



**LA PROMOCIÓN DE SALUD EN EL SISTEMA PÚBLICO
NACIONAL DE SALUD VENEZOLANO ENTRE 1999-2013**
**Health promotion in the Venezuelan National
Public Health System 1999-2013**

AUTORA

Amarylis Josefina Adrián Brazón ¹

¹ Socióloga, Magister en Ciencias Gerenciales, Especialista en Gestión en Salud Pública, Especialista en Dinámicas de Grupo, Directora de Aplicación de la DGCASC de la Universidad de las Ciencias de la Salud “Hugo Chávez Frías”, Caracas, Venezuela, abrazon29ucs@gmail.com, <https://orcid.org/0009-0007-5668-6004>

Autor para correspondencia: Amarylis Josefina Adrián Brazón, abrazon29ucs@gmail.com

RESUMEN

Fundamentación: la promoción de salud centra sus fundamentos en otorgar autonomía individual y colectiva a la ciudadanía para el control de su proceso de salud-enfermedad, con capacidad de actuar sobre los determinantes sociales que inciden en sus condiciones de vida.

Objetivo: analizar la adopción de las prácticas de la promoción para la salud en el marco de la nueva institucionalidad del Sistema Público Nacional de Salud en el período comprendido entre 1999-2013.

Método: se procedió a la búsqueda de información, bibliografías en internet y a la revisión de documentos políticos y jurídicos. El método de análisis documental facilitó el estudio de la promoción de salud en los modelos de salud pública.

Resultados: se presenta un análisis del conjunto de procedimientos lógicos, tecno-operacionales

con los que se implementaron los diferentes modelos de salud desde el inicio del gobierno bolivariano a partir del año 1999 hasta el año 2013. En el proceso de construcción de la nueva institucionalidad sanitaria, a partir del año 1999, la promoción de salud presentó altibajos aun cuando estuvo presente en los diseños de la política de salud.

Conclusiones: el ministerio rector de salud realizó esfuerzos para priorizar en los diseños e implementación de los diferentes modelos de salud a la promoción de la salud como estrategia trascendental en el marco de la construcción de la política y como medio para impactar positivamente en las condiciones y calidad de vida de la población.

Palabras clave: Promoción de la salud, políticas de salud pública, modelos de atención de salud, determinantes sociales.

ABSTRACT

Rationale: health promotion focuses its foundations on granting individual and collective autonomy to citizens to control their health-disease process, with the capacity to act on the social determinants that affect their living conditions.

Objective: to analyze the adoption of health promotion practices within the framework of the new institutional framework of the National Public Health System in the period 1999-2013.

Method: a search for information, bibliographies on the Internet and a review of political and legal documents were carried out. The documentary analysis method facilitated the study of health promotion in public health models.

Results: an analysis of the set of logical, technological procedures with which the different health models were implemented from the beginning of the Bolivarian government from 1999 to 2013 is presented. In the process of construction of the new health institutionalism, from 1999 onwards, health promotion presented ups and downs even though it was present in the designs of the health policy.

Conclusions: the Ministry of Health made efforts to prioritize health promotion in the design and implementation of the different health models as a transcendental strategy in the framework of the construction of the policy and as a means to positively impact the conditions and quality of life of the population.

Key words: Health promotion, public health policies, health care models, social determinants.

INTRODUCCIÓN

El no haber alcanzado los resultados esperados en salud con la práctica médica biologicista, hizo que emergiese, aproximadamente a partir de los años 60 (siglo XX) y en varias partes del mundo occidental, un pensamiento crítico al modelo imperante, orientado hacia la revalorización de las dimensiones sociales y culturales determinantes del proceso salud-enfermedad, sobrepasando el enfoque exclusivo de combatir la enfermedad solamente después de su aparición (Carvalho & Marchiori, 2012).

Este pensamiento crítico tuvo su expresión más organizada en el llamado movimiento de la promoción de salud que, inspirado en la reforma del sistema canadiense a partir de los postulados establecidos por Lalonde (Expósito-Duque et al., 2024), logró consolidarse a partir de la 1ª Conferencia Internacional de Promoción de Salud, realizada en Ottawa, Canadá, en 1986 (Organización Mundial de la Salud [OMS], 1986).

En esta carta se establece que la promoción de salud es la preparación que tiene la comunidad para intervenir en la mejora de su calidad de vida y salud, al hacerse partícipe

en el control de ese proceso (Ministerio de Salud Brasil, 2021), y al destacar sus roles de defensa o abogacía de la causa de la salud, de la capacitación individual y social de esta y de la mediación entre los diversos sectores involucrados. Para ello, estableció cinco campos de acción: -la elaboración e implementación de políticas públicas saludables, -la creación de ambientes favorables a la salud, -el refuerzo de la acción comunitaria, -el desarrollo de habilidades personales y -la reorientación del sistema de salud (OMS, 1986).

