

Barrio Adentro: Derecho a la salud e inclusión social en Venezuela



**Organización
Panamericana
de la Salud**

Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud



**Organización
Panamericana
de la Salud**



*Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud*

Barrio Adentro: Derecho a la salud e inclusión social en Venezuela

Organización Panamericana de la Salud

Caracas, Venezuela. Julio de 2006

Centro de Documentación e Información. OPS Venezuela. Catalogación en fuente.

Barrio Adentro: Derecho a la salud e inclusión social en Venezuela.
Caracas: OPS/OMS para Venezuela, 2006.

1. Atención primaria en salud 2. Venezuela

© **Organización Panamericana de la Salud, 2006**

El material incluido en esta publicación puede ser citado o reproducido sin restricciones, con la condición de que se mencione la fuente y el número de referencia.

Dirección: OPS/OMS, 6ª Av. Entre 5ª y 6ª Transversal, Altamira. Caracas, Venezuela.

Teléfono: (0212) 206 5022

Fax: (0212) 261 6069

Correo electrónico: webmasters@ven.ops-oms.org

Sitio web: <http://www.ops-oms.org.ve>

Comité editorial:

Arachu Castro (Universidad de Harvard)
Renato d'A. Gusmão (Organización Panamericana de la Salud)
María Esperanza Martínez (Universidad Central de Venezuela)
Sarai Vivas (Universidad Central de Venezuela)

Autoras y autores:

Carlos Alvarado (Ministerio de Salud)
César Arismendi (Ministerio de Salud)
Francisco Armada (Ministerio de Salud)
Gustavo Bergonzoli (Organización Panamericana de la Salud)
Radamés Borroto (Misión Médica Cubana)
Pedro Luis Castellanos (Organización Panamericana de la Salud)
Arachu Castro (Universidad de Harvard)
Pablo Feal (Misión Médica Cubana)
José Manuel García (Ministerio de Salud)
Renato d'A. Gusmão (Organización Panamericana de la Salud)
Silvino Hernández (Misión Médica Cubana)
María Esperanza Martínez (Universidad Central de Venezuela)
Edgar Medina (Ministerio de Salud)
Wolfram Metzger (Universidad de Tübingen)
Carles Muntaner (Universidad de Toronto)
Aldo Muñoz (Misión Médica Cubana)
Norma Núñez (Ministerio de Salud)
Juan Carlos Pérez (Misión Médica Cubana)
Sarai Vivas (Universidad Central de Venezuela)

Foto de portada: Equipo médico cubano en Caricuao, Caracas. Abril 2006.

Fotografía (portada e interior): Arachu Castro.

ISBN: 980-6678-02-8

Depósito Legal: If645200663283

Caracas, Venezuela. Julio de 2006.

Presentación

Barrio Adentro: Derecho a la salud e inclusión social en Venezuela, el libro que usted tiene en sus manos y que se dispone a leer, es un libro necesario, estimulante, polémico y agradable que recomiendo con entusiasmo.

Este libro es necesario porque sobre la experiencia de Barrio Adentro existe bastante desconocimiento y circulan muchas versiones. Se habla mucho y se sabe poco. Este libro llega en un momento propicio para llenar un vacío que existe sobre la interesante e importante experiencia venezolana de extender los beneficios de la protección social en salud a todos los ciudadanos y ciudadanas. En un lenguaje sencillo y directo, que combina de forma adecuada la exposición con el testimonio, el análisis técnico con el razonamiento político, nos informa de la génesis, la conformación, la expansión, los logros y los desafíos de esta nueva experiencia de desarrollo de la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS).

Barrio Adentro es en esencia Atención Primaria en Salud. Es decir, es una estrategia de estructuración y transformación de todo el sistema de salud, es la APS como lo entiende gente como Halfdan Mahler y David Tejada, grandes responsables de la Conferencia de Alma Ata. Barrio Adentro se inicia exactamente al cumplirse los 25 años de esa reunión trascendental.

Aunque Barrio Adentro es un producto histórico venezolano, en mi opinión capitaliza de forma creativa la experiencia latinoamericana y mundial de 25 años de esfuerzos por transformar los sistemas de salud en base a la estrategia de APS. Aprende y aplica considerando los logros y fracasos que en muchos países se han producido en el intento de alcanzar Salud para Todos. Esto puede apreciarse en el análisis y balance crítico de esos 25 años de esfuerzos en nuestra Región, realizado durante el año 2005 por los países de las Américas, con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS).¹

Los 25 años desde Alma Ata fueron dinámicos y no siempre propicios para avanzar hacia la Salud para Todos. La llamada década perdida de los 80, las crisis económicas de la deuda externa, las dictaduras militares y la recuperación posterior de la democracia, el predominio del pensamiento de mercado y su correlato de reformas estructurales neoliberales fueron el telón de fondo para la lucha de los

¹ Organización Panamericana de la Salud. Renovación de la Atención Primaria de la Salud. Documento de posición de la OPS/OMS, Washington DC. Diciembre 2005.

pueblos por una mejor salud basada en la justicia social y en la construcción de una nueva ciudadanía.

La APS sufrió las mismas vicisitudes que los países de la Región. Pero debe decirse que fue alrededor de la APS que los trabajadores de la salud pública, con el apoyo de la OPS, e integrándose a los procesos sociales y políticos, buscaron y lograron en varios países levantar y mantener la bandera de la Salud para Todos. Como muestra allí están las reformas sanitarias de Brasil y Costa Rica, la renovación del servicio único de Chile, las fortalezas del sistema cubano, los congresos por la salud y la vida en Ecuador, las conferencias sanitarias nacionales, el puente sanitario para la paz de Centroamérica, las leyes de participación popular, la descentralización y los sistemas locales de salud en muchos países, la rehabilitación basada en la comunidad, los municipios saludables y muchísimas otras experiencias. Barrio Adentro es una experiencia estatal y popular de esta misma estirpe, de esta misma naturaleza.

Aún cuando en otras regiones del mundo la estrategia de Atención Primaria en Salud se fue debilitando, ha sido en América Latina y en el Caribe en donde la persistencia de la OPS y sus defensores lograron mantener la vigencia y el valor de esta estrategia. La consulta regional sobre APS arribó a la conclusión que la construcción de sistemas de salud basados en la APS es la condición esencial para el logro de la equidad y la universalidad, la extensión de la protección social en salud y, en última instancia, para la garantía de Salud para Todos. En ese marco, Barrio Adentro es una innovación y contribución muy importante.

Éste es un libro estimulante porque, además de lo nuevo y lo audaz de sus planteamientos y prácticas, como por ejemplo la experiencia de la cooperación bilateral entre dos países hermanos a una escala inédita nunca antes vista, nos muestra lo que se ha realizado y se viene realizando para enfrentar algunos desafíos comunes a casi todos los países: el desarrollo de un modelo de atención integral que enfatiza la promoción y la prevención, la experiencia de desarrollo de APS en zonas urbanas a escala masiva, la construcción de redes integradas de servicios y el desarrollo de una infraestructura novedosa de establecimientos para hacer viable la estrategia de APS, programas nuevos y masivos de formación de recursos humanos, las modalidades y dinámica de la participación ciudadana en la construcción de las misiones y en la viabilidad y fortalecimiento de esta experiencia. Barrio Adentro es ya referencia obligada a la hora de buscar innovaciones sociales

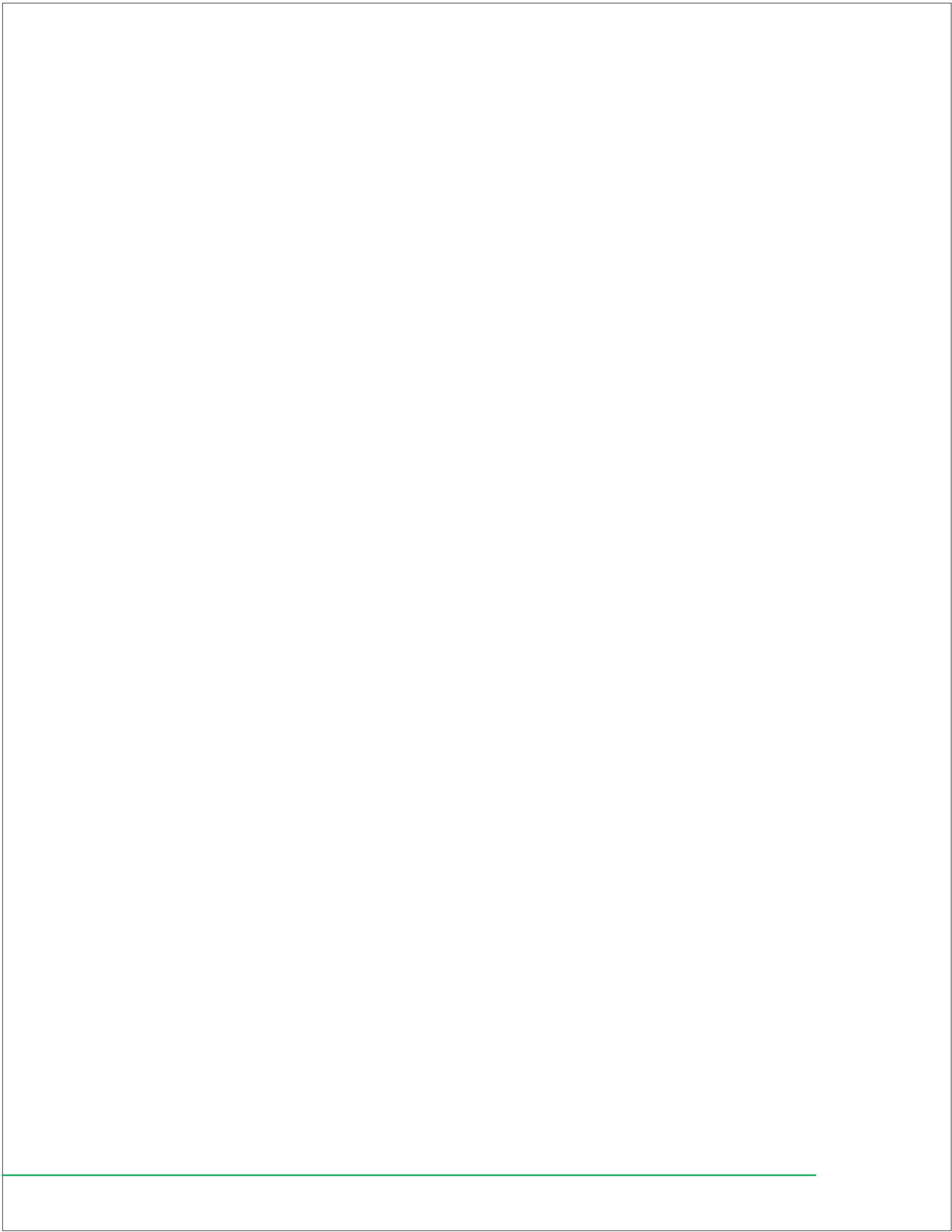
para mejorar el acceso a los servicios en gran escala y corto plazo por medio de la APS. Barrio Adentro muestra que se pueden obtener objetivos diferentes con voluntad política y soporte ciudadano, que la utilización de los recursos financieros derivados de la riqueza nacional pueden invertirse de forma adecuada y rápida en la mejoría de la vida de la población y que se puede obtener una diferencia sustancial en la operación de los sistemas de salud.

Es por necesidad un libro que alimentará la polémica, muy necesaria además, por dos razones principales. Primero, porque es producto y reflejo de una experiencia política y social diferente, alternativa a las corrientes actuales convencionales, explícitamente antagónica al fundamentalismo de mercado. Y, segundo, porque Barrio Adentro no se encuadra dentro de los libros de texto de política social y de salud pública convencionales, porque es una experiencia original. El libro intenta mostrar esa diferencia e invita a debatir, lo cual es sano y necesario. Es un libro para la discusión, y estoy segura de que en las escuelas de salud pública será discutido en alta voz. Su novedad, la escala de la experiencia, su raíz política, sus supuestos técnicos, todo, provocan el debate científico. Bienvenido este libro para airear un poco los claustros de las facultades de ciencias de la salud, las escuelas de salud pública y, cómo no, los programas de administración y economía de la salud.

Por si fuera poco, es un libro agradable y buen compañero. Su lectura es fluida y el lenguaje sincero, aún en su talante apremiante. Para mi fue grata su lectura y estoy segura de que también lo será para muchos. Su lectura es útil y espero que así sea para las y los políticos responsables de decidir sobre la salud de las poblaciones, para especialistas de salud pública, para trabajadores de la salud y para ciudadanos en general que son quienes viven allá, atrás, arriba y al fondo... ¡¡Barrio Adentro!!



Mirta Roses Periago
Directora de la Organización Panamericana de la Salud
Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud



Índice

Introducción	1
Capítulo 1	
Modelos de atención en salud en Venezuela y exclusión social	5
La salud de las venezolanas y los venezolanos antes de Barrio Adentro	7
Inicios y resultados preliminares de la reversión de la exclusión en el sector salud	14
El espíritu de Alma Ata en Venezuela	16
Capítulo 2	
Origen de Barrio Adentro y participación ciudadana	21
Crisis en el sistema de salud venezolano	23
La llegada de los primeros médicos cubanos a Barrio Adentro	24
Los primeros obstáculos de Barrio Adentro	30
Expansión de Barrio Adentro: Hacia una atención integral en salud	32
Barrio Adentro como respuesta del Estado y de la sociedad organizada	35
Participación ciudadana y comités de salud	36
Capítulo 3	
Desarrollo de nuevas redes en el Sistema Público Nacional de Salud	45
Barrio Adentro: La práctica.....	47
Hacia el nuevo Sistema Público Nacional de Salud	50
Red ambulatoria y de clínicas populares.....	51
<i>Consultorios populares y puntos de consulta</i>	53
<i>Ambulatorios rurales y urbanos</i>	57
<i>Clínicas populares</i>	57
<i>Centros diagnósticos</i>	58
<i>Salas de rehabilitación</i>	60
<i>Salas de odontología</i>	60
<i>Boticas populares</i>	60
<i>Vacunatorios</i>	61
<i>Ópticas</i>	62
Red de emergencias	62
Red hospitalaria	62
Articulación de Barrio Adentro con otras misiones sociales	63

Capítulo 4

Permanencia de Barrio Adentro y formación de recursos humanos	71
Formación en Medicina Integral Comunitaria	73
Formación en Medicina General Integral	77
Formación en Estomatología y Odontología General Integral	78
Formación en Enfermería Integral Comunitaria	79

Capítulo 5

Impacto de Barrio Adentro	83
Accesibilidad de Barrio Adentro	86
Distribución de profesionales de salud para la atención primaria	88
Promoción de la salud	91
Formación de promotores de salud	92
Formación y funcionamiento de los clubes de grupos específicos	94
Actividades de promoción de la salud	97
Atención prenatal e infantil	100
Atención en enfermedades crónicas	100
Hipertensión arterial	102
Diabetes	103
Enfermedad isquémica del corazón y enfermedad cerebrovascular	105
Asma bronquial	106
Atención odontológica	107
Atención oftalmológica	109
Atención en los Centros de Diagnóstico Integral, Salas de Rehabilitación Integral y Centros de Alta Tecnología	112
Enfermedades prevalentes en la infancia	113

Anexos

121

Anexo 1: Constitución de la República Bolivariana de Venezuela y Anteproyecto de la Ley Orgánica de Salud	121
Anexo 2: Contexto sociopolítico venezolano y antecedentes de Barrio Adentro	124
Anexo 3: Descripción del Plan Estratégico de la Nación en el Contexto Socio Político Nacional y el nuevo rol del Estado	128
Anexo 4: Módulo de medicamentos esenciales de Barrio Adentro	130
Anexo 5: Tabla de los municipios seleccionados para repartir el módulo familiar de Medicamentos	133

Índice de tablas

135

Índice de gráficos

139

Referencias

141

Introducción

La Misión Barrio Adentro forma parte sustancial del proyecto de inclusión social planteado en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela de 1999 (ver Anexo 1) [1]. Aunque la Misión se inició en 2003 como una acción médica asistencial de la cooperación humanitaria de la República de Cuba en un barrio circunscrito de Caracas, se convirtió en un programa de salud pública nacional destinado a saldar la deuda en atención en salud. El incremento vertiginoso en cobertura sanitaria alcanzado en menos de un año fue posible gracias a la incorporación al trabajo comunitario en salud de millares de médicos, técnicos, oftalmólogos y odontólogos cubanos y cubanas. Este modelo de trabajo, basado en la atención a necesidades y demanda de servicios, ofrece una alternativa a los modelos predominantes basados en la oferta de servicios y la competitividad comercial del mercado. A tres años de iniciarse, se constata que la población venezolana antes excluida del sistema de salud está ahora provista con atención integral en salud.

La salud pública, como herramienta de transformación social, forma parte de las políticas del Estado venezolano. Desde sus inicios, Barrio Adentro ha logrado galvanizar el interés de salubristas, científicos sociales y periodistas alrededor del mundo. Barrio Adentro se construye en el contexto de la transformación social iniciada en Venezuela en 1998, cuya nueva estructura social se fundamenta en la Constitución de 1999 y que incluye la prohibición de privatización de los recursos naturales y de los servicios públicos en materia de salud y educación, el desarrollo de misiones sociales, la igualdad en acceso a la enseñanza, el modelo de desarrollo endógeno, la protección del ambiente, la seguridad alimentaria y la reforma agraria.

En el área económica internacional, Venezuela favorece el sistema multipolar, se opone a las premisas del neoliberalismo (entendido como un proceso de debilitamiento del Estado) y propone la Alternativa Bolivariana de las Américas (ALBA) (entendida como un proceso de integración y fortalecimiento de los Estados como garantes de los derechos de las personas) y los Tratados de Comercio entre los Pueblos, donde los objetivos principales son la reducción de la pobreza, el

comercio justo y un mayor desarrollo económico [2]. La propuesta bolivariana de integración y de comercio regional e internacional está fundamentada en la solidaridad y la cooperación [3] y marcada por políticas sociales igualitarias de inserción social que tienden a beneficiar también a la salud pública [4].

Barrio Adentro forma parte del intercambio entre Venezuela y Cuba, y es una alternativa de atención para todos los países. Muchas propuestas dirigidas a mejorar el acceso y la calidad de la atención en salud enfatizan la autogestión y trasladan las responsabilidades del Estado a la llamada “sociedad civil”, lo cual justifica retirar el financiamiento público [4,5,6]. Sin embargo, Barrio Adentro plantea una nueva forma de relación entre el Estado y los ciudadanos y ciudadanas en la cual el Estado asume la garantía de los derechos sociales en corresponsabilidad con la ciudadanía.

El objetivo de este documento es presentar un análisis de cómo se originó la Misión Barrio Adentro, de cómo fue su implantación en el ámbito nacional, de cómo funciona y de cuáles son sus logros en el período de 2004 a 2005. La elaboración de este documento es resultado del trabajo colectivo del Ministerio de Salud de Venezuela, de la Misión Médica Cubana en Venezuela y de la representación de la Organización Panamericana de la Salud para Aruba, Antillas Holandesas y Venezuela. También ha contado con la colaboración de la Comisión Nacional de Cooperación con la UNESCO del Ministerio de Relaciones Exteriores de Venezuela. Se recogió la información entre marzo y julio de 2006 a partir de la revisión documental de informes, del análisis de datos epidemiológicos y de entrevistas realizadas a mujeres y hombres de Barrio Adentro, desde las comunidades que participan en este proceso a los y las profesionales de salud involucrados desde su inicio. Los datos se analizaron utilizando métodos epidemiológicos y métodos de análisis de información cualitativa. A todas las personas que participaron en las entrevistas, tanto de los comités de salud como de la Misión Médica Cubana, les debemos un gran agradecimiento.

En el primer capítulo se presentan los antecedentes sociopolíticos y técnicos que marcan el contexto global en el cual se toman las primeras acciones del gobierno bolivariano en materia de salud pública hasta llegar a la concepción y puesta en práctica de la Misión Barrio Adentro. En el segundo, se analiza el origen de la Misión y de cómo se constituye con una alta participación ciudadana. El tercer

capítulo presenta cómo la Misión Barrio Adentro permite catalizar el desarrollo y constitución del nuevo Sistema Público Nacional de Salud (SPNS) en Venezuela. El cuarto capítulo presenta las medidas que se han puesto en práctica para la garantía de la permanencia de este nuevo modelo de atención en salud, las cuales enfatizan la formación de profesionales de la salud en todo el país. El último capítulo analiza los primeros logros alcanzados en salud desde el inicio de la Misión Barrio Adentro.

1

Modelos de Atención en salud en Venezuela y exclusión social



Foto 1: Parroquia Sucre, Municipio Libertador, Caracas. Abril 2006.

LA SALUD DE LAS VENEZOLANAS Y LOS VENEZOLANOS ANTES DE BARRIO ADENTRO

Desde su fundación en 1936, el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (MSAS), que sucedió al Ministerio de Sanidad, Agricultura y Cría, había logrado éxitos importantes en el control de los problemas principales de salud de la población venezolana, tal como la mortalidad infantil, la malaria o la tuberculosis [7,8]. El desarrollo del sistema público de salud reflejaba las necesidades de la población rural y se apoyaba en un modelo económico basado en la expansión de la frontera agrícola. A partir de 1948 se construyeron y dotaron unidades sanitarias y consultorios rurales, llamados medicaturas, en todo el país, así como numerosos hospitales en casi todas las ciudades grandes del interior del país. La División de Malariología del MSAS inició el Programa de Vivienda Rural, que se acompañaba de actividades educativas y de participación comunitaria, con el cual llegaron a alzarse 5.670 viviendas rurales [9]. En 1956, Venezuela es el primer país en América Latina en anunciar la eliminación de la viruela [9].

En 1961 se crea el Programa de Medicina Simplificada, en el cual personas de las comunidades rurales se formaban como auxiliares de enfermería durante tres meses para que, en los dispensarios rurales, resolvieran problemas de salud sencillos en las áreas del interior del país donde no había médicos [7]. Este programa tuvo resultados positivos en el control de enfermedades transmisibles endémicas. En ese año Venezuela es reconocida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el primer país que logra la eliminación del paludismo en dos tercios del territorio nacional [9].

Durante las primeras tres décadas del sistema político instaurado a partir de 1958, año en que se inicia en Venezuela la democracia de forma ininterrumpida (ver Anexo 2), los programas sociales se definieron en términos amplios: en teoría toda la población tenía derecho a los beneficios de salud, educación, seguridad y protección social, en forma gratuita, acompañados de la obligación del Estado de asegurar directamente su provisión [10]. Pero en la práctica el acceso a los programas sociales dependía de la adscripción a ciertos organismos, como ciertos partidos políticos, la central sindical dominante o las fuerzas armadas y, fundamentalmente, de la condición urbana, de la situación laboral y de la cercanía

del beneficiario o beneficiaria a la red pública de servicios [11].

La inversión pública en servicios de salud se fue deteriorando a partir de los años sesenta [12,13], lo cual afectó la efectividad de los programas de prevención y control de los problemas de salud prioritarios ligados a la pobreza rural y limitó el desarrollo de programas nuevos que hicieran frente a las condiciones de vida de las poblaciones urbanas marginales, cada vez más numerosas (ver Tabla 1).

Tabla 1: Distribución de la población en áreas urbanas y rurales en Venezuela según los censos 1950-2001, en porcentajes [14]

	Urbana	Rural
1950	47,4	52,6
1961	62,1	37,9
1971	72,8	27,2
1981	80,3	19,7
1990	84,1	15,9
2001	87,7	12,3

En respuesta a la demanda insatisfecha de la población en el área de salud, los servicios médicos privados fueron aumentando. Por ejemplo, el total de camas hospitalarias públicas pasó de 3,46 por mil habitantes en 1963 a 3,06 en 1973 mientras que, en el mismo período, las camas en hospitales privados tuvieron un pequeño crecimiento de 0,43 a 0,46 por mil habitantes [12]. La provisión pública de atención en salud se fragmentó: durante la década de los setenta se multiplicaron los organismos públicos de salud hasta llegar a más de cien, entre ellos el MSAS, el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales, la Sanidad Militar, la Gobernación del Distrito Federal y el Instituto de Previsión Social del Ministerio de Educación.

Durante esas dos décadas, la población se empobreció de forma acelerada. En 1970, el 23 por ciento de las familias urbanas venezolanas tenían ingresos inferiores a 500 bolívares mensuales y el 70 por ciento por debajo de 1.500 bolívares mensuales [15], mientras que el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social estimaba que el nivel mínimo de subsistencia familiar requería un ingreso mensual de entre 1.400 y 1.600 bolívares [16], lo cual coincidía con estimaciones de investigaciones independientes

[17]. El impacto sobre la salud de la desinversión pública y del aumento de la pobreza fue de tal envergadura que a comienzos de los años setenta se calculó que por lo menos el 30 por ciento de los menores de cinco años sufría algún grado de desnutrición [18]. Entre 1968 y 1973 la tasa de mortalidad infantil se elevó de 46,7 a 53,7 por mil nacidos vivos registrados. En la ciudad de Valencia, que concentraba a las industrias de transformación, la tasa de mortalidad infantil llegó a ser de 94,6 por mil nacidos vivos, casi el doble que la media nacional, y en sus zonas marginales urbanas llegó a ser hasta cuatro veces mayor que en las zonas de más altos ingresos de la ciudad [19]. En Ciudad Guayana, principal polo de la industria siderúrgica y de aluminio del país, la diarrea pasó a ser la primera causa de mortalidad general y, en servicios médicos ambulatorios urbanos para adultos, el primer motivo de consulta [20].

Al igual que en muchos otros países de América Latina [4,21,22], a partir de los años ochenta el sistema de servicios de salud en Venezuela se caracterizó por el desfinanciamiento agudo de los servicios de salud (Gráfico 1), la privatización directa e indirecta (por cobro o solicitud de insumos a los usuarios), la desinversión en mantenimiento de infraestructura y la fragmentación y desarticulación entre múltiples participantes que debían cumplir las funciones de regulación, financiamiento, aseguramiento y provisión de servicios [21] (ver Tabla 2).

