generó un cambio que parte definitivamente la historia nacional en dos, antes y después de la Revolución Bolivariana.

En materia de salud, los primeros aportes que apuntan hacia la decolonialidad en políticas de salud en orden cronológico

fueron el freno a las leyes neoliberales de salud y seguridad social. Inmediatamente que el Comandante Chávez asume la presidencia se dejan sin efecto estas dos leyes promulgadas en el año 1998 y que definitivamente iniciaban la privatización de la salud y la seguridad social en Venezuela. Otro elemento sencillo, pero importante, fue la eliminación de los sistemas de cobro y recuperación de costos de los hospitales y establecimientos de salud, situación en la que a finales de los años noventa muchos centros estuvieron implicados al ser obligados por las circunstancias a abrir sistemas de recuperación de costos, privatización directa e indirecta.

Se establece la propuesta de salud contenida en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, promulgada en el año 1999, en la que se declaran las líneas fundamentales para la construcción del Sistema Público Nacional de Salud y en el año 2002 se promulga la Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social en la que se exponen algunos lineamientos importantes de la política en esta materia.

Por otra parte, en el año 2000 se implementa por el Ministerio del Poder Popular para la Salud el Modelo de Atención Integral, se dio la instrucción que todas las personas que acudieran a un servicio de salud fueran evaluadas de forma integral, independientemente del día y la

hora. A modo de ilustrar lo anterior, por ejemplo, si asiste un niño por fiebre o diarrea, debe potenciarse la oportunidad de conocer la cobertura de vacunación o cualquier otro programa preventivo e implementar lo que pueda faltar de estos y cumplirlos. Este modelo fue impulsado por el primer ministro de salud de la Revolución, el Dr. Gilberto Rodríguez Ochoa.

Más adelante, la segunda ministra de la Revolución y primera ministra de salud mujer de Venezuela, la doctora María Urbaneja, elaboró junto con su equipo un documento teórico importantísimo con plena vigencia que se llamó el Plan Estratégico Social, en el que se define y se ofrecen orientaciones para la organización en el área social del Ministerio de Salud y Desarrollo Social como se llamaba entonces (Alvarado et al., 2008).

En el año 2003 nació la Misión Barrio Adentro, la cual surge en un momento de la vida nacional en la que había una gran conflictividad, los sectores de derecha y de oposición con financiamiento internacional hacían todos sus esfuerzos para derrocar la revolución bolivariana. En materia de salud, la Federación Médica Venezolana, que agrupaba a un grupo importante de médicos y médicas del país, llamó a un paro nacional del sector y los centros ambulatorios de las comunidades fueron cerrados en su totalidad.

En ese contexto llega un grupo de 53 médicos y médicas cubanas que atendieron el llamado del entonces alcalde de Caracas, Freddy Bernal, quien preocupado por la situación de atención médica y en conversaciones con el gobierno cubano, solicita la incorporación de médicos y médicas para atender la población caraqueña, esta atención además contó con un elemento novedoso que fue la participación de las comunidades organizadas en comité de salud.

Desde muy temprano en la Revolución, el Presidente Chávez llamó permanentemente a la organización popular, señalaba que todos los sectores de la población deberían tener un nivel de organización que les permitiera la toma de decisiones y el control desde las bases en salud; estos comité de salud organizaron el alojamiento y la atención de los médicos y médicas cubanas que llegaron al país: vivían en las casas de las familias venezolanas y las comunidades garantizaban su alimentación y seguridad. A finales del año 2003 esta gran misión tenía presencia en todo el territorio nacional y en los inicios del año 2004 se declara oficialmente por gaceta la Misión Barrio Adentro, lo que marca un hito importante en la atención en salud de la población venezolana.

Otro aporte de la Revolución Bolivariana en materia decolonial es el Plan Nacional

de Formación de Talento Humano, con este, inicialmente para médicos y médicas, se crea una nueva modalidad de formación, inexistente en el país, porque provienen de los sectores populares, son postulados por los movimientos sociales locales para la atención de esas comunidades, estos profesionales en formación desde el primer año de la carrera asisten al consultorio popular más cercano a su casa y atienden a la población de la cual vienen postulados, con una información y una formación orientada hacia la salud como derecho social fundamental.

En el 2014 se crea, con participación de muchos sectores, el Plan Nacional de Salud en el que se señala y define claramente lo que se ha trabajado y lo que se quiere trabajar en materia de la creación del SPNS desde la perspectiva de la construcción del socialismo bolivariano del siglo XXI. Constituye un documento fundamental que debe ser actualizado preservando su esencia. En esta línea de pensamiento, en el año 2019 se formula el Plan de la Patria 2020-2025, es el Plan de Desarrollo Económico y Social del país, el cual incorpora elementos importantes en materia de creación del SPNS (Plan de la Patria, 2019).

En el año 2013 se crea el Estado Mayor de Salud Nacional que incorpora la participación de todos los grandes prestadores públicos de salud: Ministerio de

Salud, Instituto Venezolano de los Seguros Sociales e Instituto de Previsión Social del Ministerio de Educación, Sanidad Militar, Salud PDVSA, que se juntan en un solo espacio para generar y discutir las políticas de salud del estado venezolano. A este Estado Mayor de Salud se recomendó posteriormente, en el año 2018, la incorporación de voceros y voceras del poder popular y de los trabajadores y trabajadoras, es decir una nueva instancia nacional de discusión, creación, aplicación y seguimientos las políticas de salud en el país.

