

IMPACTO DE LA MISIÓN BARRIO ADENTRO, EN LA REGIONALIZACIÓN DEL SISTEMA PÚBLICO NACIONAL DE SALUD EN LA REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA AÑO 2012.

Autores

Emilio Fernández Caballero, Dr. Cs.

Instituto de Altos Estudios “Dr. Arnoldo Gabaldón” (MPPS)

Cuba

Joel Caraballo, Especialista en Medicina General Integral (MGI)

Director General del Primer Nivel de Atención. Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS). República Bolivariana de Venezuela

Sandra Fernández, Especialista en Ortodoncia y en Gerencia de los Servicios de Salud

Instituto de Altos Estudios “Dr. Arnoldo Galardón” (MPPS)

Cuba

Introducción

En los últimos años del pasado siglo XX, el Sistema Público de Salud Pública en Venezuela, se encontraba en una situación verdaderamente decadente, donde prevalecían las ideas y principios impuestos por el imperialismo norteamericano. El neoliberalismo era la ideología fundamental de la clase dominante, donde coexistían la subordinación al amo del norte, el desempleo y la corrupción, por sólo señalar algunos de los grandes males que agobiaban a la inmensa mayoría de la población. En ese escenario se había planteado la desaparición del Seguro Social como organismo gubernamental, pasándolo al sector privado. El segundo paso era disminuir el gasto en salud del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (MSAS), incrementando la privatización de los servicios de salud pública a nivel nacional. Iñiguez Rojas, Luisa (2004).

En 1999 asume la Presidencia de la República, el Comandante Hugo Chávez Frías, quién de inmediato, dejó sin efecto las medidas impuestas al Instituto Venezolano del Seguro Social (IVSS) y rechazó las ideas de privatización de los servicios de salud que ofertaba el MSS. Ese mismo año, la Asamblea Constituyente propone la nueva Constitución de la RBV, la cual fue aprobada por la población, en el referendo realizado en ese mismo año. En ella, se introduce el cambio participativo y democrático de la sociedad y se enfatiza la salud con un enfoque integral de promoción de calidad de vida, en lugar del enfoque reduccionista de la asistencia médica.

No obstante ello, el país seguía sufriendo una inmensa deuda social, tanto en salud como en las demás actividades de servicios a la población, sobre todo a la mas empobrecida. Las nuevas ideas fueron fuertemente rechazadas por la burguesía nacional, apoyada por los Estados Unidos de Norte América.

En el año 2002 se produjo el golpe de estado, nombrando un Presidente de la República que duró apenas 36 horas, ya que la acción del pueblo obligó a los golpistas a devolver el poder al Presidente Chávez, sin embargo, siguieron conspirando contra el Gobierno Constitucional y a fines de ese año trataron de paralizar la economía del país, llamando a la huelga nacional de todos los sectores y paralizando la industria petrolera, a un costo de varios cientos de millones de dólares norteamericanos. La oligarquía se había esforzado por sacar a Chávez del poder, pero fracasó y la Revolución iniciada en 1999 empezó a consolidarse. Así, surgieron las primeras misiones dirigidas a saldar la deuda social y con ello, la disminución de la brecha entre la minoría con grandes riquezas y la mayoría con escasos recursos.

En Abril del 2003 surge la Misión Barrio Adentro, donde la RBV y la República de Cuba conciben una nueva forma de atender la salud de toda la población, priorizando los barrios mas pobres, iniciándose en los cerros de Caracas y paulatinamente extenderse a todo el territorio nacional. En ese momento comienzan a funcionar dos modelos de atención a la salud: el tradicional constituido por todas las instituciones de salud pública existentes y Barrio Adentro I, en lo concerniente al primer nivel de atención, fundamentalmente, los consultorios atendidos por personal médico y de enfermería. Además se fueron incorporando otros profesionales y técnicos para tareas farmacéuticas, ópticas, administrativas y de aseguramiento logístico.