Gráfico 1: Presupuesto del gobierno en salud como porcentaje del presupuesto nacional en Venezuela, 1970 - 1999 [23]

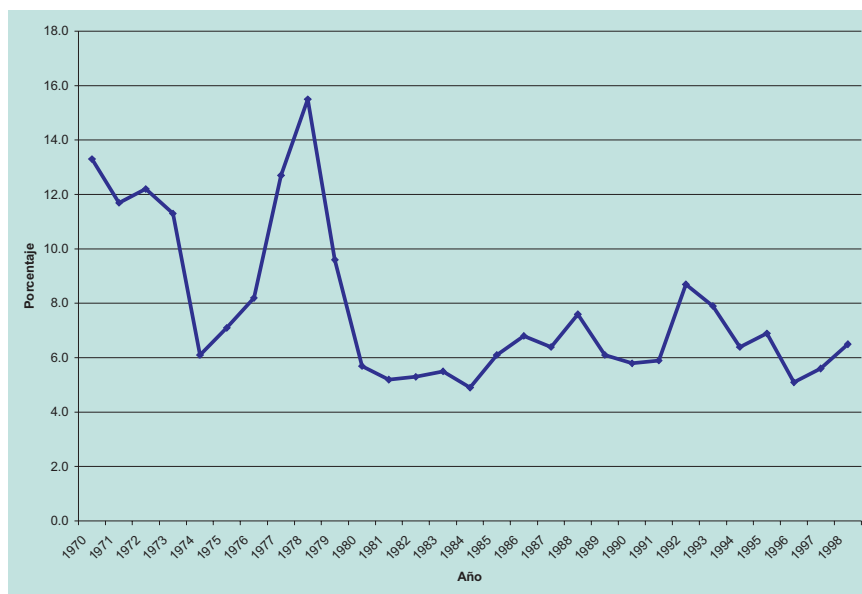


Tabla 2: Elementos del sistema sanitario venezolano anterior a la Misión Barrio Adentro

- Desinversión social
- Privatización directa e indirecta
- Relación salud - mercado
- Predominio de los aspectos curativos de la atención
- Crecimiento de establecimientos privados
- Deterioro de la infraestructura pública
- Ausencia de mantenimiento preventivo
- Organización del trabajo para satisfacer gremios y sindicatos
- Desarticulación y fragmentación del sistema de salud
- Abandono de protocolos de diagnóstico y tratamiento
- Abandono de la atención de primer nivel
- Formación de personal de salud para dar respuesta al modelo imperante
- Crecimiento de la población sin crecimiento de la red pública
- Congelamiento de cargos
- Disminución de la dedicación horaria
- Salarios poco atractivos
- Seguros privados de hospitalización, cirugía y maternidad
- Obsolescencia de los equipos médicos

Entre la década de los ochenta y noventa el sector público de salud tuvo muy poco crecimiento pero se expandió el sector privado de salud. Por ejemplo, en esos veinte años se construyeron 50 establecimientos públicos de salud nuevos y alrededor de 400 clínicas privadas [24]. Con ello se abandonó cualquier aspiración a la universalidad en la prestación de los servicios públicos de salud y los programas sociales dejaron de plantearse en términos de lograr objetivos amplios de reforma social (o de compensar las desigualdades) para plantearse objetivos más limitados en términos de focalización y de compensación parcial del impacto negativo de los

programas de ajuste económico y de las crisis financieras, postergando la satisfacción de las aspiraciones públicas más trascendentes, tales como la equidad o la redistribución del ingreso [11]. La inversión pública en salud, que en 1970 fue el 13,3 por ciento del presupuesto nacional, pasó a ser el 9,3 por ciento en 1990 y 7,89 por ciento en 1996, lo cual representaba el 1,73 por ciento del producto interno bruto (PIB) [25].

El sistema de recuperación de costos, fomentado por el recorte presupuestario, se convirtió en una gran barrera para que la población accediera a los ambulatorios y hospitales públicos, ya que requería el pago de una “colaboración” en dinero o en material médico-quirúrgico [26]. Como la pobreza iba aumentando en la población, esa barrera afectó a un número cada vez mayor de habitantes. En 1990, el porcentaje de viviendas sin servicio de agua a través de conexiones domiciliarias alcanzaba el 32 por ciento en todo el país. Según la definición nacional de línea de pobreza extrema, ésta era de 42,5 por ciento en 1996, con una inflación ese año que alcanzó a ser de 106 por ciento y se mantuvo alrededor del 30 por ciento en esa década, lo cual afectó gravemente la capacidad de las familias pobres de cubrir sus necesidades alimentarias y de atención en salud [27].

La salud pública había estado manejada desde la perspectiva médica, con un modelo de gestión, organización y atención orientado a la enfermedad y con menor énfasis en la promoción de la salud y la calidad de vida-enfoque contrario a los principios de Atención Primaria en Salud (APS). El resultado de esta orientación fue la configuración de un modo de atención centrado en una capacidad limitada de la oferta de servicios, desarticulado y poco productivo, que estaba organizado alrededor de la atención hospitalaria y curativa, con baja cobertura y una atención primaria prácticamente inexistente, con diferentes horarios y sistemas de consultas que afectaban la calidad, accesibilidad y oportunidad de la respuesta. Se trataba de un modelo de atención parecido a los que predominaron en muchos países europeos durante el siglo veinte, que más adelante se sustituyeron por sistemas de salud pública universalizados y gratuitos [28,29,30].

Desde la década del sesenta, el número de hospitales públicos en Venezuela no ha variado excepto por la construcción de un hospital en los años ochenta. En total suman 296 establecimientos: 214 dependientes del Ministerio de Salud o de las

gubernaciones, 33 del Instituto Venezolano del Seguro Social, 13 del Instituto de Previsión Social de las Fuerzas Armadas, 3 de Petróleos de Venezuela (PDVSA), 29 de Instituto Nacional de Geriátrica, 2 de la Corporación Venezolana de Guayana, 1 de la alcaldía de Miranda y 1 de la Policía Estatal de Caracas [31]. Muchos de estos hospitales estaban desabastecidos o en vías de colapsar por falta de reposición de cargos profesionales y técnicos, falta de mantenimiento y dotación, infraestructura insuficiente, falta de control y supervisión oficial, burocratismo gremial a todos los niveles, y abandono práctico del personal a pesar de las horas de contratación. En un estudio realizado en la ciudad de Caracas en 1983, se describen varias dificultades de acceso a la atención en salud: lejanía del servicio, servicio no organizado en función de las necesidades de la población, falta de contrarreferencia, predominio de lo curativo sobre lo preventivo y atención provista por médicos y médicas recién egresados y con poca experiencia [32]. En 1999, el 55 por ciento del total de médicas y médicos existentes en el país trabajaba en los cinco estados de mayor ingreso per cápita de un total de 24 estados del país [33]. Para atender una población de 23.867.393 habitantes en todo el país [34] se contaba con 4.804 establecimientos ambulatorios públicos.

Tabla 3: Población por motivos de no consulta al médico, según quintiles de ingreso familiar, Venezuela, 1998 [35].

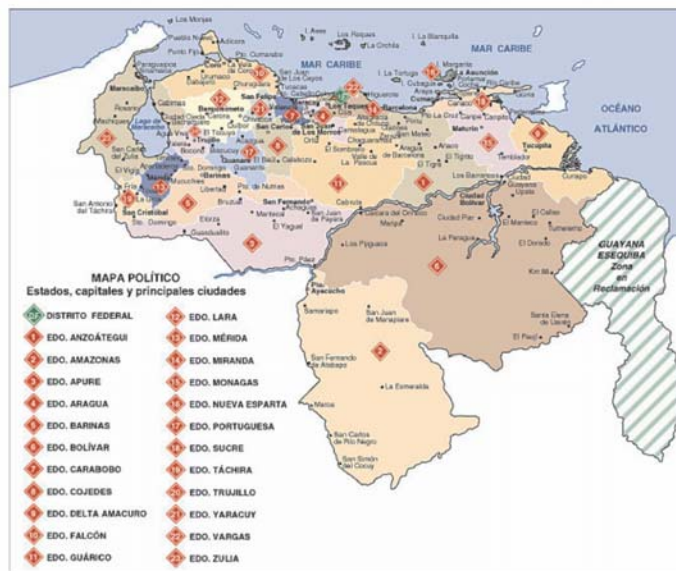
Quintil de Ingreso	No fue necesario, el problema no lo ameritaba	No tiene dinero para pagar la consulta, medicinas, exámenes	Queda lejos de la casa	Otro
1	49,3	35,3	5,9	9,5
2	64,9	25,9	0,6	8,7
3	85,4	11,1	0,6	2,9
4	81,4	7,7	2,6	8,4
5	69,6	13,1	0,5	16,8
TOTAL	70,1	19,4	2,2	8,3

Los informes de la Organización Mundial de la Salud sobre la situación de salud en el país señalan que para el período entre 1990 y 1998, el acceso a medicamentos de la población más pobre se redujo por las políticas de recuperación de costos [36]. La

comercialización de medicamentos se realizaba a través de una red de droguerías y farmacias privadas con excepción de algunos tratamientos muy costosos, como es el caso de antineoplásicos, antirretrovirales y hormonas, para los cuales los y las pacientes tenían como opción obtenerlos a través de fundaciones privadas sin fines de lucro. A través del Instituto Venezolano del Seguro Social, los venezolanos y venezolanas asegurados tenían acceso a un conjunto básico de medicamentos, pero debido a la falta de financiamiento público progresivo del Instituto la disponibilidad también estaba muy limitada. En el año 2000 se censaron 40.675 camas en el ámbito público gubernamental (1,76 camas por mil habitantes), de las que más del 50 por ciento se ubicaban entre el Distrito Capital y las ciudades capitales de los estados más desarrollados [31]. Las profundas inequidades sociales se habían trasladado al acceso a la atención en salud y a medicamentos.

A lo largo de la década de los noventa, la capacidad resolutive [37] de la red asistencial se hizo críticamente insuficiente [21]. Las listas de espera para cirugías y atención ambulatoria especializada fueron extensas y fue frecuente la carencia o insuficiencia de insumos esenciales para la atención de las personas. La red no contaba con planes de mitigación y prevención de emergencias y desastres. Esta situación, creada por la desinversión pública, sirvió para justificar la decisión de privatizar los servicios de salud y la renuncia al derecho a la salud como responsabilidad del Estado.

Gráfico 2: Mapa político de Venezuela y sus 24 estados



INICIOS Y RESULTADOS PRELIMINARES DE LA REVERSIÓN DE LA EXCLUSIÓN EN EL SECTOR SALUD

El gobierno bolivariano, amparado en la Constitución de 1999, desarrolla una política económica que cambia el curso del sistema sanitario venezolano. Con la “siembra del petróleo” [38] como inversión social en el sistema de salud se ha logrado detener el proceso de privatización de la atención en salud. La inversión de la renta petrolera no sólo abarca el financiamiento de la atención directa en salud (ver Tabla 4 y Tabla 5) sino también las misiones sociales (5.000 millones de dólares para misiones sociales, incluyendo Barrio Adentro, en 2005 [39] al que hay que añadir el presupuesto del Ministerio de Salud) que mejoran las condiciones y la calidad de vida como determinantes de la situación de salud y enfermedad de la población venezolana. Al mejorar la prestación de atención en salud a la población, se pone fin al anterior predominio de lo curativo sobre lo preventivo, que había tenido como unas de sus consecuencias el abandono de los servicios de primer nivel de atención en salud, la ausencia de apoyo pre-hospitalario y el abandono de los protocolos de diagnóstico y tratamiento.

En 2004, la Presidencia de la República anunció diez estrategias de política social para la consolidación de la nueva etapa de desarrollo venezolano [40]. El cambio en salud pública, que ve su expresión actual en Barrio Adentro, empieza con el plan estratégico de la nación. Con el objeto de avanzar en la conformación de la nueva estructura social, el Estado desarrolla estrategias para universalizar los derechos sociales, combatir la inequidad social, erradicar la pobreza, combatir la exclusión, aumentar la eficiencia del sistema integral de la salud pública y promover programas de prevención de enfermedades. Entre las herramientas destacadas para alcanzar estos objetivos se especifican estas acciones: la reforma del sistema de seguridad social, el fortalecimiento y la consolidación de las misiones sociales, la mejora del conocimiento estadístico sobre las condiciones de vida, el diagnóstico situacional participativo sobre las condiciones de pobreza en los municipios y la promoción de los mecanismos locales de seguimiento al desarrollo de las misiones. Se enfatiza la organización y la contribución progresiva al aumento tanto de la capacidad social para involucrar a las y los actores concernidos y para identificar nuevas asociaciones necesarias, como su poder para tener un impacto sobre las situaciones que se proponen transformar. Este hincapié por establecer una forma de

democracia directa, no sólo representativa, subyace en la Constitución de 1999 y en el desarrollo de Barrio Adentro.

Tabla 4: Inversión pública en salud en millones de bolívares, Venezuela 2000-2006

	Presupuesto ordinario del Ministerio de Salud [41]	Presupuesto para la Misión Barrio Adentro [42]		Presupuesto para la Misión Milagro [42]	
		Presupuesto ordinario del Ministerio de Salud	Presupuesto extraordinario proveniente de PDVSA, FONDEN y otras fuentes	Presupuesto ordinario del Ministerio de Salud	Presupuesto extraordinario proveniente de PDVSA, FONDEN y otras fuentes
2000	1.435.273				
2001	1.729.247				
2002	2.096.070				
2003	2.644.873		122.021		
2004	3.910.674	671.532	519.000		
2005	4.862.989	475.965	2.435.000		4.500
2006	5.010.740	226.538	1.130.459	35.000	1.500

Nota: El presupuesto ordinario del Ministerio de Salud de 2006 no incluye aún los créditos adicionales. FONDEN es el Fondo Nacional de Desarrollo.

Tabla 5: Inversión pública en salud en porcentaje del presupuesto nacional y del producto interno bruto, Venezuela 2000-2006

	Presupuesto nacional [41]	Porcentaje del presupuesto ordinario de salud sobre el presupuesto nacional	Porcentaje del presupuesto ordinario y extraordinario de salud sobre el presupuesto nacional	Producto Interno bruto [41]	Porcentaje del presupuesto de salud sobre el producto interno bruto	Porcentaje del presupuesto ordinario y extraordinario de salud sobre el producto interno bruto
2000	23.553.561	6,09	6,09	79.655.692	1,80	1,80
2001	28.079.214	6,16	7,34	88.945.596	1,94	2,17
2002	31.687.452	6,61	8,90	107.840.166	1,94	2,63
2003	41.613.125	6,36	11,75	134.217.306	1,97	3,47
2004	60.505.058	6,46	18,81	207.599.608	1,88	5,56
2005	81.805.297	5,94	31,00	262.984.000	1,85	9,17
2006	87.029.741	5,76	26,08	285.624.000	1,75	7,71

Nota: El presupuesto ordinario del Ministerio de Salud de 2006 no incluye aún los créditos adicionales.

Las bases de la política social venezolana, fundamentada en principios de derecho y justicia social, se desarrollan de acuerdo al Plan Nacional de Desarrollo Económico y Social (PNDES) 2001-2007 [43]. En el capítulo sobre equilibrio social de este plan se establece que la inclusión social es la gran estrategia para alcanzar la justicia social, sobre todo para los sectores tradicionalmente excluidos: infantes, adolescentes, mujeres, población indígena, población rural, población en situación de extrema pobreza. Este punto de partida para lograr el desarrollo y alcanzar el equilibrio social considera que la lucha contra las desigualdades sociales y la pobreza no contradice la eficiencia económica. Las líneas generales del PNDES sostienen que la participación favorece el autodesarrollo, genera la corresponsabilidad y estimula el protagonismo de ciudadanas y ciudadanos, considerando que éstas y éstos son los pilares sobre los cuales se levanta una sociedad igualitaria, solidaria y democrática (ver Anexo 3).

EL ESPÍRITU DE ALMAATA EN VENEZUELA

Barrio Adentro nació cuando el mundo celebraba el 25º aniversario de la Declaración de Alma Ata [44] y cuando en la región de las Américas se producían nuevas orientaciones para estimular la renovación de la Atención Primaria en Salud. En los años cincuenta, la falta de acceso a la atención médica para las poblaciones rurales pobres condujo a la Organización Mundial de la Salud al desarrollo de conceptos sobre el servicio médico básico y la medicina simplificada, que contenía los elementos básicos del cuidado médico preventivo y curativo que encontraron más adelante su inserción en la declaración de Alma Ata. Algunos ejemplos de APS antes de Alma Ata son las experiencias de Chile [45], Kerala (India) [46] y Sri Lanka [46] en los años cincuenta o de Cuba [47], Tanzania [48], China [49] en los sesenta y Costa Rica en los setenta [50].

Los puntos claves recogidos en Alma Ata apuntaban al alcance de la meta de 'Salud para todos' que, junto a la estrategia de APS [44], fomentaron la atención médica de primer nivel, de carácter universal pero limitada a la atención ambulatoria. Sin embargo, la transformación rápida de la atención en salud según estos conceptos sólo resultaba exitosa cuando se acompañaban de mejoras en las condiciones sociales.

Aunque la declaración de Alma Ata fue criticada porque su concepto de cooperación no reconocía la existencia de conflictos de intereses entre los actores sociales [51], nunca antes la relación íntima entre la salud y el cambio social se había demostrado con tanta profundidad. La Declaración generó un amplio espacio de debate y la construcción de una nueva mirada sobre los problemas de salud colectiva. El reforzamiento del derecho a la salud para todas y todos y sus principios estratégicos de equidad, universalidad, interdisciplinariedad, intersectorialidad, participación social y desarrollo de tecnologías apropiadas y aceptadas culturalmente [44] plantearon un desafío para los sistemas de salud de los países con recursos medios o bajos, que asumieron con entusiasmo tales postulados.

Desafortunadamente, en las décadas que siguieron a la Declaración de Alma Ata la economía neoliberal de debilitamiento de las instituciones públicas suplantó esta visión en casi todo el mundo. En menos de una década de la adopción de la Declaración, la OMS fue sobrepasada como jugador dominante en la formulación de políticas en el sector salud por el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional (FMI), sobre todo a raíz del Informe Mundial del Banco Mundial de 1993 [52].

Los años ochenta y noventa coincidían en América Latina con el crecimiento de la marginalidad y desigualdad social, con la migración del campo a la ciudad debido al empobrecimiento del empleo rural y el desarrollo de los monocultivos industriales, y con la consecuente urbanización rápida de las metrópolis [53]. Se produjeron distorsiones del concepto y la práctica de la atención primaria en salud, cada vez más alejados del espíritu original de la “salud para todos” [54] y se dio prioridad a la estrategia de contención de gastos en el sector público. Esta influencia fomentó una dirección uniforme a las reformas de los sistemas de salud en América Latina, incluyendo a Venezuela, y limitó los avances en la instrumentación de la APS. Sin embargo, por encima de esas interferencias y en seguimiento a la Declaración de Alma Ata, entre 1978 a 1990 se desarrollaron reformas curriculares en las escuelas y facultades de medicina de América Latina. En toda Venezuela, durante esa época el movimiento de APS contó con un fuerte apoyo en el interior de las universidades [55]. Mientras tanto, a nivel político el apoyo fue tan débil que no permitió ni trasladar los cambios a las instituciones de salud ni mantener el espíritu y la práctica de las reformas curriculares dentro de la academia. Ese movimiento académico se extendió por toda América Latina, donde en cada caso ha tenido una

historia particular. En Venezuela, con la excepción de espacios reducidos en donde se mantuvo el movimiento de APS, el modelo médico tecno-científico se volvió a imponer y los estudios de medicina se alejaron del contacto directo con las condiciones de vida de la población.

A partir de 1999, Venezuela empezó a dar un nuevo empuje a la APS, pero esta vez desde el interior del sistema de prestación de atención en salud a través del Modelo de Atención Integral (MAI) de Salud y poco después con el desarrollo del Plan Estratégico Social que recoge los principios constitucionales del derecho a la salud, la equidad y la solidaridad. En 1999 se implanta el MAI, que brinda atención preventiva y curativa a todas y todos los miembros de cada familia en el mismo momento en que reciben la atención, lo cual elimina las barreras de división del trabajo por días y especialidades en los establecimientos de salud ambulatorios. En consecuencia, esta estrategia disminuye las oportunidades perdidas y mejora el rendimiento y la calidad de los servicios.

Con esta visión renovada que rescata el espíritu de Alma Ata, la APS recobra vigencia como instrumento válido para promover la salud. La Misión Barrio Adentro, expresión de la APS, sólo es posible porque se sustenta en una política económica y social integral, que apunta al desarrollo completo de las personas y las comunidades, donde el desarrollo nacional se enlaza con la cooperación internacional solidaria.

Estos esfuerzos son coherentes con la Carta Social de las Américas de la Organización de Estados Americanos [56], que propone que:

“Todas las personas tienen derecho a la atención y protección integral de su salud, entendida la misma como parte del derecho a la vida y, en consecuencia, como un derecho humano de carácter inalienable e irrenunciable”.

“Los Estados asumirán el firme compromiso de asegurar a sus poblaciones el acceso permanente e ininterrumpido al sistema público nacional de salud, conforme a los principios de equidad, universalidad, solidaridad, gratuidad, calidad y eficiencia tendentes a la promoción, protección, conservación, restitución y

rehabilitación del completo bienestar físico, mental y social del ser humano”.

“Los Estados reconocen la participación protagónica de los Pueblos como actores corresponsables en la planificación, ejecución y control de los sistemas públicos nacionales de salud y, en consecuencia, se comprometen a promover la participación comunitaria en el desarrollo de los programas y servicios destinados al control de los agentes biológicos y sociales que ocasionan riesgos a la salud”.

El conjunto de las misiones sociales que se desarrollan en Venezuela constituyen una estrategia integral de atención primaria de salud y la práctica tanto de la Carta de Ottawa [57] sobre promoción de la salud como de la más reciente Carta de Bangkok [58] sobre la promoción y protección social de la salud y con la Declaración del Milenio adoptada por las Naciones Unidas en septiembre de 2000, cuyos diez Objetivos de Desarrollo del Milenio [59,60] definen los principales elementos de la agenda mundial para el siglo XXI.

2

Origen de Barrio Adentro y participación ciudadana



**Foto 2: Consultorio Popular en Catia, Municipio Libertador, Caracas.
Abril 2006.**

CRISIS EN EL SISTEMA DE SALUD VENEZOLANO

Cuando en 1999 se aprobó la nueva Constitución, se inició la construcción colectiva de un nuevo modelo económico y social orientado, entre otros principios, a la salud como un derecho social fundamental, garantizado por el Estado venezolano en corresponsabilidad con todos los ciudadanos y ciudadanas y con garantía de participación activa y protagónica de las comunidades organizadas, premisas bajo las cuales se empieza a fraguar el nuevo sistema de salud. Conforme a la Constitución, en 1999 se emitió un decreto presidencial por el cual se prohibía el cobro en los establecimientos públicos del país [61].

En 2002, la Federación Médica Venezolana con el apoyo de la Alcaldía Mayor del Distrito Metropolitano de Caracas (que agrupa a cinco municipios metropolitanos con una población de 2.762.759 en 2001 [34]) organizó un paro nacional del gremio médico [62] motivado por exigencias relacionadas con reivindicaciones salariales. El paro cerró la mayoría de ambulatorios y hospitales públicos de Venezuela, lo cual afectó de forma seria el acceso a la atención en salud en el país, y sobre todo en el área metropolitana de la Gran Caracas. En los barrios, muchos de los 81 ambulatorios existentes dependientes del Distrito Metropolitano de Caracas dejaron de funcionar, y los que se mantuvieron sólo abrían un par de veces a la semana y atendían a condición de recibir una “colaboración”.

El Instituto Municipal de Desarrollo Endógeno de Caracas (llamado Instituto de Desarrollo Local o IDEL en 2003), adscrito a la alcaldía del municipio Libertador y encargado de sus programas sociales, realizó un estudio preliminar de casa en casa para determinar las necesidades principales de su población. Libertador es un municipio heterogéneo con 22 parroquias (unidad geopolítica y administrativa mínima en la organización del territorio), algunas de ellas con niveles altos de pobreza extrema (Antímano con 29 por ciento, La Vega con 21 por ciento, Macarao con 31 por ciento y Sucre con 30 por ciento [34]) y alta densidad poblacional. Estas necesidades resultaron ser la falta de transporte para llegar a un hospital en caso de emergencia, la desnutrición causada por la falta de alimentos y la falta de espacios para la recreación [63]. Como solución a estas carencias, el alcalde de Libertador realizó en enero de 2003 una convocatoria a través de la prensa por la que

anunciaba plazas de médicos para trabajar en un programa nuevo en los barrios. El objetivo era iniciar un programa integral de salud que entrara al barrio y que estuviera acompañado de un programa de educación y de deportes

Los resultados no fueron los esperados. La Federación Médica presionó para que nadie se presentara. De los cincuenta médicos y médicas venezolanos que sí respondieron a la primera convocatoria, treinta se negaron a establecerse en los barrios, aludiendo cuestiones gremiales relacionadas con la peligrosidad del trabajo. Como los otros y otras veinte eran especialistas, se les asignó a centros de atención especializada [64].

En consecuencia, en febrero de 2003 la alcaldía de Libertador contactó a la Embajada de Cuba en Venezuela para solicitar la colaboración de la Misión Médica Cubana. Es así como se firmó el Acuerdo de Cooperación Técnica con Cuba. Esta Misión había trabajado en Venezuela desde diciembre de 1999, a raíz de la atención humanitaria prestada durante la inundación en el estado de Vargas. Desde entonces, un grupo de médicas y médicos cubanos se había establecido en varias zonas de Venezuela para desarrollar el Programa Integral de Salud en las zonas de mayor necesidad.