La promoción de salud, entendida desde lo planteado en la Declaración de Alta Ata, 1978, como un principio para abordar y reivindicar el carácter anticipatorio y preventivo de la acción sanitaria y abogar por la desmedicalización de la salud pública (Organización Panamericana de la Salud, 1978), fue reafirmada y profundizada en la Carta de Ottawa del año 1986 (OMS, 1986). e incorporada paulatinamente en los sistemas de atención médica del mundo.

Particularmente, Venezuela, a partir de la aprobación en el año 1999 de la Constitución de la República, asume a la promoción de salud como una línea política de derecho social y, por lo tanto, obligación del Estado garantizarla y hacerla sostenible en el sistema de salud pública mediante su inclusión en los diferentes modelos de atención de salud, entre ellos: Plan de la Patria (Proyecto Simón Bolívar 2013-2019),

Modelo de Atención Integral (MAI), Plan Estratégico Social (PES), Misión Barrio Adentro (MBA); Plan de la Patria Salud (2008-2013-2019), reglamentos y resoluciones del máximo ente rector de la salud (MPPS) y como una manera de dar respuestas oportunas y eficientes en las áreas esenciales de la vida humana (educación, alimentación, ambientes saludables, servicios públicos de salud, justicia social y otros).

El siguiente artículo tiene como objetivo analizar la adopción de las prácticas de la promoción de salud en el marco de la nueva institucionalidad del Sistema Público Nacional de Salud en el período comprendido entre los años 1999 y 2013, con el objeto de examinar y contextualizar su relación e incorporación en el pensamiento político-estratégico de los diseños de la política de salud pública.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio cualitativo en el que se efectuaron búsquedas bibliográficas mediante buscadores especializados y con el uso de los descriptores de Ciencias de la Salud. La selección de los documentos utilizados no tuvo en cuenta la fecha de publicación, sino que aportaran información relevante acerca del tema objeto de estudio. Los métodos analítico-sintético, inductivo-deductivo y el histórico-lógico, así como el método empírico análisis documental,

permitieron el estudio de las prácticas de la promoción de salud en los modelos de salud pública durante la revisión de documentos políticos y jurídicos. Se tuvieron en cuenta los aspectos éticos para este tipo de estudio.

DESARROLLO

La salud se debe entender como una realidad social compleja y como un proceso social-político y no circunscrita solo a una atención médica reparativa (Aliaga, 2003). Esta consideración es clave y relevante al momento de iniciar el abordaje de lo que significa la promoción de salud, lo que supera su concepción de estado abstracto por la de un medio para llegar a un fin -como un recurso que permite a las personas llevar una vida individual, social y económicamente productiva-. Así, la salud resulta un recurso para la vida diaria, no el objetivo de la vida.

A partir de esta premisa, la salud, entendida como derecho social, no significa únicamente proveer de servicios asistenciales a la población, sino valorar lo social desde la acepción de derechos legítimos universalmente reconocidos, en los que la población tiene un papel protagónico, activo y es corresponsable en la toma de decisiones de las políticas públicas de su salud, la de su familia, la de su comunidad y la de su entorno. Entendida de esta manera, lograr salud significa haber alcanzado oportunidades equitativas de

calidad de vida, en alimentación, vestido, vivienda, educación y los demás derechos sociales fundamentales, por lo tanto, los ámbitos de la salud y la calidad de vida son complementarios y se superponen a los determinantes sociales, centros de atención de la promoción de la salud como estrategia de las políticas de salud.

Basada en las determinaciones sociales y culturales del proceso salud-enfermedad y en la necesidad de estrategias para mejorar la salud, asentadas en acciones más allá de las médico-asistenciales, permitió la adopción de nuevas prácticas, tanto en el campo de la intersectorialidad como en el campo de la educación y movilización por cambios de comportamientos. La promoción de salud como campo conceptual de prácticas y como estrategia política, se desarrolló en una secuencia de conferencias internacionales, por consiguiente, sus planteamientos fueron ampliamente divulgados y gradualmente asumidos por los gobiernos, formuladores y decisores de políticas públicas vinculados con el sector de salud.