Alrededor de los consultorios de Barrio Adentro se fueron incorporando diferentes servicios, requeridos por las comunidades para alcanzar niveles superiores de calidad de vida, tales como: alimentación, educación, agua potable, recogida de desechos sólidos, entre otros.

Objetivo

Mostrar la transformación de “Barrio Adentro” como una estrategia política para la atención de salud a las poblaciones mas desasistidas, hacia una nueva concepción ideológica y práctica para la integración y consolidación del Sistema Público Nacional de Salud (SPNS), en la República Bolivariana de Venezuela (RBV).

Materiales y métodos

En la realización de esta investigación se emplearon fundamentalmente, la observación en el terreno del funcionamiento de los servicios de salud en la RBV, desde 1999 hasta el presente (octubre 2012) y la revisión bibliográfica sobre los temas de “Sistemas de Salud en Latinoamérica” y la “Regionalización”.

La observación fue el resultado de la experiencia práctica de los autores de este trabajo, quiénes tuvieron la vivencia de la forma en que estaba organizada la salud pública venezolana, sus acierto e inconvenientes. Entre los años 1999 y 2003 los servicios públicos de salud siguieron funcionando de la misma forma que en las décadas anteriores caracterizadas por la IV República, con algunas excepciones como es el caso del entonces Ministerio de Salud y

Asistencia Social (MSAS), con los aportes del Ministro Dr. Gilberto Rodríguez Ochoa al inicio de la V República.

Se realizó una amplia revisión bibliográfica, especialmente de los últimos cinco años, estableciendo criterios de comparación entre diferentes especialistas del tema, la realidad venezolana y la experiencia de los investigadores que suscriben este trabajo. Para todo lo anterior se revisó la información documental disponible y se hizo un amplio uso de la Internet y los recursos que ofrece la telemática.

Resultados

La investigación sobre el funcionamiento del Sistema de Salud en la RBV refleja dos subsistemas bien definidos: público y privado. A los efectos de esta investigación sólo se tomó en consideración el Sistema de Salud Pública, es decir, los servicios de salud que los diferentes niveles de Gobierno: Nacional, Regional y Municipal, así como otras instituciones, dependencias y empresas ofrecen a la población de forma gratuita. González-Block, Miguel A; Molina-Rodríguez y col.(2011).

No obstante los grandes avances que se han logrado en materia de salud pública, persisten aún algunos errores heredados del pasado, los cuales se pueden resumir como sigue; inequidades, donde unos reciben mas de lo que necesitan y otros apenas suplen algunas necesidades básicas, fragmentación del sistema público, donde muchas veces, en un mismo sitio operan los mismos servicios de diferentes organismos e instituciones públicas. Por otra parte, existen territorios desprovistos de servicios que abundan en otros. Arteaga, O; Astorga, I; Pinto, A.M. (2002)

En la Constitución de la RBV aprobada en 1999 se plantea claramente, la Integración del Sistema Público Nacional de Salud (SPNS), sin embargo, éste no acaba de consolidarse. La Ley de Salud existente fue elaborada y aprobada antes del triunfo del Presidente Cmdte. Hugo Chávez en 1999 y está lejos de reflejar el mandato constitucional y menos aún la visión del Socialismo Bolivariano del Siglo XXI, reforzado en el Programa Patria 2013-2019.

Posteriormente, a la entrada en vigor de los consultorios médicos de Barrio Adentro I se incorporan actividades del segundo nivel de atención, conocidas como Barrio Adentro II, que incluyen los Centros de Diagnóstico Integral (CDI), Salas de Rehabilitación Integral (SRI), Clínicas Populares y Centros de Alta Tecnología, caracterizados por su atención a la población de forma ambulatoria, independientemente a que en las Clínicas Populares y CDI puedan tener salas de hospitalización e incluso quirófanos, para dar un servicio a poblaciones alejadas o por requerir atención de urgencia.