LA LLEGADA DE LOS PRIMEROS MÉDICOS Y MÉDICAS CUBANOS A BARRIO ADENTRO

A mediados de marzo de 2003, un equipo conformado por una médica y dos médicos cubanos llegó a Caracas para trabajar con el IDEL en cómo desarrollar lo que entonces se llamó el Plan Barrio Adentro. El objetivo inicial era trabajar en diez parroquias del municipio Libertador con 50 médicas y médicos cubanos y de iniciar el programa de la forma más rápida posible. De ahí surgió la idea de hablar con las comunidades de los barrios, incluidos los comités de tierras urbanas (organizaciones que participan en el levantamiento de los catastros de tierra y del otorgamiento de los títulos de propiedad) [65], para explorar la posibilidad de alojar a médicos y médicas y permitir la instalación de los consultorios en las casas de

personas que ofrecieran su espacio. A raíz de este proceso, las comunidades de los barrios se organizaron en grupos que darían pie a comités de salud, estructuras que se eligen en asambleas populares de vecinos y vecinas que comparten un Consultorio Popular y que acompañan al médico o a la médica de ese consultorio en sus actividades preventivas y educativas [26].

El concepto de “barrio adentro” se refiere a la idea de entrar en la profundidad de los barrios marginales. Como explica la coordinadora de un comité de salud del municipio caraqueño de Libertador que acogió a uno de los primeros médicos cubanos:

“Me enteré [de que llegaban los médicos] porque ya estaban abajo, en la parte más barrio adentro todavía y, en una necesidad con un vecinito que es asmático me dijeron 'ahí están los cubanos', bueno, hay que buscar a los cubanos, hay que buscar a los cubanos de buena forma. Y nos metimos barrio adentro bien adentro. Nosotros estamos en barrio adentro obviamente, pero más abajo, y los ubicamos, y cuando yo vi a la doctora inmediatamente empecé a contactar y a hacer diligencias. Eso fue en 2003, en abril.”

El equipo cubano visitó durante un mes las distintas casas que se ofrecieron tanto para hospedar al médico o a la médica como para crear un espacio para la consulta clínica. Para alojar al personal médico, la condición era disponer de una cama, incluso aunque fuera en un cuarto compartido, y contar con servicios sanitarios. La consulta requería que cupiera una camilla, una mesa con dos sillas y una cortina, y que estuviera abierta para cualquier persona del barrio, con independencia de su posición social o política. Una ventaja que ofrecían los barrios es que, a pesar de su pobreza, contaban con acceso a electricidad, agua y canales de aguas residuales, en parte facilitado desde que en el año 2000 se constituyeron las Mesas Técnicas de Agua, equipos de técnicos y técnicas que trabajan junto con las comunidades para resolver los problemas de abastecimiento público de agua potable.

Todo el personal médico cubano que iba a integrarse a Barrio Adentro tenía que tener la especialidad de medicina general integral, postgrado de tres años y

medio que abarca entre otras áreas medicina interna, pediatría, gineco-obstetricia y medicina preventiva. Incluso más del 30 por ciento llegó con una segunda especialidad (cirugía, traumatología, dermatología, otorrinolaringología, oftalmología, neurología, urología, nefrología, psiquiatría) y más del 70 por ciento tiene diplomas o maestrías adicionales [66]. La mayoría del personal médico llegó a Venezuela con experiencia previa en misiones médicas humanitarias de Cuba en el exterior de al menos dos años de duración; muchos estaban practicando como médicos y médicas de familia en Cuba cuando se ofrecieron para trabajar en Venezuela. El promedio de tiempo ejerciendo la medicina antes de incorporarse a Barrio Adentro es de diez años. Toda la atención que iban a ofrecer tenía que ser gratuita para el y la paciente.

A principios de abril, el equipo cubano, en colaboración con el IDEL, ya había encontrado los espacios requeridos para 50 médicos y médicas, quienes llegaron a mediados de abril. Su llegada inminente había creado una mezcla de gran expectativa e incredulidad, ya que las comunidades de los barrios no estaban acostumbradas a que se materializaran de forma tan rápida las iniciativas que los múltiples gobiernos les habían prometido. Como contó uno de los primeros médicos cubanos que llegó a Caracas:

“Cuando llegamos a los barrios la gente no nos creía, porque [nos decían que] tantos gobiernos pasando y tanto gobiernos prometiéndolo, todo el mundo llegaba y les prometía algo y después seguía lo mismo, y cuando ellos nos veían no podían creer que esto era verdad. Por eso es que cuando nosotros llegamos todavía casi no podían creerlo, porque para ellos eso fue otra promesa más.”

En consecuencia, algunos de los espacios que se habían garantizado no estaban listos cuando llegaron los médicos y médicas, pero las comunidades se organizaron en el día para albergarlos. Las personas que tenían más confianza en instituciones afines al gobierno, como era la alcaldía de Libertador, les estaban esperando con los brazos abiertos, tal como cuenta una de las primeras personas que acogió a uno de los médicos:

“Ellos llegaron directamente del aeropuerto a nuestras casas, nosotros los estábamos esperando, ya nosotros le teníamos todo listo, con mucha pena, con toda la pena

del mundo pero con un gran cariño, y se adaptaron a nuestras cosas.”

Las comunidades que acogieron a los primeros médicos y médicas, con temor de que éstos no se fueran a quedar, y sabiendo que las condiciones de vida que podían ofrecer no tenían comodidad, fueron buscando más espacios en los barrios para ampliar el programa y mejorar sus condiciones de alojamiento y trabajo. Algunos vecinos y vecinas donaban colchones, cortinas, mesas y otros utensilios para mejorar las condiciones de la consulta, sin esperar a cambio ninguna retribución. La responsabilidad para alimentar a los médicos y médicas se la turnaron entre las personas integrantes de los comités de salud, que ya iban adquiriendo una estructura formal, y muchos otros vecinos y vecinas fueron aportando alimentos de forma espontánea a las casas que alojaban a médicas y médicos. Quienes se dedicaron a este gran esfuerzo lo recuerdan como una época muy difícil pero que resultó en grandes logros en la materialización del derecho a la salud. La coordinadora de la misión cubana de Barrio Adentro para el área metropolitana de Caracas contaba:

“Y cómo pelean a sus médicos, los médicos ya no son de nosotros [los cubanos], ya son del comité de salud. Para mover a un médico hay que pedirles permiso.”

Por la mañana y hasta bien entrada la tarde, los médicos y médicas ofrecían consulta a todas las personas que se presentaban, que llegaban a ser al principio unas 80 diarias. Por la tarde recorrían los cerros para censar, por persona y por familia, la prevalencia de enfermedades, la situación de vacunación, el estado de nutrición, identificar los problemas sociales principales, tales como el analfabetismo o el hacinamiento, o la disposición de reservas de líquidos y sólidos, y de paso buscar nuevos espacios para acoger a los más de cien médicos y médicas que estaban por llegar. Los médicos y médicas comunicaban de forma semanal y mensual la información recogida al equipo coordinador de Barrio Adentro, integrado también por médicos y médicas especialistas en epidemiología.

Este sistema de información permitió conocer de forma exhaustiva la situación de salud de los barrios en los cerros, de cuyas condiciones había un gran desconocimiento epidemiológico, incluso por el sistema de vigilancia de la salud,

porque el país no tenía cobertura completa de atención en salud. Algunas enfermedades, como el dengue, se sometieron a una vigilancia especial. En mayo de 2003, con la información recogida en los dos meses previos por los médicos de Barrio Adentro y con la proveniente del Instituto del Seguro Social y de la Dirección de Salud de la Alcaldía, se realizó el primer análisis de situación de salud de los barrios de los cerros de Caracas. Los dos problemas sociales principales que se identificaron fueron la malnutrición y el analfabetismo [66].

La llegada de los siguientes médicos y médicas fue muy rápida. En mayo de 2003 llegaron más de cien, que se distribuyeron por otros barrios de los cerros en el municipio Libertador, donde se había originado el programa, y por otras zonas de Caracas, como en el municipio Sucre (otra zona de barrios en cerros en el estado de Miranda) y en los barrios del centro de la ciudad. Como testimonia un médico que llegó en esas fechas:

“Yo recuerdo que yo llegué al barrio donde yo estaba ubicado, la Parroquia El Recreo, en el centro de Caracas. Cuando llegamos al barrio, llegamos de noche, estaban incluso en una reunión, una asamblea popular tenían en ese momento, y cuando la gente vio que de verdad nos bajamos los médicos con nuestro equipaje, no podían creerlo. Eran como las nueve de la noche y querían pasar por todo el barrio para que todo el mundo nos conociera a aquella hora de la noche.”

Hasta entonces, muchos habitantes de los barrios no creían en los médicos y médicas que les habían atendido en los hospitales públicos de Caracas en situaciones de emergencia. Muchas otras personas de los barrios nunca habían conocido a un médico o médica que fuera a su casa. A medida que los médicos y médicas cubanos iban tratando casos, su aceptación en los barrios fue creciendo. Como resolvían tanto casos agudos como crónicos, con resultados tangibles en el mejoramiento del estado de las personas, las comunidades fueron valorando la capacidad de los médicos y médicas. Esta situación incluso mejoró cuando los medicamentos estuvieron disponibles en las consultas y los y las pacientes ya no tuvieron que pagar por ellos.

Los médicos y médicas de los consultorios desde el principio han estado disponibles las 24 horas del día. Para facilitar la atención en las horas de la noche,

las comunidades se organizan de distintas maneras. En algunas zonas en las que el médico o médica vive en un módulo, una persona del comité de salud hace guardia por la noche para atender emergencias, y es la persona del comité quien acompaña al o a la paciente hasta el módulo. En algunos módulos, el comité ha instalado un sistema de alarma para que, en caso de necesidad, el médico o médica pueda contactar al comité de salud y alguien del comité se desplace hasta el módulo.

Un factor que contribuyó también a la aceptación de los médicos y médicas cubanos fue que se adaptaron muy bien a las dificultades de la vida en los barrios y a convivir con las comunidades en condiciones similares. Una auxiliar de enfermería de Catia contaba:

“Cómo se revierten las cosas aquí en este país. Anteriormente los que tenían el médico de cabecera eran los ricos. ¡Los ricos, doctora! Y ahora nosotros tenemos nuestros médicos de cabecera con propiedad, y médicos de calidad, que no están por el billete, por el materialismo, no. Aquí tenemos los médicos que lo hacen de vocación, que son el día a día con nosotros, el que siente, el que vive la pobreza, con nosotros. Entonces eso para nosotros es más valioso.”

Con la disponibilidad de nuevos médicos y médicas, éstos se fueron acercando cada vez más a las comunidades, con lo cual se disminuyó la población que hasta entonces había estado excluida del acceso a la atención en salud. En pocos meses se fue estableciendo el programa, con horarios de trabajo establecidos. El número de pacientes diarios se fue disminuyendo, tanto por el aumento de la densidad de médicos y médicas como por la resolución de problemas de salud. En el año 2003, a través de Barrio Adentro se realizaron 9.116.112 consultas y 4.143.067 actividades de educación para la salud [67].

En diciembre de 2003, el Plan Barrio Adentro se constituyó como Misión Social permanente por decreto presidencial de Hugo Chávez Frías que se anunció en la Gaceta Oficial un mes más tarde [68]-a raíz de lo cual se decidió extenderlo por toda Venezuela con este fin: “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.” La Misión Barrio Adentro abrió en 2004 el camino hacia un cambio estructural en el acceso a la atención en salud para millones de venezolanas y venezolanos que hasta entonces habían estado excluidos de esa atención. A partir de este momento, las misiones sociales en Venezuela se definen como estrategias suprasectoriales que cuentan con recursos extraordinarios y en las que participan las instituciones en todos los niveles del Estado de manera articulada con el fin de acelerar la inclusión social, destinadas a garantizar los derechos humanos universales que garantiza la constitución en las áreas de salud, educación, trabajo, alimentación, vivienda y tierra, así como otros derechos sociales, económicos, culturales, políticos y civiles que conforman la democracia participativa en el proceso de transformación de Venezuela.

La Misión Barrio Adentro se fue organizando en lo que es la estructura administrativa actual, con responsables que coordinan a brigadas de médicos y médicas por parroquias, municipios y regiones, y en colaboración con los comités de salud de los barrios, los cuales se integran en el diseño de las políticas, planes, proyectos y programas de salud, así como en la ejecución y evaluación de la gestión de la misión. En 2004, Barrio Adentro se fue extendiendo fuera del área metropolitana de Caracas para llegar al estado Zulia, al resto de los municipios de Miranda y a los estados de Barinas, Lara, Trujillo y Vargas, y más adelante al resto del país.

LOS PRIMEROS OBSTÁCULOS DE BARRIO ADENTRO

Uno de los primeros obstáculos con los que se encontraron los médicos y médicas de Barrio Adentro fue la campaña de los medios de información masiva en contra de la presencia en Venezuela de médicos y médicas cubanos. Para muchos de estos médicos y médicas, era la primera vez que no eran bien recibidos en el

extranjero por un sector del país anfitrión. Por motivos políticos, la Federación Médica Venezolana difundía por los medios de información que los médicos y médicas cubanos no estaban capacitados para ejercer la medicina, pero tras la firma de un convenio en mayo de 2003 con el Colegio Médico del Distrito Metropolitano se avaló de forma jurídica la habilitación de médicos y médicas extranjeros para ejercer la medicina en el marco de Barrio Adentro [69]. La Federación respondió llevándolos a juicio y el Tribunal declaró en una sentencia que los médicos y médicas cubanos no podían ejercer la medicina en Venezuela. Los medios de comunicación anunciaron que los médicos y médicas cubanos tenían que abandonar el país [70], lo cual generó una gran movilización popular en defensa de Barrio Adentro. El Colegio Médico del Distrito Metropolitano presentó una aclaratoria según la cual los médicos y médicas cubanos no ocupaban cargos, sino que se encontraban en calidad de misión humanitaria, con lo cual se solventó la situación. Debido a esa campaña, los médicos y médicas cubanos a veces tenían que convencer a los y las pacientes para que confiaran en su diagnóstico y en los medicamentos que prescribían, o en la necesidad de realizarse una intervención quirúrgica.

El segundo obstáculo estuvo relacionado con las recetas médicas. Aunque los médicos y médicas llegaban provistos de un lote de medicamentos, a veces no llegaban a cubrir las necesidades o no incluía todos los necesarios, con lo cual tuvieron que recetar medicamentos para que los pacientes los pudieran comprar en las farmacias. El problema fue que, por un lado, los médicos cubanos utilizaban el nombre genérico de los medicamentos, mientras que en las farmacias estaban más acostumbrados a las recetas con nombres comerciales. Por otro, algunas farmacias no querían dar los medicamentos si la receta venía con el logo de la Alcaldía y Barrio Adentro. A las tres semanas del inicio del plan, empezó a llegar una dotación más completa de 55 medicamentos y en cantidades suficientes. La alcaldía prestó un local en la Imprenta Municipal para almacenarlos, y fueron los propios médicos y médicas de la Misión Cubana quienes se turnaron para empacarlos y distribuirlos a cada médico o médica que llegaba a Venezuela, junto con un estetoscopio y un nebulizador. Como ese sistema inicial no solucionaba todos los problemas médicos, a partir de enero de 2004 y con la información recogida en el primer análisis de situación se decidió crear un módulo de 106 medicamentos de 23 grupos

farmacológicos que cubre la mayoría de medicamentos esenciales (ver Anexo 4). Éstos se distribuyen dos veces al mes a cada médico y médica por todo el país. Este sistema de distribución funciona con el apoyo logístico de las Fuerzas Armadas de Venezuela.

Las referencias médicas, tanto para la realización de un diagnóstico como para requerir atención hospitalaria, constituyeron el tercer obstáculo, ya que el sistema de salud tradicional estaba fraccionado políticamente. En consecuencia, la mayoría de los hospitales públicos no recibían a pacientes referidos o referidas por Barrio Adentro. El Hospital Militar de Caracas fue, al inicio, el único hospital de referencia de Barrio Adentro, tanto para diagnósticos como para atención hospitalaria, seguido por el Hospital Universitario de Caracas. Para poder expandir la red de referencia, a mediados de 2003 la Comisión Nacional de Médicos Venezolanos (CONAMEV) creó un directorio de médicos y médicas de diversos hospitales públicos que estaban dispuestos a colaborar con Barrio Adentro y a atender a sus pacientes. Esa red extra-institucional se empezó a formalizar a partir de octubre de 2004, cuando fue elegido un nuevo alcalde de la Gran Caracas dispuesto a apoyar a la Misión Barrio Adentro y vincularla con la Secretaría de Salud de la Alcaldía.

EXPANSIÓN DE BARRIO ADENTRO: HACIA UNA ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD

Desde el inicio se sabía que el alojar al personal médico y los consultorios en las casas era una medida transitoria para hacer frente a la necesidad urgente de atender a la población de los barrios. Era importante crear estructuras más estables para el desarrollo del Sistema Público Nacional de Salud de Venezuela. En agosto de 2004 se empezaron a construir los primeros módulos de salud, unas estructuras de construcción sencilla de ladrillo, octogonales o rectangulares, para que cumplieran la doble función de Consultorio Popular y de alojamiento del personal médico en la comunidad. La planta baja de los módulos tiene una sala de espera, dos consultorios y dos baños (uno para los y las pacientes y uno para el personal

médico). La segunda planta tiene una sala con cocina, un baño, y uno o dos dormitorios. Éstos alojan siempre a un médico o médica y a otra persona, que bien puede ser otro médico o médica, un entrenador o entrenadora de deportes, un técnico o técnica de óptica o un odontólogo u odontóloga. Los módulos permiten acoger a odontólogos y técnicos de óptica, que hasta entonces también estaban albergados o albergadas en casas de la comunidad. La construcción de los módulos se realizó con la colaboración de las comunidades. La ubicación de los módulos tiene el objetivo de que cada uno alcance a entre 250 y 350 familias. Para el mes de julio de 2006 se habían construido 1.612 módulos y 4.618 estaban en construcción, lo que significa que una buena parte de los 23.793 profesionales de la salud de Barrio Adentro (de los cuales 15.486 son médicos) aun vive y trabaja en casas de familia facilitadas por la comunidad [71].

La escasez de terrenos y la topografía de los cerros en las densas áreas urbanas del Distrito Capital generaron la concepción de un modelo de edificación octogonal de dos plantas, que incluyera un espacio para la atención médica y/o odontológica y otro para la vivienda o alojamiento del médico o médica. Este primer diseño, conocido como “Módulos de Barrio Adentro”, se modificó para adaptarse a las particularidades de los distintos territorios sociales del país. La localización y la construcción se basa entre otros criterios en: capacidad para la cobertura de las 250 a 350 familias, existencia de servicios básicos (agua, luz, aseo, cloacas), terreno ubicado dentro de la comunidad y la no existencia de riesgo físico como deslizamientos o inundaciones.

En el proceso de construcción de los Módulos de Barrio Adentro, la comunidad se involucró, junto con el Ministerio de Salud y la Cooperación Cubana, en actividades que van desde la certificación de los terrenos para ubicación de los módulos (que se obtiene con el llenado de una ficha técnica que contiene los requisitos que deben reunir) hasta la aprobación de su selección en asamblea de ciudadanos y ciudadanas. Los terrenos, generalmente provenientes de los ejidos nacionales, son usualmente donados por la comunidad o alcaldías; la edificación de los módulos se realiza por cooperativas comunales. Algunos consultorios populares se han ubicado en instalaciones donadas por otras instituciones gubernamentales. Se contribuye así a dar expresión concreta a la integración de los ciudadanos y ciudadanas en las políticas públicas y en redes sociales con una cultura de

pertenencia y de participación solidaria en actividades que buscan soluciones para mejorar la calidad de vida de todas las personas que habitan en cada comunidad.

El desarrollo de Barrio Adentro fue cobrando mayor dimensión de forma progresiva. En 2003 se habían empezado a dotar los primeros Centros de Diagnóstico Integral (CDI), que al inicio eran lugares adaptados dentro de las mismas comunidades, desde dentro de casas particulares a casas deshabitadas o a dispensarios de la Alcaldía. Esos centros se abastecieron con equipo médico llegado de Cuba y tenían capacidad para laboratorio clínico, ultrasonido, endoscopia y electrocardiograma. Como las condiciones de climatización no eran idóneas, no siempre permitían incluir equipos de radiología.

Para dar mayor resolución a las necesidades de la atención ambulatoria, a principios de 2005 se inició una red de CDI de construcción nueva, con un diseño que permitiera contener una dotación mayor de equipos médicos y un número mayor de recursos humanos. Los CDI incluyen equipamiento para estudios por imágenes, laboratorio clínico y electrocardiograma, y algunos tienen además unidades de cuidados intensivos o salas quirúrgicas para dar respuesta a la dificultad en obtener atención hospitalaria para los y las pacientes de Barrio Adentro. También se están construyendo Centros de Alta Tecnología (CAT) para dar apoyo a los CDI con guardia 24 horas al día y Salas de Rehabilitación Integral (SRI). Cada uno de estos centros y salas da cobertura a varios consultorios populares, de modo que la distancia a recorrer es corta y los y las pacientes pueden ir el mismo día en que reciben la referencia.

Con la creación de los CDI, decreció la necesidad de contar con los hospitales para realizar diagnósticos, pero la necesidad de expansionar la atención hospitalaria seguía existiendo. El Ministerio de Salud había empezado a crear Clínicas Populares en Caracas, en establecimientos del Seguro Social y después por el resto del país en establecimientos nuevos, con el fin de reforzar la red hospitalaria del SPNS. Estas clínicas se integraron desde un principio con Barrio Adentro y son centros a los que se refieren a los y las pacientes que requieren atención hospitalaria. Desde 2004, el Ministerio de Salud trabaja en la integración interinstitucional para el SPNS, articulando los diversos componentes del sistema de salud.

BARRIO ADENTRO COMO RESPUESTA DEL ESTADO Y DE LA SOCIEDAD ORGANIZADA

El contraste entre las limitaciones cada vez más evidentes del sistema de salud y las necesidades de la población excluida representaba una situación intolerable, en un contexto de creciente conciencia de la población sobre sus derechos políticos y sociales consagrados en la nueva Constitución, y de creciente movilización social en defensa del proceso bolivariano. El carácter de misión social promulgada por el Estado la constituye como estrategia masiva y acelerada de inclusión social, con énfasis en la población más excluida y basada en la participación organizada de las comunidades. Barrio Adentro nace así en el nuevo espacio de interacción Estado-sociedad definido por la nueva Constitución de la República Bolivariana de Venezuela y se constituye en una estrategia de construcción del nuevo sistema de salud, enmarcada dentro de los procesos de creación de la nueva institucionalidad pública, en la cual la población asume un papel protagónico.

La experiencia de Barrio Adentro se articula de forma rápida con el desarrollo de las otras misiones, que van conformando un tejido de políticas sociales integrales para elevar la calidad de vida de las poblaciones tradicionalmente excluidas y que habían ido aumentando hasta constituir una mayoría de la población venezolana. Barrio Adentro es por tanto una estrategia del Estado y de la sociedad venezolana para hacer realidad los derechos y deberes establecidos en el texto constitucional sobre la salud y para concretar los principios que, de acuerdo a ese mismo texto constitucional, rigen en la construcción del SPNS. Por tanto, Barrio Adentro se transforma de una misión humanitaria a formar parte de un proceso más general de construcción del Estado democrático participativo y de las nuevas formas de poder sustentadas en la participación ciudadana directa. Este proceso se desarrolla en un contexto de conflictividad política promovida por quienes tratan de desestabilizar la nueva configuración del Estado y forma parte de los esfuerzos por la construcción del poder popular, que está sentando las bases para que la sociedad venezolana comience a plantearse la posibilidad de transitar hacia formas más igualitarias de organización económica y política fundamentadas en el socialismo. La generalización de Barrio Adentro al ámbito nacional se apoya en tres pilares: las

experiencias organizativas y de participación de las comunidades en salud, el liderazgo y la firme voluntad política del gobierno para impulsar una nueva institucionalidad pública y nuevas formas de relación Estado-sociedad basadas en el protagonismo popular, y la solidaridad internacional de Cuba.

PARTICIPACIÓN CIUDADANA Y COMITÉS DE SALUD

Desde los años sesenta, en Venezuela habían existido experiencias de participación comunitaria en salud, en algunos casos fomentadas desde el Ministerio de Salud o las gobernaciones de los estados, y en otros surgidas del seno de los movimientos sociales comunitarios y de la medicina simplificada. Sin embargo, estas experiencias no tuvieron la posibilidad de constituirse en una estrategia nacional de transformación del sistema de salud, unas veces porque fueron restringidas a experiencias locales y otras veces porque fueron concebidas y desarrolladas como espacios tutelados, subordinados a la institucionalidad del gobierno en el marco de las reformas múltiples del sistema de salud. La mayoría de estas experiencias sucumbieron o sobrevivieron en un ambiente muy adverso que impidió el desarrollo de sus potencialidades.

A comienzos de los años ochenta, el Ministerio de Salud promovió la conformación de comités de salud en el marco de las estrategias entonces denominadas de medicina comunitaria. En Caracas, por ejemplo, se desarrollaron alrededor de veinte comités, incluyendo algunos en lo que hoy es el estado Vargas y parte del estado Miranda. Esta iniciativa se impulsaba desde las direcciones regionales de salud. Eran comités constituidos por los distritos sanitarios, de los cuales dependían, y estaban guiados por las directrices de la Dirección de Bienestar Social del Ministerio de Salud. El énfasis de su trabajo era de carácter preventivo y de apoyo en la realización de actividades tales como los censos sanitarios o las campañas de vacunación. En algunas experiencias, sobre todo en las que se incorporaron organizaciones de la población y comunidades religiosas de base, los comités tuvieron beligerancia en reclamar servicios de salud y lograron la instalación de dispensarios médicos locales con aportes de las comunidades y personal del Ministerio de Salud. Sin embargo, el funcionamiento fue siempre muy deficitario y las relaciones con el personal médico muy difíciles, debido a que el aba

personal faltaba con frecuencia al trabajo, rotaba con mucha frecuencia y exigía remuneraciones especiales por trabajar en zonas consideradas “de riesgo”. Estas experiencias se deterioraron en pocos años por falta de recursos y por su limitada capacidad de resolución de problemas. En algunos casos se absorbieron con posterioridad por proyectos comunitarios de las alcaldías.