Es así como la revisión y análisis de la promoción de salud desde la concepción y enfoque de los modelos de salud del gobierno bolivariano durante el período analizado (1999-2013) reveló limitadas referencias de estudio, sin embargo, entre los hallazgos se encontró que, un estudio sobre "Algunos apuntes de la historia de la

salud y educación médica venezolana”, realizado por Del Cerro y Cruz (2010) muestra las fases por las que ha atravesado la evolución de la Salud y Educación Médica Venezolana, desde la etapa pre-petrolera hasta la aprobación de la Constitución Bolivariana de la República de Venezuela en el año 1999 (Asamblea Nacional Constituyente, 1999). Con prevalencia de una concepción de salud sustentada en un modelo curativo hospitalario, en menoscabo de estrategias preventiva y de atención primaria.

De la misma forma, Bonvecchio et al. (2011) desarrollan una investigación en la que describen el Sistema de Salud de Venezuela desde la aprobación de la Constitución de 1999, en la que se plantean la creación de un Sistema Público Nacional de Salud cuya punta de lanza es el programa Barrio Adentro desde el que se contemplan acciones de promoción y prevención para toda la red de atención de salud: ambulatoria, diagnóstica, hospitalaria y de rehabilitación.

Por su parte, Flores (2009) realizó un estudio sobre el Plan Nacional de Salud y la Historia de la Salud Pública Venezolana, en el que resalta la importancia histórica de la salubridad en el siglo XIX y comienzo del XX. Sostiene que la salud pública venezolana se ha desarrollado históricamente sobre tres ejes de conflicto: a) La salud como derecho universal versus la salud como beneficencia

y asistencialismo, b) La atención de la salud como bien público y responsabilidad del Estado versus la atención de salud como bien privado y responsabilidad individual según las capacidades y c) La salud pública integral, que incluye promoción, prevención y recuperación de la salud versus las concepciones reduccionistas de la salud pública restringida a la prevención y control de algunos de los problemas sanitarios que relegan la recuperación a lo privado.

No obstante, en la indagación sobre la discusión de las actuaciones realizadas por el gobierno bolivariano con respecto a la promoción de salud, se encontró que las explicaciones sobre la causalidad de los fenómenos de la salud y sus formas de intervención se desplazan desde la perspectiva biologicista hacia modelos protectores de corte psico-social, económico y ecológico, que permiten explicar la presencia de formas específicas de vivir, de enfermar y de morir para cada sociedad. Junto a estos desplazamientos la promoción de salud ha venido ganando espacio, no sólo dentro del sector de la salud, sino en otras áreas de la actividad pública, en particular las de tipo social, por sus incidencias en el proceso salud-enfermedad y por la posibilidad que ofrecen de mantener y mejorar la salud.

Esta concepción de la promoción de salud apuesta a largo plazo por la construcción colectiva de una cultura de la

salud, orientada al desarrollo de una población organizada, empoderada con plena autonomía y capaz de ejercer control sobre los determinantes sociales que inciden en sus condiciones y calidad de vida. Este manifiesto se adhiere con los establecidos en la Carta Magna de la República Bolivariana de Venezuela, aprobada en año 1999 (Asamblea Nacional Constituyente, 1999), toda vez que establece los pilares para la creación de un sistema de salud sustentando en el diseño de una política enfocada a la promoción de salud en conjunto con la participación de la comunidad organizada, como pilar fundamental y con derecho a la toma de decisiones en la planificación, ejecución y control en las instituciones públicas de salud.

Con la Constitución de la República como máximo instrumento y código fundamental, el Estado venezolano asume el compromiso de garantizar condiciones favorables que aseguren el derecho a la vida y a la salud, cimentado en los principios de universalidad, equidad y resguardo de los derechos sociales, en el marco de un Estado democrático y social de derecho y de justicia. Es por ello que conocer las bases en las que se asienta la promoción de salud pasa por la comprensión de los planteamientos de los diferentes diseños políticos de salud emprendidos en el marco de la nueva institucionalidad sanitaria, generados

durante el período analizado (1999-2013).

Los conceptos, preceptos y principios fundamentales de promoción de salud, desarrollados en las diferentes Conferencias Internacionales, permitió revisar y analizar la inserción de la promoción de salud desde las perspectivas de los diseños de políticas de salud llevadas a través del ente rector de la salud del país.

Al respecto, es importante destacar que los tiempos finales de la década de los años 90 representó para Venezuela el inicio de un nuevo orden. Se instauró un nuevo pensamiento estratégico en las políticas públicas, en particular en el sector de salud. La naciente Constitución sostiene aspectos fundamentales de la organización del Estado y la sociedad, la forma de relacionarse con los ciudadanos y el papel en el desarrollo de los derechos y deberes humanos y sociales, en particular en la promoción de salud, defensa y recuperación de la salud (Asamblea Nacional Constituyente, 1999).