Por todo lo anterior, puede decirse que Barrio Adentro I y II conforman la Atención Ambulatoria. En este nivel se mantienen los dos modelos de salud antes mencionados, es decir, el tradicional y Barrio Adentro, ambos dirigidos a nivel nacional por organismos diferentes y a nivel local, en muchos de los estados, además de esta pluralidad se agregan las gobernaciones y

alcaldías. Todo ello, hace muy difícil la gerencia del sector salud como un todo, tanto desde el punto de vista normativo como operacional.

En la actualidad se cuenta con Barrio Adentro III constituido por los Hospitales y Barrio Adentro IV por instituciones hospitalarias de alta especialización. Sin embargo, siguen funcionando dos sistemas paralelos, el tradicional integrado por múltiples instituciones de servicios de salud, subordinados a diferentes organismos o empresas del sector público y Barrio Adentro con dos Coordinaciones: una subordinada a la representación designada por el Gobierno y otra a la Misión Médica Cubana que, aunque trabajan de conjunto, ponen de manifiesto la necesidad de cumplir con el mandato constitucional que plantea la integración y consolidación del SPNS.

Organización actual de las redes de Atención a la Salud. La atención a la salud por las redes tradicionales, las dependencias están subordinadas a diferentes Organismos Públicos, siendo los mas importantes: MPPS (en las regiones centralizadas), IVSS, Ministerio del Poder Popular para la Educación, Fuerzas Armadas, Gobernaciones y Alcaldías. En el caso de la actividad productiva, se destacan los servicios médicos de PDVSA y la Corporación Venezolana de Guayana, entre otras entidades del sector público.

Aunque el MPPS es el órgano rector del SPNS, los modelos de atención y de gestión varían, acorde a las directrices emanadas por las organizaciones que mantienen la hegemonía sobre las dependencias subordinadas, al ejercer la autoridad y control de las actividades que realizan sus gerentes, profesionales, técnicos y demás trabajadores, que conforman la nómina de esas instituciones.

Las redes tradicionales de servicios de salud, presentan la nomenclatura siguiente: Atención ambulatoria (ambulatorios urbanos tipo I, II y III, ambulatorios rurales tipo I y II, así como la Clínicas Populares), estas unidades integran el primer y segundo nivel de atención. El tercer nivel de atención está conformado por los hospitales (tipo I, II, III y IV), mas recientemente con la construcción de grandes instituciones para atender enfermedades específicas, se organizó el cuarto nivel de atención.

Por su parte, las redes de salud de Barrio Adentro están organizadas para la atención ambulatoria: Barrio Adentro I (consultorios populares, ópticas, farmacias populares) y Barrio Adentro II (Centros de Diagnóstico Integral, Salas de Rehabilitación Integral y Centros de Alta Tecnología). Los niveles de atención III y IV son los mismos que aparecen en las redes tradicionales y se identifican como Barrio Adentro III y Barrio Adentro IV.

De acuerdo con lo normado por el MPPS se planteó la necesidad de organizar la atención a la salud territorialmente, creándose las Áreas de Salud Integral Comunitaria (ASIC). Aunque en los mapas territoriales de las diferentes Regiones del país, se han ubicado las instituciones de salud del primer y segundo nivel, sólo han funcionado como tales, para las redes correspondientes de Barrio Adentro, ya que en las redes tradicionales subordinadas operativa o

funcionalmente al MPPS, siguen funcionando los Distritos Sanitarios. Las otras dependencias públicas están organizadas y se rigen por las directrices de la organización a la cual se subordinan.

Todo lo anterior, pone en evidencia la necesidad de reestructurar la organización de los servicios de salud, en función de integrar y consolidar el SPNS. Asimismo, es imprescindible una nueva concepción de la Regionalización de los Servicios de Salud ese sistema maximizando la calidad de la atención, evitando duplicidades innecesarias y el alcance de una mayor cobertura a toda la población..

Regionalización de la Salud Pública en la República Bolivariana de Venezuela para el período 2013-2019.