En el año 2017 se elaboran los textos básicos para el funcionamiento de la red comunal, documentos que orientan lo que debe hacerse en la red de mayor importancia del sistema que se está construyendo, la red comunal, la más cercana a donde vive la gente, en la que además se encuentran los movimientos sociales que hacen vida y que son fundamentales para la concreción del sistema.

En los años 2018, 2019 y 2020 se elaboraron, por disposición del Ministerio del Poder Popular para la Salud, las resoluciones ministeriales para la creación y funcionamiento de las Áreas de Salud Integral Comunitaria y la nueva Clasificación de Establecimientos de Salud; con ello se generan bases sólidas para la construcción del sistema de salud con sus

cuatro redes de atención, las que deben funcionar con mecanismos adecuados y expeditos de referencias y contrarreferencias entre una red y las otras y dentro de cada una de las redes. Estas son:

- La Red de Atención Comunal que está más cerca de donde vive la gente, en la que se deben resolver cerca del 80 % de los problemas de salud.
- La Red de Atención Especializada para la atención ambulatoria de casos complejos que no pueden resolverse en la red comunal, en la que se deben solucionar el 15% de las situaciones de salud.
- La Red Hospitalaria, para la resolución de casos que ameriten hospitalización, la que sumará la resolución del 5 % de los problemas.
- La Red de Emergencias que debe funcionar en el sitio donde ocurra la contingencia en la red comunal, ambulatoria especializada y hospitalaria.

La Constitución de la República Bolivariana de Venezuela en su artículo 83 señala a la salud como un “derecho social fundamental obligación del Estado, quien lo debe garantizar como parte del derecho a la vida...”, esta frase sencilla marca un cambio radical en la concepción de salud imperante en los años 80 y 90 donde era vista como una mercancía de libre demanda y oferta en el mercado, a la salud

como derecho y además obligación del Estado.

El artículo 84 señala que el Estado debe crear y ejercer la rectoría de un sistema público nacional de salud integrado al sistema de seguridad social, regido por los principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, integración social y solidaridad. El hecho que el primer principio se la gratuidad no es casual, señala una clara diferencia con las políticas privatizadoras neoliberales de los años precedentes y que los bienes y servicios públicos de salud son propiedad del Estado y no pueden ser privatizados.

También advierte el citado artículo lo que para Venezuela es en la actualidad una cuestión cotidiana, pero que es absolutamente novedosa en materia de salud, la comunidad organizada tiene el derecho y el deber de participar en la toma de decisiones acerca de la planificación, ejecución y control de la política específica en las instituciones públicas de salud, el deber y el derecho de participar en salud, lo cual constituye un mandato y así debe construirse el nuevo SPNS.

El artículo 85 señala que el financiamiento del SPNS es obligación del estado, independientemente que la población pueda o no cotizar, pueda o no participar en el financiamiento de la salud, es al Estado a quien le corresponde esta responsabilidad y esto también marca un lineamiento y

diferencia con las políticas neoliberales en materia de salud. Por su parte, el artículo 86 de la Constitución declara que toda persona tiene derecho a la seguridad social como servicio público de carácter no lucrativo que garantice la salud y asegure la protección en contingencias y dentro de las contingencias, por supuesto, señala la enfermedad, las enfermedades catastróficas, los accidentes y los accidentes de trabajo. Por tanto, existe un marco teórico técnico y jurídico que establece los lineamientos para la construcción del SPNS en la República Bolivariana de Venezuela.

La Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social del año 2002 establece en su artículo 52 la creación del régimen prestacional de salud para garantizar el derecho a esta como parte de la vida; en el artículo 53 refiere que el SPNS debe garantizar la protección a la salud para todas las personas sin discriminación alguna, es decir es un sistema universal de salud; en el artículo 54 señala que el sistema antes mencionado debe integrar todas las estructuras, órganos, programas y servicios que se sostengan total o parcialmente con recursos fiscales y parafiscales, es decir la construcción progresiva de un único SPNS.

Por otra parte, en el artículo 125 declara que todas las instituciones prestadoras de servicios públicos de salud deberán

integrarse progresivamente dentro de un lapso no mayor de 10 años en el SPNS, si la Ley fue promulgada en el 2002 ya para el 2012 se debió haber tenido un sistema único integrado, esto es una deuda que se tiene todavía con el pueblo venezolano y que definitivamente se debe saldar para de forma verdadera crear y generar el SPNS que todas y todos los venezolanos sueñan. El artículo 126 sentencia que no podrán crearse nuevos regímenes de salud para los trabajadores del sector público a partir de la entrada en vigencia de la presente ley, esto significa que para los trabajadores y trabajadoras de la administración pública no podrán crearse nuevos sistemas de seguridad social diferentes al público.

El Plan de la Patria 2025 es el Plan de Desarrollo Económico y Social de la Nación del periodo 2019-2025, contó para su elaboración con la participación de amplios sectores de la vida nacional, tanto de las instituciones públicas y privadas como de las comunidades organizadas.

