

Cambio social y política de salud en Venezuela

Carlos H. Alvarado^a, María E. Martínez^b, Sarai Vivas-Martínez^c, Nuramy J. Gutiérrez^d, Wolfram Metzger^e

En el murmullo cotidiano se escucha que en Venezuela, hemos abierto [pueblos y gobernantes] las compuertas hacia otro mundo posible. La multitud está tentada a recorrer experiencias de vida novedosa

Judith Valencia

Resumen

Este trabajo revisa el cambio social ocurrido en las últimas dos décadas en Venezuela, que determina el surgimiento de una nueva política de salud en el país. Al inicio refiere el contexto político de la

década de los años noventas, cuando se evidencia sociales y políticos que derivan en la aprobación marco jurídico y legal en materia de salud. Describe los sucesos sociales y políticos que derivan en la aprobación de una nueva Constitución en 1999, que permite dotar al país de los fundamentos para un nuevo marco jurídico y legal en materia de salud. Trata aspectos relativos a la concepción de salud y el modelo de atención de salud, surgidos e implantados a raíz del proceso constituyente. Recoge la reacción de los sectores económicos y políticos dominantes ante las políticas ejecutadas por mandato constitucional. Posteriormente, analiza el surgimiento de *Barrio Adentro* y de las distintas misiones sociales como factores esenciales del inicio de cambios estructurales en el país y en las instituciones de salud. Caracteriza *Barrio Adentro* y se exponen los elementos sustantivos para el desarrollo del Sistema Público Nacional de Salud. Por último, refiere el impacto de las nuevas políticas de salud en la calidad de vida de la población

Palabras clave: Venezuela, Barrio Adentro, medicina social

1.- Contexto político y situación de salud en Venezuela en los años 90s

La declaración de Alma Ata en 1978 y el compromiso de todos los países del mundo de impulsar la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS), generaron tanto un amplio espacio de debate, como la reconstrucción de una nueva mirada sobre los problemas de salud colectiva. El reforzamiento del derecho a la salud para todos y sus principios estratégicos: la equidad, la universalidad, la

a. Médico Especialista en Salud Ocupacional y Medicina Física y Rehabilitación, Universidad Central de Venezuela, Cátedra de Medicina del Trabajo; Universidad Bolivariana de Venezuela, Centro de Estudios de Salud Colectiva y Derecho a la Vida, correo-e: alvarac@gmail.com.

b. Médico de Salud Pública, Maestra en Práctica Social y Salud, Universidad Central de Venezuela, Cátedra de Salud Pública; Universidad Bolivariana de Venezuela, Centro de Estudios de Salud Colectiva y Derecho a la Vida, correo-e: mmartint@gmail.com.

c. Doctora en Epidemiología, Universidad Central de Venezuela, Cátedra de Salud Pública; Universidad Bolivariana de Venezuela, Centro de Estudios de Salud Colectiva y Derecho a la Vida Correo-e: svivasm@gmail.com.

d. Médica Cirujana especialista en Ginecología y Reproducción Humana, Ministerio del Poder Popular para la Salud, Hospital Cardiológico Infantil Latinoamericano “Dr. Gilberto Rodríguez Ochoa”, correo-e: nuramyg@gmail.com.

e. Especialista en Medicina Tropical Eberhard Karls Universitaet Tuebingem. Institut Fuer Trotem- medizin sektion humanparasitologie, correo-e: wgmetzger@yahoo.com

Recibido: 16 de febrero del 2008

Aprobado: 15 de marzo del 2008

interdisciplinaridad, la intersectorialidad, la participación social y el desarrollo de tecnologías apropiadas y culturalmente aceptadas (OMS/UNICEF,1978) plantearon un desafío para los sistemas de salud. Los países parecieron asumir con entusiasmo tales postulados; en Venezuela se desarrollaron un conjunto de esfuerzos dirigidos a desarrollar los principios de la APS (Castellanos, 1982). Posteriormente, en 1996, los países miembros de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) se reunieron y confirmaron su adhesión a los principios que sustentaban el compromiso de “Salud para todos en el año 2000” (Sotelo y Moncayo, 1997).

Durante los últimos años de la década de los ochentas y todos los años noventa del siglo XX, en Venezuela, así como en la mayoría de los países de América Latina, con la excepción de Cuba; se aplicaron las medidas neoliberales impuestas por el Banco Mundial (BM) y el Fondo Monetario Internacional (FMI) (Muntaner, Salazar, Rueda y Armada, 2006). Sus premisas fundamentales fueron reducir la presencia del Estado en el financiamiento y ejecución de las políticas sociales, con la consecuente privatización de los servicios, descentralización, liberación de los precios de los productos básicos, incluyendo los honorarios de la medicina privada, la apertura de la inversión extranjera, que en materia de salud se expresó por la presencia de las aseguradoras privadas de salud y la seguridad social transnacionales (Homedes y Ugalde, 2005),(Terris, 1999), (De Vos, De Ceukelaire y Van der Stuyft, 2006). La razón fundamental para la aplicación de estas políticas en nuestros países fue el déficit financiero imperante en la región, consecuencia de la evolución de la economía capitalista dependiente de nuestros pueblos y la posibilidad de financiamiento con las organizaciones internacionales, principalmente estadounidenses, que imponían a los países sus políticas económicas y sociales (Armada, Muntaner y Navarro, 2001).

A mediados de los años 90s, en América Latina se establecieron algunos de los fundamentos jurídico-legales para concretar el derecho a la salud, pero también surgieron valores que se contraponían a la práctica del mismo. Tal es el caso de las teorías utilitaristas expresadas en el movimiento del

neoliberalismo y en la nueva globalización, que promueven la libertad de los capitales financieros y el predominio del mercado; en este contexto, la salud es un derecho subordinado a estos valores. En los últimos quince años del siglo XX, las reformas sectoriales de salud no estuvieron orientadas a asegurar el derecho a la salud para todos, sino a transformar el sistema de prestación de servicios de salud en una expresión más del mercado (Guerra de Macedo, 2003). Durante esta etapa, nuevos actores, como el BM y la Organización Mundial del Comercio, desplazaron a la Organización Mundial de la Salud (OMS) a un segundo plano y asumieron las directrices de las políticas de salud de los países, lo que trajo como consecuencia el abandono y la distorsión de los principios esenciales de APS. Ejemplo de ello es el caso de diferentes modalidades de atención barata para los pobres o de programas de atención focalizada dirigidos a paliar los efectos de la exclusión social y servir como contención al descontento popular (San Sebastián, Hurting, Breilh y Quizhpe, 2005). En el año 2003 se produjo un documento denominado *Informe de Salud en el Mundo*, en el cual los países retomaron el compromiso de fortalecer sus sistemas de salud bajo los principios de la APS, formulados en la Declaración de Alma Ata (OMS, 2003).

En Venezuela, la aplicación del paquete de políticas neoliberales recomendadas por el FMI y el BM se llamó “el gran viraje” (Fajardo-Cortés y Lacabana, 1993). Condujo a la revuelta popular de 1989 denominada “el Caracazo”, que se detonó por el aumento del costo de la gasolina y del transporte público, en un pueblo con descontento acumulado, lo que dejó cerca de 2,000 muertos por las acciones represivas del gobierno de Pérez (Terris, 1989), y posteriormente, en 1992, hubo dos rebeliones militares encabezadas por el hoy presidente Hugo Chávez y su grupo de acción político – militar, el Movimiento Bolivariano Revolucionario MBR200 (Feo y Curcio, 2004; Harnecker, 2002). En 1994 comienza el gobierno socialcristiano de Rafael Caldera, con una coalición que incluía desde los grandes grupos de poder económico y de la

derecha más tradicional, hasta partidos considerados de izquierda, como el Movimiento al Socialismo. Pronto este gobierno se definió a favor de las propuestas neoliberales (Gamboa, 2000).

Según el indicador de necesidades básicas insatisfechas, en 1990 el 44.4% de la población venezolana se encontraba en situación de pobreza. Entre 1989 y 1995 el índice general de precios de los bienes y servicios se multiplicó por 20, el de alimentos y bebidas fue 40 veces mayor en el mismo período y el ingreso real promedio de las familias disminuyó en un 66%, con un gasto en alimentos superior al 60% del ingreso. (Cumbre Mundial de la Alimentación, 1996).