La regionalización como forma de organización de los servicios de salud, persigue el perfeccionamiento del SPNS y con ello, la materialización de su finalidad, que puede sintetizarse en alcanzar constantemente, niveles superiores de salud y calidad de vida de toda la sociedad.

“Se entiende por regionalización de salud, el proceso de organización de los niveles de atención en el ámbito territorial, mediante la descentralización de los servicios en áreas geográficas determinadas, así como la concentración de las acciones de salud bajo una misma coordinación y un mismo programa, con el fin de alcanzar condiciones superiores de salud y calidad de vida, al brindar la completa accesibilidad y total cobertura a la comunidad, recabando de ella su imprescindible participación.” Fernández Caballero E. y Capote Mir R. (2006)

La construcción del Socialismo exige de una nueva concepción organizativa de los Servicios de Salud, encaminados a la real integración y consolidación del Sistema Público Nacional de Salud. En tal sentido, la regionalización constituye una base fundamental para lograrlo, siendo necesario el alcance de los objetivos siguientes:

- a) Dar **cobertura universal y permitir el acceso** de toda la población al tipo de atención más adecuada a su situación de salud.
- b) Brindar **atención de integral de salud** ya sea preventiva, curativa o de rehabilitación a quien la necesite, sin barreras económicas, sociales o de otra índole.
- c) **Elevar la eficacia, efectividad y eficiencia del sector salud**, mediante el uso racional y equitativo de servicios de calidad.
- d) **Centralizar las regulaciones (normas y procedimientos)** del SPNS en el organismo rector a nivel nacional (MPPS).
- e) **Descentralizar la atención de la salud** con un sistema constituido por cuatro niveles de atención, diseñado para que cada persona pueda ingresar en él, a través del nivel que mejor se adapte a sus necesidades como individuo, familia o comunidad.

- f) **Participación activa y protagónica de la comunidad en la atención y control de la salud**, donde toda la población se constituye en objeto y sujeto de las actividades que desarrolla el SPNS.
- g) **Organizar “equipos de salud”** interdisciplinarios e intersectoriales con participación comunitaria, responsabilizados con el mejoramiento de la salud y calidad de vida de la población
- h) **Establecer un programa adecuado de educación para la salud** orientado a la difusión de conocimientos y actividades, relacionadas con la promoción de la salud y la prevención de enfermedades.

Si bien los objetivos constituyen la razón de ser de la regionalización, es importante también el considerar los diferentes factores que intervienen para su estructuración, entre ellos deben destacarse: territorialidad, descentralización de autoridad y recursos, concentración de poder e integración de acciones, accesibilidad y cobertura, participación activa y protagónica de la comunidad. Iñiguez Rojas, Luisa (2012)

Territorialidad

El concepto de regionalización está indisolublemente ligado a la territorialidad. Se trata precisamente, de la subdivisión geográfica de un país e incluso de niveles inferiores como pudieran ser estados, departamentos o provincias y municipios. En el caso de la RBV se tiene: nación, estados, municipios y parroquias, sin embargo, en la red tradicional de salud pública, la Dirección Regional de Salud cuenta con los llamados Distritos Sanitarios (DS).

El territorio que abarcan los niveles de atención de salud no pueden circunscribirse siempre a los mismos límites geográficos. Por ejemplo, un Área de Atención Integral Comunitaria (ASIC) puede abarcar mas de un municipio o cuando se trata de municipios que cuentan con una gran extensión geográfica o mucha población, se requiere mas de un ASIC. En general, se considera que la población que atiende un ASIC oscila como promedio de 50.000 habitantes.

¿Qué parámetros tendrían que considerarse para establecer los límites territoriales? ¿Sería adecuado el ajustarse a los establecidos en la actualidad para estados, municipios, distritos o parroquias? En la territorialidad se evalúan factores como la división político-administrativa, demográficos, situación higiénico-epidemiológica, medios de comunicación, entre otros.

Por su parte, en la división político-administrativa se consideran factores étnicos, sociales, económicos, de nacionalidad, culturales, climatológicos, naturales (ríos, lagos, cordilleras), entre otros. A ello pueden agregarse factores subjetivos, relacionados con clases sociales e intereses personales de los que ostentan el poder político.