En materia de salud, el Plan de la Patria 2025 tiene objetivos muy claros y muy específicos, entre los que se encuentran: asegurar la salud de la población con énfasis en la promoción y prevención en grupos vulnerables, desde el sector salud se ha hecho mucho énfasis en la necesidad de invertir más recursos y tiempo en promoción y prevención, convencidos que

la promoción es la actividad más importante para que las personas estén y se mantengan sanas y en la promoción deben participar por supuesto los equipos de salud y las comunidades organizadas en comités de salud y en todas las organizaciones sociales que hacen vida en el territorio social de las Áreas de Salud Integral Comunitaria. La promoción es, sin dudas, la actividad más importante del SPNS.

Otro objetivo es desarrollar una visión integral de la salud, promoción de estilos de vida saludables, difusión del conocimiento descolonizador y el rescate de los saberes ancestrales, es importante notar que el conocimiento descolonizador está explícito en el Plan de la Patria 2025 en su capítulo destinado al SPNS; también señala este documento la necesidad de fortalecer la arquitectura y organización territorial del SPNS, a partir de las ASIC, la construcción y consolidación de estas unidades de integración son un mandato de la Ley.

El 15 de enero del año 2019 se publicó el decreto de creación de las ASIC, Gaceta Oficial 445.062, en el que se expone que las ASIC son la unidad básica de integración y unificación del SPNS desde el nivel comunal, es decir la construcción desde abajo hacia arriba y que las ASIC fueron creadas para garantizar respuestas en función del modelo de atención integral, universal, equitativo y gratuito, desde la

salud individual, familiar, comunal y ambiental.

En el párrafo anterior se visualiza un elemento novedoso que es el tema ambiental, el tema ecológico en la construcción del SPNS y esto responde a la visión integral de la salud, los seres humanos son parte de la naturaleza, en ella viven y le deben protección a la Pachamama; en las ASIC se ejecutan actividades bajo la premisa de la determinación social de la salud, lo que se convierte en un elemento orientador de las políticas que se deben establecer en la construcción del SPNS, también se promueven las transformaciones necesarias para el buen vivir y la suprema felicidad social del pueblo.

El buen vivir es otro concepto que se incorpora, se relaciona con una filosofía de vida que nace de los pueblos originarios del sur de América Latina, sobre todo del área andina, en la que el ser humano es parte de la naturaleza, la armonía entre las poblaciones es fundamental en la salud y la vida. En el buen vivir se promueve la igualdad de oportunidades, la integración y la solidaridad; son enemigos de este el consumismo, el capitalismo y la guerra.

El Reglamento de Funcionamiento de las ASIC, publicado en la gaceta oficial 41.886 de mayo del año 2020, crea los Consejos de Dirección de las Áreas de Salud Integral Comunitaria como el espacio de

participación de los trabajadores y trabajadoras y del poder popular organizado en las estructuras de salud locales. En el consejo de dirección participan los directores o directoras del ASIC, las y los coordinadores de docencia, asistencia e investigación, coordinadoras o coordinadores de epidemiología e información en salud, las y los coordinadores de gestión administrativa, de aseguramiento y, esto es lo más novedoso, voceras y voceros de trabajadoras y trabajadores y voceras y voceros del poder popular.

Lo antes expresado resulta esencial porque por primera vez en el país se están incorporando formalmente, como parte de la dirección de la estructura básica del funcionamiento del SPNS, a voceros y voceras seleccionados en asambleas populares de los trabajadores y trabajadoras y en las asambleas comunitarias de base. Se considera que es una propuesta realmente decolonizadora que apunta a la nueva estructura en la construcción con la que soñamos, con participación activa y protagónica de trabajadores, trabajadoras y comunidades organizadas en las estructuras de dirección del sistema.

LÍNEAS ESTRATÉGICAS PARA LA CONSTRUCCIÓN DEL NUEVO SPNS INCLUIDAS EN LOS DOCUMENTOS

LEGALES Y ORIENTACIONES QUE CONTRIBUYEN Y APUNTALAN A LA DECOLONIALIDAD EN SALUD

1. En primer lugar, la construcción del sistema debe hacerse con y desde la base, de abajo hacia arriba. Históricamente los sistemas de salud se construyen siguiendo un modelo teórico desde la academia y los espacios burocráticos de salud, lugares donde se reúnen, se define y se instruye hacia los centros de salud y las comunidades, y esto es importante, pero para que realmente funcione el sistema, se considera que es fundamental que se realice con la participación popular, desde los espacios donde viven las personas, lugares en los que consultan o no al sistema de salud, en los que se tienen interrelaciones con otras organizaciones sociales e institucionales.

Es parte de este lineamiento, que el tema de la salud no se puede abordar únicamente desde el sistema de salud, sino de manera amplia, con todos los sectores que hacen vida en las ASIC, como las organizaciones encargadas del abasto de agua, saneamiento, vivienda, electricidad, el sistema educativo, entre otros.

2. El segundo elemento es la incorporación del Sistema de Misiones y Grandes Misiones Sociales del Estado que hacen vida en las comunidades (Misión Vivienda, Misión Robinson, Ribas, Sucre, Alimentación, entre otras), y la organización

político territorial de cada entidad federal. Las alcaldías y gobernaciones tienen mucho que hacer y que decir en la construcción del sistema de salud y deben formar parte de él desde lo local, bajo las directrices del Estado nacional, a través del Ministerio de Salud.

