

# **Políticas sociales de salud en Latinoamérica. Experiencias en Bolivia y Venezuela post escenarios neoliberales**

Luisina Victoria Posse D'Amico

Estudiante de Ciencia Política

✉ lulyposse@hotmail.com

## **■ Introducción**

El siguiente trabajo tiene el objetivo de observar cómo se da la implementación de políticas sociales en lo referido a la salud: Misión Barrio Adentro en Venezuela y Salud Familiar Comunitaria Intercultural en Bolivia.

En este sentido, se expone en qué situación se encontraban ambos países hacia la década del '90 y a través de qué tipo de políticas los gobiernos dirigían a sus poblaciones.

Tanto Venezuela como Bolivia son dos países que poseen una estructura poblacional con una brecha muy fuerte entre la población urbana y rural. En este punto puede señalarse la vulnerabilidad de los sectores rurales, tanto en términos de infraestructura, como de servicios, en general las poblaciones rurales suelen estar desabastecidas en cuanto a los servicios básicos de salud, educación, agua, etc.

Es importante caracterizar cómo los gobiernos de los '90 manejaban estas cuestiones y observar si efectivamente un cambio en la dirección de mando del Estado y su ideología, también se cristalizó en un cambio en el diseño e implementación de las políticas sociales de salud.

## **■ Contexto sociopolítico en Bolivia y Venezuela durante la década de los '90**

Actualmente lo que sucede en Bolivia forma parte del cambio de época regional, que tiene como base tres ejes principales: aparición de un discurso anti neoliberalismo, propuestas de integración regional y la recuperación de la política como motor del cambio social.

El proceso de cambio en Bolivia se da a partir de una crisis del paradigma neoliberal, en el que empieza a fallar tanto el bloque dominante en el poder, como el sistema político institucional, plasmado a partir del año 1985 en el "Pacto de la Democracia"<sup>1</sup> (Torre, 1998) o "Democracia Pactada" (un acuerdo entre Paz

---

<sup>1</sup> La "Democracia Pactada" fue un tipo de hacer política neoliberal en Bolivia, a partir de la presidencia de Víctor Paz Estenssoro, que declara a través del decreto 21.060 el programa de la Nueva Política Económica, este implicaba la estabilización, frente al contexto hiperinflacionario, por medio de reformas estructurales.

Estenssoro y Hugo Banzer) y los partidos políticos principales (ADN, MIR, MNR). A esto viene a sumarse la crisis de los valores sociales colectivos constituidos por el sistema neoliberal, y va demostrando la estructura de un Estado que entra en crisis, acompañada por reclamos sociales de distintos tipos, surgen demandas de tipo territorial, en los que el reclamo por la autonomía departamental y étnica asume los principales lugares. El período de ajuste estructural en Bolivia, logró la estabilización de la economía, lo que le otorga en un inicio una amplia aceptación, hasta que el estancamiento de la economía se volvió insuperable. En este contexto las políticas públicas eran elaboradas por “gabinetes tecnocráticos”, con asesoría extranjera, situación que restringe los procesos de negociación que pueden darse en una democracia pluralista (Ibáñez Rojo, 1993).

La crisis del Estado, en consonancia además con lo que sucedía a nivel regional en Latinoamérica, que expresaba el agotamiento del sistema neoliberal para manejar las economías de los Estados, se suma el accionar de determinados grupos sociales que ponen en cuestión el modelo vigente, estos grupos van a transformarse en el “sujeto del cambio social”, que va a permitir la conformación del MAS (Movimiento al Socialismo). La construcción de este sujeto de cambio puede rastrearse ya en los años '80, en los que es el “movimiento cocalero” (plantadores de coca en Cochabamba), los que conforman las “vanguardia social” que empieza a cuestionar al sistema. A partir de los reclamos de estos trabajadores se abren dos procesos, por un lado la lucha de estos sectores y su posterior organización en sindicatos y luego en la Asamblea de los Pueblos; y por el otro lado la reacción del gobierno, que fue criminalizar el accionar de estos trabajadores, junto con una radicalización del uso de la violencia contra ellos. El gobierno, junto con organismos internacionales utilizaron la excusa de “lucha contra el narcotráfico”, para cubrir el verdadero objetivo de erradicación de los campesinos y posterior establecimiento de monopolios sojeros (la coca resultaba un cultivo rentable solo para el mercado interno), nuevos cultivos podían significar beneficios para los grupos económicos poderosos.