A finales de los años ochenta, el Ministerio de Salud promovió la conformación de las Juntas Sociosanitarias y Sociohospitalarias en el contexto de las políticas de reforma del sector salud y de “recuperación” de costos. Estas juntas estaban constituidas de forma mixta por personal del Ministerio y de las gobernaciones y de representantes institucionales de las comunidades, y su papel era impulsar los aportes comunitarios de recursos y controlar su buen uso. En un contexto en el que predominaba el deterioro creciente de la red de servicios por el déficit creciente del financiamiento público, esta medida fomentó el desarrollo de fundaciones y otras formas de organización que captaban y gestionaban recursos aportados por la población mediante el pago de cuotas o de servicios. Estos pagos se convirtieron en una barrera importante de acceso a la atención en salud para la población de menores recursos. Más que promover la participación social, las juntas contribuyeron a enmascarar el proceso de abandono por parte del Estado de su responsabilidad con la salud de las poblaciones.

El impacto negativo de las políticas de privatización sobre la calidad de vida de la mayoría de la población y en particular de los más pobres fue de tal envergadura que en febrero de 1989 se produjo una insurrección de estas poblaciones, conocida como *El Caracazo* [62], que conmovió los cimientos de la sociedad. A partir de entonces la indignación popular se fue traduciendo de forma progresiva en organización y se canalizó en un amplio movimiento social. Hasta que el proceso constituyente no llegó a crear las condiciones favorables, las experiencias de participación en salud no estuvieron vinculadas a un proceso de construcción de ciudadanía (ver Tabla 6). El mismo proceso constituyente, por su carácter ampliamente participativo y democrático, que involucró a todos los sectores de la sociedad venezolana, fue un proceso de apropiación de las comunidades y de sus organizaciones sobre sus derechos sociales y políticos y sobre sus responsabilidades en la construcción del nuevo Estado.

La organización y el sentido de participación como expresión del poder de la población se acentuaron con los conflictos políticos de 2002 y 2003, cuando la movilización social se constituyó en un pilar fundamental para la estabilidad del país. Esta base de población organizada y consciente de sus derechos y deberes constituye uno de las bases fundamentales sobre los cuales se desarrolla la Misión Barrio Adentro.

Tabla 6: Núcleos de Atención Primaria

Apartir de 1994-95 se iniciaron los Núcleos de Atención Primaria (NAP) en el estado Aragua. Para constituir un NAP, la población debía organizarse y participar en la consecución de locales y otros recursos básicos, así como comprometerse a participar en los programas de salud que se iban a desarrollar. Bajo el lema de “Salud para todos, participando todos”, para el año 2000 la gobernación del estado había desarrollado cien NAP constituidos por una enfermera o enfermero auxiliar y un médico o médica con el apoyo de su respectivo comité de salud. El programa de trabajo de los NAP incluyó tanto atenciones médicas curativas básicas como acciones de prevención ante problemas prioritarios, con énfasis en el grupo materno-infantil. Las comunidades tenían la posibilidad cada año de decidir si se renovaban los contratos del personal. Aunque se tenía como referencia que un NAP debía tener capacidad para vincularse a unos 2.500 habitantes, en realidad el objetivo no era ofrecer cobertura universal y sólo llegó a alcanzar un cuarto de la población de uno de los estados venezolanos. Los NAP tampoco alcanzaron a articularse con los otros niveles de atención ambulatoria y hospitalaria y se desarrollaron en un ambiente nacional de restricción de recursos para la salud y de procesos de deterioro creciente de la red de servicios públicos. La experiencia de los NAP se fue debilitando y sucumbió ante el compromiso limitado del personal médico, el debilitamiento de los inicialmente procesos de selección y seguimiento rigurosos y del papel de las comunidades y la carencia de recursos.

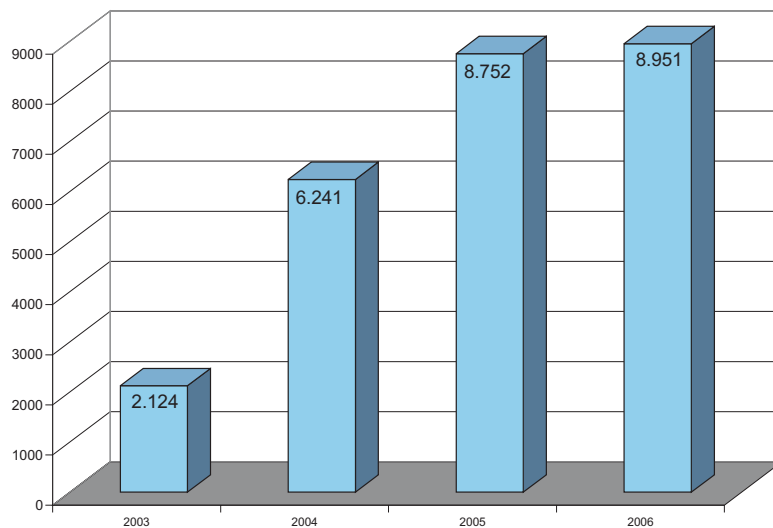
Tabla 7: Antecedentes de los comités de salud actuales

En 1996, con el impulso de la gobernación del estado Sucre, se desarrolló un programa intenso de organización y participación comunitaria en salud constituido por 21 comités de salud. En 2006, existen 150 comités registrados que se articulan con Barrio Adentro y las otras misiones sociales. Esta experiencia, dirigida a las poblaciones más pobres, incluyó la selección de promotores y promotoras comunitarios por asambleas de las comunidades beneficiadas, formados como promotores sociales para desarrollar el abordaje del desarrollo comunitario y en planificación local participativa. Los comités de salud conformados por las comunidades fueron respaldados en cada localidad por equipos integrados por un médico o médica, un trabajador o trabajadora social y una enfermera o enfermero, con un programa de trabajo de promoción de salud y prevención de problemas prioritarios de salud. Los comités de salud elaboran proyectos de intervención en salud, los cuales, una vez aprobados, reciben financiamiento de la gobernación del Estado.

En el primer trimestre de 2006 se habían registrado 8.951 comités de salud elegidos en asambleas populares, certificados por las autoridades locales, parroquiales o municipales, e incluidos en el registro del Ministerio de Salud, aunque el número de comités de salud vinculados a un Consultorio Popular aún sin registrar es mayor. Cada comité está constituido en promedio por once personas, líderes formales e informales elegidos por la comunidad, quienes tienen como objetivo liderar la identificación de los principales problemas de salud de la comunidad, priorizarlos y definir las acciones principales que debe realizar la comunidad para resolverlos, así como la tramitación de gestiones en apoyo al trabajo del Consultorio Popular y el Centro de Diagnóstico Integral. Está previsto que el funcionamiento de los comités de salud esté reglamentado por la Ley de los Consejos Comunales del 6 de abril de 2006 [72], según la cual cada comité de salud está integrado junto con otras organizaciones comunitarias en el consejo comunal correspondiente. Entre

otras responsabilidades, los consejos comunales administran los presupuestos asignados a cada comunidad, incluido el del comité de salud.

Gráfico 3: Comités de Salud. Misión Barrio Adentro. Abril de 2003 a mayo 2006 [67].



Éste no ha sido un proceso sin conflictos o tensiones, y en él se han ido fortaleciendo dirigentes populares locales. Como contaba una auxiliar de enfermería de Catia, uno de los barrios de Caracas:

“Mi papel cambió desde que llegaron los médicos, porque por medio de ellos he aprendido a desempeñarme mejor. Yo era muy penosa para hablar, en la comunidad éramos penosas y no sabíamos hablar [en público]. Debido a tantas reuniones a las que asistimos por medio de Barrio Adentro y a los talleres que me han dado he aprendido a superar el miedo.”

A diferencia de experiencias previas de participación en salud en el país, no se trata de una participación comunitaria subordinada a la institucionalidad de un Ministerio de Salud ni complementaria de los planes y programas definidos con antelación por las autoridades sanitarias. Barrio Adentro impulsa nuevas formas de organizar la oferta existente de la atención en salud y los programas de forma tal que

aseguren más y mejores posibilidades de respuestas. Una de las primeras coordinadoras de un comité de salud en Libertador comenta:

“Aquí todo el tiempo la gente decidía por nosotros, éramos como unos títeres, ahora no, nosotros nos hemos organizado como comité de salud, que ha sido como el pionero de todo. De aquí se han derivado las OCV, que son las organizaciones de construcciones de vivienda, los comités de tierra, que son organizaciones también. A través de los comités de tierra vienen los consejos comunales, donde nosotros mismos vamos a ser los protagonistas de nuestros problemas, donde nosotros vamos a resolver nuestros problemas, donde aquí nadie va a venir a decir qué es lo que pasa, donde nosotros vamos a ser escuchados de verdad. Porque la idea no es dárselo al presidente y atacar al presidente, si no que él nos está dando a nosotros las herramientas, nosotros tenemos que saberlas utilizar para ser exitosos. En la unión está la fuerza y en la medida en que la organización se vaya dando, nosotros vamos viendo los logros. Nos reunimos todas las semanas los comités de salud, los comités de tierra y bueno ahí vamos impulsándonos y vamos viendo la lucha y el trabajo social que no es fácil, porque hemos sido todo el tiempo personas facilistas, que nos den, que nos hagan. Pero ahora no, ahora tenemos el espíritu de lucha, de la pertenencia, el sentido donde dices que tenemos que hacerlo, porque si uno no trabaja en la comunidad tanto en salud como en todos los logros que mandan, esto se le cae al presidente. Porque por aquí no viene ningún ente gubernamental a decirnos qué es lo que [tenemos que hacer], nosotros hacemos asambleas por medio del comité de salud, que ha jugado un papel muy importante aquí en la comunidad. Si no hubiera sido por el comité de

salud no estaríamos unidos como lo estamos ahorita al 99 por ciento, eso fue una cosa muy bella.”

Por un lado, las organizaciones comunitarias presionan por una mayor celeridad y efectividad en los procesos de desarrollo del nuevo Ministerio de Salud, que requieren cambios legislativos y cambios de la cultura institucional. Por otro lado, el sistema de salud requiere, estimula y promueve la maduración de las capacidades y desarrollo organizativo de los comités de salud. Se trata de un proceso en el que se incorpora mucha creatividad, que no siempre es totalmente planificado ni discurre de acuerdo a las normas y pautas establecidas. Precisamente en este espacio de encuentro e interacción entre las capacidades del Estado y las capacidades de las poblaciones va emergiendo el nuevo SPNS que, informado por el conocimiento socio-epidemiológico adquirido gracias a la cobertura de un porcentaje cada vez mayor de la población (73 por ciento de la población total en 2006) (ver Tabla 23), empieza a planificar los recursos de atención en salud a partir de las necesidades de la población y no desde la oferta de la atención médica.

El Ministerio de Salud ha establecido una Coordinación Nacional de Comités de Salud y avanza hacia estructuras similares en los estados y municipios. También se desarrolla una Escuela de la Nueva Ciudadanía en el Instituto de Altos Estudios de Salud Pública, adscrito al Ministerio de Salud. Sólo en el primer trimestre de 2006 se han realizado 41.639 Asambleas Comunitarias de Salud en las que se han registrado 1.423.815 personas.

Entre los derechos sociales, la Constitución consagra el derecho a la salud y el deber de participar de forma activa en la gestión de la salud. Participar de forma solidaria en la vida política, civil y comunitaria se define como un deber ciudadano. La Constitución define el Consejo Local de Planificación Pública como el espacio de participación ciudadana en la planificación y gestión local, establece la transferencia progresiva de la gestión de los servicios públicos a las comunidades y grupos vecinales organizados, incluyendo los servicios de salud, y explicita la participación de las comunidades y de la ciudadanía en la formulación de los presupuestos y planes y en la ejecución, evaluación y control de los programas y servicios públicos. Estos derechos y deberes sientan las bases para que la participación se convierta en la transferencia de poder a las comunidades.

La Constitución establece que para garantizar el derecho a la salud se organizará un Sistema Público Nacional de Salud, el cual será gratuito,

descentralizado, participativo y fundamentado en un conjunto de principios, entre los cuales se destacan: universalidad, integralidad, equidad, integración social y solidaria, y participación. También se establece como un derecho y deber constitucional la protección del ambiente y el acceso al deporte y la recreación como parte integral de las políticas educativas y de salud. La Constitución especifica el derecho a la salud de las poblaciones indígenas en condiciones de respeto a sus culturas y a la medicina tradicional, al mismo tiempo que el derecho de los y las indígenas a la participación política.

El más reciente avance en la dirección de perfeccionar el marco jurídico que sustenta la construcción del nuevo Estado democrático participativo lo constituye la Ley de Consejos Comunales. La ley define los términos y expresiones organizativas y funciones de las organizaciones sociales y los espacios de participación comunitaria en el poder público y en los procesos de formulación, ejecución y evaluación de políticas públicas. Esta ley establece un reconocimiento jurídico a los comités de salud y otras formas organizativas de participación local, como parte de la Asamblea de Ciudadanos y Ciudadanas de cada comunidad y define con precisión los procedimientos y mecanismos a través de los cuales se constituyen dichas Asambleas y cómo ejercen sus funciones, con lo cual se establece un marco de ordenamiento en los procesos de organización y participación comunitaria en la gestión pública y para la transferencia de funciones y recursos hacia las comunidades. Esta ley también sienta las bases para la organización y funcionamiento de los Bancos Comunales, como instrumentos para el fortalecimiento de la gestión financiera comunitaria [73].

La Misión Barrio Adentro propicia acciones específicas para la intervención y participación de líderes comunitarios en el diseño y control de la gestión en salud. La participación ciudadana y el poder popular no sólo sirven como soporte fundamental a toda esta plataforma de gestión en salud, sino que también se han constituido en instancias autónomas que exigen la adecuación de las instituciones de salud a las nuevas necesidades identificadas y a las posibilidades abiertas por el Estado en la construcción de la inclusión social. Por tanto, el Estado se ve exigido y direccionado y debe rendir cuenta, y trabaja hacia la confluencia de la organización comunitaria con la organización institucional, ambas hacia el fortalecimiento de los espacios de integración con otros niveles de la red de salud y con otros sectores institucionales.

3

Desarrollo de nuevas redes en el Sistema Público Nacional de Salud



Foto 3: Sala de Cuidados Intensivos, Centro de Diagnóstico Integral, Fuerte Tiuna, Caracas. Abril 2006.

BARRIO ADENTRO: LA PRÁCTICA

El principio de organización que ha marcado el trabajo en Barrio Adentro sigue el modelo de la planificación estratégica de los servicios de salud. Se trata de una planificación intencionada de intervenciones que diferentes actores o fuerzas sociales realizan sobre un proceso considerado como un objeto de transformación determinado por la sociedad [74]. La Misión Barrio Adentro se construye a través de una transformación social e institucional que apunta a la configuración del nuevo Sistema Público Nacional de Salud.

La llegada de los médicos y médicas a las comunidades dinamizó la organización de los comités de salud. En la medida en que el personal médico, vecinas y vecinos fueron realizando los censos familiares en las comunidades, se hicieron visibles un conjunto de carencias sociales y de necesidades de atención en salud, que produjeron nuevas decisiones, planes y acciones en materia de políticas sociales.

En primer lugar se puso en evidencia la situación de grupos de personas de todas las edades que no sabían leer ni escribir y nació la Misión Robinson (de alfabetización), cuyo mensaje “Yo sí puedo” fue muy significativo en el plano subjetivo. Esta Misión tuvo gran aceptación junto con las otras misiones educativas, como lo relatan los participantes del comité de salud de un barrio del municipio caraqueño Libertador:

“Poco a poco, con la Misión Barrio Adentro entraron las otras misiones, con el empeño de la doctora y con el empeño de un grupo de jóvenes de la comunidad, que se prepararon como facilitadores. La cosa se dio pronto. Los que llegaron a estudiar Robinson 1 hoy en día están terminando Robinson 2 [de educación primaria].”

“Nosotros introducimos la solicitud de material didáctico e inmediatamente, a la semana siguiente, teníamos la respuesta: aquí tienen los televisores, los VHS, las películas, el material de guía, y de verdad se ha dado rápido. El empeño de las instituciones fue constante, la supervisión fue constante”

“Aquí había un grupo de personas jóvenes y mayores que no habían terminado bachillerato. La sala de espera de la consulta médica en horas de la tarde se convierte en salón de clases, allí damos Robinson en unas horas y Misión Ribas en la otras”

“En educación nos hace falta el espacio para la Misión Sucre. Hay un proyecto elaborado por parte de los estudiantes de la Misión Ribas que vamos a tomar de base para presentarlo a las instituciones que nos van a dar apoyo, estamos en la búsqueda dentro de la propia comunidad”

Así mismo se identificó el problema de la desnutrición en grupos muy postergados y nacieron las Casas de Alimentación, que se reforzaron con la Misión Mercal y los planes de acceso al consumo y a la seguridad alimentaria. Las Casas de Alimentación se crearon “para el suministro gratuito de una ración balanceada diaria de alimentos (preparados por la comunidad) a la población ubicada en zonas económicamente deprimidas” [27]. Atienden a un mínimo de 150 personas con tres comidas diarias en cada Casa de Alimentación y dan prioridad a mujeres embarazadas, a niños y niñas y a personas mayores. Cuenta otro miembro de un comité de salud de Libertador:

“Cuando los médicos a través del censo detectan las fallas alimentarias, ellos determinan la necesidad de buscar el refuerzo de esa alimentación. Se consigue entonces implementar las casas de alimentación dentro de la comunidad. Son para las personas mayores, de la tercera edad, mujeres embarazadas, para los niños fallos de peso. Se buscaron a través de la misma base de Mercal las casas alimentarias, ahora tenemos cuatro en este sector”

Por otra parte, se hizo visible la gran deuda social en otros aspectos claves vinculados a la salud integral: rehabilitación física, óptica y odontología, que también demandaron respuesta. De esta manera la Misión Barrio Adentro fue creciendo en variedad, calidad y cantidad, con personal de salud y modalidades de organización

de servicios, consultorios, centros diagnósticos, servicios de rehabilitación y centros de alta tecnología; en calidad, ya que al aumentar el tipo de servicios que se puede brindar, se mejoró la capacidad de diagnóstico y tratamiento que se fue articulando con la red hospitalaria. Esto marca un contraste claro con la concepción tradicional de la producción de servicios con una oferta diseñada sólo a partir de criterios técnicos y burocráticos sin tener en cuenta las necesidades de la población.

Barrio Adentro tiene un punto de contacto permanente con las familias, en el seno de las comunidades, que es el Consultorio Popular. Pero tiene también otro punto de acceso, que es por la consulta de emergencia que ofrecen los Centros de Diagnóstico Integral o los Centros de Alta Tecnología. A partir de cada uno de esos puntos se abre todo el conjunto de servicios que están disponibles y que operan con diferentes niveles de complejidad. Se trata de que cuando las personas llegan a la red, a través de cualquiera de sus nodos, sus problemas de salud encuentren soluciones, para lo cual son orientados y seguidos de manera permanente hasta la resolución del problema. De esta manera se rompe con el conjunto de dificultades que generaba una oferta de servicios desarticulada, que obligaba a los pacientes a buscar por sí solos cada atención necesaria para su problema con escaso seguimiento.

Para el funcionamiento de la red se definen, en primer lugar, niveles de complejidad según las necesidades de salud que ese nivel puede resolver. Estas definiciones incluyen: la localización del establecimiento, las posibilidades de transporte y la distancia con la habitación de las familias y con el resto de los establecimientos, el perfil del personal de salud y el número disponible, las herramientas de trabajo, así como los medicamentos, materiales, equipos e infraestructura.

En segundo lugar se definen los mecanismos para el flujo de las personas en la red en diferentes sentidos, tanto de forma vertical (entre el consultorio y el hospital) como de forma horizontal en la red (laboratorios, óptica, odontología, rehabilitación, promoción de salud, primeros auxilios, cirugía, trabajo de parto y otras más). Este flujo se sustenta en el uso del sistema de referencia y contrarreferencia en función de la necesidad, la oportunidad y la complejidad necesaria.

HACIA EL NUEVO SISTEMA NACIONAL DE SALUD

El anteproyecto de Ley Orgánica de Salud indica que la participación y el control social en salud es “el derecho constitucional que tienen todas las ciudadanas y ciudadanos a ejercer su poder de decisión, intervención y control directo con autonomía e independencia en todo lo relacionado con la formulación, planificación y regulación de las políticas, planes y proyectos del sector de salud. De la misma manera, el ejercicio del derecho relacionado con la evaluación, control y seguimiento de la gestión y financiamiento del sector. Todo ello bajo el paradigma de una democracia cada vez más social, participativa y protagónica” [26].

Esta ley propone que los establecimientos prestadores de servicios y programas del SPNS se organicen bajo la modalidad de redes de salud, con la concepción de salud integral, niveles de complejidad y capacidad resolutive en función de la formación y especialización de los recursos humanos, de la capacidad tecnológica, de la cobertura geográfica y poblacional, en un territorio social. Este modelo incorpora los establecimientos preexistentes financiados por el Estado y los adapta a las necesidades de la población y al espacio geográfico. Incluye establecimientos del Ministerio de Salud, del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales, del Instituto de Previsión y Asistencia Social del Ministerio de Educación, del Instituto de Previsión Social de las Fuerzas Armadas, así como los centros de salud adscritos a gobernaciones de estado y alcaldías. Se crean redes transversales en la atención médica como, por ejemplo, la red de emergencia, Misión Milagro o la red de atención oncológica.

El objetivo es organizar la oferta de servicios de salud en redes, rompiendo con el modelo de niveles de atención médica, que responde a un modo de atención burocratizada y medicalizada, basado en la distinción de lo preventivo y lo curativo, con mecanismos de referencia y contrarreferencia débiles, con un alto peso normativo y en el cual el hospital es el centro del sistema. En el nuevo modelo, la atención primaria de salud se sitúa en la red de consultorios populares como eje central e integrador de la atención de salud de

la población. Este cambio es referido por una mujer de 80 años de edad integrante de un comité de salud y estudiante de primaria en Misión Robinson:

“Bueno, cuando esto lo empezaron aquí y nos dimos todos cuenta que venía Barrio Adentro, aquí, en esta comunidad, todos nos pusimos contentos porque aquí no había nada de eso, uno tenía que ir para [el hospital de] los Magallanes a perder todo un día, o para el [el hospital del] Periférico, entonces aquí no perdemos un día entero sentadas, ¿no? Sino que ahora inmediatamente nos atienden, nos dan las medicinas que nos mandaron, nos dan apoyo y todo.”

La experiencia de los comités de salud relanza la estructura de la Atención Primaria en Salud. La participación activa de estos comités es una característica imprescindible para la ubicación de médicos generales en comunidades excluidas y en las casas de familias como puntos de consulta y de la dotación y reconversión de estos puntos en consultorios populares como estructuras definitivas [26].

La configuración del sistema de salud en redes es un instrumento de planificación estratégica que sirve como eje para la intervención social y la atención de las necesidades en salud de cada territorio geográfico y social. La red se conforma por respuestas de las instituciones y de los comités de salud, que actúan de forma constante, articulada y oportuna para atender las necesidades de la persona y de la población y que se articulan de acuerdo a las responsabilidades concertadas de cada persona, unidad, servicio e institución participante. La red opera con interdisciplinariedad y puertas abiertas y trabaja sobre metas concertadas con la sociedad (diagnóstico, planificación y presupuesto participativo) [75]. La Misión Barrio Adentro constituye el avance más importante en la construcción del SPNS constituido en redes.

Red ambulatoria y de clínicas populares

La red ambulatoria y de clínicas populares está constituida por los consultorios populares o puntos de consulta de Barrio Adentro, los centros diagnósticos de Barrio

Adentro, las salas de rehabilitación de Barrio Adentro, los ambulatorios rurales y urbanos, las clínicas populares, las salas de odontología de Barrio Adentro, las boticas populares, los vacunatorios y las ópticas de Barrio Adentro. Cada Consultorio Popular está vinculado a uno de los otros centros de atención.

La Tabla 8 muestra los establecimientos de Barrio Adentro y las clínicas populares construidos o en construcción. En el Gráfico 4 se muestran los establecimientos del estado Amazonas, el estado con más baja densidad de Venezuela, mientras que el Gráfico 5 muestra los del municipio Libertador, que concentra a más de la mitad de la población de Caracas.

Tabla 8: Establecimientos de Barrio Adentro y clínicas populares, julio 2006

	Construidos	En construcción	Total
Consultorios populares	1.612	4.618	6.230
CDI	139	461	600
SRI	151	449	600
CAT	6	29	35
Clínicas populares	10	2	12

Nota: De los 139 CDI construidos, 40 tienen quirófano.