Desde el año 1999 se instituyó en Venezuela un proceso de transición política, jurídica, económica y social, con el propósito de poner en marcha un nuevo modelo de desarrollo con el que se fortaleciera un sistema democrático de derechos y justicia social, y se consolidara una economía diversificada y eficiente en medio de la globalización. La transición política permitió la elaboración de la nueva Constitución de la República Bolivariana de Venezuela y el

inicio de la reestructuración del Estado (Informe Venezuela, 2002).

Sobre las bases de estas atribuciones, se consideró a la promoción de salud y la participación ciudadana fundamentales en la construcción del nuevo orden institucional y social. Con miras a responder a este referente, el ministerio de salud concibe como política un modelo de atención de salud, conocido como “Modelo de Atención Integral (MAI)”, el cual, se implementó en todo el territorio nacional (Ministerio de Salud y Desarrollo Social, 2000). Este modelo contempló, como tema prioritario, las actividades relacionadas con la promoción de salud; sostuvo que en ella se incluye todo tipo de acciones educativas individuales y colectivas, el fomento de los factores protectores de la salud y la reducción de los factores de riesgos, así como la organización de grupos sociales de autoayuda y desarrollo comunitarios (Ministerio de Salud y Desarrollo Social, 2001).

Sin embargo, la deuda sanitaria heredada junto el debilitamiento del sistema de salud por políticas desacertadas de décadas y gobiernos anteriores, requirió de respuestas concretas que satisficieran las necesidades de atención médica de la población. Esta situación provocó que el carácter de integralidad del MAI se resquebrara, y las acciones de promoción y hasta las de

prevención quedaron diluidas dentro del campus de atención médica.

Es así como las autoridades sanitarias se plantearon una nueva alternativa basada en una política más integral, que traspasara el límite de la reorganización de los servicios de salud y ofreciera a la población una atención holística que responda a sus necesidades de salud. En virtud de ello se inició el diseño de un nuevo pensamiento estratégico en aras de una política pública por la calidad de vida y la salud que diera repuestas y se adecuara a las nuevas realidades sociales del país y a los principios y disposiciones de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, aprobada en 1999.

A partir de este momento se estableció como instrumento de planificación de la política de salud, el Plan Estratégico Social (PES), dirigido a impactar en la calidad de vida desde una perspectiva de derechos y equidad (Ministerio de Salud y Desarrollo Social, 2021; De Negri Filho, 2002). El PES sostuvo que la construcción de las políticas públicas de derechos y equidad en salud debe valorarse desde una perspectiva de calidad de vida que configure la promoción de salud, entendida como el “gran paraguas” bajo el cual confluyen las demás acciones de salud.

Se concibió la estrategia promocional de calidad de vida y salud como un concepto

integrador de las necesidades humanas que moviliza energías, recursos y esfuerzos efectivos y alcanzables en el futuro que rompe con las concepciones fragmentadas y parciales de la realidad social y desarrolla un enfoque continuo de vida y de sus determinaciones sociales en todas las etapas, procesos y contextos. Se pretende la construcción de una nueva institucionalidad pública comprometida con la transformación de los patrones de calidad de vida de la sociedad y que, permita generar respuestas regulares, suficientes, integrales y equitativas, a través de las redes públicas y solidaridad social.

De esta manera, la estrategia promocional se comporta como el “gran paraguas” que impacta en el reordenamiento de las acciones, lo que genera convergencia de respuestas dirigidas a combatir todas aquellas causas que comprometan, obstaculicen o provoquen pérdida de autonomía o de las potencialidades (De Negri Filho, 2002). En esta línea de pensamiento, se manejó una concepción de promoción de salud elevada en su justa dimensión, entendida como estrategia que reorienta y direcciona a cada uno de los sectores sociales; toda vez que se sustenta en el imperativo de la integralidad e intersectorialidad.

Con el PES se pretendió abordar el tema de la salud desde la configuración de los determinantes sociales, por lo que cada

sector con responsabilidad de ofrecer respuestas en los asuntos sociales requería del encuentro institucional para mancomunar esfuerzos, recursos y establecer agendas comunes de actuación.

Respondía este imperativo con lo establecido en la Carta de Ottawa del año 1986 (Organización Mundial de la Salud, 1986), cuya prerrogativa sostiene que el sector salud debe estar en contacto permanente y de calidad con los diferentes sectores, en particular relación con los hacedores de las políticas públicas. Posición que fue reafirmada años más tarde en la Carta de Adelaida del año 1988, (Organización Mundial de la Salud, Gobierno del Sur de Australia, 1988) en la que se estableció los compromisos políticos con la salud en todos los sectores y, posteriormente, en la Declaración de Yakarta del año 1997 (Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, 1997), con la priorización de la promoción, de la responsabilidad social por la salud y con la necesidad de expandir y consolidar alianzas por la salud.