A finales del gobierno de Caldera se aprobaron un grupo de leyes sociales relacionadas con la seguridad social, todas con amplio contenido neoliberal. Con éstas se decreta, por ejemplo, la desaparición del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales y se da entrada a las administradoras privadas de fondos de pensiones, de salud y de los llamados riesgos laborales. (Provea, 1998; Sanoja, 2000). Organizaciones de derechos humanos denunciaron que con esas medidas se dismantelaba la estructura de protección del derecho a la salud a través de una visión mercantilista, con una organización que apuntaba a consolidar la visión del Estado como un prestador de servicios en el “*mercado de la salud*” (PROVEA, 1998).

La política de salud implementada en este período se caracterizó por: reducción del gasto público en salud, privatización de los servicios a través del cobro directo o indirecto en los establecimientos públicos de salud, el aumento de los seguros privados de hospitalización, cirugía y maternidad de los trabajadores del sector público, estímulos y facilidades económicas para la construcción de centros de salud privados, reducción del cupo de las universidades para la formación de profesionales de la salud, bajo el pretexto de exceso de profesionales, que llevó a la congelación de nuevas plazas. La salud se resolvería así con la participación principal del sector privado, abandono de la atención del primer nivel y de la estrategia de APS, predominio de las recomendaciones de las industrias de fabricación de equipos médicos y medicamentos en los

protocolos de diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, deterioro de los establecimientos públicos de salud existentes, no construyéndose nueva infraestructura durante el período. (OPS, 2006; Provea, 1998). Las reformas iniciadas a mediados de los años noventa significaban, entre otras cosas, reducir la intervención del Estado en la prestación de servicios; establecer tres modelos de gestión de salud competitivos: modelo público abierto, con sistemas de recuperación de costos; modelo de seguridad social, con acceso restringido; y modelo privado para la población con capacidad económica y para los trabajadores del sector público con seguros privados de hospitalización, cirugía y maternidad; convertir a los hospitales y otros establecimientos públicos en empresas sociales; desarrollar un sistema escalonado de tarifas y un mecanismo estratificado de costos a subsidiar para reducir en un 75% el personal obrero y administrativo no productor de servicios de salud (Rondón, 1996).

Otro elemento importante que marcó la reforma sanitaria venezolana durante los años 90s fue la descentralización. Se aprobaron dos instrumentos legales: la “Ley Orgánica de Descentralización y Delimitación de Transferencia del Poder Público” y la “Ley Orgánica de Elección y Remoción de Gobernadores y Alcaldes”. La primera ley hace una relación de un conjunto de servicios que deben ser transferido progresivamente a los entidades federales, destacándose la salud pública como uno de ellos. Los recién electos gobernadores comenzaron a solicitar la transferencia de dicha competencia, la cual comienza a ser efectiva en 1993, sin previa evaluación de las capacidades regionales para asumir el nuevo rol. Esto trajo como consecuencia que cada gobernación creara instituciones de salud con diversos modelos de gestión que oscilaron entre corporaciones, fundaciones, institutos autónomos y direcciones regionales de salud. Con la descentralización se comenzó un proceso de ampliación y profundización de la privatización de los servicios públicos, debido a la urgente necesidad de buscar respuestas a

los problemas de déficit presupuestario. Igualmente, se incrementó la participación de organizaciones de la llamada “sociedad civil”; organizaciones no gubernamentales sin fines de lucro, en forma de fundaciones con prácticas habituales de recuperación de costos; muchas de las cuales asumieron progresivamente el funcionamiento de los servicios de salud (Rincón y Rodríguez, 2004).

El proceso de descentralización promovido por las reformas neoliberales contribuyó a profundizar las desigualdades en el acceso a la atención de salud, en la medida en que redujo los aportes de los gobiernos centrales a los servicios locales. En países como Chile y Colombia, en lugar de reducir los costos, aumentó el enriquecimiento de las administradoras privadas de servicios de salud (Homedes y Ugalde, 2005) con una transferencia cada vez mayor de recursos públicos hacia el capital privado. La lógica de estas reformas neoliberales ha sido contribuir con la reproducción ampliada del capital con una disminución de la cuota patronal, transformando los beneficios y servicios sociales en un ámbito directo de acumulación (Laurell, 1995).

El determinante fundamental de la salud colectiva es la posibilidad de la población de satisfacer sus necesidades básicas. La pobreza se convierte así en el peor enemigo de la salud (Feo, 2003). La consecuencia para la población del ajuste fue un claro incremento de la pobreza. Para 1999, el 67,7% de la población venezolana se encontraba en situación de pobreza. En 1981 el 40% más pobre recibía el 20% del ingreso nacional, mientras el 10% más rico recibía el 22%. Para 1997 el 40% más pobre recibió el 15% del ingreso y para el 2000 el 10% más rico recibió el 33%, denotando un evidente aumento de la brecha entre ricos y pobres (Feo, 2003). La situación de deterioro de las condiciones de vida determinó un perfil epidemiológico conocido como acumulación epidemiológica (Núñez, 1996). En éste persisten y se reagudizan los problemas de salud relacionados con las necesidades básicas de la población, como son las enfermedades transmisibles y carenciales y, a la vez, se evidencia un ascenso progresivo de la morbilidad y mortalidad por enfermedades crónicas y degenerativas, a los que se suman los problemas

de salud colectiva relacionados con la urbanización, la industrialización y la expansión del efecto de la sociedad de consumo, como la violencia (suicidios, homicidios y accidentes), la farmacodependencia, el alcoholismo, la contaminación, el deterioro y destrucción del ambiente, la exposición a diversos residuos tóxicos en los ambientes ocupacionales y en la población en general, con sus consiguientes manifestaciones crónicas.

En la misma década y como consecuencia del modelo curativo imperante y la “desinversión” en el sector salud, muchos de los ambulatorios de la red pública asistencial venezolana estaban subutilizados, su capacidad resolutive era muy baja, no contaban con medicamentos ni insumos para diagnóstico y tratamiento y sus horarios de atención fueron reducidos. En la mayoría de ellos se implementó el mecanismo de recuperación de costos a través de la “colaboración voluntaria” de los usuarios, con una organización fragmentada de los servicios. Todo esto trajo como consecuencia la sobrecarga de la red hospitalaria, ya de por sí insuficiente, y con secuelas del mismo déficit presupuestario.

2.- Proceso constituyente y derecho a la salud

En diciembre de 1998 ganó las elecciones en Venezuela Hugo Chávez Frías, con una propuesta abiertamente antineoliberal. Dentro de las primeras medidas que tomó el nuevo gobierno estuvo la convocatoria a un proceso constituyente de amplia participación y la suspensión de la aplicación de las leyes privatizadoras de seguridad social y salud del gobierno anterior. En diciembre de 1999 es aprobada en referéndum popular la nueva Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (CRBV) que establece las bases para la construcción de la nueva República y que en su preámbulo expresa el propósito de:

...refundar la República para establecer una sociedad democrática, participativa y protagónica, multiétnica y pluricultural en un Estado de justicia, federal y

descentralizado, que consolide los valores de la libertad, la independencia, la paz, la solidaridad, el bien común, la integridad territorial, la convivencia y el imperio de la ley para ésta y las futuras generaciones; asegure el derecho a la vida, al trabajo, a la cultura, a la educación, a la justicia social y a la igualdad sin discriminación ni subordinación alguna; promueva la cooperación pacífica entre las naciones e impulse y consolide la integración latinoamericana de acuerdo con el principio de no intervención y autodeterminación de los pueblos, la garantía universal e indivisible de los derechos humanos, la democratización de la sociedad internacional, el desarme nuclear, el equilibrio ecológico y los bienes jurídicos ambientales como patrimonio común e irrenunciable de la humanidad (Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, 1999).