El MAS se empieza a presentar a elecciones en los '90, en ese momento logran ganar algunas intendencias, lo que lo posiciona en un primer momento como un partido regional y posteriormente va a ir extendiendo su base electoral, del campo hacia las ciudades. El primer conflicto donde el MAS se vuelve relevante es en el 2000 con la llamada “Guerra del Agua”, este servicio se había intentado privatizar; en reacción a esto, la población de Cochabamba con su movilización social evita la privatización (De la Fuente, 2002). Este es el primer triunfo de la resistencia, desde los años '80, y demuestra la capacidad que puede tener la organización popular. Este episodio del agua, marca un antes y un después para las organizaciones que empiezan a plantear como problemática más general la utilización de todos los recursos naturales, y evidencia el paso de una lucha sectorial a una lucha general.

En el año 2002 el MAS queda 2° en las elecciones con el 20 % de los votos, en el año 2003 el presidente es derrocado y finalmente en 2005 el MAS gana con el 54% de los votos. En este año, la asunción de Evo Morales como presidente,

presenta un quiebre político en el sentido que el MAS se encuentra en el gobierno, debe intentar conquistar el poder, y logra un cambio de modelo de acumulación política: ya no están resistiendo, sino gobernando. De aquí en más la acción institucional del gobierno va a basarse en una articulación entre acción del gobierno y acción de las movilizaciones sociales.

El MAS es considerado una articulación de los movimientos sociales en su etapa política: los trabajadores cocaleros y las asociaciones indígenas convergen en intereses comunes que los llevan a articularse en un mismo espacio político. Diferentes pasos, desde referéndums populares, la Asamblea Constituyente en 2007 y la sanción de la Constitución en 2009, fortalecen al MAS y al gobierno boliviano, posicionándolo en un escenario con gran consenso popular.

Marco Aurelio García va a observar en América del Sur una etapa de cambio, distingue en su análisis a los países del Cono Sur y los países andinos, Bolivia y Venezuela se inscriben en este último marco, con una configuración histórica particular, con grandes posesiones de recursos energéticos y minerales, lo que los convierte en países fuertemente vulnerables al contexto internacional, dado que dependen de estas exportaciones primarias para obtener ganancias de la economía; estos países se caracterizan además por una fuerte polarización social: por un lado la “clase dominante parasitaria” y por el otro amplios sectores populares con componente étnico (García, 2008)

Franklin Ramírez Gallegos analiza el contexto latinoamericano como un “nuevo ciclo de ascenso político” en el que los liderazgos de izquierda asumen gran importancia y observa un cambio en la composición sociológica de los líderes de los cuerpos gubernamentales y en la mayoría de los casos puede señalarse la conformación de nuevos movimientos sociales con demandas políticas propias (Ramírez Gallegos, 2006)

En este marco de análisis, tanto el caso de Bolivia, citado anteriormente, como el caso de Venezuela descrito a continuación, son paradigmáticos tanto en la construcción de movimientos sociales, como en el componente popular de la figura presidencial.

Al igual que la “Democracia Pactada” en Bolivia, la política del Punto Fijo es el hecho más relevante de la política venezolana desde el año 1958, considerado como un pacto de gobernabilidad con características de exclusión de la izquierda, una conducta democrática, una tasa de cambio fijo con el dólar y un gabinete repartido entre varios partidos políticos. Hacia los años '80 luego de años de paridad fija con el dólar estadounidense, el gobierno decide la devaluación del bolívar. Esto marca el comienzo de la crisis del “puntofijismo”, aunque el episodio que marca el fin, fue el “Caracazo” en 1989 (Lander, 2005). Durante el “Caracazo” se dieron episodios de saqueos masivos en las principales ciudades del país, por lo que el gobierno ante la incertidumbre y la masividad del conflicto, decide suspender las garantías constitucionales parcialmente, establecer el toque de queda e iniciar una brutal represión militar, que produjo alrededor de 600 muertos. Este episodio, coincide con la llegada a Venezuela de las “recomendaciones” de

organismos internacionales, como el FMI (Fondo Monetario Internacional). La crisis de la deuda externa, los procesos de reformas y ajustes estructurales y la descentralización del Estado no tardarían en llegar. En 1988, durante la presidencia de Andrés Pérez, se lleva a cabo todo un “Paquete de Medidas”, con tinte neoliberal, que implica entre otras cosas, la eliminación de los subsidios estatales, provocando un fuerte impacto en la porción de población más vulnerable.