Sin embargo, el PES, como pensamiento político, requirió de tiempo para su asimilación, difusión e implementación en todos los niveles de la organización sanitaria. Su aplicación ameritó de voluntades técnicos-políticos y cognitivas, por cuanto, la aceptación, manejo e

implementación de la salud desde la concepción de la promoción de salud y calidad de vida no fue tarea fácil en una organización sanitaria que privilegió el enfoque médico-biologicista por décadas. Se aúna a ello los acontecimientos de orden político-partidista que ocurrieron en el país y que exigían respuestas más concretas en materia de atención médica sanitaria.

Efectivamente, la realidad política imperante en el país causó que este pensamiento estratégico no llegara a concretarse y quedó sólo en la fase de formulación y capacitación del talento humano a nivel nacional. Venezuela vivió momentos convulsionados, de fuerte conflictividad política. Las circunstancias, confrontaciones y adversidades al nuevo sistema político-social condujeron a un Golpe de Estado, lo que en un primer momento provocó una parálisis en la ejecución de todas las políticas públicas, lo que incluyó las de salud, y generó un giro vertiginoso en su accionar.

Deviene la necesidad de tomar medidas más puntuales y absolutas que ofrezcan respuestas a las necesidades de atención médica a la población, por lo que se asume la implantación de "Barrio Adentro" como política de salud pública y como una forma de garantizar la salud de manera integral -asistencial, curativa, prevención, promoción y rehabilitación- e inmediata a las y los ciudadanos, las familias y las comunidades.

En este sentido, en diciembre del año 2003, el presidente de la República Bolivariana Hugo Chávez Frías crea la Comisión Presidencial "Misión Barrio Adentro" (Presidencia de la República, 2004) y queda formalmente constituido un modelo de salud cimentado en los principios de interdependencia, coordinación, corresponsabilidad, cooperación y de participación protagónica de la comunidad organizada.

Establecida en misión, Barrio Adentro se convirtió en una iniciativa sin precedentes en Venezuela, mediante la cual los sectores sociales más pobres podían disponer de asistencia médica ambulatoria desde sus propios territorios sociales. El mencionado modelo se implantó por medio de convenio con la República de Cuba, quien facilitó personal de salud: médicos, médicas y colaboradores de áreas esenciales de salud como ópticas, odontólogos y enfermería. Como misión, Barrio Adentro, buscó el ejercicio de la medicina bajo los principios de gratuidad, universalidad, integralidad y accesibilidad, lo que rompe con el principio y la concepción mercantilista de la medicina predominantes para la época que consideraba al enfermo como un cliente y a la salud como una mercancía.

Con Barrio Adentro como política de salud, emerge en el país la concepción de una nueva forma de entender la participación comunitaria y educación en

salud. Las comunidades asumen el rol protagónico de participación directa en la resolución de sus problemas prioritarios de salud. Bajo la figura de Comités de Salud, se incorporó en la implantación de Barrio Adentro, facilitando el acceso a sus territorios sociales, sus viviendas familiares para la instalación del consultorio popular y residencia del médico y, su funcionamiento en un espacio social de aproximadamente 500 familias y 3000 habitantes aproximadamente.

Se implantó Barrio Adentro como medida para saldar la deuda en atención médica que por décadas se tenía con la población y como una manera de garantizar su derecho a la salud, dando con ello cumplimiento al mandato constitucional. Seguidamente, y entendido como política, Barrio Adentro se extiende desde el primer nivel a los demás niveles de atención de salud, contando, además de Barrio Adentro I (consultorios populares, ambulatorios rurales I y II y urbanos tipo I), con Barrio Adentro II (clínicas populares, centros de diagnóstico integral, salas de rehabilitación integral y centros de alta tecnología), Barrio Adentro III (hospitales generales) y Barrio Adentro IV (hospitales especializados).

No obstante, con el desarrollo de Barrio Adentro como eje fundamental de la política de salud, los esfuerzos para el fortalecimiento del Sistema Público Nacional de Salud se centraron en la edificación y

remodelación de estructuras físicas, contratación y formación de talento humano, adquisición de equipos, materiales e insumos médicos quirúrgicos y compra de medicamentos. La prioridad se ajustó en ofrecer servicios médicos las 24 horas del día a los ciudadanos y comunidades más vulnerables, buscando saldar la deuda social heredada de períodos anteriores. Las acciones de promoción de salud se centraron en visitas comunitarias y detección de casos de salud, quedando minimizada su concepción.