Gráfico 4: Mapa del estado Amazonas con establecimientos de salud de Barrio Adentro

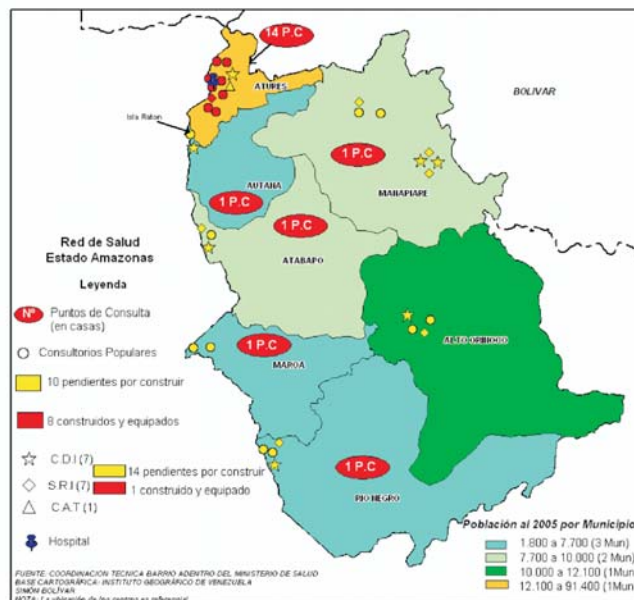
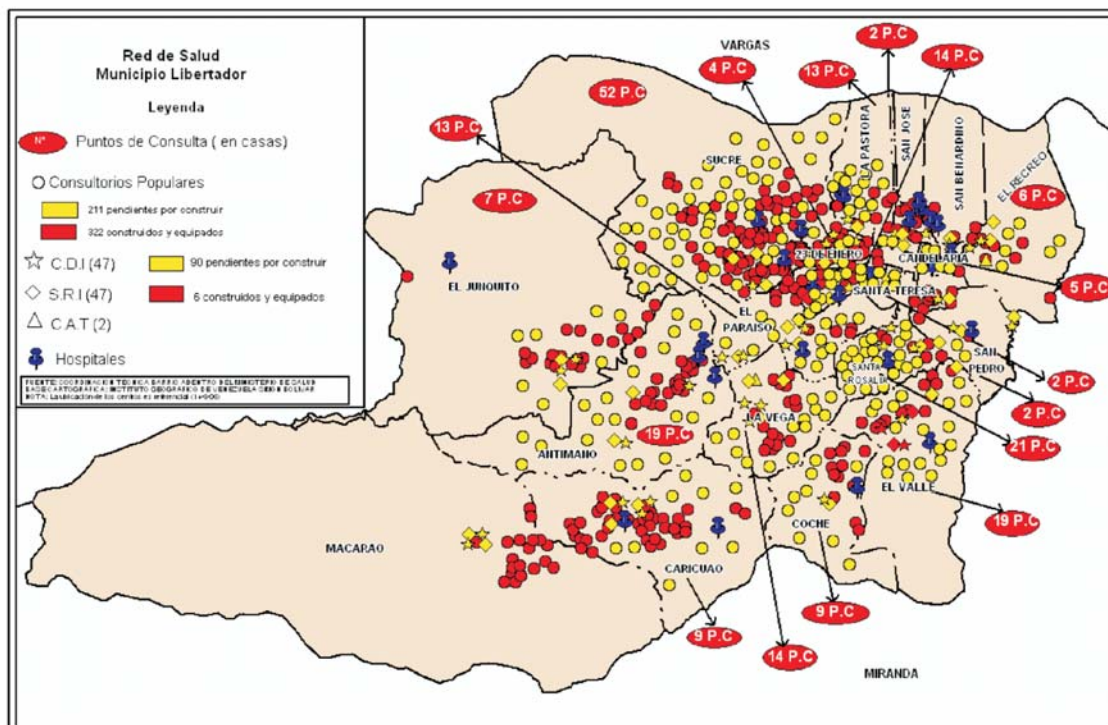


Gráfico 5: Mapa del municipio Libertador en Caracas con establecimientos de salud de Barrio Adentro



Nota: Los puntos amarillos en el mapa son referenciales, no están situados en el lugar exacto en que les corresponde porque están pendientes de construcción.

Consultorios populares y puntos de consulta

Es el punto permanente de contacto de la comunidad con el SPNS. Los consultorios populares son estructuras físicas, diseñadas y construidas para expandir y mejorar la atención a las comunidades. Los puntos de consulta son ambientes físicos existentes en las comunidades que son acondicionados y dotados para brindar atención médica gratuita para toda la población. Ambos cuentan al menos con un médico o médica especialista en medicina integral o familiar, un agente, promotora o promotor de salud y una organización social de apoyo como los comités de salud. Los consultorios populares funcionan con cuatro características fundamentales: a) territorialización: cada Consultorio Popular garantiza acceso y cobertura a unas 250 a 350 familias; b) integralidad: los consultorios populares funcionan según el Modelo de Atención Integral, estrategia que garantiza atención a

lo largo del ciclo vital con unidades dotadas de capacidad resolutive para la promoción de la salud y la calidad de vida mediante acciones educativas, preventivas, curativas y rehabilitadoras que actúan tanto sobre las necesidades inmediatas en salud como sobre los determinantes sociales de la salud de las personas y de las comunidades; c) participación: los consultorios populares funcionan con la participación constante de la comunidad; d) intersectorialidad: los consultorios populares se articulan con el resto de las políticas sociales del Estado.

Tabla 9: Objetivos de los consultorios populares

- Promover y cuidar la salud integral de personas, familias y comunidades.
- Identificar y practicar el diagnóstico temprano y la consulta periódica de control de la embarazada.
- Practicar la vigilancia nutricional y contribuir al logro de una alimentación adecuada.
- Impulsar la construcción de comités de salud y redes sociales bajo control comunitario.
- Propiciar los espacios para la educación en salud y para el saneamiento ambiental básico.

Tabla 10: Agenda de actividades en cada Consultorio Popular

- Las jornadas matutinas de trabajo de Barrio Adentro se realizan dentro del consultorio.
- Las jornadas de trabajo vespertinas se realizan en terreno (en la comunidad del área local de influencia).
- Se trabaja en contacto con la comunidad organizada y con los comités de salud, bases para la organización de la contraloría social.
- Se mantiene, controla y administra, según las necesidades, el programa de distribución gratuita de 106 medicamentos de uso más común y el módulo familiar de medicamentos.

El módulo de medicamentos se introdujo en abril de 2003 junto con la llegada del personal médico de Barrio Adentro para distribuir de forma gratuita en los consultorios populares a los y las pacientes a quienes les estuviera indicado. El módulo estaba integrado en aquel entonces por 55 medicamentos que daban respuesta a las necesidades principales de salud de la población venezolana, tal como: antibióticos, antiparasitarios, antiinflamatorios y antipiréticos, colirios, broncodilatadores, antihistamínicos, cremas, antihipertensivos, vitaminas para la atención prenatal, anticonceptivos, pediculicidas, antiácidos, anestésicos, antianémicos y nutrientes, soluciones hidratantes, medicamentos para uso de urgencias, esteroides, medicamentos de uso cardiovascular, hipoglicemiantes, ansiolíticos y escabicidas. En enero de 2004, debido a la necesidad de introducir nuevos fármacos al módulo, éste se amplió a 106 medicamentos, que incluyen: antiepilépticos, otros antiácidos, colirios, antiparasitarios, antihipertensivos, medicamentos de uso cardiovascular, antiinflamatorios y relajantes musculares, antisépticos urinarios, antidepresivos, vitaminas específicas para la población infantil y juvenil, cremas antimicóticas, antivirales e hipocolesteronémicos, laxantes y antigotosos (ver Anexo 4). Para evitar que falten los medicamentos en el módulo, se cuenta con un esquema de distribución quincenal para los consultorios populares a partir del pedido que realiza el personal médico, que se basa en las necesidades de acuerdo a la morbilidad del área de salud. Esta distribución la realiza un grupo de farmacéuticos, distribuidos bajo control y supervisión de personal médico. Desde abril de 2003 hasta mayo de 2006, se han distribuido de forma gratuita a la población atendida por los médicos y médicas de Barrio Adentro 5.895,20 toneladas métricas de medicamentos

Al módulo de medicamentos de los consultorios populares se añadió, en 2005, el módulo familiar de medicamentos. Para su entrega se seleccionaron 40 municipios en diecisiete estados (ver Anexo 4), población que constituye el 55 por ciento de la población excluida en Venezuela. En compañía de los y las líderes de cada comunidad, un total de 105 médicos y médicas entregan una bolsa con el módulo familiar de medicamentos en las viviendas de cada familia del municipio. Cada bolsa incluye la prescripción de su contenido y está adaptada a la composición etaria del grupo familiar (ver Tabla 11). La distribución del módulo de medicamentos se desarrolla cada tres meses, y hasta julio de 2006 se han efectuado seis entregas

(ver Tabla 12). Se trata de una estrategia con gran aceptación por parte de la población. Hasta la fecha se han beneficiado un total de 4.846.948 familias.

Tabla 11: Población beneficiada por el módulo familiar de medicamentos en Venezuela en 2005-2006.

Grupo etario	Medicamentos y suplementos distribuidos
609.819 niños y niñas de entre 6 meses y 1 año.	1 frasco mensual de vitaminas A y D2 en gotas.
4.426.791 niños y niñas entre 1 y 11 años.	Multivitaminas (1 tableta diaria).
343.414 embarazadas y 1.451.182 mujeres en edad fértil.	Fumarato ferroso y ácido fólico (1 tableta diaria para todas excepto 2 tabletas diarias de fumarato ferroso para mujeres con más de 20 semanas de embarazo).
429.563 mujeres mayores de 40 años.	Gluconato de calcio (1 tableta diaria).

Tabla 12: Resultados de las entregas efectuadas del módulo familiar de medicamentos en Venezuela en 2005-2006

Beneficiados	Entrega						
	1era	2da	3era	4ta	5ta	6ta	Total
Familia	1.111.832	625.485	653.360	688.360	692.330	1.075.566	4.846.948
Niños y niñas de 6 meses a 1 año.	123.315	128.647	147.128	6.747	130.918	73.064	609.819
Niños y niñas de 1 a 11 años.	895.555	537.170	509.751	594.357	487.198	1.402.760	4.426.791
Embarazadas.	50.001	59.653	57.446	56.719	60.306	59.289	343.414
Mujeres en edad fértil.	490.475	104.352	154.939	190.647	242.617	268.152	1.451.182
Mujeres mayores de 40 años.	11.950	-	80.948	85.193	85.861	165.611	429.563

La entrega del módulo familiar se acompaña de “fiestas por la salud”, conjunto de actividades desarrolladas por la comunidad durante las cuales se desarrollan actividades deportivas, de promoción de salud y culturales con la participación activa de diversas organizaciones comunitarias, tales como los círculos de abuelos, de adolescentes, de embarazadas o de alcohólicos.

En los municipios y estados que no están incluidos en la actividad de entrega del módulo familiar se distribuye fumarato ferroso y ácido fólico en mayor cantidad de lo establecido para cada Consultorio Popular, con el fin de garantizar de forma gratuita el beneficio a la totalidad de mujeres embarazadas y en edad fértil que acuden a las consultas.

Ambulatorios rurales y urbanos

Constituida por los ambulatorios rurales (llamados de tipo I y II) y por los ambulatorios urbanos (llamados de tipo I). Son la infraestructuras de servicios gratuitos convencionales del Ministerio de Salud. El funcionamiento y la dotación de esos ambulatorios se encuentran en acelerado período de adecuación. Los ambulatorios funcionan con el Modelo de Atención Integral, en el esfuerzo de aprovechar todas las oportunidades propicias para la práctica de la integralidad en la atención a toda la población que demanda asistencia o que asiste a los centros.

Tabla 13: Labores frecuentes de los ambulatorios rurales y urbanos

- Salud sexual y reproductiva
- Oncología y citología
- Salud de niños, niñas y adolescentes
- Inmunizaciones
- Salud visual
- Salud mental y atención a la farmacodependencia

Clínicas populares

Las clínicas populares son establecimientos públicos cuyo objetivo es fomentar, proteger y restituir la salud con atención médica especializada ambulatoria. Disponen de capacidad tecnológica para resolver casos médico-

quirúrgicos que no hayan podido ser solucionados en otros establecimientos de la red. Las clínicas populares funcionan con un modelo nuevo de gestión caracterizado por una atención de calidad oportuna y gratuita, en el que se promueve el cooperativismo. Su área de influencia se planifica para una población aproximada de 75.000 habitantes de domicilio cercano a la clínica, excepto en las zonas consideradas especiales (áreas o comunidades y pueblos indígenas).

Tabla 14: Servicios que ofrecen las clínicas populares

- Pediatría, medicina interna, cirugía, gineco-obstetricia
- Odontología: 8 horas
- Servicio de emergencia: 24 Horas
- Sala de parto: 24 horas
- Laboratorio: 24 horas
- Radiología: 24 horas
- Observación: promedio de estadía de 48 horas
- Quirófano: para cirugía ambulatoria
- Electrocardiografía, ultrasonido y endoscopia.

Centros diagnósticos

Es una red de apoyo diagnóstico de los consultorios populares integrada por 600 Centros de Diagnóstico Integral y 35 Centros de Alta Tecnología. Los Centros de Diagnóstico Integral surgen de la necesidad de dar apoyo diagnóstico y de fortalecer a través de la referencia y la contrarreferencia la capacidad resolutive de la red de puntos de consulta y consultorios populares. Tienen capacidad para dar respuestas oportunas y de calidad a la comunidad así como de optimizar los recursos humanos y financieros de la red integral. El CDI es un establecimiento de salud, gratuito para la población, que presta servicios de apoyo diagnóstico, que garantiza asistencia médica de emergencia las 24 horas y que dispone de un servicio de terapia intensiva. En la consulta también se practica la prevención, control y seguimiento de pacientes con enfermedades oftalmológicas, con referencia y contrarreferencia para las personas beneficiarias de la Misión Milagro

(ver Tabla 18). El objetivo es que se constituyan en instituciones de salud de nivel tecnológico elevado que agrupen un área de influencia geográfica donde confluya un número definido de consultorios populares o ambulatorios de la red convencional. La organización de Barrio Adentro prevé que por cada cuatro CDI haya uno dotado con quirófano. La ubicación de los CDI con terapia intensiva permite el acceso rápido de la población ante la urgencia médica (ver Tabla 15). Existe un CDI por cada 10 a 15 consultorios populares.

Los Centros de Alta Tecnología son establecimientos de salud, gratuitos para la población, diseñados para realizar diagnósticos con equipos de alta complejidad y tecnología (ver Tabla 15). Acuden pacientes referidos de otros establecimientos de la red de salud. A partir de las necesidades encontradas durante el desarrollo de Barrio Adentro, se plantea la construcción de al menos un CDI y una Sala de Rehabilitación Integral en cada municipio y más de uno en los grandes municipios ubicados en las capitales de los estados, así como un CAT por cada estado y hasta tres en los estados con mayor población.

Tabla 15: Servicios que ofrecen los CDI y los CAT

Centros de Diagnóstico Integral	Centros de Alta Tecnología
<ul style="list-style-type: none"> • Rayos X • Ultrasonido diagnóstico • Endoscopia • Electrocardiograma • Laboratorio clínico • Sistema ultra micro analítico (SUMA) (en los CDI con quirófano) • Oftalmología Clínica • Emergencia, apoyo vital • Terapia intensiva • Anatomía patológica (1 de cada 6 CDI cuenta con capacidad para estudios histopatológicos) • Quirófano (1 por cada 4 CDI) 	<ul style="list-style-type: none"> • Resonancia magnética nuclear • Tomografía axial computarizada • Ultrasonido tridimensional • Mamografía • Densitometría ósea • Video endoscopio • Laboratorio Clínico • Sistema ultra micro analítico (SUMA) • Electrocardiografía

Salas de Rehabilitación

Las salas de rehabilitación integral son establecimientos, gratuitos para la población, donde se atienden a la población usuaria referida de los consultorios populares o de los CDI con diagnóstico de discapacidad o de algún padecimiento que requiera servicio de fisioterapia y rehabilitación del sistema osteomioarticular, ginecológico, urinario, vascular, nervioso y de logopedia y foniatría. El objetivo es construir un total de 600 SRI.

Tabla 16: Servicios que ofrecen las SRI

- Electroterapia, ultrasonido y laserterapia
- Termoterapia, tratamiento con calor infrarrojo
- Hidroterapia, hidromasajes
- Gimnasio pediátrico
- Gimnasio adulto
- Terapia ocupacional
- Medicina natural y tradicional
- Logopedia y foniatría
- Podología

Salas de odontología

Son espacios físicos con unidades de odontología completamente equipadas y atendidas de forma gratuita para la población por odontólogos que brindan atención en salud bucal. Funcionan en una proporción de 1 por cada 3 ó 4 puntos de consulta o consultorios populares. En marzo de 2006 trabajan 4.680 odontólogos y odontólogas en Barrio Adentro y 1.558 en el sistema convencional [76].

Boticas populares

Son expendios de medicamentos que no se distribuyen en el programa gratuito de los 106 medicamentos de uso común pero que funcionan con 85 por ciento de subsidio. Se trata de medicamentos como antibióticos complejos o antihipertensivos de segunda generación. Las primeras 100 boticas se construyeron

en el interior de los mercados de la Misión Mercal. A mediados de 2006 existen 270 boticas diseminadas en todo el país, con el objetivo de alcanzar 300 a finales de año.

Vacunatorios

Son unidades que desarrollan de forma gratuita acciones de prevención de enfermedades inmunoprevenibles destinadas al mejoramiento de la cobertura del Programa Ampliado de Inmunización (PAI). A partir de 2005 se abrieron 630 vacunatorios de Barrio Adentro y está prevista la creación de un total de 1.881 en Barrio Adentro antes de fin de 2006, para alcanzar un total de 5.800 en todo el país (ver Tabla 17).

Tabla 17: Número de vacunatorios de Barrio Adentro y de la red convencional

Año	Número de vacunatorios
2004	3.800
2005	4.600
2006	5.800

Los vacunatorios posibilitan el aumento de la cobertura de personas inmunizadas porque están próximos de la población. Esta proximidad facilita el seguimiento de posibles reacciones adversas, tiende a eliminar las oportunidades perdidas de vacunación, la mejora de los registros del sistema de información de personas vacunadas y la participación comunitaria en las actividades de prevención. La lista de vacunas del PAI se revisa de forma continua y se incorporan nuevos productos en función de las recomendaciones en el área de la salud pública; en julio de 2006, la lista incluye: pentavalente, antipolio oral, triple bacteriana, trivalente viral, doble viral, antiamarílica, antihemófilos influenza tipo b, antihepatitis B pediátrica, antihepatitis B adulto, TBC adulto, BCG, toxoide tetánico y rotavirus. En la actualidad existen en una proporción de 1 por cada 5 puntos de consulta o consultorios populares. Están ubicados físicamente en un Consultorio Popular y atiende a la población de su área de influencia.

Ópticas

Realizan evaluación y practican de forma gratuita la distribución de lentes para la población que lo requiere. Cuentan con personal técnico de optometría y óptica. En marzo de 2006 existen 441 ópticas de Barrio Adentro en el país y ninguna en el sistema convencional [24].

Red de emergencias

Es la puerta de entrada accesoria al SPNS y da respuesta en el lugar donde ocurre la emergencia, durante la ruta a un centro de salud o en el mismo centro de salud. Está compuesta por las unidades de atención primaria en emergencias, la atención pre-hospitalaria móvil, los centros ambulatorios de emergencias no hospitalarias, las puertas hospitalarias de emergencias y las camas de terapia intensiva e intermedias. Está vinculada con las otras redes del sistema para dar seguimiento de forma adecuada cuando la emergencia ya está controlada. Esta red se encuentra en fase de desarrollo.

Red hospitalaria

Es la red conformada por instituciones con capacidad de internación, ya sea para estudios complejos o para dar soluciones médicas o quirúrgicas [75] y está conformada por todos los Hospitales del Pueblo y los hospitales especializados públicos existentes en el país. Como parte de la estrategia de fortalecer esta red, en 2005 se realizó un censo hospitalario en el que se detectaron las necesidades y deficiencias principales de los hospitales públicos y que permitió establecer las prioridades en la adquisición de los equipos requeridos para el buen funcionamiento de estos establecimientos así como las necesidades de personal. Se dotaron de insumos para cubrir las insuficiencias presupuestarias de los hospitales y se puso en práctica un nuevo modelo de financiamiento y gestión hospitalaria bajo el cual, a diferencia de procedimientos centralizados tradicionales, los recursos se administran de forma directa por los directores y administradores de los hospitales,

con la participación obligatoria de representantes de la contraloría social comunitaria para así garantizar la transparencia administrativa de estos procesos.

Otros adelantos relacionados con la red hospitalaria se obtienen en 2004 a través de los convenios Cuba-Venezuela [77] y Argentina-Venezuela [78], por medio de los cuales se inició la adquisición y renovación de equipos en las áreas de neurología, rehabilitación, cardiología, oncología, neonatología, obstetricia y se aseguró la compra de ascensores, que en muchos casos estaban sin mantenimiento y paralizados o fuera de servicio por más de veinte años. Actualmente se están adelantando los trámites para la adquisición de los equipos de los primeros 43 Hospitales del Pueblo del país.

En agosto de 2006 se inicia el funcionamiento del Hospital Cardiológico Infantil Latinoamericano “Dr. Gilberto Rodríguez Ochoa”, uno de los centros de este tipo más grandes del mundo y realizado con el fin de contribuir a la reducción de la deuda quirúrgica en cardiología infantil de Venezuela. Este centro brindará atención quirúrgica cardiovascular de manera gratuita, oportuna, con equidad y universalidad a todos los niños y niñas del país y, en cumplimiento con los convenios implícitos en la Alternativa Bolivariana de las Américas, recibirá a pacientes infantiles de otras naciones latinoamericanas con cardiopatías congénitas y sin posibilidades de asistencia en sus países de origen. Se trata de un establecimiento con capacidad para 142 camas de hospitalización (con facilidades para un o una acompañante por niño o niña) y 33 camas de cuidados intensivos. Dispone de 47.326 metros cuadrados de construcción total, 30 consultorios, 4 quirófanos, 2 unidades de hemodinamia, 24 camas adicionales para familiares acompañantes y un auditorio para 169 personas.

ARTICULACIÓN DE BARRIO ADENTRO CON OTRAS MISIONES SOCIALES

En el marco de la política social del Estado venezolano [79], a mediados del año 2003 se ponen en marcha las misiones sociales: un componente original de la gestión gubernamental que promueve el desarrollo de oportunidades para toda la población con el fin de que las personas desarrollen todas sus capacidades [80]. Es una política social que se diferencia de las políticas de focalización asistenciales ya que avanzan hacia un cambio estructural.

Las misiones facilitan un nuevo tejido social y una nueva institucionalidad del Estado venezolano. Las misiones actúan sobre los determinantes sociales de la salud y reducen la exclusión social (Tabla 18).

Tabla 18: Misiones Sociales que acompañan a la Misión Barrio Adentro

Necesidad social y ámbito de atención	Misión Social	Objetivos	Logros a mayo de 2006
Salud oftalmológica	Milagro	Dar respuestas a las necesidades acumuladas de tratamiento quirúrgico de patologías oftalmológicas.	176.000 pacientes operados en Cuba entre julio de 2004 y marzo de 2006 y 2.694 pacientes de América Latina operados en Venezuela.
Educación preescolar	Simoncito	Educación preescolar para niños y niñas de 0 a 6 años	52 % de cobertura preescolar en 2003. Construcción de 10.000 aulas en 2005.
Alfabetización	Robinson I	Eliminar el analfabetismo	El 28 de octubre de 2005 Venezuela fue declarada "Territorio libre de analfabetismo". 1.482.543 personas alfabetizadas.
Educación Primaria Completa	Robinson II	Dar continuidad a las personas alfabetizadas en los estudios hasta el sexto grado de primaria.	1.521.603 personas alfabetizadas cursando estudios.
Educación Secundaria	Ribas	Proporcionar la oportunidad para cursar estudios de bachillerato	614.835 personas matriculadas, 168.000 graduadas, 101.613 becadas.
Educación Universitaria	Sucre	Garantizar el acceso a la educación universitaria a todos los bachilleres sin cupo en el sistema de educación superior.	216.582 personas matriculadas. 20 aldeas universitarias inauguradas en 13 estados del país.
Capacitación y Empleo	Vuelvan Caras	Educación y formación para el trabajo.	6.814 cooperativas creadas. 5.666 cooperativas financiadas 130 núcleos de desarrollo endógeno activos. 264.720 personas graduadas en 2005 y 362.819 en 2006.
Tenencia de la Tierra	Zamora	Entregar tierras a personas campesinas, equipos para trabajar y acompañamiento técnico.	69.528 cartas agrarias entregadas. 2.993.543,07 hectáreas distribuidas. 48 fundos zamoranos con 23.065,44 hectáreas.
Inclusión de la población indígena	Guaicaipuro	Reconocer los derechos originarios de los pueblos y comunidades indígenas sobre las tierras que ocupan respetando su organización social y política, sus costumbres, idiomas y religiones.	21 títulos colectivos de tierra entregados que corresponden a 6.769 hectáreas. 32 proyectos financiados.

Cultura	Cultura	Garantizar el acceso masivo a la cultura, divulgar las manifestaciones culturales de los sectores populares.	30.296 activadores inscritos e inscritas. 288 activadores indígenas inscritos e inscritas.
Vivienda	Hábitat	Garantizar el derecho a la vivienda.	15.921 viviendas entregadas en el primer trimestre de 2006. 110.000 familias beneficiadas en el 2005. 41.500 urbanismos construidos en el 2005.
Derecho a la Identidad	Identidad	Otorgar el documento de identidad a ciudadanos y ciudadanas excluidos de este derecho.	1.226.363 personas ceduladas entre febrero y mayo de 2006.
Atención a infancia y adultos en circunstancias difíciles	Negra Hipólita	La meta es cero niños y niñas, cero ancianos y ancianas y cero familias en la calle.	Está comenzando, se desarrollan diferentes actividades con el fin de reintegrar a las familias, capacitar para el trabajo, brindar atención a la salud y alimentación y tratamiento para el abuso de sustancias.
Mercados de alimentos, Casas de Alimentación y Suplemento Nutricional	Mercal	Garantizar el abastecimiento de alimentos de la cesta básica a precios bajos y sin intermediarios (Mercal Protección). Garantizar la alimentación de población altamente excluida (Mercal Máxima Protección).	15.722 establecimientos. 12.710.158 personas beneficiarias. 6.075 Casas de Alimentación (911.250 personas beneficiarias). 1.040.095 personas beneficiarias de Mercal Protección.
Saberes y tecnologías para el desarrollo endógeno y la soberanía nacional	Ciencia	Producir conocimiento y tecnología, formar talento nacional, masificar el uso de la informática.	13.347 profesionales inventores e inventoras inscritos, 390 medianas y pequeñas empresas y cooperativas incorporadas a la misión, 217 redes de innovación productiva con financiamiento, 1.300 docentes de bachillerato actualizados y actualizadas para la enseñanza de la ciencia, 54.038 estudiantes seleccionados y seleccionadas para becas de postgrado.
Alimentación para Escolares	PAE (Programa de Alimentación Escolar)	Garantizar la alimentación a la población escolar.	1.483.494 escolares beneficiados y beneficiadas en 2005, que corresponde al 22% del total de la matrícula escolar.
Condiciones de vida en comunidades mineras	Piar	Mejora la calidad de vida de las comunidades mineras fomentando el aprovechamiento racional de los recursos.	186 cooperativas creadas. 110 cooperativas registradas. 2 proyectos en ejecución
Deporte y recreación	Barrio Adentro Deportivo	Fomentar el deporte en los barrios.	9 millones de personas beneficiadas entre 2004 y 2005.