En el año 1992 en Caracas se da un intento de golpe de Estado militar, luego de 34 años de democracia, el líder de este levantamiento fue Hugo Chávez, personaje que iba a ir adquiriendo relevancia en sucesivos momentos políticos, su marco de referencia era el Movimiento Revolucionario 2000, compuesto por militares que frente a la crisis forman un grupo dentro del ejército con intenciones políticas, y que luego de la crisis institucional del '89, se plantean como militares de izquierda, tomar el poder. En 1994 el presidente Rafael Caldera (COPEI) libera a Chávez que había estado preso desde 1992 a 1994.

En 1998 se decide llamar a elecciones, gana Chávez e impone la Agenda Bolivariana. Su partido político era el Movimiento V República (MVR), que vendría a sustituir a la IV República. Este ascenso de Chávez al poder posiciona a Venezuela en un lugar muy diferente al resto de los países de Latinoamérica, éste es el primer movimiento de vanguardia de un movimiento político latinoamericano.

La Reforma Constitucional se da en el año 1999, se redacta una Constitución moderna que posee una idea tanto de participación política como de democracia directa, respeto por los derechos individuales y de las comunidades; además de la posibilidad de referéndums revocatorios, utilizados por el presidente Chávez a lo largo de su mandato.

### ■ **Políticas sociales: Ayer y hoy**

La “IV República” (referencia al periodo democrático entre los años 1958 y 1998), significó para Venezuela un “desmantelamiento de la sanidad y la educación pública, en beneficio de la iniciativa privada y el abandono total de los centros e instituciones públicas que no fueron privatizadas” (Plataforma Bolivariana). Venezuela y su presidente Hugo Chávez, heredaron en el año 1998 amplios déficits estructurales tanto en protección, como en bienestar y en seguridad social de su población. El índice de pobreza según el ILDIS (Instituto Latinoamericano de Investigaciones Sociales, 2008) afectaba al más del 40% de la población y esta cifra aumentó en el año 2003, un año de gran conflictividad y crisis de gobernabilidad, luego del golpe de Estado realizado en 2002. En cuanto a los indicadores de salud, se estima que el 70% de la población no asistía a controles ni poseía cobertura para la atención.

Estos primeros años de gobierno se dieron en un contexto dramático en cuanto a los índices económicos y sociales, y comienzan a ponerse en práctica los antecedentes de lo que actualmente son las Misiones Sociales. En este sentido,

se lanzaron diferentes políticas desde el gobierno: “Plan Bolívar 2000”, “Plan de Asistencia Alimentaria Popular”; se crea el Fondo Único Social; y se crean distintas fundaciones: Proyecto País, Proyecto Patria 2000, Pueblo Soberano, Frente de Luchadores Sociales Francisco Miranda.

A partir del año 2003 la estrategia del gobierno cambia, y la implementación de políticas sociales, comienza a hacerse a través de Misiones y no de planes estatales, estas deberían permitir acelerar la capacidad operativa de varios planes sociales ya en curso (Cabezas, D’Elia, 2008). Entre estos planes se encontraban el “Plan Nacional de Alfabetización”, el “Plan de Educación para Todos”, el “Plan Red de Servicios de Atención Primaria y Especialidades Ambulatorias” y el “Plan Barrio Adentro para Caracas”.

Una lectura que proponen los autores Yolanda D’ Elia y Luis Francisco Cabezas acerca del lanzamiento del proyecto de las Misiones, tiene que ver con el particular momento político que se vivía, puede observarse un debilitamiento de la fuerza del presidente, posterior al Golpe de Estado que sufre el gobierno en 2002, quien en vistas de reafirmar la confianza de los sectores más vulnerables, acelerar las acciones del gobierno para alcanzar resultados efectivos y de ganar el referéndum con carácter revocativo del año 2004, busca ampliar las medidas sociales ya iniciadas. El lanzamiento de las Misiones fue algo positivo porque tuvo gran aceptación en los sectores populares a los que estaban dirigidas. En esta misma línea y preparándose para las elecciones y posible reelección del año 2006 el presidente lanza el “Plan Salto Adelante” o “Nuevo Plan Estratégico”, que implicaba profundizar el accionar de las Misiones, con el objetivo de “armar las nuevas estructuras del Estado y el orden social revolucionario ” (Cabezas, D’Elia 2008). Entre los años 2004 y 2005 las Misiones se asientan como “estructuras paralelas del Estado”, que conforman el estandarte del nuevo Estado revolucionario en contraposición con el anterior Estado burocrático heredado. En cuanto a la administración y los fondos, estas estructuras paralelas se cristalizaron en Comisiones Presidenciales y utilizaron los recursos que dejaban las ganancias excedentes del petróleo, esto fue posible porque el gobierno ahora tenía un control más amplio sobre PDVSA.