Avanza por consiguiente Barrio Adentro aportando cifras estadísticas de número de casos atendidos, vidas salvadas, consultorios construidos y equipados, número de médicos y otro talento humano, etc., superponiéndose a lo establecido en Bangkok en el año 2005 (Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, 2005). En esta Declaración se identificaron los desafíos principales para abordar los determinantes de la salud, se abogó por una mayor coherencia en las políticas para que la promoción de salud fuera una mayor responsabilidad de los gobiernos, haciendo de ella una buena práctica corporativa y objetivo principal de las actividades de la comunidad y la sociedad civil.

En paralelo con el contexto internacional durante este período, Venezuela entró en un proceso de retrospección en materia de

promoción de salud, apartándose de los nuevos llamamientos que hicieran los órganos internacionales a los gobiernos para que dieran cumplimiento al imperativo de promoción de salud en atención a las nuevas realidades sociales, ambientales, políticas y económicas (Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, 2005).

Sigue el Ministerio de Salud en la búsqueda reiterada de nuevas formas de adecuarse y responder a las necesidades de atención y promoción de salud de la población y en enero del año 2011 acuerda un convenio con la República de Cuba para el asesoramiento y elaboración de una Propuesta de Creación de Estructura Organizativa y Funcional de Promoción de Salud. Una vez concluida la propuesta se sometió a consideración y aprobación de la máxima autoridad de entonces, contando con un silencio técnico-político por parte de las máximas autoridades, por lo que, no se logró la expectativa deseada.

Esta situación llamó la atención, en particular, cuando en la celebración de la Séptima Conferencia Internacional de Promoción de Salud en Nairobi, en el año 2009 (Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, 2009), se hizo una invocación a los gobiernos para que trabajaran intersectorialmente y en alianza con los ciudadanos para reafirmar los valores, los

principios y las estrategias de acción de promoción de salud, que implica entre otras cosas, integrar sus principios en la agenda política y de desarrollo, además de construir una infraestructura sustentable en todos los niveles para la promoción de salud.

Persiste el ministerio rector de salud y en el año 2007, a través de la Dirección General de Programas de Salud (DGPS), adscrita al Viceministerio Redes de Salud Colectiva, se planteó como prioridad una “Dirección de Participación para el Poder Popular en la Salud” más funcional que estructural. Bajo esta nueva figura se llevó a cabo un acercamiento con las organizaciones de bases sociales que hacían vida en las áreas de salud: consejos comunales, comités de salud, mesas técnicas de salud, entre otras, a fin de establecer los mecanismos para su vinculación en la planificación, ejecución y evaluación de las políticas, programas, planes y proyectos de salud. Esta iniciativa se desvaneció con la llegada de nuevas autoridades a la organización.

Posteriormente, esta misma dirección asume la promoción de salud con un enfoque educativo/formativo para la construcción colectiva del conocimiento y la gestión de la democracia participativa y protagónica en la constitución del poder popular, mediante la implementación del “Diplomado para Formación de Formadores en Promoción de Salud para la Construcción del Poder Popular” (DGPS, 2008-2009),

dirigido al talento humano adscritos a los centros de salud nacional y estatal vinculados con las organizaciones comunales. El Diplomado fue pensado como una estrategia permanente de formación, sin embargo, los cambios políticos y de autoridad ministerial y la poca sustentabilidad de este hizo que feneciera, lográndose sólo una primera cohorte de graduandos.

Para finales del año 2010, las autoridades del ministerio mantuvieron su constancia en la promoción de Salud. En este sentido, iniciaron las coordinaciones para la conformación de un equipo de trabajo que, desde los programas de salud, establecieran las líneas políticas para elevar una propuesta de estructura organizativa de promoción de salud.

De esta manera, una vez más, la DGPS en aras de afianzar la promoción de salud como eje transversal de todos los programas a su adscripción y en el marco de su proceso de reestructuración interna, en el año 2011 propuso la creación de una “Dirección de Línea de Promoción de Salud y Calidad de Vida”. Esta iniciativa se concretó dos años después, en julio de 2013, e inició con una fase de organización interna que incluyó la elaboración de manuales de normas, procedimientos y funcionamiento y entró en operatividad a partir del año 2014, cuando fue incluida en el Plan Operativo Anual de la Nación.

La formulación e implementación de los diferentes modelos de salud guardaron estrecha correspondencia con lo establecido en el primer Plan de la Patria 2008-2013 (República Bolivariana de Venezuela, 2008) que sostuvo bajo su lineamiento estratégico “La Suprema Felicidad Social”, con el que se pretende profundizar la atención integral en salud de forma universal mediante la construcción de una estructura social incluyente, formando una nueva sociedad de incluidos y un nuevo modelo social productivo.