3. El tercer lineamiento es la territorialización de la atención, cada establecimiento de salud, consultorio popular, centro de diagnóstico integral, sala de rehabilitación integral, consultorio odontológico, óptica popular, clínica popular y hospital, debe tener su territorio social de atención claramente definido e interactuar en las organizaciones sociales comunitarias que hacen vida en ese espacio geográfico.

4. La promoción de la salud y el buen vivir es fundamental y prioritario para que las personas estén y se mantengan sanas. En el marco de la filosofía del buen vivir, los proyectos de vida colectivos deben impulsarse, con énfasis en los valores colectivos, los valores de defensa del territorio, de la Pachamama; somos parte de la naturaleza y se debe conservar para la vida presente y futura.

5. Otro lineamiento es la priorización de que debe otorgar a la prevención de enfermedades y accidentes prevalentes, todo lo que se realice en prevención es ganancia en salud para la población, son medidas de alto impacto y generalmente de menor costo.

6. El diagnóstico temprano, la atención restaurativa oportuna y accesible también son necesarias en el desarrollo del nuevo sistema; si bien es cierto que el énfasis fundamental debe hacerse en promoción y prevención, también es importante la atención a la enfermedad, mientras más temprano se hace el diagnóstico, menos complicaciones aparecen y la recuperación es generalmente más rápida.

7. La prevención y atención a la discapacidad y la rehabilitación de personas que hayan sufrido alguna enfermedad o accidente para su reinserción en la vida social, son de gran importancia en el sistema en construcción.

8. El sistema que se construye debe estar conectado orgánicamente en redes con los establecimientos prestadores de servicio de salud y se ha hecho alusión a la Red de Atención Comunal, de Atención Ambulatoria Especializada, Atención Hospitalaria y de Red de Emergencia, cuatro redes bien definidas que conforman el Sistema Público Nacional de Salud que deben estar conectadas entre sí y dentro de cada una de ellas, con sistemas accesibles y expeditos de referencia y contrarreferencia.

9. Es esencial continuar el énfasis en la integración progresiva en Un Solo Sistema, no puede haber prestadores públicos de salud fragmentados e independientes en cada entidad pública, estado o municipio como se ha mencionado en líneas previas.

10. Otro lineamiento es el Saneamiento Ambiental, visto desde una perspectiva mucho más amplia, relacionada con la protección del planeta, la protección de la ecología en aras de garantizar para todas las generaciones futuras un planeta con oxígeno, agua, alimentos, combatiendo el calentamiento global y la destrucción de la Amazonía y zonas naturales protegidas; estos elementos forman parte de la defensa integral de la vida en el planeta.

11. La regulación y el control sanitario también deben estar presentes en todos los establecimientos de salud y territorios donde se utilicen productos de uso y consumo humano, es deber del sistema de salud garantizar que sean inocuos para la vida de los seres humanos y de los seres vivos en general y evitar que dichos productos generen o agraven enfermedades preexistentes.

12. La docencia y la investigación deben estar presentes de forma rutinaria en los espacios y territorios donde se presten servicios de salud y donde viven las personas; la investigación como una actividad para conocer la realidad y transformarla en función del bien colectivo. La docencia debe estar orientada a la formación de trabajadores y trabajadoras de la salud éticos, con compromiso social y con conocimientos técnicos y sociales sólidos que les permitan desarrollar sus

funciones de forma gratuita, oportuna con calidad y con calidez en la atención.

13. La información oportuna y el análisis epidemiológico participativo es otro de los fundamentos de la construcción del nuevo sistema. La información es necesaria para conocer la realidad de salud de las personas, familias y comunidades, a través del análisis epidemiológico participativo. Se busca conocer y entender el proceso salud-enfermedad y generar un plan de acción para el abordaje de los procesos peligrosos desde la perspectiva de la determinación social de la salud y en conjunto con las comunidades organizadas.

14. La cultura del mantenimiento preventivo y correctivo de equipos e infraestructuras de salud son muy importantes en el Sistema para lograr el uso permanente de los servicios y evitar las interrupciones ocasionadas por el deterioro de estos.

15. Es necesaria la creación y consolidación de una poderosa red de producción, adquisición, almacenamiento, distribución y dispensación de medicamentos y otros insumos para la salud, de manera que lleguen en forma suficiente, oportuna y adecuada a quienes los necesitan; esta red debe estar debidamente sustentada en un sistema de informática que garantice agilidad y transparencia en los procesos.

16. El rescate de los protocolos de diagnóstico y tratamiento contruidos en

función de la necesidad real de la población, de lo que las investigaciones nacionales e internacionales serias señalan y no de lo que el mercado tecnológico y la industria de la salud establezca, ese poderoso complejo médico industrial capitalista con fines lucrativos alejado de las necesidades de la población. El intercambio de información, la relación médico-paciente, la semiología, la clínica, la entrevista, el escuchar la dolencia, la molestia, la razón por la cual el paciente acude al servicio de salud, tienen que ser lo más importante y no al revés, lo que debe orientar todo el uso de la tecnología es la relación médico paciente horizontal y con tiempo de calidad.

17. Finalmente y no menos importante, es la necesidad de garantizar un financiamiento adecuado y suficiente para el desarrollo de este sistema de salud universal, gratuito y de calidad; se ha propuesto la creación de un fondo único de salud, alimentado fundamentalmente con recursos fiscales, que le permita autonomía, agilidad y efectividad al sistema, bajo la supervisión y regulación del Estado.