Los factores antes mencionados pueden estar presentes en cualquier sistema social, en las condiciones actuales de la RBV, se requiere dar la mayor importancia a una territorialidad que

acerque la atención a la salud a toda la población, sobre todo a la mas desasistida, relacionando la división territorial con el Poder Popular, (Consejos Comunales y las Comunas Socialistas).

En el marco de los limites territoriales pueden intervenir los cuatro niveles y diferentes redes de atención como pueden ser: consultorios, CDI, SRI, CAT, Hospital General, red de emergencias con servicio de ambulancias, óptica, farmacia popular, industria farmacéutica u otra dependencia de salud. Es necesario delimitar con claridad el nivel de subordinación de cada unidad organizativa y su interrelación con otras instancias, en particular con los Consejos Comunales, por ser los máximos responsables de ejercer el Poder Popular a nivel local.

Descentralización de autoridad y recursos

Uno de los aspectos que originan grandes controversias, al momento de regionalizar los servicios de salud, está relacionado entre centralización y descentralización, es decir, lo que se va a delegar y lo que se queda en los niveles superiores. En ocasiones, se delegan funciones operativas pero se centralizan los recursos financieros, manteniendo las decisiones fundamentales en la ejecución de los servicios de salud. Otras veces el nivel superior delega mas de lo necesario y pierde autoridad y control sobre los niveles subordinados.

En la actualidad, el MPPS mantiene dos modelos diferentes, existen Direcciones Regiones Centralizadas, donde el nivel superior mantiene la autoridad sobre las decisiones fundamentales, entre ellas, lo concerniente a Barrio Adentro, así como la asignación de los recursos financieros y el control de su ejecución para la red convencional que se subordina operativamente a las Direcciones Regionales de Salud (DRS). Sin embargo, cuenta con otras DRG descentralizadas, sobre las cuales tiene una intervención limitada. El resto de las instituciones de salud se subordinan a diversos organismos y empresas públicas.

Se entiende que puedan existir dependencias descentralizadas, pero se requiere que la autoridad y los recursos se distribuyan en base a las condiciones y necesidades de salud de cada territorio local, determinado por el Análisis de Situación de Salud (ASS), en cada caso.

Concentración de poder e integración de acciones

La centralización y la descentralización son factores que interactúan dialécticamente. La centralización implica concentración de elementos descentralizados. Por otra parte, cuando la descentralización genera demasiada centralización en un determinado nivel se necesita una nueva descentralización hacia niveles inferiores o un retorno de autoridad y responsabilidad hacia el nivel superior.

La delegación de autoridad y recursos del nivel central al regional provocó una más alta concentración de poder en ese nivel, sin que se notara una mejor solución de los problemas de salud de las comunidades. La Direcciones Regionales y Municipales de Salud concentraron el

poder y la autoridad a su nivel, en detrimento del bienestar de las comunidades a nivel local. Viana AL; Machado CV y col. (2007)

La política del Gobierno de la RBV entiende la descentralización hacia el nivel local, que debe tener la autoridad y responsabilidad para la solución de sus propios problemas, en este caso al Poder Popular, ejercido por los Consejos Comunales y las Comunas Socialistas. A tal efecto, el MPPS debe concentrar la autoridad funcional en materia de salud, es el máximo responsable del Plan Anual de Salud y el Presupuesto que de ello se deriva. Por tanto, descentraliza los recursos materiales y financieros hacia los representantes del Poder Popular que corresponda., así como a Direcciones Regionales de Salud, Hospitales, Áreas de Atención Integral de Salud, entre otras instituciones de salud.

Los diferentes niveles y redes de Barrio Adentro deben ser garantes de que haya correlación entre necesidades de salud y recursos para su satisfacción, teniendo como premisa que la máxima autoridad en materia de salud, recae en el MPPS, pero la ejecución de las acciones encaminadas a satisfacer esas necesidades están en el Poder Popular.