En relación con la salud y la seguridad social, la CRBV señala a la salud como

...un derecho social fundamental obligación del Estado, que lo garantizará como parte del derecho a la vida.” (artículo 83); “el Estado creará, ejercerá la rectoría y gestionará un sistema público nacional de salud,... integrado al sistema de seguridad social, regido por los principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, integración social y solidaridad... Los bienes y servicios públicos de salud son propiedad del Estado y no podrán ser privatizados. La comunidad organizada tiene el derecho y el deber de participar en la toma de decisiones sobre la planificación, ejecución y control de la política específica de las instituciones públicas de salud (Artículo 84).

El financiamiento del sistema público de salud es obligación del Estado... (Artículo 85).

Toda persona tiene derecho a la seguridad social como servicio público de carácter no lucrativo...La ausencia de capacidad contributiva no será motivo para excluir a las personas de su protección... Las cotizaciones... podrán ser administradas sólo con fines sociales bajo la rectoría del Estado...El sistema de seguridad social será regulado por una ley orgánica especial (Artículo 86).

En relación con el sistema socioeconómico, la CRBV señala:

El Estado se reserva... la actividad petrolera y otras industrias, explotaciones, servicios y bienes de interés público y de carácter estratégico (Artículo 302)

Todas las aguas son bienes de dominio público de la Nación... (Artículo 304)

El régimen latifundista es contrario al interés social...La ley dispondrá lo conducente...para gravar las tierras ociosas y establecerá las medidas necesarias para su transformación en unidades económicas productivas...Los campesinos y campesinas... tienen derecho a la propiedad de la tierra... (Artículo 307).

Esta Constitución se convirtió en el principal instrumento para combatir las políticas neoliberales y la construcción de una nueva sociedad basada en la garantía de los derechos sociales fundamentales por parte del Estado, de manera corresponsable con todos los sectores de la vida nacional, donde juegan un papel fundamental las comunidades organizadas.

Las principales propuestas de salud implementadas hasta la fecha por el Gobierno del presidente Chávez, son, en orden cronológico: La aplicación del Modelo de Atención Integral de Salud (MAI), la formulación del Plan Estratégico Social (PES) y la implementación de la Misión *Barrio Adentro*.

3.- Modelo de Atención Integral de Salud

En 1999, el Ministerio de Salud se planteó como prioridad la reestructuración del nivel central a través de la aplicación de un modelo de atención integral a la población y la creación del Sistema Público Nacional de Salud. Entre los objetivos más resaltantes del modelo, destaca la especial importancia que se le confiere a la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades, la participación de comunidades organizadas, así como el fortalecimiento de los establecimientos del primer nivel de atención (Rincón y Rodríguez, 2004). En la nueva estructura del Ministerio de Salud, los

principios de la APS constituyen las bases que sustentan el Modelo de Atención Integral (MAI) en el ámbito de los servicios.

Este modelo promueve la organización de los servicios en función de las necesidades de las personas, las familias y la comunidad. Supera la atención fragmentada y reduce las oportunidades perdidas para el cuidado de la salud brindando todas las acciones de salud posibles en el momento oportuno, según la capacidad resolutoria del establecimiento y con enfoque de ciclo de vida y de género. A la consulta clínica diaria se le incorporaron las consultas preventivas de promoción y prevención en tres grandes actividades: atención integral al niño, niña y adolescente; atención integral a la mujer y atención integral al adulto y adulto mayor. Toda persona que acuda a la red ambulatoria de cualquier edad, sexo u hora, debe recibir los servicios preventivos que requiera, aunque no los esté solicitando (Feo, 2003)

La organización no gubernamental Programa Venezolano de Educación Acción en Derechos Humanos (PROVEA), en su informe anual 2000 – 2001, identifica como positivo el nuevo marco constitucional en salud, el discurso estatal y la implementación de políticas que rescatan el enfoque integral de salud; destaca igualmente que en este período el aumento de la cobertura de los servicios de atención médica y la eliminación progresiva del cobro directo a los pacientes por los servicios de salud mejoró la accesibilidad. En 16 estados se inició la aplicación del modelo de atención integral, tomándose al Estado Aragua como modelo piloto, donde se evidenció un incremento de las actividades preventivas y una disminución de las consultas de emergencia en los centros de mayor complejidad (PROVEA, 2001).

4.- Plan Estratégico Social del Ministerio de Salud

El Plan Estratégico Social del Ministerio de Salud (PES) es un instrumento de planificación política, creado para desarrollar capacidad de conducción estratégica y viabilización de cambios sustantivos en las condiciones de calidad de vida de la población venezolana.

En este plan se establecen los principios orientadores para cumplir en la práctica con el mandato constitucional de garantizar el derecho a la salud con universalidad, equidad, participación popular, solidaridad y gratuidad. Con este propósito se producen las directrices para una estrategia de promoción de calidad de vida y salud, a saber (Ministerio de Salud y Desarrollo Social. 2003)::

- Orientar la función de las políticas públicas hacia el imperativo ético de responder a las necesidades sociales de calidad de vida y salud.
- Adoptar la estrategia de promoción de calidad de vida y salud que busca la preservación y desarrollo de la autonomía de individuos y colectividades.
- Reorientar el modo de atención mediante la estructuración de repuestas regulares, suficientes, integrales y equitativas conformadas en redes públicas de calidad de vida y salud en los ámbitos nacional, estatal y municipal.
- Construir una nueva institucionalidad pública con capacidad rectora, conducción y liderazgo dentro de una estructura intergubernamental, descentralizada y participativa, comprometida con la transformación de los patrones de calidad de vida y salud.

Con el PES se establece el marco filosófico y político requerido para desarrollar los lineamientos generales del Plan Nacional de Desarrollo Económico y Social 2001 – 2007 en su eje de equilibrio social. Además, se constituyó en una herramienta fundamental para la construcción de la nueva legislación en salud y el sistema público nacional de salud (OPS, 2002).

5.- Situación política 2001- 2002 y su impacto en salud

A raíz de la aprobación de la CRBV se ponen en marcha las principales decisiones del gobierno bolivariano en materia de derechos sociales, con un aumento importante del gasto público social, que se expresó en: la gratuidad de la salud y la educación, el incremento del

salario mínimo y de las pensiones de vejez, el reconocimiento de pasivos y otras deudas laborales, el control de la inflación, que se redujo de 29,9% en 1998 a 12,3% en el 2001. En relación a las condiciones de vida y salud, en este período se logró reducir la pobreza extrema, medida según línea nacional de pobreza, de 20,6% en 1998 a 16,9% en el 2001; la tasa de mortalidad infantil se redujo de 21,3 x 1000 nacidos vivos registrados (nvr) en 1998 a 17,6 x 1000 nvr, en el 2001 (Naciones Unidas, 2004).

A partir del año 2001, con la aprobación de un conjunto de leyes antineoliberales, como la Ley de Tierras, la Ley de Pesca y la Ley de Hidrocarburos que sentaron las bases para la nacionalización de la empresa petrolera y la orientación de estos recursos hacia el gasto social, Venezuela atravesó una crisis originada por las acciones desestabilizadoras y de sabotaje, que incluyeron el golpe de estado de abril de 2002 (Golinger, 2005); paro patronal de la industria y el comercio; paralización de la distribución y venta de alimentos y medicamentos; paro parcial de la actividad bancaria y paro médico (Fundación Defensoría del Pueblo, 2004). Tanto el golpe de estado como el sabotaje petrolero y el paro patronal, fueron apoyados por buena parte de los medios de comunicación privados, tanto dentro como fuera del país (Fundación Defensoría del Pueblo, 2004; López, 2006). Esta situación generó un deterioro agudo de todos los indicadores sociales, entre ellos, los de salud, que venían de tres años de franca mejoría. En el 2002, la pobreza extrema, medida por línea de pobreza nacional, llegó a 25%, con una inflación de 31,2% y una tasa de desempleo de 16,2%. La mortalidad infantil aumentó a 18,6 x 1000 nvr en 2002 y a 18,49 x 1000 nvr en 2003 (Naciones Unidas, 2004; SISOV, 2007 e INE, 2007).