Existe un consenso acerca del grado de satisfacción de la población de usuarios con misiones como Barrio Adentro [81] y Mercal [82] y en cuanto a que forman parte de una de las políticas públicas de mayor penetración y evaluación positiva en la historia de Venezuela [83]. En una investigación realizada por el Instituto Nacional de Estadística (INE) en Caracas, el 97 por ciento expresó estar satisfecho o muy satisfecho con la consulta médica general y el 98 por ciento declaró no tener ninguna o tener poca dificultad para acceder a la atención en salud, mientras que el 88,5 por ciento declaró haber tenido dificultad o mucha dificultad para acceder a la atención en salud con anterioridad a Barrio Adentro [81]. En otro estudio realizado por el INE en Caracas, el grado de satisfacción o mucha satisfacción se mostró del 89 por ciento con la calidad de los productos de Mercal y el 96,5 con los precios de los productos. Sin embargo, algunos sectores de la vida política nacional señalan que “a pesar del éxito de Mercal las misiones socio-productivas todavía no han tenido un impacto real sobre la población, como sí lo demuestran las otras misiones sociales mencionadas, aunque no se quiere decir con esto que no podrían funcionar en el futuro, sino que todavía no tiene un impacto claro, como sucede con las otras misiones sociales” [83].

Ante las dificultades para la articulación entre los objetivos, metas y resultados de los programas y políticas de salud y desarrollo social con anterioridad a las misiones, éstas abren la oportunidad para incrementar los niveles de coordinación entre las instituciones del Estado y su compromiso con las necesidades de la población. Es decir, la misión supera la administración sectorizada de la gestión pública para adelantar la atención integral a las necesidades más sentidas por la población. La interrelación de las misiones abre puertas de inclusión al poder ciudadano en espacios públicos de decisión, crea modelos de economía social y desarrollo endógeno, inicia un sistema de seguridad social y alimentaria. El coordinador de la Misión Sucre en el municipio Urdaneta (sur del estado de Aragua) comentaba a propósito de los y las estudiantes de educación universitaria en las zonas rurales:

“Indudablemente los estudiantes tendrían que primero quedarse en su municipio porque eso es lo que queremos hacer, desarrollo endógeno, tenemos que crecer de adentro hacia afuera. Anteriormente, un estudiante tenía

que trasladarse a otras ciudades, los pocos que podían acceder a la educación superior se graduaban y se quedaban en las grandes ciudades y entonces estos pueblos se quedaban sumidos en el abandono. Las personas pensaban en emigrar lo más pronto posible, a la primera oportunidad se iban a otras poblaciones donde ellos veían mejores opciones de desarrollo, pero con todos ellos estudiando acá y con toda esa participación que se está dando a través de las cooperativas, de los distintos créditos a la agricultura, de fortalecer el agro aquí en Venezuela, y ésta es una zona agrícola, yo espero que todos ellos participen acá en el desarrollo de su propia comunidad. Va a ser un gran impacto el que va a haber porque eso va a traer desarrollo”.

Las misiones funcionan en territorios sociales concretos. El concepto de “territorio” había estado tradicionalmente ligado al concepto de autoridad administrativa, al espacio determinado fundamentalmente por divisiones político-administrativas y de poder [84]. Los territorios sociales permiten articular las capacidades políticas, técnicas y económicas para concretar las estrategias promocionales de calidad de vida [85] y alcanzar sus productos y resultados. En salud, las misiones permiten:

- La participación de las personas en la definición de estrategias de calidad de vida y salud, no sólo de servicios;
- El desarrollo de una acción transectorial, con posibilidad de integrar todos los elementos de conocimiento y sectores responsables hacia la generación de mejor calidad de vida y salud;
- La construcción de agendas sociales para mejorar la calidad de vida y salud, como esfuerzo articulado entre los ámbitos de gobierno y la sociedad;
- La definición de roles y responsabilidades de las redes de atención con poblaciones, territorios y metas, que incluyen el principio de corresponsabilidad, ya que determina que las personas se ubiquen en un contexto específico, con el cual, al igual que los servicios, tienen responsabilidades sociales concretas.

La experiencia va demostrando que, en la dinámica de las misiones, las personas salen del anonimato. En su vida cotidiana, se transforman en ciudadanas y ciudadanos que adquieren visibilidad con identificación propia, que asumen proyectos y, sobre todo, que se dotan de sentido al compartir con otras personas una pertenencia y un modo de vivir, y no sólo una experiencia transitoria en una situación particular o coyuntural. La Misión Barrio Adentro logra un impacto en el día a día de las personas que la construyen en la cotidianidad, tal como expresa el testimonio del coordinador de un comité de salud de Magallanes, en Caracas:

“Ahora aquí mismo tenemos comités de salud, médicos, consultorios y eso ha sido bastante. Aquí esto no representa una sola labor sino el trabajo de todos en conjunto, cuando no está uno está el otro. Ahora tenemos inquietudes, como preparar una especie de periódico comunitario con el trabajo alcanzado en otros barrios. Tenemos la idea de una Radio Comunitaria. A través de la misma iglesia como base, vamos a colocar parlantes en algunos sectores. Estamos ahí, tú sabes, poco a poco, buscando que la idea se madure, no tan rápido sino paso a paso para hacerlo bien. Por lo menos, que transmita noticias dentro del sector para motivar e informar más a las personas de los alcances que se han logrado con el gobierno porque, de verdad te digo, ayer tuve una ronda de conversaciones y uno mismo se queda impresionado cuando uno le dice a las personas: de verdad este gobierno hace funcionar, hay que buscar, motivarse. No todo nos lo va a dar el gobierno, también uno tiene que dar algo más a cambio”.

Concebir la Misión Barrio Adentro como eje articulador de la política social implica vincular su ejecución con el proceso educativo de las misiones, con el derecho a la nutrición y la seguridad alimentaria, con los núcleos de desarrollo endógeno, con la organización de cooperativas o el acceso a sistemas crediticios,

con la organización social en los comités de tierras urbanas, con los comités locales de salud, clubes de abuelos y abuelas, de madres, de jóvenes. La gestión en salud de la Misión Barrio Adentro cataliza la construcción de una red social. Se trata de un nuevo paradigma de gestión en salud y desarrollo social, configurado en el nuevo SPNS, donde la salud deja de ser un bien privado para transformarse en un bien público, en un patrimonio de todos los venezolanos y venezolanas.

La Misión Barrio Adentro, como eje articulador de la política social, propicia acciones específicas para la intervención y participación de las comunidades en el diseño y control de la gestión pública en estas actividades:

- Producir respuestas a las necesidades presentes en los grupos familiares del área de influencia.
- Transferir capacidades y herramientas a vecinas, vecinos, líderes comunitarios y organizaciones participantes.
- Adaptar la gestión de las instituciones a los tiempos y disponibilidad de la comunidad.
- Trabajar con visión de conjunto desde una perspectiva transectorial y transdisciplinaria que incorpore todos los órdenes de conocimiento y respuestas posibles a las necesidades detectadas.
- Evaluar de forma permanente la situación socioeconómica y sociopolítica de las comunidades atendidas por la Misión Barrio Adentro, con el fin de desarrollar un catastro social respecto a los indicadores de calidad de vida y salud de la población atendida, instrumentado por un centro de información permanente y automatizado.

En su conjunto, las misiones sociales constituyen la mejor oportunidad que históricamente ha tenido la población empobrecida y marginal del campo y la ciudad, así como las comunidades indígenas, para transformar su calidad de vida y elevar su calidad de ciudadanos y ciudadanas, participando en el desarrollo humano y sostenible del país.

4

Permanencia de Barrio Adentro y formación de recursos humanos



Foto 4: Estudiantes del Programa de Formación de Medicina Integral Comunitaria. Barbacoas, estado Aragua. Abril 2006.

En Venezuela se gradúan cada año alrededor de 2.000 médicos y médicas, la mayoría de los cuales se asignan para sustituir a quienes, de acuerdo al artículo 8 de la Ley de Ejercicio de la Medicina, han completado su período de servicio social en ambulatorios urbanos y rurales del sistema tradicional de servicios de salud durante un año. Aún cuando de forma progresiva se ha ido incorporando personal médico, odontológico y de enfermería venezolano, y se están desarrollando planes intensos de formación de nuevos profesionales, sin la cooperación cubana hubiera sido necesario esperar varios años antes de tener condiciones para una misión social de la envergadura e impacto social de Barrio Adentro. La experiencia vital de convivencia de médicas, médicos y otros profesionales de Barrio Adentro se ha traducido en una fuerte demanda de las comunidades para que se formen médicos venezolanos y venezolanas con las mismas características de compromiso social que el personal cubano.

La meta es capacitar a través de los distintos programas de formación un total de 20.000 médicos y médicas venezolanas, todos y todas con alta sensibilidad social y competencia profesional, que trabajen por y con la comunidad, para incorporarlos al nuevo SPNS a través de la Misión Barrio Adentro en todo el país. Se forman además 1.823 estudiantes de postgrado de odontología general integral y 413 técnicos y técnicas superiores de enfermería [86] para la atención primaria en salud, siempre con la colaboración de la Misión Médica Cubana.

Junto a las maestrías médicas y odontológicas, los programas de formación y capacitación de promotores y promotoras comunitarios en salud forman parte de los programas académicos de nivel superior y básico del campo de la salud.

FORMACIÓN EN MEDICINA INTEGRAL COMUNITARIA

La respuesta a esta demanda creciente ha sido el programa de formación de Medicina Integral Comunitaria (MIC), en el cual ya participan más de 17.000 estudiantes seleccionados y seleccionadas por las mismas comunidades de donde son procedentes. El programa de formación de medicina integral comunitaria está coordinado por el Ministerio de Educación Superior y el Ministerio de Salud y forma parte de la Misión Sucre. Tiene una duración de seis años y se caracteriza por la integración de cuatro ciclos formativos: el ciclo básico, el preclínico, el clínico y el internado como práctica de profesionalización que favorece la educación continua del médico y de la médica. El eje integrador de la carrera es la atención integral de la

persona, la familia, la comunidad y el ambiente, y su escenario formativo es el Consultorio Popular de Barrio Adentro. El objetivo es que las y los licenciados de este programa adquieran competencias diagnósticas y terapéuticas para que sean capaces de brindar atención médica integral a través de acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación de la persona, la familia, la comunidad y el ambiente.

El programa de MIC representa una novedad y a la vez un cambio de enorme significación para la política de formación de recursos humanos en el Ministerio de Salud. El programa consta de varias fases (ver Tabla 19):

Tabla 19: Unidades curriculares del programa de MIC [87]

Primer año

- Proyecto Comunitario I: Diagnóstico de Salud Comunitario
- Morfofisiología (I, II y III)
- Comunicación como herramienta de vida
- Educando en Ciudadanía
- Deportes, Recreación y Salud
- Metodología cuali-cuantitativa de investigación social participativa

Segundo año

- Proyecto Comunitario II: Historia Natural de la Salud y sus Problemas
- Práctica Médica Básica (I y II)
- Morfofisiopatología (I, II y III)
- Taller Terapéutico (I y II)
- Taller Integrado: Causas de Morbi-Mortalidad (I y II)
- Deportes, Recreación y Salud
- Pensamiento Político Latinoamericano

Tercer año

- Proyecto Comunitario III: Abordaje Colectivo de la Problemática Comunal
- Práctica Médica Básica III
- Rehabilitación
- Endemiología Tropical
- Taller Integrado III
- Imagenología
- Taller Terapéutico III
- Gestión de Atención Primaria de Salud

Cuarto año

- Proyecto Comunitario IV: Abordaje Colectivo de la Problemática Comunal
- Práctica Médica Integrada I

Quinto año

- Proyecto Comunitario V: Abordaje Colectivo de la Problemática Comunal
- Práctica Médica Integrada II

Sexto año

- Año práctico profesionalizante

El proyecto comunitario integra materias como investigación y acción, investigación en comunidad, participación social y uso del tiempo libre, tanto para los propios estudiantes como para la colectividad que visita el Consultorio Popular. Uno de los médicos cubanos que tiene a cargo a tres estudiantes del programa MIC en Barbacoas, una zona rural en el estado Aragua, explicaba a propósito del programa de formación:

“En mi parroquia cuento con tres alumnas. No sólo tenemos la posibilidad de desempeñarnos como médicos, como asistenciales sino también como tutores. Esta experiencia es única, no solo les aportamos a ellos, también ellos nos aportan a nosotros, nos retroalimentamos constantemente de ellos, nos tenemos que esforzar cada día más, son un valuarte de mayor desempeño, de mayor ejemplo diario, tenemos que inculcarles muchos hábitos, muchos valores, no sólo los profesionales sino también éticos, humanitarios y, de forma general, es una experiencia bien conmovedora. Nos sentimos muy a gusto de poder tener esta posibilidad que ha sido única para nosotros, es un nuevo programa, un nuevo estilo de enseñanza que se impone, que se generaliza”.

Al inicio, el programa de pregrado de MIC contaba con la participación de 2.188 estudiantes. Mediante convenios suscritos en el año 2005 entre Venezuela y Cuba, en 2006 se encuentran en formación más de 17.000 bachilleres. Este primer contingente de estudiantes, que ya asiste a clases repartidas en diversas universidades (Universidad Nacional Experimental de las Fuerzas Armadas (UNEFA), Universidad Nacional Experimental de Los Llanos Ezequiel Zamora (UNELLEZ) y Universidad Bolivariana de Venezuela (UBV)) recibe una beca de 200.000 bolívares mensuales (el salario mínimo en Venezuela en julio de 2006 es 465.000 bolívares mensuales). Dos de las estudiantes de MIC en Barbacoas explicaban:

“Me encuentro estudiando medicina porque siempre me ha gustado, lo había intentado en otras

oportunidades pero no había tenido los recursos económicos, no los tuve nunca y aproveché esta oportunidad.

Nunca había tenido la oportunidad de estudiar medicina porque es una carrera demasiado costosa y había que pagar residencia, había que pagar todo, y en realidad uno no puede cubrir todos esos gastos”.

El programa MIC, al igual que los programa de educación superior de Misión Sucre, aporta la oportunidad para desarrollar la capacidad de personas jóvenes que estaban excluidas de la educación superior. Como explica el coordinador de la Misión Sucre de un municipio al sur del estado Aragua:

“Desde que se arrancaron las distintas misiones educativas y la Misión Barrio Adentro, con la formación de los nuevos médicos que requiere la nación, se ha visto, por lo menos en el municipio Urdaneta, una gran participación de los estudiantes que estaban excluidos, los bachilleres que estaban excluidos de la educación superior. Porque hasta hace tres años, para que un bachiller de acá de este municipio pudiera acceder a una universidad, eso era prácticamente imposible. Hoy en día tenemos presente la carrera de medicina, tenemos 200 bachilleres estudiando educación, distribuidos en todas las parroquias y secciones con su profesor por Misión Sucre, tenemos secciones de derecho, tenemos un grupo de informática. Para ellos hasta hace poco era inimaginable estar estudiando una carrera universitaria. En el caso que me compete a mi, Misión Sucre, pronto van a construir una Aldea Universitaria, ya se tiene el terreno, estamos esperando para que se inicie la construcción de la Aldea y hay un apoyo irrestricto a lo que es la educación y para que todos los venezolanos tengamos derecho a la educación y podamos progresar en sana paz con un sentido humanista y participativo”.

FORMACIÓN EN MEDICINA GENERAL INTEGRAL

En julio de 2004 se inició el programa de formación de postgrado en medicina general integral (MGI) con un nuevo modelo pedagógico venezolano basado en la atención primaria en salud. El espacio de aprendizaje es el Consultorio Popular, con rotaciones en las clínicas populares y en establecimientos de la red hospitalaria. La residencia es de una duración aproximada de 30 meses a dedicación exclusiva.

La formación de MGI se desarrolla dentro de un ámbito integrador transdisciplinario, con el concurso de las ciencias básicas, clínicas, sociales, epidemiológicas y humanísticas, tal como está definido por la Federación Mundial de Educación Médica [88]. Se trata de ofrecer un escenario de estudio y trabajo que vincula desde el inicio al y a la estudiante con la persona sana y enferma, en todas las etapas del desarrollo de su ciclo vital y en el contexto de la familia, la comunidad y el ambiente; con dominio de lo epidemiológico y lo ambiental y de los factores de riesgo individuales y colectivos; con pensamiento crítico, sensibilidad y solidaridad para sus semejantes y, en general, con la vida y la autonomía del ser humano, de tal manera que, o resuelva de forma correcta y pronta los problemas que se le presenten, o los refiera de forma oportuna y adecuada a la red del sistema de salud que corresponda.

La necesidad de esta formación surgió al año de haber comenzado la Misión Barrio Adentro. Se trabajó de conjunto con una comisión interministerial liderada por el Ministerio de Salud y el Ministerio de Educación Superior y asesorada por la Misión Médica Cubana. Esta formación, que atiende a los criterios de los estudios de postgrado en Venezuela, se concibe como una estrategia para lograr el alcance de las competencias profesionales necesarias (conocimientos, habilidades, destrezas, actitudes y valores) para desempeñarse en los establecimientos de atención primaria en salud del SPNS. El objetivo es garantizar a la persona, a la familia y a la comunidad la protección de la vida y del ambiente, la educación sanitaria, la promoción de la calidad de vida y de la salud, a través de la prevención, del diagnóstico precoz, del tratamiento y manejo oportuno de las enfermedades y de la rehabilitación física, mental y social de las secuelas de las enfermedades de quienes lo requieran. Estas actividades tienen que instrumentarse junto con los y las demás integrantes del equipo de salud para lograr la ejecución de las políticas epidemiológicas y de saneamiento ambiental establecidas por el Estado venezolano con el fin de lograr el mayor bienestar de las ciudadanas y los ciudadanos.

El y la residente en medicina general integral constituye el centro del proceso educativo, mientras que el profesor o profesora facilita el proceso de autoformación y autodesarrollo de ese proceso que capacita a la persona en formación para seguir aprendiendo durante toda su vida. Cada residente tiene asignado un tutor especialista en MGI con experiencia como docente que trabaja en el Consultorio Popular. Realiza guardias en los servicios de urgencia de los hospitales, ambulatorios y centros médicos integrales y tiene la posibilidad de llegar a un diagnóstico de certeza a través de la disponibilidad de los medios de la más alta tecnología disponibles en los centros de alta tecnología. Tiene que aprender a comunicarse con fluidez con la persona, la familia, los grupos sociales organizados y la comunidad, y a promover la educación en salud de todos y todas, así como comunicarse con las otras instancias del sistema de salud. Por último, debe aprender a diseñar y ejecutar proyectos de investigación cualitativa y formativa, vinculados con su trabajo, con la finalidad de conocerlo mejor y transformarlo de forma positiva.

El Ministerio de Salud ha establecido que requiere médicos y médicas integrales para desempeñarse en atención primaria en una relación de 1 por cada 1.250 a 2.500 habitantes, lo cual significa que se requiere de entre 10.000 a 20.833 a fin de dar cobertura a toda la población venezolana. Con el objetivo de cubrir esas plazas, en febrero de 2004 el Ministerio de Salud convocó a todos los médicos y médicas venezolanos a solicitar la admisión para cursar la especialidad de MGI como parte de su Plan Nacional de Capacitación [89], con una asignación inicial de 1.000 plazas para toda Venezuela. En agosto se inició el programa con una matrícula de 1.253 residentes en 23 estados del país, seguida de una segunda cohorte de 2.008 residentes. La cohorte inicial se graduará en marzo de 2007.

FORMACIÓN EN ESTOMATOLOGÍA Y ODONTOLOGÍA GENERAL INTEGRAL

Este programa, iniciado en 2004, se maneja dentro del programa de salud bucal. La Odontología General Integral (OGI) vincula el equipo de salud de los consultorios y clínicas populares con la odontología. Esto requiere el desarrollo de

acciones dirigidas a la promoción, prevención, curación y rehabilitación bucal que logren la disminución de la morbilidad bucal en la persona, la familia, la comunidad y el ambiente, apoyado en la participación comunitaria, con el fin de elevar la calidad de la atención y la satisfacción de la población. El objetivo principal es garantizar una atención primaria integral a todos los ciudadanos y ciudadanas del territorio nacional, ofertando las acciones programáticas mediante la participación y corresponsabilidad social en los procesos locales, que permitan la detección e intervención en los problemas de salud de forma eficaz y oportuna.

Esta formación se realiza dentro de un ámbito integrador transdisciplinario. El estudiante es el centro del proceso educativo y el profesor es quien facilita el proceso de autoformación y autodesarrollo para capacitar al estudiante y para que siga aprendiendo durante el desempeño de su profesión.

En abril de 2004 se inició el diseño curricular de la especialidad de OGI y se establecen las bases necesarias para comenzar el proceso formativo de sus especialistas. La especialidad comenzó en octubre de 2004 con 958 residentes, y en julio de 2006 cuenta con 875.

Tabla 20: Caracterización del proceso docente educativo de OGI

- Integra actividades docentes, asistenciales, investigativas y gerenciales.
- Las actividades docentes asistenciales se desarrollan en las áreas de salud integral Comunitaria, utilizando la enseñanza tutorial.
- El tutor es el especialista de OGI u otra especialidad estomatológica, responsable de la formación integral del y de la residente.
- La educación en el trabajo es la principal forma de organización del proceso docente educativo.
- El consultorio de Barrio Adentro es el escenario principal de formación.
- La actividad académica presencial se realiza con una frecuencia semanal de 4 horas.
- La enseñanza es modular.

FORMACIÓN EN ENFERMERÍA INTEGRAL COMUNITARIA

Al inicio de Barrio Adentro, las personas de las comunidades que acompañaron a los médicos y médicas en sus consultorios asumieron las tareas de auxiliar de enfermería, bajo la supervisión del personal médico, quienes se

denominaron defensoras y defensores de la salud. Estas personas se capacitaron para generar procesos participativos en actividades de promoción y prevención de salud dentro y fuera del Consultorio Popular. Tras participar en un curso de formación, completado para junio de 2006 por 5.632 personas (ver Tabla 21), reciben un contrato de trabajo del Ministerio de Salud por el cual se les remunera con el salario mínimo nacional. Las defensoras y defensores de la salud deben integrarse a los procesos de capacitación establecidos por el Ministerio de Salud y seguir su formación profesional en los niveles educativos que corresponda (Robinson, Ribas) hasta completar su formación en el Programa Nacional de Formación de Enfermería Integral Comunitaria. El trabajo de las defensoras y defensores de salud (ver Tabla 22) se enmarca dentro de la Coordinación de las Defensoras de la Salud de cada municipio, con el cual mantienen un contacto permanente con el fin de informar de forma oportuna sobre los lineamientos y políticas emanadas del Ministerio de Salud.

Tabla 21: Número de participantes del Curso Defensores y Defensoras de la Salud por estado venezolano, junio 2006

Amazonas	72
Anzoátegui	126
Apure	54
Aragua	326
Barinas	330
Bolívar	197
Carabobo	250
Cojedes	79
Delta Amacuro	29
Distrito Capital	219
Falcón	95
Guárico	192
Lara	282
Mérida	559
Miranda	342
Monagas	141
Nueva Esparta	66
Portuguesa	240
Sucre	34
Táchira	494
Trujillo	273
Vargas	291
Yaracuy	154
Zulia	787
TOTAL	5.632

Tabla 22: Funciones principales de las defensoras y defensores de la salud en los consultorios populares

- Facilitan las labores administrativas y de funcionamiento del Consultorio Popular.
- Ofrecen una excelente atención al y a la paciente.
- Registran datos de usuarios y usuarias en los instrumentos diseñados para tal fin.
- Orientan a usuarios y usuarias para el uso de la atención, facilitando el flujo en la consulta.
- Siguiendo instrucciones y bajo la supervisión del médico o médica, le apoyan y asisten en tareas específicas acorde con la capacitación recibida por el Ministerio de Salud y la Misión Sucre a través del Programa de Enfermería Integral Comunitaria.
- Participan en las actividades de promoción y prevención de la salud, planificadas en el Consultorio Popular, en conjunto con el equipo de salud (médico o médica, estudiante, comité de salud)
- Participan en los procesos comunitarios destinados a la construcción de proyectos de salud y vida.
- Comprenden los procesos de transformación de la sociedad venezolana y orientan a las comunidades hacia la comprensión de tales hechos a través de prácticas concretas de salud y vida.
- Conocen la estructura de salud del Estado venezolano y trabajan hacia la conformación y consolidación del SPNS.
- Comprenden los lineamientos políticos institucionales que indican que Barrio Adentro es el elemento central y el foco principal de la política de salud del Estado venezolano
- Se integran a los procesos de planificación de la gestión de salud del Consultorio Popular.
- Cumplen los compromisos de horario y tiempos de consultas establecidos en el Consultorio Popular.
 - Mañana (8 a 12): Actividad en el Consultorio Popular.
 - Tarde (1 a 5): Actividades de promoción y prevención de la salud.

Impacto de Barrio Adentro



Foto 5: Participantes del Comité de Salud y Casa de la Alimentación en Vista el Mar, Sector Los Magallanes, Parroquia Sucre, Municipio Libertador, Caracas. Abril 2006.

En el siglo XIX, al comienzo de la industrialización en Europa se realizaron las primeras observaciones científicas sobre la significación de los factores sociales y ambientales para el desarrollo de la enfermedad [90]. Desde entonces, los investigadores e investigadoras han publicado una miríada de estudios, aplicando métodos sofisticados de epidemiología y de estadística, que reproducen la asociación fatal de que la gente pobre se enferma más y tiene una vida más corta. De acuerdo con las reglas del pensamiento lógico, la abolición de la pobreza conducirá a mejorar la salud y prolongar la vida de las personas.

La evaluación del impacto en salud de una política o de una intervención depende de los distintos factores que afectan la salud. Si se realizan intervenciones en salud, otros factores de origen social o político podrían tener un impacto fuerte y predisponer así el resultado de esa intervención específica. Es evidente que se necesita un mayor esfuerzo para medir el impacto de intervenciones complejas en poblaciones blanco heterogéneas, mientras que una evaluación de intervenciones limitadas a poblaciones blanco definidas puede ser más fácil de realizar. La complejidad del tema conduce a definiciones diferentes y controversiales sobre evaluación y sobre el papel participativo de la población estudiada dentro de la evaluación [91,92].