Las Misiones Bolivarianas nacieron como proyectos para resolver de forma urgente determinadas carencias de los sectores populares de la población, hoy, y por medio de la ayuda misma de los afectados, las misiones son herramientas para atender las necesidades de la población a través de sistemas excepcionales o experimentales. En la propuesta de reforma constitucional, derrotada en diciembre de 2007 se incluía a las misiones como estructuras integrantes de la Administración Pública (Plataforma Bolivariana).

De acuerdo con la Plataforma Bolivariana las principales misiones puestas en práctica son: MISION BARRIO ADENTRO, iniciada en abril de 2003, para garantizar el acceso universal y equitativo a la salud de la población; MISIÓN CRISTO para la ejecución del conjunto de todas las misiones para lograr el objetivo de pobreza cero en el año 2021, según las Metas del Milenio del acuerdo

con la ONU; MISIÓN GUAICAIPURO, iniciada en octubre de 2003, propicia el desarrollo de los pueblos y comunidades indígenas, mediante políticas que permitan la inclusión social y del disfrute de sus derechos; MISIÓN HABITAT, iniciada en 2004, su objetivo es el de solucionar la habitabilidad, con una perspectiva de urbanismo integral con servicios que van desde la educación a la salud y el futuro desarrollo de espacios endógenos autosustentables; MISIÓN GREGORIO HERNANDEZ, iniciada en marzo de 2008, con el objetivo de realizar un censo de personas con discapacidades o enfermedades genéticas, con el fin de brindarles atención primaria e investigar posteriormente las estrategias de atención adecuadas; MISIÓN MILAGRO, iniciada en julio de 2004, su objetivo es el de suministrar tratamiento quirúrgico oftalmológico gratuito para las personas con menos recursos (en la actualidad se atiende a pacientes de otros continentes y se está implementando en otros países latinoamericanos); MISIÓN NEGRA HIPOLITA, iniciada en enero de 2006, su objetivo es el de coordinar y promover programas para el rescate, la reivindicación y garantía de derechos a las personas en situación de calle y pobreza extrema.

Centrando el análisis en las políticas sociales de salud, la principal medida puesta en práctica es la Misión Barrio Adentro que se pone en marcha en abril de 2003, y cuenta con la ayuda del gobierno de Cuba, a través de médicos cubanos que trabajan junto con los profesionales venezolanos, ofreciendo sus servicios de salud a la población, particularmente en zonas populares del país (barrios), inaccesibles o alejadas de los hospitales, en infraestructuras que ofrece el gobierno. Lo novedoso y revolucionario de esta misión es la búsqueda de saldar la deuda social heredada históricamente que afectó a la población excluida y su orientación hacia una mejor calidad de vida; como proyecto integral de salud, abarca también la educación, el deporte, la cultura y la sanidad.

La misión Barrio Adentro pone en un lugar central a la Atención Primaria de Salud (APS), como política de Estado, como solución para brindar el acceso a la salud y forma parte del Sistema Único Nacional de Salud. Esta Misión se divide en cuatro niveles. La Misión Barrio Adentro I, implementada en 2003, busca la consolidación de la atención primaria de salud a través de: Consultorios Populares, Puntos de Consulta y Clínicas Odontológicas y Ópticas populares. La Misión Barrio Adentro II, creada en 2005, focaliza su atención en servicios médicos y diagnóstico especializados, a través de: Centros de Diagnóstico Integral, Salas de Rehabilitación Integral y Centros de Alta Tecnología. La Misión Barrio Adentro III, se pone en práctica en 2005, paralelamente a la Misión anterior y tiene que ver con la modernización de la red de hospitales públicos que había sido destruida por la IV República. Por lo tanto se busca fortalecer la red existente por medio de inversiones en tecnología e infraestructura. La Misión Barrio Adentro IV, se inicia en 2006 con la inauguración del Hospital Cardiológico Infantil de Caracas y busca la construcción de más centros médicos y de investigación.