6.- Dimensión conceptual de la salud

El proceso social y político venezolano actual se ha gestado a partir de múltiples movimientos sociales que históricamente lucharon para construir nuevos paradigmas en salud y a oponerse a la avanzada neoliberal. Durante las jornadas de

participación popular en el marco de la Asamblea Nacional Constituyente, en 1999, se abrieron espacios de encuentro donde se democratizó la discusión sobre la salud como derecho y su expresión como producto de un conjunto de determinantes estructurales y condiciones que configuran la calidad de vida. Se avanzó en la concepción de la salud como parte de una transformación general del modelo de país, en el cual sea posible la garantía real de todos los derechos sociales a través de la democracia participativa y de un nuevo modelo económico social, basado en la distribución equitativa de la riqueza.

A partir de la constitución de 1999 se trabaja en el desarrollo de un nuevo marco jurídico, para el cual se ha propuesto la siguiente concepción de salud:

La salud se manifiesta como la condición individual y colectiva de calidad de vida y bienestar, es el resultado de condiciones materiales, psicológicas, culturales, determinantes sociales, ambientales y biológicas, y de la organización y funcionamiento del Sector Salud.

Su realización define la condición de estar y permanecer sano, ejerciendo cada cual a plenitud sus capacidades potenciales a lo largo de cada etapa de la vida.

La salud se considera de relevancia pública, adquiriendo supremacía en todas las políticas nacionales y sobre cualquier acción que pueda contribuir a generar capacidades, medios y condiciones para garantizar su pleno ejercicio como derecho, sujetándose a la rectoría del Estado.

El Estado utilizará la atención primaria en salud como estrategia para garantizar el derecho a la salud, elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso universal y equitativo a condiciones, recursos y servicios de salud, respondiendo a las necesidades sociales de toda la población, según sus diferentes expresiones en grupos humanos, territorios y categorías sociales y acercando la atención en salud al lugar donde la gente vive y trabaja (Ministerio de Salud, 2006).

7.- Origen de la Misión *Barrio Adentro*

La difícil situación que atravesó la población venezolana entre 2001-2002 perfiló una nueva manera de asumir la política en las comunidades y su relación con el Estado. Las organizaciones populares mostraron un nivel creciente de autonomía y articulación para la acción política. En febrero de 2003, la Alcaldía de Caracas contactó a la Embajada de Cuba en Venezuela para solicitar la colaboración de la Misión Médica Cubana. En abril de ese año llegaron los primeros médicos de la Brigada Cubana de Salud, con quienes se planificó y dio inicio al *Plan Barrio Adentro* en un conjunto de barrios del Municipio Libertador del Distrito Metropolitano. Los médicos y médicas fueron alojados en las viviendas de familias que se ofrecieron voluntariamente para recibirlos y se instalaron y equiparon consultorios en espacios diversos de la comunidad, la mayoría en casas de familia. La llegada de estos médico, así como sus acciones en las comunidades, fueron posibles por la presencia de diferentes formas de organización existentes en las mismas, como, por ejemplo, los Comités de Tierra Urbana (Alayón, 2005).

Entrevistas e investigaciones de campo muestran cómo fue la vivencia para las comunidades; primer, cierta incredulidad ante la posibilidad de contar realmente con atención médica gratuita y tan cerca de sus casas, y también la alegría, el entusiasmo de disponer de una atención a la que antes no se tenía acceso. La presencia de los médicos, así como de otros profesionales que fueron llegando a los barrios con la *Misión Barrio Adentro*, como odontólogos, optometristas, entrenadores deportivos, generaron en las comunidades una creciente movilización y organización, que produjo el nacimiento de nuevas Misiones. La *Misión Barrio Adentro* y la presión desde las comunidades hacia las instituciones de gobierno local y nacional, generaron nuevos mecanismos de articulación interinstitucional (OPS, 2006; Ubieta, 2006 y Alayón, 2005).

En diciembre de 2003 el *Plan Barrio Adentro* se extendió a todo el territorio nacional, mediante decreto presidencial que lo estableció como misión social permanente.

La Misión Barrio Adentro tendrá como objetivo la implementación y coordinación institucional del Programa Integral de prestación de Atención Primaria de Salud, estimulación e implementación de expresiones de la economía social y transformación de las condiciones sociales, económicas y ambientales de las comunidades bajo un nuevo modelo de gestión basado en principios de interdependencia, coordinación, corresponsabilidad, cooperación y de participación activa y protagónica de las comunidades organizadas (Decreto Presidencial de creación de la Misión Barrio Adentro, 2004).

Para el año 2006, la *Misión Barrio Adentro* llegó a 8,686 puntos de consulta para el cuidado médico primario (Ministerio de Salud, 2006) que progresivamente comenzaron a trasladarse a estructuras construidas en las comunidades para funcionar como consultorios populares.

En la medida en que la *Misión Barrio Adentro* fue llegando a las comunidades, la metodología de trabajo de las médicas y médicos cubanos, que incluye los censos comunitarios, el diagnóstico de riesgos y problemas de salud y las visitas domiciliarias, permitió poner en evidencia una enorme deuda social acumulada que dio origen a nuevas estrategias de respuesta y a nuevas misiones. Así fue, por ejemplo, con las Casas de Alimentación, que es un programa de la Misión Alimentación destinado a garantizar al menos dos comidas diarias a la población más vulnerable (niños, ancianos y mujeres embarazadas en situación de extrema pobreza). Estas casas funcionan en viviendas dentro del barrio, dotadas con equipos y suministro de alimentos para atender a 150 personas diariamente, y son manejadas por la propia comunidad. Igualmente, la *Misión Robinson* nació una vez que se detectó el analfabetismo y a través de ésta se conoció la deuda social de atención oftalmológica, misma que dio origen a la *Misión Milagro*.

Esta red primaria de atención incluyó la entrega gratuita de 106 medicamentos esenciales, que cubren las necesidades a ese

nivel. Por otra parte, se identificó la necesidad de fortalecer la capacidad resolutoria y se concibió *Barrio Adentro II* con la construcción y dotación tecnológica de Centros de Diagnóstico Integral (CDI) y Centros de Alta Tecnología (CAT).

Otra deuda social acumulada atendida a través de *Barrio Adentro* es la rehabilitación para personas con discapacidad, mediante la creación de las Salas de Rehabilitación Integral (SRI).

La *Misión Barrio Adentro* se configuró en redes a partir de la ampliación progresiva de las capacidades de dar respuesta y solución a las necesidades reales de las comunidades, interrelacionada con el resto de las misiones sociales. Las misiones sociales son estrategias suprasectoriales que cuentan con recursos financieros extraordinarios provenientes de la renta petrolera, lo cual es posible después de la recuperación de la estatal petrolera, a partir de 1999. En las misiones participan las instituciones de todos los niveles del Estado, de manera articulada, y tienen como objetivo acelerar la inclusión social y garantizar los derechos humanos universales contenidos en la CRBV en: salud, educación alimentación, tierra, vivienda y trabajo. Constituyen una política social que se diferencia radicalmente de las políticas de focalización asistencialistas, ya que avanzan hacia un cambio estructural. Facilitan un nuevo tejido social, una nueva institucionalidad de Estado y tienen como propósito actuar sobre los determinantes sociales de la calidad de vida. Cada una de las misiones sociales funciona bajo la coordinación de una Comisión Nacional, que preside el Ministro del área respectiva.

Hasta el presente, junto con *Barrio Adentro*, se han consolidado: *Misión Robinsón I y II* (alfabetización y educación primaria), *Misión Ribas* (educación secundaria) y *Misión Sucre* (educación universitaria), *Misión Identidad* (registro de nacimientos y de identificación), *Misión Negra Hipólita* (atención a niños y adultos en situación de calle), *Misión Piar* (atención a comunidades mineras), *Misión Mercal* (creación de circuitos de comercialización de alimentos subvencionados), *Misión Che Guevara* (formación para el trabajo y empleo), *Misión Milagro* (atención a personas con enfermedades visuales), *Misión Hábitat y Vivienda* (atención a familias sin

vivienda), *Misión Guaicaipuro* (atención a los pueblos indígenas), *Misión Cultura* (acceso a la expresión y divulgación cultural), *Misión Ciencia* (acceso a la producción y uso del conocimiento y la tecnología) y *Misión Zamora* (tenencia de la tierra, financiamiento y recursos para la producción). Los nombres de las misiones corresponden a personajes y hechos de la historia y cultura de Venezuela (Ministerio del Poder Popular para la Información y Comunicación, 2007).