Mientras que el segundo Plan de la Patria (2013-2019) (República Bolivariana de Venezuela, 2013) consideró el tema de salud y con ella, la promoción de salud como el Segundo de sus Cincos Objetivos Históricos que establece “Asegurar la salud de la población, a través de la consolidación del Sistema Público Nacional de Salud, sobre la base de la profundización de Barrio Adentro, el poder popular y la articulación de todos los niveles y ámbitos del sistema de protección, promoción, prevención atención integral y rehabilitación a la salud individual y colectiva.” Así como “Asegurar la participación protagónica del Poder Popular en los espacios de articulación intersectorial y en las instancias para la promoción de la calidad de vida y salud”.

En consecuencia, el MPPS, en correspondencia y para dar cumplimiento a estos lineamientos presentó, en diciembre

del año 2012, el Plan de la Patria en Salud 2013-2019. Este plan comprende líneas, propósitos y metas para ser alcanzadas a través de la ejecución de un conjunto de proyectos, entre ellos, profundizar el impulso de la participación protagónica del poder popular en la ejecución y seguimiento de las políticas públicas de promoción de la calidad de vida y salud en los territorios sociales (Objetivo N°3), así como la necesidad de promover la intersectorialidad de las políticas públicas para incentivar la información, educación y promoción de la salud (Objetivo N°4) (República Bolivariana de Venezuela, 2013).

CONCLUSIONES

En el proceso de construcción de la nueva institucionalidad sanitaria a partir de la aprobación de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela desde el año 1999 hasta el año 2013, la promoción de salud presentó diferentes altibajos. Si bien es cierto que, desde la concepción de los diseños de las políticas de salud, la promoción de salud estuvo presente en el pensamiento de autoridades, planificadores y decisores-políticos, por lo menos en reconocerla como línea fundamental de estas, en la práctica y en la realidad, las condiciones económicas y escenarios de fuertes conflictividad socio-política que confrontó el país durante el período analizado, contribuyó y dificultó

significativamente en la implementación eficaz y eficiente de las concepciones, referentes y principios de la promoción de salud.

Sin dejar de reconocer que el ministerio rector de salud realizó esfuerzos para priorizar en los diseños e implementación de los diferentes modelos de salud a la promoción de salud como estrategia trascendental en el marco de la construcción de la políticas y como medio para impactar positivamente en las condiciones y calidad de vida de la población, la realidad sanitaria de entonces, caracterizada en principio por una fenomenal deuda social y por demandas de atención médica por parte de la población procedentes de tiempos y gobiernos anteriores, produjo que la promoción de salud se descaminara dando nuevos cursos a acciones de salud con un fuerte predominio médico-biológico, debido a que la población requirió de asistencia médica en otros niveles de actuación (curación, hospitalización, rehabilitación).

Evidentemente, durante el período analizado, el MPPS formalizó importantes intentos e invirtió en recursos materiales, humanos, presupuestarios y financiación para cumplir con el imperativo ético y derecho constitucional de la salud, materializado en la edificación de nuevas y complejas estructuras sanitarias, adecuación de los servicios con tecnologías punta, dotación y equipamiento de

materiales médicos quirúrgicos, formación del talento humano y distribución de medicamentos, como una forma de retribuir y minimizar la deuda social. Solo que estos esfuerzos se realizaron desde la óptica de salud-enfermedad, lo que dejó de lado el alcance de la orientación de la promoción de salud como estrategia esencial para la preservación de las autonomías individuales y colectivas y como una forma de incidir en los determinaciones sociales de salud, siendo necesario su redimensión y adecuación ante las presentes y futuras realidades sociales.

Los diferentes instrumentos, disposiciones y documentos políticos-técnicos y estratégicos en los que se expresó el espíritu y razón de las políticas de salud como el Plan Simón Bolívar 2007-2013, Plan de la salud 2008-2013-2018,

Plan Estratégico Social, y Barrio Adentro, entre otros y en los que de manera manifiesta se reconoció la importancia fundamental de la promoción de salud no fueron suficientes para asumir medidas que favorecieran su implementación, por lo que sus preceptos no trascendieron más allá de los pergaminos y discursos, con prevalencia de una concepción de salud sustentada en un modelo curativo hospitalario en detrimento de una praxis médica preventiva y de atención primaria; esto dentro de una lógica aditiva y declarativa que no ha logrado revertir la configuración de un sistema hospital céntrico.