En Bolivia la situación de salud e indicadores sociales post neoliberalismo, no era mejor que en Venezuela, ambos países sufrieron las políticas de ajuste puestas en marcha desde el gobierno, que implicaron en ambos, una reducción del gasto

público en políticas sociales, una tendencia a la privatización de los servicios, y principalmente la exclusión de aquellas porciones de la población que no ingresaran en el juego del mercado. En países como Venezuela y Bolivia, con un amplio margen de población rural en condiciones de vida precarias y con un fuerte componente étnico, la exclusión de estos sectores estuvo a la orden del día, ya sea porque el Estado imposibilitaba el acceso a los servicios básicos, ya sea por la discriminación a nivel racial que implicó desde las clases dominantes.

Al igual que Venezuela, el Estado boliviano acumula una deuda sanitaria con su población, que se agravó en los últimos veinte años a través de políticas de salud neoliberales: privatización del sector, mercantilización de los servicios y el establecimiento de una cultura individualista de salud (Ministerio de Salud y Deportes). En ese contexto, el sistema de salud no ha logrado responder a las necesidades y demandas populares y sólo ha contribuido a la reproducción de la desigualdad en términos económicos y sociales. Este modelo neoliberal implicó para las mayorías un desarrollo insuficiente en cuanto al trabajo, el acceso al consumo de bienes y servicios, la calidad de vida de la población, la alimentación, la vivienda, la recreación y el acceso a los servicios básicos, a la educación, la salud, agua segura, la energía y la seguridad. Según el Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia, esta situación derivó en perfiles epidemiológicos caracterizados por las denominadas “enfermedades de la pobreza”, tuberculosis, diarreas e infecciones, que incidieron en la alta mortalidad en general (y particularmente en la mortalidad materno-infantil), en el aumento de las brechas de inequidad y de género, y en la ampliación de las diferencias entre lo urbano y lo rural y entre indígenas y no indígenas.

En el artículo primero de la reformada Constitución, Bolivia se declara como un país multiétnico y multicultural lo que tiene como consecuencia en el Sistema Nacional de Salud la asunción de una “cosmovisión sanitaria” de los pueblos indígenas y originarios, contrariamente al escenario neoliberal que ejerció sobre estos, represión y desprecio a los saberes y costumbres tradicionales.

Existen indicadores que muestran una grave situación de salud y exclusión en Bolivia, según datos del Ministerio, el 77% de la población se encuentra excluida de los servicios de salud (este índice se hace mayor en las regiones del altiplano y los valles rurales). El 7,5% de los niños muere antes de los cinco años, principalmente por enfermedades infecciosas que pueden ser prevenidas o curadas y el 26,5 % de los sobrevivientes sufre de desnutrición crónica, lo que representa para la mayoría de ellos secuelas en su capacidad intelectual y desarrollo. El 67% de los niños menores de tres años tienen anemia y el 19% déficit de Vitamina A. Además, Bolivia tiene el mayor índice de mortalidad materna de 320 sobre 1000 nacidos vivos (ENDSA, 2003). Los índices del Banco Mundial ofrece cifras similares a las del gobierno boliviano: Índice de Pobreza del 38%, Índice de Mortalidad Infantil del 40% (sobre mil nacimientos), Índice de Desnutrición Infantil del 6% , Índice de Esperanza de Vida al Nacer del 66% <sup>2</sup>. Por

---

<sup>2</sup> Según datos del Banco Mundial (2003-09)

último, la tasa de Incidencia Parasitaria Anual en la población en riesgo es del 4,3 por mil habitantes expuestos en el año 2005.