INSTANCIAS FUNDAMENTALES DE ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN DEL SISTEMA DE SALUD QUE SE CONSTRUYE EN VENEZUELA

- La primera y la más importante es la relacionada con el Territorio Social Local,

es decir donde viven las personas y se relacionan con su comunidad; en este Territorio Social Local se encuentran, por parte de la infraestructura sanitaria, los Consultorios Populares, que son los establecimientos de salud más numerosos y cercanos a la población, que deben tener un equipo básico de salud integrado por médica o médico, enfermera o enfermero y promotor o promotora de salud y un territorio social plenamente definido e identificado que, además, cuenta con una o varias organizaciones sociales de salud, los comités de salud, que se vinculan orgánicamente con la instancia de organización social de base de mayor importancia y difusión, los Consejos Comunales.

Según la Ley Orgánica de los Consejos Comunales, publicada en Gaceta Oficial 39.335 del 28 de diciembre de 2009, estos son instancias de participación, articulación e integración entre los ciudadanos y 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 y proyectos orientados a responder a las necesidades, potencialidades y aspiraciones de las comunidades en la construcción del nuevo modelo de la sociedad socialista de igualdad, equidad y justicia social; la instancia más importante

de toma de decisiones en los Consejos Comunales es la Asamblea de Ciudadanas y Ciudadanos.

- La segunda instancia está relacionada con el territorio comunal, organizado en áreas de salud integral comunitaria, estas ASIC tienen en promedio 50 000 habitantes, desde la institucionalidad de salud se encuentran 10 a 20 consultorios populares, el centro diagnóstico integral, la sala de rehabilitación integral, consultorios odontológicos, ópticas populares, sala de parto de bajo riesgo, farmacia comunitarias entre otros; debe existir una emergencia 24 horas con camas de observación de corta estancia, sala de Rayos X, laboratorio clínico, ecosonografía y electrocardiografía. Las ASIC tienen un Consejo de Dirección en el que participan voceros o voceras de las comunidades organizadas y de los trabajadores y las trabajadoras de salud y, por otro lado, desde la organización popular tienen a las Comunas, que también poseen su instancia de organización de salud, el Comité de Gestión en Salud. Las Comunas se definen como una entidad local conformada por comunidades vecinas con una memoria histórica compartida, rasgos culturales que se reconocen en el territorio que ocupan, sobre el cual ejercen los principios de soberanía y participación protagónica como expresión del Poder Popular (Ley Orgánica de las Comunas, 2010).

- La tercera instancia se refiere al territorio de un estado o entidad federal, cada uno de ellos tiene un conjunto de ASIC que abarcan toda la entidad, tiene establecimientos en materia de salud en la Red Comunal, la Red Ambulatoria Especializada y la Red Hospitalaria, así como existen organizaciones sociales de participación que en el caso de salud son los Consejos de Salud Estadales, con vocería del poder popular y los Estados Mayores de Salud de cada entidad, con vocerías del poder popular y vocerías de los trabajadores y trabajadoras de la salud.

Estas instancias de participación están menos desarrolladas en el país. Los Estados Mayores de Salud de cada entidad federal son la máxima instancia de coordinación y ejecución de las políticas públicas de salud de esa entidad, les corresponde discutir y ejecutar los lineamientos de salud emanados desde el Ministerio e incorporar nuevas acciones y estrategias que surjan del análisis de la situación epidemiológica y social local. Al Estado Mayor de Salud estatal se incorporan todos los actores relacionados con la salud pública de esa entidad y los voceros y voceras de los y las trabajadoras y las comunidades organizadas, según se aprobó en el Congreso Revolucionario de la Salud realizado en Caracas en agosto del año 2018 y que contó con la participación

de más de 600 participantes de los sectores sociales y de salud del país.

- La cuarta instancia se corresponde con todo el territorio nacional, donde la institucionalidad en salud es la sede central del Ministerio del Poder Popular para la Salud, ente rector y coordinador de las políticas en materia de salud. El Ministerio debe tener un Consejo Nacional de Salud con participación de las 24 entidades y vocerías del poder popular y de los trabajadores y trabajadoras de la salud, así como un Estado Mayor de Salud Nacional que agrupe a los prestadores públicos de salud y debe incorporar vocerías de los trabajadores trabajadoras y las comunidades organizadas. La instancia nacional de participación popular en salud aún no está constituida, pero forma parte fundamental de la construcción progresiva y colectiva del SPNS.

NUDOS CRÍTICOS PARA EL AVANCE EN LA CONSTRUCCIÓN DEL SPNS

Dentro de las circunstancias y condiciones que dificultan el avance en la construcción del SPNS y que se consideran, desde la opinión del autor, elementos de la colonialidad en salud, se encuentran, en primer lugar y sin lugar a dudas, las medidas coercitivas unilaterales y el bloqueo financiero y económico impuestos por el gobierno de los Estados

Unidos Norteamérica y sus lacayos en el mundo.

Esto ha generado en el país una situación, quizás la más difícil y compleja de los últimos años, muestra evidente de colonialismo más que de colonialidad o como se ha llamado anteriormente, neocolonialismo, porque una nación y un gobierno poderoso como el de Estados Unidos de Norteamérica que se atribuye a sí mismo la potestad de “sancionar” a otro país soberano como Venezuela y recomendar el bloqueo de todas las cuentas bancarias internacionales del gobierno legítimo venezolano y anunciar sanciones para las empresas norteamericanas y de sus países aliados para evitar que realicen transacciones comerciales con el gobierno de la República Bolivariana de Venezuela es una acción criminal contra todo el pueblo venezolano.