CONFLICTO DE INTERESES

La autora declara no tener ningún conflicto de intereses

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Carvalho, A. I., & Buss, P. M. (2012). Determinantes Sociais na Saúde, na Doença e na Intervenção. En L. Giovanella, S. EscoreL, L. V. C. Lobato, J. C. Noronha & A. I. Carvalho (Eds), *Políticas e sistemas de saúde no Brasil* (pp. 121-142) .Editora FIOCRUZ. <https://doi.org/10.7476/9788575413494.0007>
- Expósito-Duque, V., Torres-Tejera, M. E, & Domínguez Domínguez, J. A. (2024). Determinantes sociales de la ansiedad en el siglo XXI. *Atención Primaria Práctica*, 6, 100192. <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-practica-24-pdf-S2605073024000026>

- Organización Mundial de la Salud. (1986). *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud*. Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud. OMS. <https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-SP.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud (1978). *Declaración de Alma-Ata*. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS. <https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>
- Aliaga Huidobro, E. (2003). *Políticas de promoción de la salud en el Perú: retos y perspectivas*. ForoSalud. http://bvs.minsa.gob.pe/local/GOB/1002_CIES3.pdf
- Del Cerro, Y., & Cruz, M. (2010). Algunos apuntes sobre la historia de la salud y educación médica venezolana. *Contribuciones a las Ciencias*. <https://www.eumed.net/rev/cccsc/10/cccc.htm>
- Asamblea Nacional Constituyente. (1999). Constitución de la República Boliviana de Venezuela. *Gaceta Oficial de la República de Venezuela*, (36.860). https://mppp.gob.ve/wp-content/uploads/2023/07/GO-36860_constitucion.pdf
- Bonvecchio, A., Becerril-Montekio, V., Carriedo-Lutzenkirchen, A., & Landaeta-Jiménez, M. (2011). Sistema de salud de Venezuela. *Salud pública de México*, 53, suplemento 2. <http://www.eumed.net/rev/cccsc/10/cccc.htm>
- Flores, M. (2009). *El plan de salud y la historia de la salud pública venezolana*. *Consultores y asesores en gestión pública*. <http://maiquiflores.over-blog.es/article-31207549.html>
- Informe de Venezuela. (2002). *Logros en promoción de salud con respecto a los compromisos asumidos en la declaración de México*. OPS/División de Promoción y Protección de la Salud.
- Ministerio de Salud y Desarrollo Social (2000). Resolución Número 016. *Gaceta Oficial de la República de Venezuela*, (36.876). <https://mega.nz/file/6ZkVUKZY#reK7spmZWvKfvPXp6TLblReqOahS8fJ3MLcoypYZFPo>
- Ministerio de Salud y Desarrollo Social. (2001). *Documento base sobre el modelo de atención integral de salud en Venezuela. 7ma. versión preliminar*. Ministerio de Salud y Desarrollo Social.

De Negri Filho, A. (2002). *El desarrollo de un pensamiento estratégico en las políticas públicas por la calidad de vida y la salud. Módulo I*. Caracas- Venezuela. Instituto de Altos Estudio “Dr. Arnoldo Gabaldon”.

Ministerio de Salud y Desarrollo Social (2021). *Plan estratégico social 2001-2007*. Ministerio de Salud y Desarrollo Social.

Organización Mundial de la Salud, Gobierno del Sur de Australia. (1988). *Declaración de Adelaida sobre la salud en todas las políticas: Hacia una gobernanza compartida en pro de la salud y el bienestar* Segunda Conferencia Internacional de Promoción de Salud, Adelaida, Australia. OPS.
https://www.uv.mx/cendhiu/files/2018/02/3_recomendaciones_de_Adelaide.pdf

Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. (1997). *Declaración de Yakarta sobre la Promoción de la Salud en el Siglo XXI* Cuarta conferencia internacional sobre promoción de la salud, Yakarta, Indonesia. OPS.
https://www.uv.mx/cendhiu/files/2018/02/5_Declaracion_de_Yakarta.pdf
https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/10209/5_Declaracion_de_Yakarta.pdf

Presidencia de la República (2004). Decreto N° 2.745. *Gaceta Oficial de la República de Venezuela*, (37.865). <https://www.gacetaoficial.io/venezuela/2004-01-26-gaceta-oficial-37865>

Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. (2005). *Carta de Bangkok* VI Conferencia Mundial de Promoción de la Salud, Bangkok. OPS.
https://www.uv.mx/cendhiu/files/2018/02/Bangkok_es.pdf

Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. (2009). *Declaración de Nairobi* VI Conferencia Mundial de Promoción de la Salud, Nairobi, Kenya. OPS.
https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/10212/Nairobi_2009_sp.pdf

República Bolivariana de Venezuela (2013). Plan de la Patria. Segundo Plan Socialista de Desarrollo Económico y Social de la Nación, 2013-2019.
<https://observatorioplanificacion.cepal.org/sites/default/files/plan/files/VenezuelaPlanlaPatria20132019.pdf>

República Bolivariana de Venezuela (2008). Plan de la Patria. Plan Socialista de Desarrollo Económico y Social de la Nación, 2008-2013.