Accesibilidad y cobertura

La accesibilidad de toda la población a los servicios de salud de cualquier nivel de complejidad, constituye uno de los principios básicos para alcanzar la equidad que proclama la salud pública, tal como se reflejó en la Conferencia sobre Atención Primaria de Salud, celebrada en Alma-Ata en el año 1968. La accesibilidad a estos servicios comprende los factores económicos, sociales, geográficos y comunicacionales.

Desde es punto de vista económico y social, la salud pública en la RBV es gratuita para toda la población, es decir, tiene derecho a los servicios de salud de cualquier nivel de atención, sin costo alguno.

Por otra parte, en la atención a la salud, no se discrimina a población alguna, por mas cerca o alejada que esté de las principales ciudades, se trata cada vez mas, de acercar los niveles de atención a la salud a las comunidades, sin importar dificultades geográficas o territoriales. Guimarães, Raul Borges (2005)

Con relación al acceso comunicacional se destacan dos aspectos fundamentales: transportación y medios de información. En el primer caso se están habilitando y construyendo vías de acceso en las diferentes regiones del país, así como el incremento de medios de transporte interurbano que permitan el libre movimiento de la población entre diferentes comunidades, pueblos y ciudades, lo que facilita el acceso a cualquiera de los cuatro niveles de atención a la salud.

En cuanto a la factibilidad de informar y estar informado se han logrado grandes avances desde el punto de vista práctico y tecnológico. El desarrollo de la tecnología se ha llevado a los lugares mas apartados del país, ampliándose la red de telecomunicaciones, tales como: telefonía tradicional y celular, la radio y la televisión, “infocentros”, donde las comunidades hacen uso de la computación para su comunicación con otras personas, instituciones y el resto del mundo. Todo ello, permite a la población comunicarse con la urgencia necesaria, con cualquiera de los diferentes niveles de atención a la salud.

La accesibilidad a los servicios de salud permite a su vez, que se alcance una mayor cobertura de la población, sin importar que una parte radique en zonas urbanas y otra en rurales, sin embargo, los datos reales de población rural asistida se encubren con los que corresponden a la población asistida en las grandes ciudades. En las condiciones actuales de la RBV, se aspira a la “cobertura total”, donde desaparezca la brecha existente entre las necesidades de la población (demanda) y las posibilidades de satisfacerlas (oferta). Carr BG; Branas CC (2009).

Es necesario recalcar que el incremento significativo de la cobertura, sólo puede lograrse mediante la integración y consolidación del SPNS; la reestructuración de estrategias y métodos de atención y de gestión, que se ajusten a lo planteado en el Programa Patria 2013-2019 y; una nueva concepción ideológica y práctica del funcionamiento de los servicios de salud.

Participación comunitaria

Muchas veces se concibe la participación comunitaria, como el apoyo y ayuda que la población puede dar para que determinados programas de salud y campañas sanitarias requieren en determinado momento y lugar, por ejemplo, un proceso de vacunación en una zona afectada por una epidemia. Sin lugar a dudas que este apoyo se valora positivamente, pero la verdadera y efectiva **participación comunitaria** debe ser **activa y protagónica**, es decir, está siempre presente en las acciones de salud.

El SPNS debe concebir a la comunidad como objeto y sujeto de las funciones y acciones que conciba y ejecute. Es objeto cuando recibe un servicio de salud pero también es sujeto cuando **es parte de las decisiones** que se tomen en cualquiera de los niveles de atención del sistema, en **la ejecución** de las acciones que permiten su cumplimiento con la calidad requerida y en el control sistemático de su seguimiento, como es el caso del “**Control Popular**”.

La participación activa y protagónica de la comunidad debe convertirse en una actitud consciente de directivos, profesionales, técnicos y demás trabajadores del SPNS, así como de las propias comunidades que tienen el derecho y el deber de su participación en las acciones de salud que les compete. Para ello, deben participar en el Análisis de Situación de Salud, la

elaboración del Plan de Salud, el Presupuesto solicitado y el aprobado, así como la ejecución y control sistemático, tanto del plan como del presupuesto. Sánchez-Bayle, Marciano (2004).