Esta posición se ha señalado como un delito de lesa humanidad por las terribles consecuencias que ha tenido para el pueblo en términos de desabastecimiento de productos de primera necesidad, alimentos, medicamentos, insumos para la salud, repuestos de equipos médicos, entre muchos otros que el gobierno venezolano compraba en el exterior, principalmente en Norteamérica y Europa, y que con el bloqueo de cuentas bancarias y sanciones se vio imposibilitado de adquirir. Se pueden contar por miles los afectados y hasta

fallecidos como consecuencia de este terrible atropello.

Desde el Ministerio del Poder Popular para la Salud se ha tenido que enfrentar esta situación, con la imposibilidad de ejecutar recursos que tiene el Estado Venezolano en sus cuentas internacionales bloqueadas para la compra de vacunas, antibióticos, marcapasos, medicamentos de alto costo como los de oncología, diálisis, trasplantes, equipos de salud, entre otros, como consecuencias de lo antes descrito reaparecieron en el país brotes de enfermedades inmunoprevenibles que estaban controladas como sarampión y difteria, incremento desproporcionado de casos y muertes por malaria, mortalidad materna, mortalidad infantil, pacientes con requerimientos de trasplante de médula ósea y trasplante hepático, entre muchos otros.

Esta actitud inhumana se hizo mucho más visible con la aparición de la pandemia de la covid-19 y las dificultades que se tuvo para la adquisición de insumos, tratamientos, equipamientos para las terapias intensivas y la adquisición de vacunas; el gobierno nacional se vio en la necesidad de fortalecer vínculos comerciales con otros países como China, Rusia, Irán e India, a pesar de las dificultades para honrar los compromisos económicos, y por otra parte, se recibió la cooperación de organismos internacionales

como la Organización Panamericana de la Salud y los del Sistema de Naciones Unidas (Organización Mundial de la Salud, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y el Fondo de Población de las Naciones Unidas), con cuyo apoyo y las nuevas estrategias con países amigos se logró garantizar la atención a muchas de estas situaciones y revertir los indicadores de salud afectados; sin embargo, las medidas coercitivas unilaterales se mantienen.

Otro elemento de la colonialidad en salud en Venezuela es la persistencia de la visión curativista, hospitalaria de la salud en muchos trabajadores y trabajadoras del sector y hasta de las organizaciones sociales, a pesar de los esfuerzos hechos por el Gobierno Bolivariano. Muchos de ellos piensan o sienten que lo más importante de la acción en salud es la curación, la acción hospitalaria, así como múltiples organizaciones sociales visualizan la salud como el acceso a la atención de la enfermedad.

Si se quiere trascender en la concepción de salud constituye una exigencia efectuar un cambio importante, sustantivo y comunicacional para que tanto los trabajadores y trabajadoras de la salud como las organizaciones sociales discutan y concienticen que lo básico en salud es la promoción y la prevención, que se discuta acerca de la determinación social de la

salud y de las acciones que se deben implementar para alcanzar una verdadera salud integral para todas y todos. Eso lleva a plantear una tarea permanente, constante a través de los medios de comunicación y, sobre todo, contrarrestar los efectos del sistema capitalista que aún sigue imperante en el país, es una obligación luchar por los intereses del colectivo.

También es trascendental revisar la visión médico-céntrica en la formación de los equipos de salud, se viene arrastrando de épocas anteriores e incluso de países amigos y aliados, es la visión que el médico o la médica constituyen el centro o la figura más importante de los equipos de salud, lo que limita muchas acciones y muchas propuestas desde el sector salud en las comunidades. Se está en el momento ideal para trabajar la importancia del equipo de salud completo, sin restarle, por supuesto, a la acción del médico y la médica que tienen un papel relevante en el equipo, pero otorgarle más connotación al papel del resto de los integrantes del equipo básico de salud.

Resulta fundamental resaltar el papel de la promotora o el promotor de salud, generar políticas para la formación y el acompañamiento de estos trabajadores y trabajadoras que se dedican a la promoción; el trabajo de los promotores y promotoras es posiblemente el más importante en materia de impulsar que la

población esté y se mantenga sana, el trabajo del promotor o promotora es en la comunidad, no se realiza en el consultorio popular. En la medida que los y las promotoras estén mejor formados existen más posibilidades que llegue a toda la población la discusión y la concientización de la importancia de la promoción y la prevención.

Se debe superar la visión que forma parte de la colonialidad del poder y el saber, del médico como figura más relevante e importante dentro del equipo de salud, todas y todos ocupan un papel en salud, ¿o es que no puede haber salud sin médico?, se deja esta interrogante para la reflexión.

Un elemento particular de la colonialidad del poder (Dussel, 1994) es el temor abierto u oculto del poder constituido en salud, llámese ministros, viceministros, directores generales, directores de línea, autoridades de salud de las entidades federales, directores de ASIC y directores de centros de salud, de compartir decisiones con las voceras y voceros del poder popular organizado; esto se refleja en el poco estímulo en acompañar y convocar las vocerías populares en los espacios de participación. Se deben rescatar los saberes ancestrales en salud y dar cumplimiento al mandato constitucional de estimular y facilitar la participación del Poder Popular en todas las instancias de decisión en salud.