Frente a esta situación de indicadores sociales totalmente deficientes y extendidos en el tiempo, existe una propuesta de cambio por parte del Gobierno boliviano, encabezado por Evo Morales, que evidencia una preocupación por la Salud de los habitantes del país, correspondiéndose con otras medidas tomadas a favor de la población. El antecedente inmediato de este nuevo proyecto son los “programas de transferencias condicionadas” (Pardo Saravia,2011), esta fue la forma que tuvo el gobierno de enfrentarse a los índices sociales deficientes; se lanzó en materia de Educación el Bono Juancito Pinto, en Salud el Bono Juana Azurduy y para el Empleo Juvenil, el programa Mi Primer Empleo Digno. El Bono Juana Azurduy, se creó con la función de bajar los niveles de mortalidad materna e infantil y la desnutrición en los niños.

Hoy, el objetivo del gobierno es eliminar la exclusión social, a estos fines se implementará el Sistema Único, Intercultural y Comunitario de Salud. El cambio notable en la dirección del gobierno, se corresponde además con una tendencia que se da en los países latinoamericanos, países como Argentina y Venezuela, que vienen implementando políticas sociales que intentan ser innovadoras, con objetivos de inclusión social. En este sentido el proyecto boliviano puede enmarcarse en este nuevo contexto de políticas sociales en América Latina, principalmente concibiendo un Estado con una conciencia social, comunitaria y plurinacional de la salud, que garantice el Derecho a la Salud y la ciudadanía plena en la que se abran espacios para la participación de nuevos actores sociales (Ministerio de Salud y Deportes). El proyecto implica una acción conjunta, dirigida desde el Estado, con los sectores, público, privado, tradicionales y de seguridad social y aspira a cumplir en 2015 sus primeros objetivos: erradicar la pobreza extrema y el hambre, alcanzar la educación primaria universal, promover la equidad de género y la autonomía de la mujer, reducir la mortalidad infantil, mejorar la salud materna y combatir el sida, el paludismo, el chagas y la tuberculosis.

Desde el gobierno la búsqueda es la de la universalización de los servicios de salud a través del Sistema Único Intercultural y Comunitario de Salud, que debería permitir el acceso a los servicios de salud del 100% de la población boliviana, en este marco se llevan a cabo tres programas: Modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI), Gestión de la Calidad, con carácter plurinacional y por último Extensión de Coberturas.

Puede observarse en estos proyectos la voluntad estatal de difundir una “cultura de salud integral” y el mejoramiento de la calidad de vida, asumiendo responsabilidades al respecto, dirigiendo fondos en ese sentido e interviniendo

---

Poverty (% of population below national poverty line) 38%  
Life expectancy at birth (years) 66%  
Infant mortality (per 1,000 live births) 40%  
Child malnutrition (% of children under 5) 6%

directamente en el sector de la salud, teniendo en cuenta que éste afecta de forma determinante a la exclusión social. Según el Ministerio, la estrategia es la de la Recuperación de la responsabilidad del Estado en la cultura de la salud integral y la calidad de vida, con la orientación de intervenir y coordinar el sector de salud con los demás sectores del Estado. Esta estrategia apunta a cuatro programas: Intersectorialidad, Promoción de la Salud, Salud-Deporte y Municipios Saludables. Estos programas ubican a la salud como uno de los derechos fundamentales que debe ser garantizado desde el Estado.

El Modelo SAFCI (Salud Familiar Comunitaria Intercultural), es el eje del funcionamiento del sistema nacional de salud e implica, un nuevo paradigma en la atención de salud, que se centra en la familia y en la comunidad, y tiende a la promoción de servicios y a la prevención de enfermedades. Básicamente se trata de operacionalizar este proyecto por medio de redes de servicios de los establecimientos de salud, que implica asistir a las personas, no solo en la enfermedad sino en todo su “ciclo de vida”, aquí puede observarse el nuevo enfoque integral e intercultural, ya que busca la complementariedad y la articulación entre culturas, se muestra como el gobierno pone énfasis en la búsqueda de articular la cultura tradicional boliviana de los pueblos originarios, rurales con la cultura actual en términos de salud (desde el Ministerio de Salud y Deporte se pone el foco en la atención primaria en los establecimientos sanitarios, aunque la atención implica también otros niveles).

### ■ **Conclusión: ¿Existe un cambio de enfoque en las políticas sociales? Alcances y desafíos**

En vista de las similitudes que se pueden encontrar entre dos países como Bolivia y Venezuela, es posible comparar los procesos que actualmente se están llevando a cabo en materia de Salud, y en un nivel más amplio de políticas sociales.