Conclusiones

-En la actualidad los servicios de salud del sector público se mantiene fragmentado, lo que facilita la irracionalidad en su funcionamiento, la duplicidad de acciones innecesarias, un control inefectivo e ineficiente de las acciones que ejecuta y en ocasiones, el descontento de parte de la población.

-La Constitución de la República Bolivariana de Venezuela pone de manifiesto la necesidad de integrar y consolidar el SPNS.

-La estrategia de Barrio Adentro concebida en un Convenio entre los Gobiernos de Cuba y Venezuela, ha contribuido efectivamente, en el desarrollo de la salud pública venezolana, sobre todo para la población mas desasistida en el país.

-La falta de integración de los servicios de salud que se ejecutan por diferentes organismos, instituciones y empresas del sector público, dificultan su mejor funcionamiento y la propia calidad de la atención a parte de la población.

-La nueva visión de regionalización de los servicios de salud, a través de las “Área Comunitaria Integral de Salud (ASIC) y de los niveles de atención concebidos como Barrio Adentro I, II, III y IV, constituyen el pilar fundamental para la integración y consolidación definitiva del SPNS.

-La autoridad del Ministerio del Poder Popular para la Salud se ha ido fortaleciendo con el trabajo desarrollado por la Misión Barrio Adentro, que se ha extendido a toda la RBV, brindando una gran cobertura y accesibilidad de la población a los servicios de salud.

-Barrio Adentro está impactando favorablemente, en la Regionalización de los Servicios de Atención a la Salud, en el marco del SPNS en la RBV.

-La Participación activa y protagónica de la comunidad en las acciones de salud, no ha llegado aún a los niveles que aspira el Gobierno, aunque se prevé un avance significativo en el Programa Patria 2013-2019, propuesto por el Presidente, Cmdte. Hugo Chávez

Bibliografía

Arteaga, O; Astorga, I; Pinto, A.M. Desigualdades en la provisión de asistencia médica en el sector público de salud en Chile. Cad -Saude Publica; 18(4): 1053-1066, jul.-ago. 2002.

Arteaga, O; Astorga, I; Pinto, A.M. . Time, distance and Access to emergency care in the United States. LDI Issue Brief; 14(4): 1-4, 2009 Apr-May. USA.

Fernández Caballero, E. y Capote Mir, R. La regionalización de los servicios de salud. Instituto de Altos Estudios “Dr. Arnoldo Gabaldón”. Venezuela 2006.

González-Block, Miguel A; Molina-Rodríguez y col.; Capacidad de fortalecimiento de los sistemas de salud mesoamericanos (IMSP). Salud Pública Méx. 53(supl.3): s358-s367, 2011.

Guimarães, Raul Borges. Regiones de Salud y Escalas Geográficas. Cad Saude Publica. 21(4)jul.-ago. 2005. México.

Iñiguez Rojas, Luisa. Aproximación a la evolución de los cambios en los servicios de salud en Cuba. Revista Cubana de Salud Pública. 38(1): 109-125, enero-marzo 2012.

Urbanos, Rosa. El impacto de la financiación dela asistencia sanitaria en las desigualdades. Gaceta Sanitaria; 18(supl.1): 90-95, mayo 2004. España.

Sánchez-Bayle, Marciano. Nuevas formas de gestión y su impacto en las desigualdades. Gaceta Sanitaria.18(supl.1): 96-101, mayo 2004. España.

Viana AL; Machado CV; Baptista TW; Lima LD; Mendonça MH; Heimann LS; Albuquerque MV; Iozzi FL; David VC; Ibañez P; Frederico S. Sistemas Nacionales de Salud y Territorios: Política Regional en la Amazona de Brasil. Cad Saude Publica; 23 Suppl 2: S117-31, 2007.