En el caso de la formación de nuevos profesionales y técnicos de salud, particularmente a los que están formados o en formación en la Universidad de las Ciencias de la Salud Hugo Chávez Frías. Un elemento de la colonialidad del saber (Ortiz et al., 2018) se expresa en la tendencia a la descalificación de las capacidades técnicas y cognitivas de los mismos, esta se expresa en las limitaciones impuestas por especialistas, jefes de servicios y hasta algunos directores y directoras de centros asistenciales de no facilitar y hasta impedir la rotación práctica de los estudiantes en los hospitales públicos del país, incluso los dependientes del Ministerio de Salud, así como la exclusión para el ingreso a la formación en muchos postgrados.

Lo cierto es que cada vez son más los estudiantes formados bajo esta novedosa modalidad con la salud como derecho, con compromiso social y ético con las comunidades y con la participación comunal en salud, situación que pone en riesgo los espacios de poder ejercidos por egresados de las universidades que históricamente han formado trabajadores de la salud con una visión mercantilista, muchos de los cuales emigran del país apenas egresan; esta colonialidad incluso trasciende hasta algunos estudiantes que se forman en la Universidad de las Ciencias de la Salud, en su mayoría provenientes de sectores

populares y postulados por los movimientos sociales de salud de su comunidad, que muchas veces se ven influenciados por esas descalificaciones, de forma tal que los lleva a renegar su origen social y su casa de estudios.

Un último elemento al que se hará referencia en materia de nudos críticos para la construcción del sistema, vinculado posiblemente a la colonialidad del poder, está en la discontinuidad en los procesos transformadores iniciados desde las instancias de salud cuando se producen cambios de autoridades. Si se están generando políticas construidas de manera colectiva con la participación de todas y todos y bajo los lineamientos constitucionales y del Plan de Desarrollo Económico y Social de la Nación, el Plan de la Patria, es importante que las nuevas personas que se incorporen a dirigir las políticas de salud del país desde el nivel central, den continuidad a lo que se ha avanzado.

En diferentes períodos se han tenido algunos retrocesos o estancamiento de los avances relacionados con esa falta de continuidad, es un tema que se debe trabajar a lo interno, pero que es esencial identificar porque, efectivamente, forma parte de las limitaciones para el avance, es necesario formar a los cuadros que van a asumir responsabilidades dentro de las direcciones estatales de salud y a nivel

nacional, porque es la única manera de garantizar la continuidad y que no se detengan los procesos.

ALGUNAS PROPUESTAS QUE PODRÍAN CONTRIBUIR A ACELERAR LA CONSTRUCCIÓN DEL SPNS

En primer lugar, resulta básico señalar la necesidad de profundizar en la exigencia de un levantamiento inmediato de las medidas coercitivas unilaterales y el bloqueo criminal contra la población venezolana, tanto a nivel nacional como internacional. Debe realizarse una campaña permanente por los medios y con los aliados, una campaña informativa en las embajadas, consulados, para que la población comprenda que existe afectación de la población general con estas sanciones impuestas por el Gobierno Norteamericano y seguido por sus lacayos en el mundo, es una tarea fundamental a desarrollarse de manera diaria, cada quien debe contribuir en esta impostergable tarea.

Una segunda propuesta implica la incorporación de la formación en materia de colonialidad/decolonialidad y modernidad en los programas de formación del sistema educativo nacional en escuelas, liceos y las universidades (Ortiz et al., 2018), esto debe hacerse a través de medios formales y alternativos de comunicación. Los y las estudiantes y docentes, así como la población en general deben saber y

entender a qué se le llama colonialidad y decolonialidad, qué relación tiene la colonialidad con la modernidad y cómo afecta eso la vida del país y en particular a la salud; estos elementos tienen que ser del dominio cotidiano de la población para sumar esfuerzos en el combate de la colonialidad que tanto afecta a la salud del pueblo,

También como propuesta, se debe identificar con el poder popular organizado, los estudiantes, los docentes y las comunas, los elementos cotidianos de la modernidad-colonialidad y trabajar en su análisis crítico y desmontaje. Es fundamental que la población general, los estudiantes, docentes, mujeres y hombres se empapen, conozcan, entiendan y difundan el tema de la colonialidad en salud, de tal manera que no se repitan modelos que hacen daño al crecimiento de Sistema de Salud en Venezuela.

Por último, es importante la recomendación de utilizar el método Chávez para la información, formación, difusión de estos nuevos conceptos; se debe hacer énfasis en que los líderes, lideresas, docentes y líderes comunales, plasmen con palabras sencillas y ejemplos cotidianos el significado de esta nueva categoría de análisis de la realidad para la transformación necesaria. Una de las genialidades del Comandante Chávez era transformar en palabras sencillas y

ejemplos cotidianos los conceptos más complejos del análisis social, político y económico nacional y mundial, simplificar los conceptos para que todas y todos lo puedan entender es una tarea urgente.