8.- Aspectos teóricos y políticos de la *Misión Barrio Adentro*

La *Misión Barrio Adentro* se construye en los cauces de dos vertientes: una, de transformación sociopolítica, y, otra, de transformación socioinstitucional, que simultáneamente se expresan en tensiones de fuerzas que apuntan y empujan hacia la configuración del nuevo sistema público nacional de salud.

Así, la configuración en redes obedece a un modelo abierto, que se enriquece y crece con las personas, con las ideas, que es flexible y eficaz y, lo más importante, que funciona porque está basado en un convenio ético-político sobre el proyecto de país y los resultados que se buscan como sociedad.

Esta organización emergente se constituye como un sistema que, desde la perspectiva del pensamiento complejo, es un 'tejido en conjunto' de elementos que interaccionan, se retroalimentan y se auto-organizan en una dialógica permanente de orden/desorden/organización (Morín, 2000), y en un movimiento constante que incorpora la incertidumbre, el azar, lo imprevisto y la posibilidad de que emerja una forma nueva, una nueva realización. En este sentido, las redes implican la capacidad de cada actor y de la conjunción de actores de solicitar y de permitir "hacer" al otro, a los demás actores, cosas imprevistas que surgen de la oportunidad de acción frente a la necesidad y de la necesidad de acción frente a la oportunidad. Es así como puede explicarse la organización y la extensión que va dándose en la práctica en la

configuración y aún en la dotación instrumental de la Red de Redes que es *Barrio Adentro*.

Desde esta perspectiva también se pone de relieve una nueva subjetividad en relación a la vida y, de manera particular, al espacio de lo público. Emerge otra lógica (González, 1997) que no es una antilógica, sino otro uso de la razón, de los saberes de carácter empírico y simbólico, dialéctico, diferenciado del modo de razonamiento cartesiano y positivista. De tal manera que, otorgándole un nuevo sentido a la acción pública, se han abierto los espacios al saber popular, al fortalecimiento de la autoestima, a la dignidad, la identidad y el sentido de pertenencia de nuevos sujetos de derecho, individuales y colectivos. Sujetos y subjetividades capaces de resignificar, rearticular y transformar la realidad, en el espacio de la participación efectiva y progresiva, de lo común y lo comunitario, en la superación de sus necesidades. Espacio desde donde es posible que surja y se instrumente una redimensión de valores, tales como la solidaridad, la equidad, la justicia y el bien colectivo.

Es así que la participación popular deja de ser un recurso accesorio de la política y se convierte en el eje dinamizador y orientador de la acción del Estado, a través de formas de trabajo basadas en la construcción de poder popular y en la apropiación colectiva de los recursos de poder político, social, financiero y científico, en función de las necesidades y aspiraciones de la población. Es decir, que el elemento fundamental en el avance hacia una nueva política de salud es, en esencia, la democracia participativa. La participación popular derrota la exclusión política, abre espacios de encuentro entre los ciudadanos y sus gobiernos y se concreta en la toma de decisiones consciente y voluntaria sobre los procesos que nos afectan directa o indirectamente (El Troudi, Harnecker y Bonilla-Molina, 2005).

9.- Características de la Misión Barrio Adentro

Promoción y prevención de salud. Constituye un componente prioritario en los servicios que promueve la salud a través de acciones dirigidas a la mejora de las condiciones de vida y de trabajo, el acceso a la educación y a la cultura, el ejercicio físico, la conservación del medio ambiente, el

esparcimiento y el descanso. La instrumentación de la estrategia de promoción de salud se define en la "Carta de Ottawa" a través de 5 áreas: construcción de una política pública, creación de ambientes de soporte social, fortalecimiento de la acción comunitaria, desarrollo de las habilidades del personal y reorientación de los servicios de salud (OMS, Salud y Bienestar Social de Canadá y Asociación Canadiense de Salud Pública, 1986).

Participación Social. Esta participación se ha expresado en la constitución de un Comité de Salud por cada consultorio popular (primer nivel de atención), escogido en asamblea de ciudadanas y ciudadanos y generalmente constituido por 10 personas. Para el año 2006 se habían registrado 8,951 Comités.

Tipo de establecimientos. *Barrio Adentro I* (primer nivel de atención): consultorios populares; *Barrio Adentro II* (segundo nivel de atención): clínicas populares, centros de diagnóstico integral, salas de rehabilitación integral y centros de alta tecnología; *Barrio Adentro III* (tercer nivel de atención) hospitales generales; *Barrio Adentro IV* (cuarto nivel de atención): hospitales altamente especializados, con componente docente.

Extensión de cobertura y accesibilidad. Para cumplir con el principio de la universalidad y de la accesibilidad, se planificó la construcción de un consultorio popular por cada 250 a 350 familias. La característica fundamental de estos centros es que se ubican dentro del barrio, en las zonas excluidas de las grandes ciudades, donde los terrenos apropiados no abundan, el apoyo y el compromiso de la comunidad fue determinante. En relación al segundo nivel de atención, se planificó la construcción de 600 centros de diagnóstico integral y 600 salas de rehabilitación para una población aproximada de 40.000 a 50.000 habitantes como área de influencia. Se cuidó que en aquellos municipios muy alejados o de población indígena se contara con un CDI y un SRI, a pesar de no tener la cantidad de habitantes establecida. También se planificó al

menos un CAT en cada entidad federal, variable según la densidad poblacional, para un total de 35 y la adecuación de los ambulatorios urbanos en clínicas populares, para completar la red del segundo nivel de atención.

Atención planificada a partir de las necesidades y no de la oferta. La instalación de los puntos de consulta de *Barrio Adentro* en las comunidades de máxima exclusión se realizó a solicitud de las comunidades organizadas en Comités de Salud y considerando las ofertas reales de atención a la salud preexistentes. De tal manera que no duplicó la oferta, sino que brinda atención donde no existía. La red de establecimientos y servicios que componen la *Misión Barrio Adentro* se ha desarrollado a partir de las necesidades y problemas identificados en un proceso dinámico de interacción dentro de las comunidades. Una vez que se inició en diferentes lugares del país, fueron las comunidades organizadas quienes hacían llegar la Misión a sus localidades, su funcionamiento respondió a las situaciones propias de cada una de ellas.

Organización según niveles de complejidad en redes. El modelo diseñado en *Barrio Adentro* se basa en niveles de complejidad. *Barrio Adentro I* es el primer nivel, de baja complejidad tecnomédica, pero con alta resolución, cerca de la vivienda de las personas, con énfasis en promoción de la salud, prevención de enfermedades y diagnóstico precoz, es habitualmente la puerta de entrada a la red de salud. *Barrio Adentro II* es de segundo nivel, de complejidad intermedia: exámenes complementarios en los centros, posibilidad de hospitalización de corta duración, no más de 72 horas, y posibilidad de tratamiento quirúrgico, así como la atención de partos normales durante las 24 horas del día. *Barrio Adentro III* es el nivel que atiende las patologías, cuidados paliativos avanzados y otras situaciones de salud que requieran atención médica especializada y que no puedan ser resueltas en los niveles anteriores. La atención se ofrece las 24 horas del día. *Barrio Adentro IV*, cuarto nivel de atención, se ocupa de patologías médico-quirúrgicas de alta complejidad y especialización, de alto costo y riesgo que no pueden resolverse en el tercer nivel. Es un nivel de cobertura y referencia nacional y/o internacional.

Estos centros son de investigación y docencia por excelencia. Todos estos servicios son gratuitos.

Tecnología apropiada y calidad en la atención. La clasificación de los establecimientos de salud, según niveles de complejidad, incorpora a la complejidad tecnomédica, la complejidad social, cultural, psicológica y política que significa el desarrollo de capacidad resolutoria, (Rodríguez, 1991) y que requiere de formación de personal de salud preparado para enfrentar cada realidad con tecnología suficiente y apropiada para producir respuestas oportunas en cada nivel de atención. Por otra parte, la organización según niveles de complejidad busca la racionalización y la distribución equitativa de los recursos disponibles con un modelo en redes que permite la interrelación eficiente del conjunto de servicios y respuestas que el sistema tiene capacidad para brindar.