Principalmente, la diferenciación de los programas de estos nuevos gobiernos con los gobiernos anteriores, de ajuste estructural, políticas neoliberales, mercantilización y privatización de los servicios, y fuerte desinterés por las poblaciones relegadas, constituyen el avance más importante en términos de políticas sociales. Es importante destacar que ambos gobiernos heredaron estructuras neoliberales difíciles de saldar en el campo social, aunque puedan verse crecimiento y estabilidad en el campo económico.

En este sentido puede señalarse que el accionar del gobierno venezolano constituyó una inspiración para el gobierno boliviano, que puede verse en el modelo constitucional adoptado por Bolivia, con respecto a la Constitución de Venezuela, por otro lado, la Misión Milagro, que comienza en Venezuela, actualmente se lleva a cabo en Bolivia y se extiende hacia otros países de Latinoamérica.

Además puede observarse que en ambos países, frente al ascenso de nuevos movimientos sociales y el poder de las figuras presidenciales, existe un compromiso amplio con la población, puesto que ambos liderazgos se

construyeron y constituyeron a partir de movimientos sociales con fuertes demandas a los gobiernos previos. En este sentido existe también un gran apoyo de la población frente a estos líderes que les permite obtener aceptación en los programas sociales implementados.

Haciendo la salvedad de que en Venezuela el fenómeno de implementación de políticas sociales innovadoras, lleva más años vigente, hoy en día pueden compararse ambos sistemas y encontrar similitudes en su enfoque y diferencias en su implementación.

En Venezuela y Bolivia es relevante destacar que la composición de la población tiene un gran porcentaje de población rural e indígena, estas comunidades, poseen su propia cultura sanitaria, sus propios usos y costumbres y en muchos casos su propias curas medicinales; en este contexto es muy importante para los gobiernos crear planes de salud que sean extensivos a toda la población y que logren conjugar la medicina actual con las tradiciones populares. Tanto las Misiones Sociales venezolanas como el reciente proyecto del SAFCI (Salud Familiar Comunitaria Intercultural) en Bolivia, muestran una articulación de las políticas sociales con la comunidad a la que se dirigen, en ambos países esto se realiza principalmente a través de la Atención Primaria y de la construcción de establecimientos ambulatorios y hospitalarios en lugares alejados de las ciudades, que carecen de una red de salud. Las políticas en ambos países destacan la participación de la propia comunidad en los servicios de salud, también a nivel de injerencia en las decisiones. Venezuela se diferencia por un fuerte componente de ayuda y acompañamiento militar en la implementación de estas políticas.

Por otro lado se observa la superación del paradigma anterior de políticas sociales desde el momento que se apunta a objetivos de inclusión de las poblaciones relegadas, y no implican solo una transferencia monetaria a los afectados, sino un acompañamiento de las comunidades por los Sistemas Nacionales de Salud y en coordinación con otras políticas sociales, por ejemplo en lo referido a la Educación y a la reducción de la Pobreza. El desarrollo de la política social deja de ser un área distinta del desarrollo económico o subordinada al mismo, ambos gobiernos buscan una articulación profunda de desarrollo económico que acompañe al crecimiento social y viceversa, sin diferenciación sino con implicancias de uno en el otro.

En un marco más general se puede nombrar a la Organización Mundial de la Salud y el relanzamiento en 2008 de la Declaración de Alma-Ata, que definió a la atención primaria de salud como “un conjunto de valores rectores para el desarrollo sanitario, un conjunto de principios para la organización de servicios de salud y una variedad de criterios para abordar las necesidades sanitarias prioritarias y los determinantes fundamentales de la salud”. La declaración de Alma-Ata, tenía como objetivo la equidad en el acceso a la atención y la eficiencia en los servicios, en el marco de un movimiento de “salud para todos”, en vista de incrementar el nivel de salud de los más desfavorecidos y lograr conducir al desarrollo general. La visión de la OMS es que la atención primaria ofrece una

forma de organizar toda la atención sanitaria, en los hogares y en los hospitales, y tanto en la curación como en la prevención. En 2008, luego del Informe sobre los Determinantes Sociales de la Salud, y luego del análisis de los resultados sanitarios de los años anteriores, se realiza desde este organismo un “llamamiento” a que se preste gran atención a la salud en todas las políticas públicas y en todos los sectores.