Conclusiones:

Con el triunfo en las elecciones presidenciales del Comandante Hugo Rafael Chávez Frías, en 1998, y un año después la promulgación de la nueva constitución de la República Bolivariana de Venezuela, comienzan las transformaciones de la política de salud, con un carácter popular, antiimperialista y decolonial. El primer hecho resaltante fue el freno a las leyes neoliberales de salud y seguridad social, así como de las iniciativas privatizadoras. Se establecieron las líneas fundamentales para la construcción del Sistema Público Nacional de Salud, en el año 2000 se implementa el Modelo de Atención Integral y en el año el año 2003 nace la Misión Barrio Adentro. Se formula el Plan Nacional de Formación de Talento Humano, orientada hacia la salud como derecho social fundamental. En los años siguientes se continuó avanzando en la producción de las bases normativas y programáticas del nuevo SPNS.

En la actualidad se cuenta con el Plan de la Patria 2025 es el Plan de Desarrollo Económico y Social de la Nación del periodo 2019-2025, que plantea como objetivo asegurar la salud y la participación

popular en el Sistema Público Nacional de Salud. El 15 de enero del año 2019 se publicó el decreto de creación de las ASIC como la unidad básica de integración y unificación del SPNS desde el nivel comunal.

Se han elaborado las líneas estratégicas para la construcción del nuevo SPNS incluidas en los documentos legales y orientaciones que contribuyen y apuntalan a la decolonialidad en salud, asimismo se han establecido las instancias fundamentales de organización y gestión del sistema de salud que se construye en Venezuela a partir de la organización comunal.

Se han presentado algunas propuestas que podrían contribuir a acelerar la construcción del SPNS, en primer lugar, es urgente la exigencia de un levantamiento inmediato de las medidas coercitivas unilaterales y el bloqueo criminal contra la población venezolana. Una segunda propuesta implica la incorporación de la formación en materia de colonialidad/decolonialidad y modernidad en los programas de formación del sistema educativo nacional.

Los líderes, lideresas, docentes y líderes comunales deben plasmar con palabras sencillas y ejemplos cotidianos el significado de esta nueva categoría de análisis de la realidad para la transformación necesaria. Una de las genialidades del Comandante Chávez era

transformar en palabras sencillas y ejemplos cotidianos los conceptos más complejos del análisis social, político y económico nacional y mundial.

Se han identificado los siguientes nudos críticos para el avance en la construcción del SPNS: persistencia de la visión curativista y hospitalaria de la salud en muchos trabajadores y trabajadoras del sector y hasta de las organizaciones sociales; visión médico-céntrica en la formación de los equipos de salud, que forma parte de la colonialidad del poder y el saber del médico como figura más relevante e importante dentro del equipo de salud; temor abierto u oculto del poder constituido en salud de compartir decisiones con las voceras y voceros del poder popular organizado; poca valoración de los saberes ancestrales en salud y discontinuidad en los procesos transformadores iniciados desde las instancias de salud cuando se producen cambios de autoridades.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alvarado, C.H., Martínez, M.E., Vivas-Martínez, S, Gutiérrez, N.J. y Metzger, W. (2008). Cambio social y política de salud en Venezuela. *Medicina Social*, 3(2),113-129. <https://www.medicinasocial.info/index.php/medicinasocial/article/view/202/421>
- Armada, F., Muntaner, C. y Navarro V. (2001). Health and social security reforms in Latin America: the convergence of the World Health Organization, the World Bank, and transnational corporations. *Int J Health Serv.*, 31(4),729-68. <http://www.individual.utoronto.ca/cmuntaner/publications/2001/2001ArmadaIJHealthServ.pdf>
- Dussel, E. (1994). El encubrimiento del otro: hacia el origen del mito de la modernidad. La Paz: UMSA. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación Plural Editores. <http://bibliots.trabajosocial.unlp.edu.ar/meran/opac-detail.pl?id1=4902>
- Garrido Ramos, B. (2015). Colonialismo, Colonialidad y Modernidad. *ArtyHum: Revista Digital de Artes y Humanidades*, (8),68-80. https://www.researchgate.net/publication/296077719_COLONIALISMO_COLONIALIDAD_Y_MODERNIDAD_ArtyHum_Revista_Digital_de_Artes_y_Humanidades_seccion_de_Cultura_ISSN_2341-4898_n_8_Vigo_2015_pp_68-80
- Homedes, N, y Ugalde A. (2005). Why neoliberal health reform have failed in Latin America. *Health Policy.*, 71(1),83-96. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0168851004001174?via%3Dihub>
- Ley Orgánica de las Comunas. (2010). Asamblea Nacional de Venezuela, Gaceta Oficial Extraordinaria No. 6.011. <http://sencamer.gob.ve/sites/default/files/pdf/LeyOrganicadelasComuna.pdf>
- Ortiz, A., Arias M.I. y | Z. (2018). Decolonialidad de la educación. Emergencia/Urgencia de una pedagogía decolonial. Santa Marta: Editorial UniMagdalena. https://www.researchgate.net/publication/325731644_Decolonialidad_de_la_educacion_EmergenciaUrgencia_de_una_pedagogia_decolonial
- Proyecto Nacional Simón Bolívar, Tercer Plan Socialista de Desarrollo Económico y Social de la Nación 2019-2025. (2019). Asamblea Nacional de Venezuela, Gaceta Oficial Extraordinaria No. 6.446. https://observatorioplanificacion.cepal.org/sites/default/files/plan/files/Venezuela_Plan%20de%20la%20Patria%202019-2025%20%282019%29.pdf