Cooperación y solidaridad internacional. En Venezuela, como en otros países, existe un déficit muy importante del personal de salud, en general. A esto se suma una distribución inequitativa del personal existente, favoreciendo a los centros urbanos sobre los rurales y a las zonas residenciales sobre las excluidas. Con este panorama, es posible entender que sólo con la presencia de los profesionales de la salud provenientes de la República de Cuba fue posible, en tan breve tiempo, brindar cuidado médico primario a la población excluida. *Barrio Adentro* se convierte así en la mejor muestra de la integración posible a través de la Alternativa Bolivariana para América (ALBA).

10.- Primeros avances en salud

Se alcanzó el 100% de cobertura de cuidado médico primario de 70% de la población venezolana anteriormente excluida de esta posibilidad (18,604,196 habitantes para el 2003). Se hizo más equitativa la distribución de médicos por habitantes, logrando para el 2005 que en las entidades federales de mayor pobreza, con índices de desarrollo humano (IDH) inferiores a 0,7 se contara con un

médico por cada 1,068 habitantes y los de menor pobreza con IDH superior a 0,7 contarán con un médico por cada 1,236 habitantes (OPS, 2006).

La infraestructura ha crecido significativamente, con una distribución en el territorio y un equipamiento planificados sobre la base de las características demográficas y epidemiológicas. Para el 2007 se han construido y equipado 3,717 consultorios populares, con la meta de completar una red de 6,569 y convertir al modelo de *Barrio Adentro* todos los ambulatorios preexistentes de la red tradicional. Existen actualmente 8,633 puntos de consulta de atención primaria funcionando, que incluyen los que todavía se encuentran en viviendas e instalaciones de las comunidades. Además, se cuenta con 4,800 odontólogos y 441 servicios de optometría y referencia a oftalmología. En el año 1998 sólo existían en todo el país 1,628 ambulatorios del primer nivel de atención con personal médico, 800 odontólogos y ningún servicio de optometría.

Asimismo, la red de *Barrio Adentro II*, que eleva la capacidad resolutoria del primer nivel, cuenta en la actualidad con 12 clínicas populares (antiguos ambulatorios tipo III, reacondicionados), 417 centros de diagnóstico integral (70% de la meta programada), 503 salas de rehabilitación integral (84% de la meta) y 22 centros de alta y tecnología (63% de la meta). En 1998, en el sector público había sólo 1 equipo de resonancia magnética y 5 tomógrafos, en el 2007 hay 19 equipos de resonancia (13 en los CDI, 3 en las clínicas populares y 1 en el Hospital Cardiológico Infantil Latinoamericano (HCILA) y 26 tomógrafos (15 en CAT, 2 en el HCILA, 6 en clínicas populares y 3 en el resto de los hospitales). En 1998 existían sólo 78 salas de rehabilitación en el sector público, en la actualidad se dispone de 576 salas de rehabilitación integral (Ministerio de Salud, 2007).

Entre 2003 y 2007 en el país se construyeron y dotaron un total de 4,659 nuevos establecimientos de atención integral a la salud del primer y segundo nivel completamente gratuitos, mientras que en las décadas de los ochenta y noventa se construyeron nada más que 50 establecimientos públicos de salud (Ministerio de Salud, 2006).

El cambio en la disponibilidad y calidad de los servicios en el primer nivel de atención ha sido un

logro importante, todos los médicos y médicas que laboran en la Misión son especialistas en medicina general integral, además, en toda la red hay puntos de atención odontológica y optometristas.

El desarrollo de una estrategia de promoción de la salud es un cambio cualitativo profundo en el modelo de atención y, a la vez, una herramienta para el acceso y la participación social organizada en el cuidado de la salud. Más de 140,000 personas han recibido formación para promoción de la salud en todo el país, éstas, a su vez, participan en actividades de educación permanente. Más de 100,000 niños y niñas fueron formados como promotores de salud. Por otra parte, en el año 2006, en los puntos de consulta se organizaron 6,087 clubes de embarazadas, 5,443 de lactantes, 7,336 de adolescentes y 7,858 de abuelos. Además, se conformaron clubes específicos de personas con hipertensión, con diabetes y fumadores. En el marco de esta estrategia se inició la transmisión de mensajes de salud a través de la red de radios comunitarias alcanzando a 144 emisoras en todo el país.

11.- Construyendo el Sistema Público Nacional de Salud

El primer paso para la construcción del Sistema Público Nacional de Salud (SPNS) es la voluntad política, estar convencido de su necesidad. Durante el proceso constituyente de 1999 se abrieron grandes discusiones públicas con todos los actores involucrados, el proceso constituyente venezolano tuvo la particularidad de que los líderes que lo llevaron adelante fueron escogidos en elecciones públicas, el pueblo decidió quienes iban a elaborar la nueva Constitución, los constituyentes hicieron una amplia consulta pública donde podían participar todos los sectores involucrados: expertos en temas de salud nacionales e internacionales, sindicatos y gremios de la salud y las organizaciones privadas relacionadas con la salud y las organizaciones sociales del área y los ciudadanos de a pie.

Se acordó que la nueva Constitución incluyera como mecanismo básico para la garantía del derecho a la salud, la creación de un SPNS participativo, regido por los principios de universalidad, integralidad, equidad y solidaridad; con financiamiento proveniente principalmente del fisco nacional, con la posibilidad de aportes y cotizaciones especiales que irían a un mismo fondo. Los costos de la salud no pueden ser transferidos a los usuarios de los servicios, por tanto, los servicios deben ser totalmente gratuitos para los usuarios y usuarias (Feo y Curcio, 2004).

La CRBV establece el mandato para la creación del SPNS integrado al Sistema de Seguridad Social, señala el financiamiento del sistema como obligación del Estado y prohíbe la privatización. Se define el Sistema de Seguridad Social al cual está integrado el SPNS y se indica que será regulado por una ley orgánica especial. (Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, 1999)

En el 2002 se promulga la Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social (LOSSS) en la cual se crea un régimen prestacional de salud, en consonancia con los principios del SPNS, para garantizar el derecho a la salud como parte del derecho a la vida (artículo 52). El SPNS garantiza la protección a la salud para todas las personas dentro del territorio nacional, sin discriminación alguna (art. 53). El SPNS integra todas las estructuras, órganos, programas y servicios que se sostengan total o parcialmente con recursos fiscales o parafiscales de manera descentralizada, intergubernamental, intesectorial y participativa, bajo la rectoría del Ministerio de Salud, en el marco de las competencias concurrentes entre las instancias nacional, estatal y municipal que fije la Ley que regula este régimen (artículo 54). Este régimen estará bajo la rectoría del Ministerio de Salud y se regirá por la ley que regula el régimen prestacional de salud (artículo 57), (Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social, 2002)

Como se deduce del articulado de la LOSSS, se debe crear un instrumento legal que regule el régimen prestacional de salud y, en consecuencia, el SPNS. Esta situación, unida a la presión de los grupos poder económico, gremial y político, ha generado confusión y retardo en la aprobación de

la nueva Ley Orgánica de Salud por parte de la Asamblea Nacional venezolana, que se viene elaborando desde la aprobación de la CRBV. En Venezuela se mantiene vigente la Ley Orgánica de Salud de 1998, elaborada bajo otra concepción, en los artículos que no contradicen la Constitución, hasta la aprobación del nuevo instrumento legal.

Hasta tanto se tenga la ley que instrumente la unificación de los diferentes entes prestadores de salud bajo la misma concepción, organización y administración, se mantendrá en el país la multiplicidad de ejecutores dentro de los cuales destacan por su magnitud el Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS), el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS), el Instituto de Previsión y Asistencia Social del Ministerio de Educación (IPASME), las direcciones, secretarías o institutos de salud de las gobernaciones y alcaldías descentralizadas, entre otros, que suman en total más de 400 diferentes prestadores de servicios de salud públicos o financiados parcialmente por el Estado. En este contexto surge la Misión *Barrio Adentro*, con un nuevo modelo en la concepción, gestión y prestación de los servicios de salud y con un componente importante de participación comunitaria desde el inicio (Briggs y Mantinni-Briggs, 2007).