Ambos proyectos sociales, privilegian la atención primaria como la base para comenzar a trabajar en medidas de salud para las poblaciones más vulnerables; ambos proyectos tienen la posibilidad de obtener los recursos para la inversión social porque volvieron a controlar sus recursos naturales y las ganancias que de estos derivan; ambos proyectos pueden considerarse como una superación del paradigma anterior de políticas sociales “asistencialistas”, planteando la integralidad de los programas y la inclusión social como su mayor objetivo. Pueden observarse diferencias en cuanto a la implementación de las políticas, mientras que en Bolivia, surgen desde el Estado y están claramente controladas por este, en Venezuela las Misiones surgen como estructuras paralelas al Estado, y apelan a la ayuda externa de Cuba para mantenerse.

Claramente que se exijan principios de universalidad, igualdad, gratuidad, integralidad e inclusión social para los servicios de salud a la población, ubican a las políticas sociales de salud en un escenario completamente distinto al neoliberal; si bien existen índices que demuestran que los servicios se han extendido, que han crecido también la infraestructura y los controles de prevención y cura de enfermedades y que los programas de salud social siguen expandiéndose, queda pendiente aún ver el impacto futuro en cuanto a la inclusión de la población y el impacto que esto puede tener en la construcción de ciudadanía en estas sociedades democráticas con aspiraciones socialistas.

## ■ Bibliografía

Banco Mundial: [http://devdata.worldbank.org/AAG/bol\\_aag.pdf](http://devdata.worldbank.org/AAG/bol_aag.pdf)

Cabezas L.F, D' Elia Yolanda: "Las Misiones Sociales en Venezuela", en Instituto Latinoamericano de Investigaciones Sociales, Caracas, 2008. Disponible en: <http://www.ildis.org.ve/website/administrador/uploads/PolycymisionesYolanda.pdf>

De la Fuente, Manuel: "Del neoliberalismo a la insurgencia de los indígenas y campesinos", en OSAL, Buenos Aires, 2002.

García, Marco Aurelio: "Nuevos gobiernos en América del Sur. Del destino a la construcción de un futuro", en *Nueva Sociedad* n°207. Buenos Aires, 2008.

Ibáñez Rojo, Enrique: "¿Democracia neoliberal en Bolivia? Sindicalismo, crisis social y estabilidad política", en *Revista del EIAL* n°2, Tel Aviv, 1993.

Lander, Edgardo: "Izquierda y populismo: alternativas al neoliberalismo en Venezuela", en César Rodríguez Garavito, Patrick Berret y Daniel Chávez (eds.), *La nueva izquierda en América Latina. Sus orígenes y trayectoria futura*. Ed. Norma, Bogotá, 2005.

Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia: "Logros y estrategias". Disponible en: <http://www.sns.gob.bo/index.php?ID=LogrosyEstrategias>

Ministerio del Poder Popular para la Salud (Venezuela): [http://www.mpps.gob.ve/index.php?option=com\\_content&view=article&id=424&Itemid=673](http://www.mpps.gob.ve/index.php?option=com_content&view=article&id=424&Itemid=673)

Norma Nacional, Red Municipal de Salud Familiar Comunitaria Intercultural- Red Municipal SAFCI y Red de Servicios: <http://www.sns.gob.bo/institucional/redes%20y%20calidad/RED%20SAFCI.pdf>

Organización Mundial de la Salud- Programa Regreso a Alma-Ata [http://www.who.int/topics/primary\\_health\\_care/es/](http://www.who.int/topics/primary_health_care/es/)

Organización Panamericana de la Salud: <http://www.ops.org.bo/servicios/?DB=B&SE=SNI>

Pardo Saravia, Roland: "Bolivia: mejorando la salud infantil y el acceso a la educación a través de programas de transferencias condicionadas", en Bernardo Kliksberg (comp.), *América Latina frente a la Crisis*, Editorial Sudamericana, Buenos Aires, 2001

Plataforma Bolivariana de Solidaridad con Venezuela de Madrid: <http://www.nodo50.org/plataformabolivariana/ConoceLaRevolucion/MisionesBolivarianas.htm>

Ramírez Gallegos, Franklin: "Mucho más que dos izquierdas", en *Nueva Sociedad* n°205, Buenos Aires, 2006.

Toer, Mario: *De Moctezuma a Chávez*. Ediciones Cooperativas, Buenos Aires, 2011.