Según la declaración de Gotenburgo [93], el análisis del impacto de la salud de una intervención incluye una revisión de la evidencia disponible, la exploración de las opiniones, la experiencia y expectativas de las personas que puedan ser afectadas y, si es necesario, producción y análisis de nuevos datos. Sin embargo, algunas políticas, estrategias o conjunto de políticas, programas y proyectos pueden ser tan amplios que hacen imposible un análisis profundo. En estos casos se recomiendan estimaciones que resumen los impactos más significativos, sin necesidad de tratar de dilucidar el impacto exacto de las diferentes políticas o conjunto de políticas.

La Misión Barrio Adentro se encuentra dentro de un conjunto de misiones que apuntan a la abolición de la pobreza. Estructuralmente, se encuentra en el proceso de integración en el SPNS de Venezuela. Por tanto, esta misión no puede analizarse como una intervención limitada, sino que debe considerarse como parte del sistema de salud que se define como el conjunto de las organizaciones, instituciones y recursos dedicados a la salud, lo que involucra a los servicios de salud pública y al desempeño de una actividad intersectorial [94]. El propósito principal de la Misión

Barrio Adentro desde enero de 2004 era la cobertura completa de la población con atención primaria en salud. Debido a que las actividades desarrolladas durante el año 2003 corresponden a la fase inicial en unos pocos municipios del país, en este capítulo se presentan los datos para el período 2004-2005 así como algunos avances del primer trimestre de 2006. Estos datos incluyen indicadores de cobertura y uso así como indicadores epidemiológicos de interés para la red de atención primaria.

ACCESIBILIDAD DE BARRIO ADENTRO

El acceso al cuidado médico primario es la condición previa crucial para alcanzar la meta de "Salud para todos". El indicador básico con respecto a accesibilidad se define como "la proporción de población con el acceso a las instalaciones primarias del cuidado médico" y se mide en porcentaje. El numerador es el número de personas que viven a una distancia conveniente de las instalaciones primarias de cuidado médico y el denominador es la población total [95].

La existencia de un establecimiento o puesto de cuidado médico a una distancia razonable es una condición necesaria pero no suficiente para brindar cuidado médico a toda la población. Si el establecimiento de cuidado primario existente no está funcionando de forma correcta, si la calidad del cuidado es inadecuada, si no es económicamente asequible, ni es social o culturalmente aceptable, la vecindad espacial del puesto de salud tiene un valor muy pequeño ya que no se utiliza. Por tanto, es importante considerar los siguientes factores: acceso, calidad, asequibilidad, aceptación social y cultural, y utilización [51].

En el contexto venezolano, la población blanco de la Misión Barrio Adentro en el año 2003 era aquella parte del país antes excluida de la atención médica y que vivía principalmente en los sectores marginales de las ciudades grandes. La primera meta prevista dentro de la planificación de la implantación de la misión era alcanzar cobertura completa en un período corto de tiempo. Para el año 2006, en la red de atención primaria trabaja un número total de 31.439 profesionales, técnicos y técnicas de la salud. De éstos, 15.356 son médicos y médicas cubanos distribuidos en los distintos centros de atención, de los y las cuales cerca de 13.000 se encuentran en los consultorios populares o puntos de consulta [67]. Cada consultorio es responsable del cuidado de 250 hasta 350 familias. Puesto que los

médicos y médicas visitan a las familias bajo su cuidado en intervalos regulares, la afiliación doble o triple de pacientes a dos o tres doctores se reduce a un mínimo. Esto permite un cálculo para estimar la cobertura espacial del cuidado médico primario en la población blanco (ver Tabla 23):

Tabla 23: Cobertura de la Misión Barrio Adentro

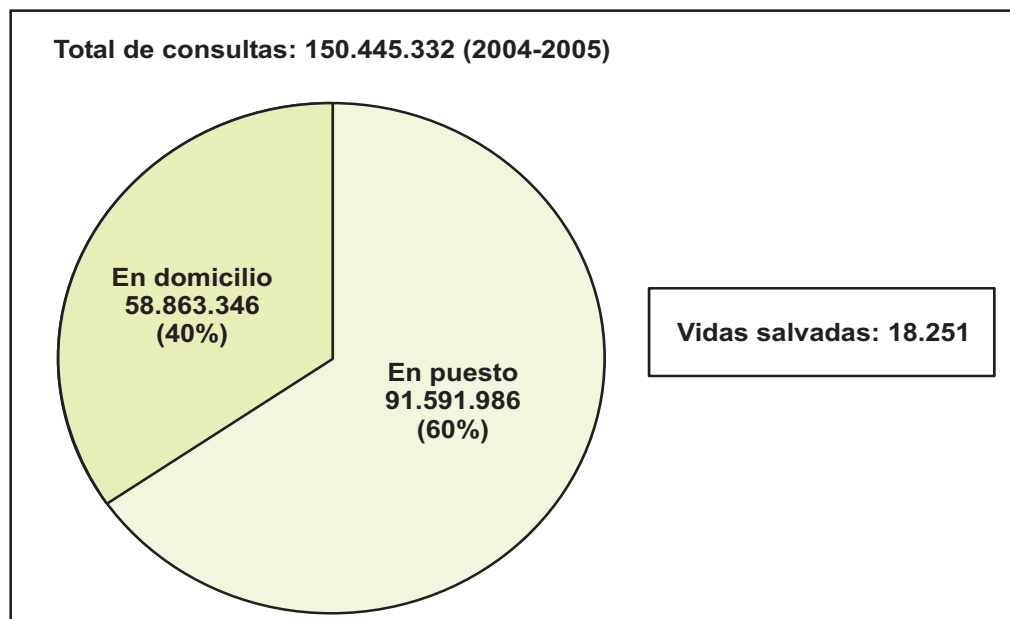
13.000 médicos x 300 familias x 5 personas estimadas de una familia =
19.500.000 millones de habitantes, equivalente al 73 por ciento de la
población estimada de Venezuela de 26.579.428 habitantes [96]

Los médicos y médicas cubanos y venezolanos que trabajan en la Misión Barrio Adentro tienen una formación universitaria de seis años en medicina general y se han graduado en universidades cubanas o venezolanas. Además, todos los médicos y médicas cubanos han terminado una especialización en medicina general integral de tres años. Todos los certificados y curriculum vitae están a disposición del Ministerio de Salud de Venezuela. Los médicos y médicas venezolanos que trabajan en la Misión Barrio Adentro se encuentran realizando postgrado en medicina general integral.

Todos los servicios y tratamientos son gratuitos. En la mayoría de las comunidades, el personal médico de la Misión Barrio Adentro fue bien recibido y sólo hubo pocos casos donde se presentaron obstáculos iniciales durante la puesta en práctica del plan (ver capítulo 2). Hasta el momento, no hay reportes de comunidades que hayan rechazado la Misión Barrio Adentro. Por el contrario, muchos informes atestiguan el alto aprecio del programa en las comunidades. Los médicos y médicas viven dentro de las comunidades e incluso se reporta que están bajo la protección de éstas en áreas con problemas de violencia en las cuales no hay presencia policial. La proximidad de la cultura caribeña de Cuba y de Venezuela facilita un sentimiento de familiaridad.

En los años 2004 y 2005, se realizaron un total de 150.455.332 consultas en instalaciones de Barrio Adentro. Esto es casi cuatro veces el número de consultas realizadas en los ambulatorios convencionales para el mismo período. Cerca del 40 por ciento de las consultas de la Misión Barrio Adentro (58.863.346) se realizaron en el terreno (ver Gráfico 6).

Gráfico 6: Total de consultas realizadas por Barrio Adentro en 2004-2005



Nota: Se considera una vida salvada todo y toda paciente portador de cualquier entidad nosológica que por la severidad de su cuadro pone en peligro inminente de muerte al o a la paciente, y que sin el actuar inmediato del médico o la médica lleva invariablemente a la muerte.

Tomando en consideración que el 30 por ciento de la población de mayores ingresos había conservado el acceso al cuidado médico primario de calidad y asequible, se puede concluir que en el año 2006 el porcentaje de venezolanas y venezolanos que disponen de cuidado médico primario está cerca del 100 por ciento.

DISTRIBUCIÓN DE PROFESIONALES DE SALUD PARA LA ATENCIÓN PRIMARIA

Uno de los problemas para el alcance del derecho a la salud en América Latina ha sido la inequidad histórica en la distribución de los recursos. La distribución de médicas y médicos en la región en 1999 oscila entre 58 por 10.000 habitantes en Cuba hasta 3 por 10.000 en algunos países del Caribe y Bolivia [97]. Para analizar

este indicador dentro de un país es necesario observar, además del número de médicas y médicos, su distribución en territorios sociales. En 1998, Venezuela mostraba una concentración de sus médicas y médicos en las ciudades de mayor ingreso per capita, con una inequidad mayor en la distribución de médicos especialistas. Según la OMS, en 1999 Venezuela contaba con 19,7 médicos y médicas por 10.000 habitantes y 5,3 odontólogos y odontólogas por 10.000 habitantes, de los y las cuales menos del 50 por ciento se ubicaban en la red ambulatoria [98]. Con la Misión Barrio Adentro se incorporan 15.420 médicos y médicas especialistas en medicina general integral en la red ambulatoria del país (de los y las cuales 66 cumplen tareas de coordinación y no están en los centros de atención), además de 1.234 que están realizando postgrado de medicina general integral y 4.864 odontólogos y odontólogas (de los cuales 1.795 son venezolanos y venezolanas) y 1.823 en el postgrado de odontología general integral [67,76].

La distribución de los médicos y médicas en los puntos de consulta de la Misión Barrio Adentro tiende a reducir la inequidad. Es posible analizar su distribución mediante el coeficiente de Gini, medida de la desigualdad que se utiliza sobre todo para medir la desigualdad en los ingresos, aunque también puede utilizarse para medir otros tipos de desigualdad [33]. El Gini es un número entre 0 y 1, en donde 0 se corresponde con la perfecta igualdad y 1 se corresponde con la perfecta desigualdad. El índice de Gini para la distribución de médicos y médicas en los estados de Venezuela, agrupados en cinco estratos de menor a mayor ingreso per capita, es de un valor de 0,23 en 1998 [33]. Al analizar este resultado se observa que el 51 por ciento de los médicos y médicas estaba concentrado en los cinco estados de mayor ingreso per capita. En 2005, el índice de Gini para la distribución de médicos y médicas en los consultorios populares es de 0,12, con lo cual la distribución es mucho más equitativa. Este índice se construye con el número de médicos y médicas en cada estado, sin tomar en cuenta su densidad poblacional. Como los estados de menor ingreso se corresponden con la menor densidad poblacional y cuentan con un número de médicos y médicas menor, su distribución en relación a la población en esos estados es más equitativa.

La clasificación de los estados según el índice de desarrollo humano (IDH) en 2003 muestra que la distribución de médicas y médicos en la red de atención primaria es equitativa [99]. Al estimar el número de habitantes por médico o médica y

al partir de la base de que los médicos y médicas de la red convencional y de la Misión Barrio Adentro cubren 70 por ciento de la población antes excluida de la atención médica, el número de habitantes por médico o médica en 16 de los 24 estados venezolanos (el 67 por ciento) es menor de 1.250. En los estados con un IDH menor a 0,7 el promedio de habitantes por médico o médica es de 1.068 y en los de mayor IDH es de 1.236 (ver Tabla 24).

Tabla 24: Distribución de médicos y médicas cubanos y venezolanos de la Misión Barrio Adentro, del índice de desarrollo humano de 2003 y de habitantes por médico o médica por estado venezolano, marzo 2006

	IDH [99]	Población [96]	70% población	Médicos y médicas cubanos [100]	Médicos y médicas venezolanos [100]	Habitantes por médico o médica
Distrito Capital	0,71	2.073.768	1.451.638	1.855	40	766.04
Amazonas	0,62	134.594	94.216	95	14	864.37
Anzoátegui	0,76	1.428.269	999.788	756	14	1.298.43
Apure	0,62	452.369	316.658	270	39	1.024.78
Aragua	0,79	1.617.333	1.132.133	880	129	1.122.03
Barinas	0,66	724.331	507.032	346	43	1.303.42
Bolívar	0,77	1.475.527	1.032.869	847	12	1.202.41
Carabobo	0,78	2.155.610	1.508.927	1.587	183	852.50
Cojedes	0,68	288.168	201.718	245	23	752.68
Delta Amacuro	0,58	145.586	101.910	106	5	918.11
Falcón	0,72	869.269	608.488	529	33	1.082.72
Guárico	0,69	716.896	501.827	404	23	1.175.24
Lara	0,74	1.736.983	1.215.888	667	125	1.535.21
Mérida	0,71	811.655	568.159	476	78	1.025.56
Miranda	0,84	2.765.442	1.935.809	1.430	10	1.344.31
Monagas	0,71	819.197	573.438	485	5	1.170.28
Nueva Esparta	0,78	422.668	295.868	163	14	1.671.57
Portuguesa	0,65	839.881	587.917	423	36	1.280.86
Sucre	0,66	889.141	622.399	414	10	1.467.92
Táchira	0,71	1.134.710	794.297	397	23	1.891.18
Trujillo	0,65	685.442	479.809	418	62	999.60
Vargas	0,66	328.293	229.805	213	0	1.078.90
Yaracuy	0,67	573.726	401.608	416	40	880.72
Zulia	0,74	3.486.850	2.440.795	1.934	273	1.105.93
TOTAL	0,76	26.577.423	18.604.196	15.356	1,234	1.121.41

Nota: El IDH de Venezuela en 2005 alcanzó 0.81 [101].

El aumento en la disponibilidad de personal médico y odontológico para la atención primaria implica un cambio cualitativo, ya que todos los médicos o médicas que se han incorporado son especialistas en medicina integral comunitaria y a su vez participan en la formación de un contingente de médicos y médicas con la meta a futuro de que en esta red todos los y las profesionales sean especialistas. Esta situación supera la situación anterior en la cual estos servicios estaban cubiertos por médicos o médicas recién egresados con una supervisión débil.

PROMOCIÓN DE LA SALUD

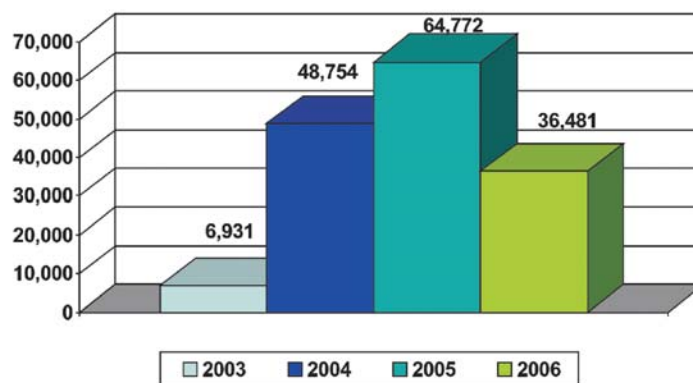
El término promoción de salud se utilizó por primera vez en 1945, cuando Henry E. Sigerist definió las cuatro tareas esenciales de la medicina como: la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades, el restablecimiento de los enfermos y la rehabilitación, y afirmó que “la salud se promueve proporcionando condiciones de vida decentes, buenas condiciones de trabajo, educación, cultura física y formas de esparcimiento y descanso”, para lo cual pidió el esfuerzo coordinado de políticos, de los sectores laboral e industrial, de educadores y de médicos [102,103,104]. Esta petición se repitió, 40 años más tarde, en la Carta de Ottawa para la promoción de salud [57].

Desde la llegada misma de profesionales de la salud de Cuba a partir de 1999, la promoción para la salud fue la herramienta fundamental para trabajar con las comunidades en Venezuela. Se comenzó a organizar un sistema para que fluyeran las informaciones y que de forma organizada se profundizara el trabajo con las personas, las familias y las comunidades. En marzo de 2004, se realizó en Caracas un Primer Taller Nacional de Promoción de Salud en el que participó un representante de cada estado y se trazaron las pautas para el trabajo de promoción de salud en el país [105]. Se realizó un segundo taller en abril de 2005 en el estado Carabobo [106], un tercero en diciembre de 2005 en el estado Zulia [107] y un cuarto en mayo de 2006 en Delta Amacuro [108]. Todos los talleres profundizaron en las áreas de formación de promotoras y promotores de salud, formación y funcionamiento de los clubes de grupos específicos y actividades de promoción de la salud.

Formación de promotoras y promotores de salud

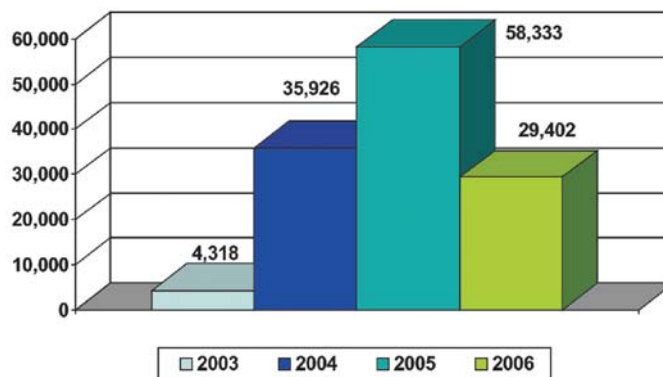
Desde el primer taller se planificó la formación de promotoras y promotores de salud, que se inició con el curso diseñado en Cuba para el Programa Integral de Salud, en el que se formaron a 6.931 promotores y promotoras de salud. Seguidamente se diseñó un curso intermedio basado en el *Manual del Promotor* [109], del que se graduaron 48.754 personas. Se realizó un tercer curso basado en las necesidades de aprendizaje que se identificaron con los promotores y promotoras ya formados, para el cual se elaboró un manual para la formación de promotores de salud, validado en el Curso de Promoción de Salud para Facilitadores de Misión Robinson. Del tercer curso se formaron 64.772 promotores y promotoras en 2005 y en el año 2006, hasta el mes de mayo, 36.481 (ver Gráfico 7) [67].

Gráfico 7: Formación de promotores y promotoras de salud de la Misión Barrio Adentro. Venezuela, 2003-2006 [67].



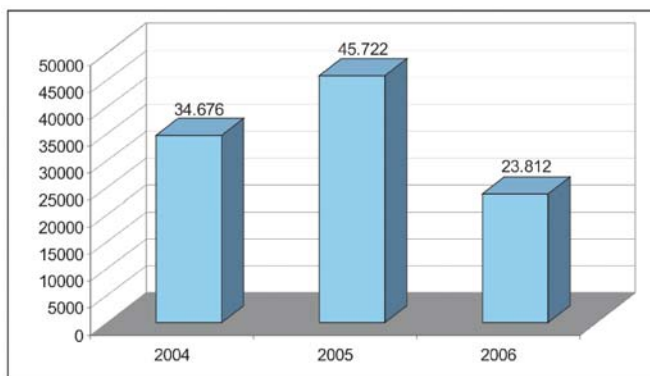
La formación de promotores y promotoras de salud incluye la capacitación y actualización constante, por lo que se crearon cursos locales para la formación continua.

Gráfico 8: Capacitación a promotores y promotoras de salud formados y formadas. Venezuela, abril de 2003 a mayo de 2006 [67].



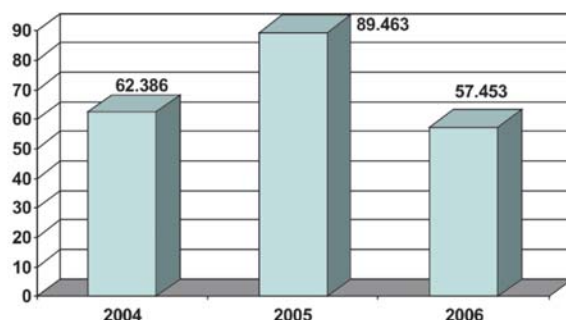
Junto a este proceso de formación de promotores y promotoras de salud en las comunidades surge el Movimiento de Niños Promotores, grupos de niños y niñas de las comunidades que se preparan como educadores y educadoras para la salud a través de cursos infantiles que se dictan sin alejar de la imaginación y creación infantil, vinculando el deporte, la cultura, la recreación y la salud, con capacitaciones continuadas en función de los principales problemas de salud que se identifican en las comunidades. Su estructura está conformada por un asesor del Comité de Salud, presidente o presidenta infantil, vicepresidente o vicepresidenta y organizador u organizadora. Su funcionabilidad es variable, según determine la estructura y el Grupo de Niños.

Gráfico 9: Formación de niños y niñas promotores. Misión Barrio Adentro, mayo de 2004 a mayo de 2006 [67].



Una de las funciones que realiza un niño promotor o promotora es visitar las familias de su comunidad y hacerles llegar los conocimientos que han adquirido, señalizando las familias que han recibido dichos mensajes. También realizan actividades en sus propias familias con vistas a lograr conductas de salud positivas.

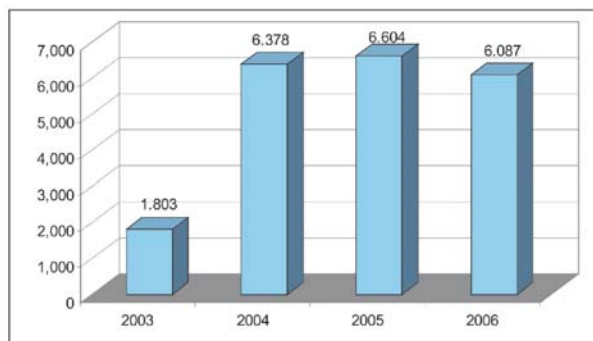
Gráfico 10: Familias visitadas por niñas y niños promotores. Misión Barrio Adentro, mayo de 2004 a mayo de 2006 [67].



Formación y funcionamiento de los clubes de grupos específicos

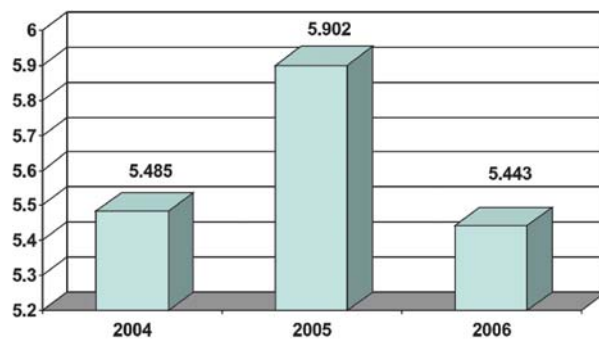
Club de Embarzadas: Está formado por las embarazadas que se atienden en el Consultorio Popular. El objetivo es preparar a la madre y al padre para la llegada del recién nacido o nacida. Dentro de las actividades que se realizan está incluido el ejercicio físico, las actividades culturales y recreativas, los círculos de estudios sobre temas de interés para los futuros padres y madres, así como garantizar una atención prenatal excelente. Su estructura está conformada por una presidenta y un asesor o asesora del Comité de Salud.

Gráfico 11: Participantes en los Clubes de Embarzadas. Misión Barrio Adentro, abril de 2003 a mayo de 2006 [67].



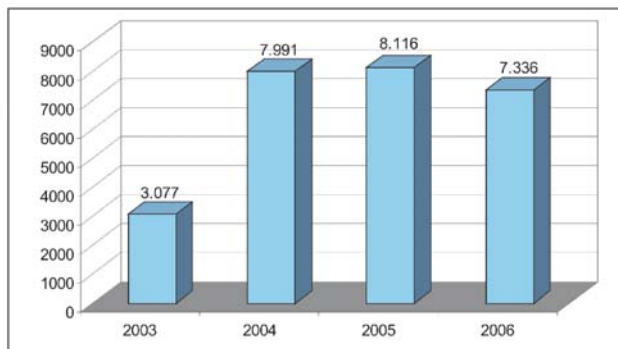
Club del Lactante: Está formado por todos los niños y niñas menores de 1 año pertenecientes a un área de salud. Su objetivo fundamental es estimular el desarrollo psicomotor del niño y la niña, así como lograr su socialización. Se realizan actividades para enseñar a madres y padres a dar seguimiento al desarrollo psicomotor adecuado y se tratan temas de interés para padres y madres relacionados con la alimentación y la higiene. Su estructura está conformada por una madre promotora y un asesor o asesora del Comité de Salud.

Gráfico 12: Participantes en los Clubes de Lactantes. Misión Barrio Adentro, mayo de 2004 a mayo de 2006 [67].



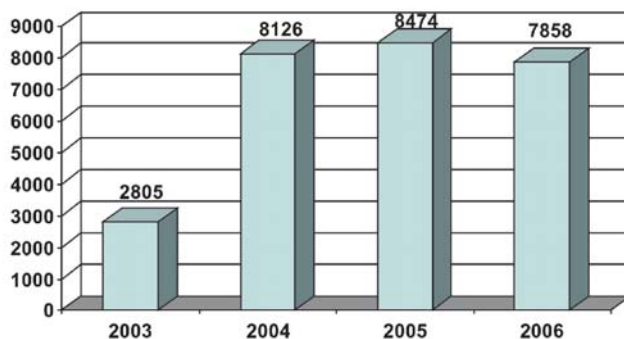
Club de Adolescentes: Está formado por adolescentes de entre 10 y 20 años de edad de un área de salud. Su objetivo fundamental es preparar a los y las adolescentes para esa etapa de su desarrollo, enseñarles a conocerse a sí mismas y a que por sí solos sepan diferenciar las conductas positivas de las negativas. Sus objetivos incluyen la reinserción a la sociedad de jóvenes que se encuentran en bandas, que son usuarios o usuarias de drogas o que han salido de prisión. Las actividades culturales, deportivas y recreativas son una forma de llevar a estos y a estas jóvenes el mensaje de salud. Su estructura está formada por un presidente o presidenta, un vicepresidente o vicepresidenta y un organizador u organizadora.

Gráfico 13: Participantes en los Clubes de Adolescentes. Misión Barrio Adentro Abril 2003- Mayo 2006 [67].



Club de Abuelos: Está formado por un grupo de adultos y adultas de más de 60 años de edad cuyo objetivo es prepararles para enfrentar la vejez, enseñarle sus limitaciones físicas y cómo sobreponerse a ellas y estimular el desarrollo intelectual a través de su propia superación en el ámbito educativo. El club se reúne de forma variable y les brinda actividades educativas, culturales, deportivas y recreativas. El médico o médica realiza un seguimiento estrecho de las enfermedades crónicas y de sus factores de riesgo. Su estructura está formada por un presidente o presidenta, un vicepresidente o vicepresidenta, un organizador u organizadora y un tesorero o tesorera.