El proyecto de Redes de Servicios de Salud propone cuatro redes integradas (ver figura). Este proyecto de redes surgió de varios talleres de discusión, con la participación de los principales entes prestadores de salud, entre los que destaca el propio Ministerio, la Misión Médica Cubana en Venezuela, la Secretaría de Salud de Caracas, el IVSS, el IPASME y la coordinación Nacional de los Comités de Salud; dichas redes son:

Red de Atención Primaria: Su centro es la propia comunidad, en ella conviven y confluyen las organizaciones comunitarias de salud, junto con todos los programas sociales de base popular del gobierno (Misiones educativas, de alimentación, de cultura, deportivas, comités de tierras urbanas y rurales, mesas técnicas de agua, núcleos

académicos, entre otros) con los establecimientos de salud de la localidad, donde se incluyen los módulos de *Barrio Adentro I*, el CDI, la SRI, las salas de odontología comunitaria, las ópticas comunitarias y los establecimientos del primer nivel de atención de la red convencional que progresivamente pasarán a formar parte de *Barrio Adentro I*. En esta red deben manejarse los aspectos relacionados con la salud de la población, en su concepción más amplia.

Red de Atención Ambulatoria Especializada: Incluye los establecimientos de salud con capacidad de atención por especialistas de las áreas clínicas y quirúrgicas que no requieran hospitalización o que la misma no supere las 48 horas, estos son las clínicas populares y los CAT de la nueva red, los Centros Ambulatorios Urbanos tipo II y III y los hospitales tipo I de la red convencional. Cuenta también con la participación de las comunidades organizadas del área de influencia del establecimiento.

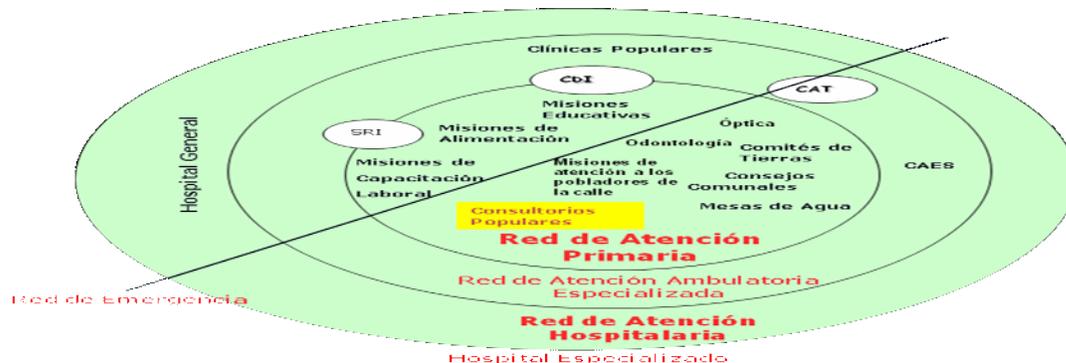
Red de Atención Hospitalaria. Incluye los hospitales tipo II, III y IV de la red convencional (*Barrio Adentro III*) y los hospitales de *Barrio Adentro IV*, con la respectiva participación de las comunidades organizadas tanto en la planificación y ejecución, como en el control de la gestión (contraloría social).

Red de Emergencias. Es transversal a las redes anteriores, constituye la entrada al sistema en situaciones de emergencia, por lo que todas las

instancias y establecimientos que integran las redes deben ofrecer las prestaciones de salud inicial, de acuerdo al lugar donde se presenta la emergencia y la capacidad resolutoria del establecimiento.

La propuesta de redes del Ministerio de Salud señala dos formas de delimitación del espacio-territorio social de las redes de servicio de salud a nivel de las entidades federales: el Municipio, en el cual deben existir las cuatro redes relacionadas con las instancias municipales de decisión, tanto de salud como el resto de las decisiones políticas locales; y el Área de Salud Integral Comunitaria (ASIC), definida como un sistema integrado de unidades asistenciales, docentes e investigativas que brindan un servicio de salud de calidad, dotado de medios diagnósticos y terapéuticos adecuado, con especialistas capacitados, donde se puede resolver el 90% de los problemas de salud de la población, se pueda capacitar el personal de salud requerido, siempre con la participación activa y protagónica de la comunidad organizada. Para la delimitación y conformación de las ASIC no existen criterios rígidos, se deben delimitar tantas ASIC como sean necesarias para cubrir las necesidades de atención de salud del Municipio correspondiente (Ministerio de Salud, 2007).

TIPOLOGIA DE LAS REDES



Fuente: Ministerio de Salud. Proyecto de Redes de Servicio de Salud, febrero 2007

12.- Avances en la mejora de la calidad de vida entre 1999 y 2007

A pesar de las dificultades derivadas de las tensiones propias de un cambio social y político que toca las bases estructurales del modelo de sociedad, las nuevas políticas públicas del Estado están dirigidas a incidir sobre los determinantes de la calidad de vida de la población, reducir la exclusión y la brecha de la inequidad, a partir de un enfoque antineoliberal que sitúa la garantía de los derechos sociales como un deber inalienable del Estado. Esto sólo es posible a través de la democracia participativa y del fortalecimiento de la autodeterminación y la soberanía nacional, en el marco de nuevas relaciones solidarias con los otros países, contenidas en la Alternativa Bolivariana para América (ALBA). Con el ALBA se propone integrar a los pueblos en múltiples formas de intercambio de capacidades humanas y de riquezas territoriales (Valencia, 2005).

El avance en la reducción de la deuda social acumulada, se observa en aspectos claves de la calidad de vida. Es así que entre 1998 y 2007, la pobreza extrema se redujo de 20,6 % a 9,41%. (Instituto Nacional de Estadística. 2007). La tasa de mortalidad infantil pasó de 21,3 x 1000 nacidos vivos registrados a 13 x 1000 nvr (Ministerio del Poder Popular para la Salud, 2006 e Instituto NE, 2007). La tasa de educación preescolar aumentó de 44,7% a 60,6% y la de educación básica de 89,7% a 99,5%. Se alfabetizaron en dos años 1,482,543 adultos. En todo el período, el promedio de inflación fue de 18,4%, el más bajo en comparación con los tres gobiernos anteriores (22,7%, 45,3% y 59,4%) durante los cuales se aplicaron las recetas neoliberales (SISOV, 2007). El aumento del salario mínimo, que en el año 2007 se ubicó como el más alto de América Latina, y la reducción del desempleo, que pasó de 16,6% en 1999 a 6,2% en el 2007 (Instituto Nacional de Estadística, 2007) son resultado de una política económica caracterizada por crecimiento económico con aumento del gasto social.

La sostenibilidad de esta nueva red de servicios tiene necesidad de un nuevo perfil de trabajadores de salud con la calidad y cantidad que el país requiere, por esta razón se desarrollan programas

de formación universitaria en medicina integral comunitaria, odontología y enfermería integral y gestión de salud, entre otros. Este contingente de futuros profesionales se encuentra entre el primero y tercer años de estudios, de un período de 5 años. Mientras se salda este déficit histórico, el Convenio Cuba - Venezuela ha proporcionado personal de salud, equipos y cooperación técnica para los distintos programas.

Los planteamientos contenidos en el reciente documento del año 2007 sobre la posición de la Organización Panamericana de la Salud /Organización Mundial de la Salud en torno a la necesidad de renovar la APS y sus valores y principios, con énfasis en el derecho a la salud, la equidad y la solidaridad, ponen en evidencia que el camino que asegurará el logro de la meta de "Salud para todos" sólo es posible a través de un cambio social que permita el desarrollo de una política de salud como la que adelanta Venezuela (OPS /OMS,2007)

Referencias

- Alayón Rubén, 2005. *Barrio Adentro: combatir la exclusión profundizando la democracia*. Revista Venezolana de Economía y Ciencias Sociales, Vol. 11, No. 3. Caracas.
- Armada F., Muntaner C., Navarro V. ,2001. Health and social security reforms in Latin America: the convergence of the World Health Organization, the World Bank, and transnational corporations. *Int J Health Serv.*31(4):729-68
- Briggs Ch., Mantinni – Briggs C., 2007. *Misión Barrio Adentro: Medicina Social, Movimientos Sociales de los pobres y nuevas coaliciones en Venezuela*. Salud Colect., pp 159 -176.
- Castellanos, P.L.,1982. Notas sobre el Estado y la Salud en Venezuela. Cuadernos Sociedad Venezolana de Planificación, Vol. 5: 69-158.
- Consejo Nacional de la Alimentación,1996. Cumbre Mundial de la Alimentación, Informe Venezuela. Caracas.
- Constitución de la República Bolivariana de Venezuela 1999 ,2000. Gaceta Oficial 36.860 del 30 de diciembre de 1999 y Gaceta Oficial 5.436 del 24 de marzo.
- De Vos P, De Ceukelaire W, Van der Stuyft P., 2006. Colombia and Cuba, contrasting models in Latin American's health sector reform. *Trop Med Int Health.*11(10):1604-12).
- Decreto Presidencial de creación de la Misión *Barrio Adentro*, 2004. Gaceta Oficial No. 37.865, del 26 de Enero.

- El Troudi H., Harnecker M., Bonilla-Molina L., 2005. herramientas para la participación, 1ª edición, Caracas.
- Fajardo-Cortés V., Lacabana M., 1993. Ajuste Estructural y Mercado de Trabajo, Venezuela 1989-1993. Cuadernos CENDES (23):9
- Feo O., Curcio P. (2004). La Salud en el Proceso Constituyente Venezolano. Rev Cubana de Salud Pública.
- Feo O., 2003. Repensando la Salud. Propuesta para salir de la crisis. Análisis de la Experiencia Venezolana. Edición Universidad de Carabobo, Instituto de Altos Estudios “Dr. Arnoldo Gabaldón”, Maracay, Venezuela.
- Fundación Defensoría del Pueblo, 2004. Los Documentos del Golpe. Fundación Ciara, tercera edición.
- Gabinete Social, República Bolivariana de Venezuela, 2004. Cumpliendo las Metas del Milenio. Ediciones Comala.com.
- Gamboa T., 2000. La Salud Pública Venezolana: entre el compromiso social y la economía de mercado. V Congreso Latinoamericano del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, Santo Domingo, República Dominicana.
- Golinger, E., 2005. El Código Chávez, descifrando la intervención de los EE.UU. en Venezuela Fondo Editorial Question.
- Guerra de Macedo, Carlyle, 2003. El Derecho a la Salud en América Latina en los Albores del siglo XXI, en I Conferencia Nacional de Salud, “La Salud un Derecho para Todos”, Lima, 22 -24 de agosto del 2002, libro resumen, Ediciones Foro Salud. Lima Perú.
- Harnecker, M., 2002. “Hugo Chávez Frías, un Hombre, un Pueblo”. Entrevista. Caracas, Venezuela.
- Homedes N, Ugalde A., 2005. Why neoliberal health reform have filed in Latin America. Health Policy. Jan:71(1):83-96.
- Homedes N., Ugalde A., 2005. Las reformas de Salud en América Latina: una visión crítica a través de dos estudios de caso, Revista Panamericana de Salud Pública, Vol.17, N°3.
- Instituto Nacional de Estadísticas, 2007. www.ine.gob.ve/registrosvital/estadisticasvital.asp
- Instituto Nacional Estadística, 2007. www.ine.gob.ve/pobreza/menu/pobreza.asp
- Laurell A. C., 1995. La Lógica de la Privatización en Salud, en Política de Saúde, lo público e o privado, Eibenschutz Catalina, Fiocruz, Río de Janeiro, Brasil.
- López Calvo, M., 2006. Los Documentos del Paro. América Latina a través del espejo mediático español: El caso de Venezuela (2002-2004). Ministerio de Información y Documentación; Colección Análisis.
- Ministerio de Salud, 2006. Boletín epidemiológico semanal, año 55, semana epidemiológica No.01, enero.
- Ministerio de Salud, 2006. Dirección de Salud Poblacional y Dirección de contraloría Sanitaria, Establecimientos de Salud Registrados.
- Ministerio de Salud, 2006. Propuesta de Ley Orgánica de Salud. Documento mimeografiado.
- Ministerio de Salud, 2007. Informe General.
- Ministerio de Salud, 2007. Proyecto de Redes de Servicios de Salud. Documento mimeografiado.
- Ministerio del Poder Popular para Comunicación y la Información, 2007 www.misionesbolivarianas.gob.ve
- Ministerio del Poder Popular para la Salud, 2007. Anuario de Mortalidad, 2006 www.mpps.gob.ve
- Morin, E., 2000. La Inteligencia de la Complejidad. L'Harmattan. París.
- Muntaner C., Salazar R.M., Rueda S., Armada F., 2006. Challenging The neoliberal trend: the Venezuelan health care reform alternative. Can J Public Health. 97(6):119-24.
- Naciones Unidas, 2004. Cumpliendo las Metas del Milenio, República Bolivariana de Venezuela.
- Núñez, N., 1996. Cuadernos de la Agenda Salud. Amazonas, Experiencia Piloto. CONICIT, Caracas.
- OMS, 2003. Informe Sobre la Salud en el Mundo 2003. Forjando el futuro. Ginebra.
- OMS, Salud y Bienestar Social de Canadá y Asociación Canadiense de Salud Pública, 1986. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud: Hacia un nuevo concepto de la Salud Pública. Ontario, Canadá.
- OPS, 2006. *Barrio Adentro*: Derecho a la salud e inclusión social en Venezuela. OPS/OMS para Venezuela.
- OPS/OMS, 2007. La Renovación de la atención Primaria de salud en las Américas: documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud /Organización Mundial de la Salud. Washington D.C.
- Programa venezolano de educación acción en derechos humanos. (PROVEA), 1998. Informe Anual .1997-1998.
- Programa venezolano de educación acción en derechos humanos. (PROVEA), 2001. Informe Anual 2000 – 2001.
- Rincón M, Rodríguez I., 2004), Consideraciones Generales sobre la Política y Gestión de la Salud en Venezuela (1900 – 2003). FERMENTUM. Sep-Oct,14(41):503-532.
- Rodríguez M., 1991. El Problema de la Capacidad Resolutiva en Atención Primaria de Salud. En: Informe de Gestión 1987-1990. Tomo II pp 602-613. Luis López Grillo. Facultad de Medicina, UCV. Imprenta Universitaria.
- Rondón R., 1996. La Descentralización de la Salud en Venezuela, Ed. Litho Color, Caracas. pp. 169.
- San Sebastián M., Hurting A-K., Breilh J., Quizhpe A. Peralta., 2005. El Movimiento de Salud de los Pueblos.

Revista Panamericana de Salud Pública. Vol. 18, No.1 pp 45-49.

Sanoja M., 2000. Seguridad Social y Seguros Sociales en Venezuela: visión, reflexión y opiniones. pp 86-81.

Sistema de Indicadores Sociales para Venezuela.

SISOV ,2007. www.sisov.mpd.gob.ve/indicadores.

Sotelo. J.M., Perdomo G, Moncayo R., 1997. Futuros Escenarios de la salud Pública en América Latina. IV Congreso de Ciencias Sociales y Medicina. México.

Terris M., 1989. Witnesses to History: The Caracas explosion and the International Monetary Found 5-130. J Public Health Policy .10(1):149.

Terris M., 1999. The neoliberal triad of anti-health reforms: government butge cutting, desregulation and

privatization. Journal of Public Health Policy. 20(2):149-67.

Ubieta E., 2006 Venezuela Rebelde, Solidaridad vs Dinero, Ediciones Abril, la Habana Cuba.

Valencia J., 2005. Aspectos Filosóficos y Constitucionales del ALBA Ponencia presentada en el I Encuentro por la Consolidación de un Nuevo Estado de Derecho y de Justicia Social en el marco de la Alternativa Bolivariana para la América. (ALBA). Barquisimeto, Venezuela.

WHO/UNICEF,1978. Primary Health Care: Report of the International Conference on Primary Health Care: Alma Ata, URSS. Gen



Medicina Social

Salud Para Todos