Gráfico 14: Participantes en los Clubes de Abuelos. Misión Barrio Adentro Abril 2003- Mayo 2006[67].



La organización de otros clubes de grupos específicos en dependencia de la prevalencia de las enfermedades ha sido una constante en la Misión Barrio Adentro.

Tabla 25: Clubes de Grupos Específicos. Misión Barrio Adentro, mayo de 2004 a mayo de 2006 [67].

Grupos Específicos	2004	2005	2006
Hipertensos e hipertensas	5.102	5.097	4.894
Diabéticos y diabéticas	1.638	1.683	1.635
Asmáticos y asmáticas	2.438	2.476	2.397
Fumadores y fumadoras	3.833	3.741	3.189

Tabla 26: Promoción de la salud en Consultorios Populares, 2004-2005 [67].

	2004	2005
Actividades de educación para la salud	43.199.964	46.699.477
Círculos de adolescentes	7.991	8.116
número de participantes	106.942	105.370
Círculos de abuelos	8.126	8.474
número de participantes	97.444	104.110
Círculos de gestantes	6.378	6.604
número de participantes	36.108	38.601

Actividades de promoción de la salud

Las charlas educativas, las audiencias sanitarias y las sesiones cara a cara las realizan los médicos y médicas de Barrio Adentro en colaboración con los comités de salud. Llevan el mensaje de salud a los y las pacientes, sus familiares y la comunidad.

Tabla 27: Actividades de Promoción de Salud. Misión Barrio Adentro Abril 2003- Mayo 2006 [67].

Actividades	2003	2004	2005	2006
Charlas	2.333.409	23.961.876	13.293.528	1.212.085
Audiencias sanitarias	90.798	429.485	496.489	165.096
Cara a cara			16.960.961	10.282.748

La vinculación con el deporte y la cultura se ha puesto de manifiesto en las actividades de promoción de salud que se han realizado, tal como los grupos de bailoterapia, los planes de la calle con niños y niñas, y las jornadas de higienización.

Bailoterapias: Son grupos de personas interesadas en el ejercicio físico que se reúnen de forma sistemática y realizan actividades deportivas vinculadas al baile.

Planes de la calle: Son un grupo de actividades culturales, deportivas y recreativas con niñas, niños y sus familiares, en las que se transmiten mensajes de salud, los cuales llegan a través del juego. A la vez se enseñan formas sanas de recreación.

Jornadas de higienización: Se realizan entre todos los vecinos y vecinas de áreas comunes de una comunidad con el objetivo de prevenir enfermedades y embellecer el entorno.

Tabla 28: Otras actividades de promoción de salud. Misión Barrio Adentro, abril de 2003 a mayo de 2006 [67].

Actividades	2003	2004	2005	2006
Grupos de bailoterapia	2.035	6.429	6.845	6.681
Planes de la calle	1.217	5.752	5.809	2.952
Jornadas de higienización	2.732	7.904	7.220	3.965
Actividades deportivas	18.931	45.213	48.979	23.750

Las actividades de promoción se refuerzan con la transmisión de mensajes de salud a través de emisoras comunitarias de radio y televisión. Estos mensajes incluyen conocimientos sobre las enfermedades frecuentes y sobre cómo combatirlas o atenuarlas. Incluyen un componente de validación de los programas de radio y televisión.

Gráfico 15: Número de emisoras de radio en las que se están transmitiendo programas de promoción de salud y promedio de horas de educación y promoción de salud transmitidas por radio semanalmente, por el estado venezolano [67].

	Número de emisoras	Promedio de horas
Amazonas	0	0
Anzoátegui	9	7.66
Apure	7	4
Aragua	8	5
Barinas	6	6
Bolívar	8	3.5
Carabobo	10	1
Cojedes	2	3
Delta Amacuro	1	6
Distrito Capital	13	9
Falcón	7	5
Guárico	7	0.5
Lara	1	1
Mérida	11	1
Miranda	10	9
Monagas	0	0.7
Nueva Esparta	2	3
Portuguesa	2	3
Sucre	1	0
Táchira	6	1
Trujillo	12	3
Vargas	1	1
Yaracuy	7	7
Zulia	13	7
TOTAL	144	87.36

ATENCIÓN PRENATAL E INFANTIL

La atención a la mujer embarazada y al niño y niña sana se consideran áreas prioritarias porque representan poblaciones vulnerables y por su trascendencia para garantizar el derecho a la salud de las generaciones presentes y futuras [110]. Al analizar la cobertura de la atención prenatal se observa que aumentó de 25 por ciento en 1997 a 57 por ciento en 2003, a pesar de que la captación temprana (en el primer trimestre) no llegaba al 30 por ciento y el número de controles por mujer embarazada en promedio estaba alrededor de 4 por embarazo [111]. Entre 2004 y 2005 se atendieron en control prenatal un total de 769.604 mujeres embarazadas, de las cuales 146.397 se controlaron en los consultorios populares. En esos dos años, la cobertura de atención prenatal se elevó al 70 por ciento en el ámbito nacional. En los consultorios populares se logró una captación temprana para el control prenatal del 54,5 por ciento. Además, al calcular el número de controles por mujer embarazada éste resulta en un promedio de 10,5 por embarazo. En los dos años señalados se realizaron en los consultorios populares 201.512 controles a mujeres durante el puerperio (a un total de 106.054 mujeres) y se captaron para iniciar su seguimiento 106.233 recién nacidos [67].

En los años 2004 y 2005, entre los consultorios populares y la red convencional se atendieron en control de niña y niño sano menor de 1 año un total de 872.624, con lo cual se logró una cobertura por año del 87 por ciento. El 63.8 por ciento de estos niños y niñas se atendieron en los consultorios populares, 218.191 en 2004 y 338.333 en 2005. En estos dos años, se reporta un total de controles de niño y niña sana de 1.946.640 niños de 1 a 4 años y 3.945.920 de 5 a 14 años en los consultorios populares [66].

ATENCIÓN EN ENFERMEDADES CRÓNICAS

Para el análisis de los datos sobre el registro de morbilidad por enfermedades crónicas no transmisibles, en los consultorios de Barrio Adentro se presenta el acumulado entre los años 2004 y 2005, período durante el cual el inicio de las actividades en los diferentes puntos de consulta fue progresivo. Al no ser uniforme

en toda la red, presenta variaciones relativas a la dinámica de instalación y regularización de las actividades en cada comunidad.

Se presentan los datos de cinco enfermedades crónicas no transmisibles de gran importancia en salud pública para la población venezolana, los cuales muestran una significativa mejoría en la captura de casos nuevos, así como en la cobertura de la atención para el seguimiento y control. Éstas son: hipertensión arterial (HTA), diabetes, enfermedad isquémica del corazón, enfermedad cerebrovascular y asma bronquial. En estas enfermedades se observa un aumento significativo en la captación de casos nuevos que tiene un gran valor porque se trata del diagnóstico de personas en grupos muy excluidos, a los que de forma muy difícil se les hubiera diagnosticado la enfermedad en la situación anterior a Barrio Adentro. Se aumenta además la captación pasiva en el consultorio, pero también la activa en las visitas al hogar y en las actividades de terreno. En la red convencional se observa que se mantiene el diagnóstico de casos nuevos e incluso se incrementa, aunque la concentración de consultas por cada caso nuevo al año es tan sólo de 1,3, lo cual no permite un seguimiento y control de la enfermedad. Esto se corresponde con la dificultad de brindar seguimiento y control en enfermedades crónicas en Venezuela.

En Barrio Adentro se observa que la concentración de consultas por caso nuevo diagnosticado al año está alrededor de 12, lo que equivale a una mensual. En el volumen de consultas sucesivas de los consultorios populares está contenida la demanda de atención de personas diagnosticadas con anterioridad. Este número promedio de consultas señala que el contacto con el médico es mucho más seguido y las posibilidades de dar seguimiento a estas enfermedades es mayor (ver Gráfico 16 y Gráfico 17).

Gráfico 16: Captación de casos nuevos de enfermedades crónicas, Venezuela 2004-2005

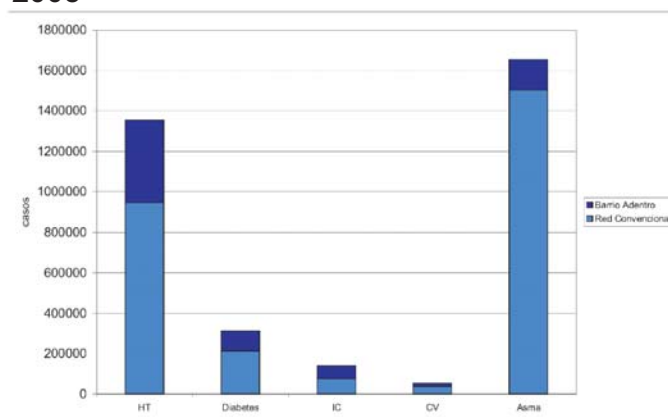
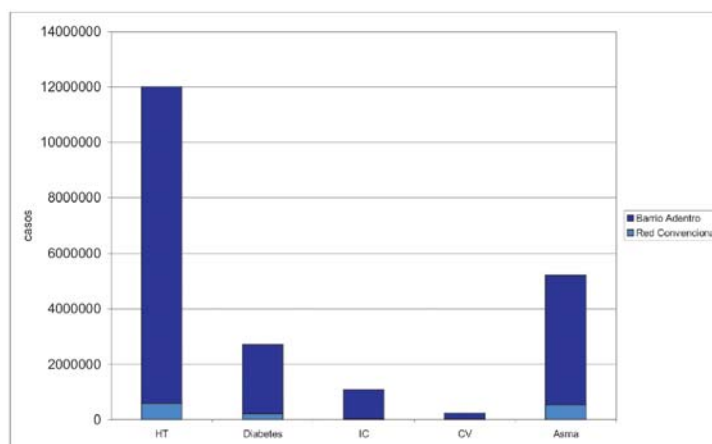


Gráfico 17: Consultas sucesivas de enfermedades crónicas, 2004- 2005



Hipertensión arterial

Entre 2004 y 2005 se diagnosticaron un total 1.353.905 casos nuevos de HTA en la red ambulatoria nacional, de los cuales 408.769 fueron captados en los consultorios de la Misión Barrio Adentro, lo que representa un incremento en el diagnóstico de casos nuevos del 30 por ciento. Durante esta fase de inicio de la Misión Barrio Adentro, la mayor parte de la atención fue absorbida por una demanda represada muy alta en estas comunidades, que se evidencia con el volumen de consultas dedicadas a atender a personas hipertensas que ya habían sido diagnosticadas con anterioridad pero que, a pesar de conocer su condición, no eran seguidas y controladas desde hacía años, o nunca lo habían sido. Entre 2004 y 2005 se realizó un total de 1.528.772 consultas en toda la red ambulatoria, de las cuales el 88,5 por ciento se realizaron en los consultorios populares. El mayor incremento registrado se observa en las consultas sucesivas, con un total de 2.714.439 en los dos años, de las cuales el 95,1 por ciento corresponden a la nueva red de consultorios populares (ver Tabla 29).

Tabla 29: Captación de casos nuevos y consultas de control en hipertensión arterial, red convencional y consultorios populares, 2004-2005 [112]

	Casos Nuevos		Consultas Sucesivas		Total consultas realizadas	
Red convencional	945.136	69,8%	583.636	4,6%	1.528.772	11,4%
Consultorios populares	408.769	30,1%	11.429.438	95,1%	11.838.207	88,5%
Total	1.353.905		12.013.074		13.366.979	

Según la OMS [97], en América Latina y el Caribe la proporción de personas hipertensas no diagnosticadas es del 50 por ciento y sólo uno de cada 10 pacientes logra mantener sus niveles de tensión arterial por debajo de 140/90 mm Hg. La misma fuente señala que el aumento en el diagnóstico está directamente relacionado con el aumento en la accesibilidad a la atención médica y la eliminación de las oportunidades perdidas.

La mayor dificultad para que Venezuela, al igual que muchos países de la región, disponga de programas eficaces para la prevención y el control de la HTA, así como del conjunto de enfermedades relacionadas, ha sido que la información disponible sobre este problema de salud es incompleta. Con la Misión Barrio Adentro comienza a corregirse esta situación y se vislumbra que en el corto plazo se consolidará información suficiente sobre la HTA en la población venezolana, lo cual permitirá profundizar y ampliar el conjunto de acciones en promoción y prevención que ya se han iniciado. Está demostrado que esta es la vía para reducir la morbi-mortalidad asociada a la HTA y mejorar la calidad de vida de las personas que la padecen.

Diabetes

La diabetes es una enfermedad crónica con una larga evolución silenciosa que ocasiona un nivel alto de subregistro. En Venezuela se estima que el subregistro promedio es del 42,2 por ciento [113], con la consecuente pérdida de oportunidades

para controlar los daños que produce en el organismo de las personas afectadas. Esta enfermedad contribuye con la mortalidad prematura y el aumento de las discapacidades porque aumenta los riesgos de cardiopatías, nefropatías, ceguera y amputación de extremidades inferiores.

Para el período 2004-2005, se diagnosticaron un total de 312.576 casos nuevos, de los cuales el 31,7 por ciento se captó en la red de consultorios de la Misión Barrio Adentro. Esta captación ha ido creciendo en la medida en que se ha fortalecido la capacidad diagnóstica de los consultorios con la creación de los CDI, de tal manera que la perspectiva es alcanzar un nivel de registro óptimo a futuro, especialmente en los grupos que estaban más excluidos de esta posibilidad. Las consultas sucesivas en la red de consultorios populares es mucho mayor que la captación, debido a que en este grupo de enfermedades crónicas existe una cantidad enorme de personas que han sido diagnosticadas pero que nunca tuvieron seguimiento ni acceso al tratamiento médico. En contraste, en la red convencional la relación es inversa, ya que siempre es mayor el número de casos nuevos que el número de consultas sucesivas. Es así que en 2004 y 2005 se realizaron un total de 2.714.439 consultas sucesivas, de las cuales el 91,9 por ciento se hicieron en los consultorios de la Misión Barrio Adentro (Tabla 30).

Tabla 30: Captación de casos nuevos y consultas de control en diabetes, red convencional y consultorios populares, 2004-2005 [112].

	Casos Nuevos		Consultas Sucesivas		Total consultas realizadas	
Red convencional	213.257	68,2%	218.199	8,1%	431.456	14,3%
Consultorios populares	99.319	31,8%	2.496.240	91,9%	2.595.559	85,7%
Total	312.576		2.714.439		3.027.015	

Según la OMS, a pesar de que la insulina se usa desde 1921, el acceso a su uso entre pacientes diabéticos sigue siendo un problema en América Latina y el Caribe [97]. En Venezuela, desde 2004 la insulina se entrega de forma gratuita en los consultorios populares.

Enfermedad isquémica del corazón y enfermedad cerebrovascular

Las dos principales enfermedades cardiovasculares, la enfermedad isquémica del corazón y la enfermedad cerebrovascular, pueden prevenirse de forma eficaz si se controlan factores de riesgo que les son comunes como la HTA, el tabaquismo, la alimentación y el ejercicio físico, pero como son enfermedades con períodos de latencia muy largos, las medidas preventivas se inician muy tarde o nunca ya que la letalidad es muy alta y la muerte ocurre, en la mayoría de los casos, muy cerca del inicio de los síntomas [114]. Los obstáculos más importantes para aumentar la eficacia de las acciones en salud dirigidas a reducir la morbimortalidad por estas enfermedades y sus consecuencias en la vida de las personas que las padecen, así como las de sus familias y comunidades, han sido el limitado acceso a los servicios médicos de las poblaciones excluidas en las que se concentran los factores de riesgo y, en segundo lugar, el subregistro del problema, el cual es aún mayor en los grupos de menores ingresos.

Con la implantación de la Misión Barrio Adentro, entre 2004 y 2005 en la red de consultorios populares se captó el 46,6 por ciento de los casos nuevos de cardiopatía isquémica y el 29,7 por ciento de enfermedad cerebrovascular. En relación al seguimiento de estos y estas pacientes, se observa que del total de atenciones de seguimiento el 98 por ciento para la enfermedad isquémica del corazón y el 94,9 por ciento para la enfermedad cerebrovascular se realizaron en los consultorios populares (ver Tabla 31 y Tabla 32). Para estas dos patologías, la rehabilitación física estaba casi ausente en la red pública nacional y en la actualidad se encuentra en plena expansión con las salas de rehabilitación integral, en las que se ofrece rehabilitación física a todas las personas que la requieran.

Tabla 31: Captación de casos nuevos y consultas de control en enfermedad isquémica del corazón, red convencional y consultorios populares, 2004-2005 [112].

	Casos nuevos		Consultas Sucesivas		Total consultas realizadas	
Red convencional	75.033	53,3%	20.547	1,9%	95.580	7,9%
Consultorios populares	65.679	46,7%	1.048.873	98,1%	1.114.552	92,1%
Total	140.712		1.069.420		1.210.132	

Tabla 32: Captación de casos nuevos y consultas de control en enfermedad cerebrovascular, red convencional y consultorios populares, 2004-2005 [112].

	Casos nuevos		Consultas Sucesivas		Total consultas realizadas	
Red convencional	37.723	70,3%	11.668	5,1%	49.388	17,4%
Consultorios populares	15.971	29,7%	218.818	94,9%	234.789	82,6%
Total	53.694		230.483		284.177	

Asma bronquial

En el período 2004-2005, el 9,2 por ciento de la captación de casos nuevos de asma bronquial y el 89,5 por ciento de las consultas sucesivas se realizaron en los consultorios populares. Esta patología se encuentra entre los diez primeros lugares como motivo de consulta en el país y es una de las causas más frecuentes de ingreso a las emergencias. Con la Misión Barrio Adentro, las comunidades disponen de recursos para atender esta patología cerca del hogar, incluyendo atención médica, medicamentos, nebulizadores y orientaciones para la prevención de las crisis y la mejora de la calidad de vida del y la paciente. Es así que en estos dos años el volumen total de atenciones prestadas por asma bronquial fue de 6.873.858 consultas, de las cuales el 70 por ciento se realizaron en los consultorios populares (ver Tabla 33).

Tabla 33: Captación de casos nuevos y consultas de control en asma bronquial, red convencional y consultorios populares, 2004-2005 [112].

	Casos Nuevos		Consultas Sucesivas		Total consultas realizadas	
Red convencional	1.501.924	90,7%	544.112	10,4%	2.046.036	29,8%
Consultorios populares	153.980	9,3%	4.673.842	89,6%	4.827.822	70,2%
Total	1.655.904		5.217.954		6.873.858	

ATENCIÓN ODONTOLÓGICA

Los problemas de salud bucal de mayor frecuencia y gravedad son las caries y las periodontopatías [115]. En Venezuela, los datos de estudios realizados en algunos grupos de población del país y la información sobre la demanda de atención odontológica en los servicios de salud sugiere que estas patologías son de alta prevalencia, particularmente las caries en los grupos sociales históricamente más desfavorecidos de la población [116,117]. Se ha estimado que casi entre el 70 y 76 por ciento de niños y niñas ya tienen caries a los siete años y la probabilidad de que a los 12 años tengan por lo menos tres dientes con caries es muy alta [118]. La situación es similar en edades superiores y el volumen de desdentamiento entre los 35 y 44 años de edad alcanza la cifra de 26,7 por ciento. Estos datos muestran la falta de atención odontológica en la población para todos los grupos de edad y sugiere la necesidad de ofrecer tratamiento restaurador en lugar de practicar la exodoncia como única solución y la importancia tanto de acciones preventivas como de actividades de promoción y educación para la salud.

Para atender este problema de salud y por considerar que la salud bucal es un componente importante de la salud integral de la persona y su entorno, en 1999, mediante decreto del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, se estableció que toda la sal expendida en el territorio nacional debe contener entre 200 y 220 miligramos de fluoruro de potasio por kilo de sal para combatir la caries dental. Esta medida es tan eficaz como la fluoración de agua y ha sido aplicada en otros países como Costa Rica, Colombia, Francia, Jamaica, México y Uruguay.

En 2003, se inició el Programa Nacional de Salud Oral del Ministerio de Salud, el cual orientó su política al desarrollo de estrategias de promoción de estilos de vidas saludables, prevención de enfermedades y tratamiento curativo, así como la participación comunitaria. Sin embargo, es a partir de la implantación de la Misión Barrio Adentro en 2004 cuando se logra ampliar de manera importante la cobertura de los servicios de salud bucal. La Tabla 34 muestra que el 71,4 por ciento del total de consultas realizadas en el período 2004-2005 se realizaron en consultorios populares. Este aumento ha sido posible debido al crecimiento de la infraestructura de Barrio Adentro, con 1.208 nuevos consultorios odontológicos y la dotación de 3.018 nuevos sillones odontológicos, así como también al aumento del número de odontólogos que trabajan en Barrio Adentro.

Tabla 34: Número de consultas odontológicas en Venezuela, 2004-2005

Consultas odontológicas	Número	Porcentaje
Red convencional	5.689.949	28,4%
Consultorios populares	14.367.331	71,6%
Total	20.057.280	100%

Al analizar los datos del registro odontológico se observa que en el tratamiento de las caries hay un aumento considerable del número total de obturaciones con respecto a la exodoncia para los años estudiados (Tabla 35). El índice de obturaciones-exodoncias en la red convencional es de 1,84 y en los consultorios populares es de 4,26, mientras que el índice general es de 3,66. Este resultado refleja una mejora en la calidad de la atención odontológica, ya que la atención actual preserva más los dientes de las personas.

Tabla 35: Número de obturaciones y exodoncias en los consultorios populares y en la red convencional, 2004-2005

		Número	Índice obturaciones-exodoncias
Consultorios populares	Obturaciones	13.937.361	
	Exodoncias	3.270.701	4,26
Red convencional	Obturaciones	1.994.197	
	Exodoncias	1.083.1171,84	1,84
Total	Obturaciones	15.931.558	
	Exodoncias	4.353.8183,66	3,66

La Tabla 36 muestra el reporte de las actividades odontológicas en los consultorios populares. Por primera vez, en los sectores más pobres de la población se realizan actividades preventivas como la aplicación de laca de flúor, detección precoz de cáncer bucal y actividades como la adaptación de prótesis dentales.

Tabla 36: Atención odontológica en consultorios populares, 2004-2005

Consultas de prótesis	4.448
Casos terminados	1.426
Pulpotomías	355.064
Acciones de educación para la Salud	14.089.887
Exámenes para la detección precoz del cáncer bucal	4.256.549
Aplicación de laca de flúor.	216.813

Destacan las actividades de educación para la salud, que incluyen entre otras el área de alimentación balanceada (reducción de azúcar), control de placa bacteriana, creación de hábitos de higiene oral (técnica de cepillado, uso de hilo dental y enjuague bucal), información sobre aplicación de flúor (para fortalecer el esmalte y disminuir la incidencia de caries dental), asesoría para el cuidado en pacientes diabéticos e hipertensos, y suministro de información sobre el cuidado de su salud bucal y la de su hijo o hija a la madre embarazada.

En los consultorios populares se forman los odontólogos que participan en el postgrado de odontología general integral, lo cual contribuye a que su formación responda a las necesidades de salud bucal de la población. El aumento de la accesibilidad a la atención odontológica, el conjunto de acciones preventivas realizadas y el incremento de personal formado en el área está permitiendo mejorar los indicadores de salud bucal de la población.

ATENCIÓN OFTALMOLÓGICA

A pesar de que los problemas oftalmológicos son de importancia en la población venezolana, el acceso a la prevención, el diagnóstico y tratamiento de estas enfermedades ha sido muy limitado para la mayoría de las personas. Según un censo realizado en el ámbito nacional en el año 2001 [119], las patologías identificadas como causa de ceguera son: las cataratas en el 66 por cien de los casos, el 16 por cien por retinopatías (incluidas la diabéticas) y la enfermedad hipertensiva, el 16 por cien por glaucoma y el 7 por cien por errores de refracción. Para lograr eliminar la ceguera evitable, es necesario un abordaje integral de los

factores de riesgo entre los cuales se encuentra la baja cobertura de los servicios oftalmológicos en el primer nivel. Como consecuencia de la falta de acceso a estos servicios, existe una demanda acumulada de atención médico-quirúrgica.

En la red de consultorios populares de la Misión Barrio Adentro se realiza pesquisa y detección oportuna de las patologías oftalmológicas, se da orientación y se canaliza el tratamiento de la ceguera prevenible y deficiencias visuales. Cuando se inició el plan nacional de alfabetización con la Misión Robinson, se detectó un gran número de personas con deficiencias visuales que nunca habían tenido acceso a lentes correctivos. Es así como se incorpora el servicio de óptica y optometría a través del cual, entre 2004 y 2005, se han atendido 3.529.604 casos, de los cuales el 38 por ciento fueron resueltos con la entrega de anteojos (ver Tabla 37).

Tabla 37: Atención de optometría y óptica, 2004-2005

Casos atendidos	3.529.604
Casos resueltos	2.843.575
Refracciones realizadas	3.264.247
Lentes entregados	1.339.163
Cortes y montas realizados	1.446.108

Vinculada a la Misión Barrio adentro se desarrolla la Misión Milagro, que tiene como objetivo dar respuestas a las necesidades acumuladas de tratamiento quirúrgico de patologías oftalmológicas con un enfoque integral que incluye la reincorporación de los y las pacientes a su vida familiar, laboral y social en el máximo posible de sus capacidades. En una primera fase, entre julio de 2004 y marzo de 2006, se intervinieron en Cuba a 176.000 pacientes, el 79 por ciento por cataratas, el 19 por ciento por pterigio y un 2 por ciento por ptosis palpebral. A partir de octubre de 2005 se incorporan a la Misión Milagro 28 hospitales, que cuentan con 37 quirófanos, distribuidos en 15 estados de Venezuela (ver Tabla 38).

Se han realizado 18.294 intervenciones quirúrgicas oftalmológicas hasta mayo de 2006 (ver Tabla 39), con un total de 17.584 personas beneficiadas (algunos y algunas pacientes presentaban más de una patología). De este grupo de pacientes operados u operadas en Venezuela, 2.694 provienen de catorce países de América Latina y el Caribe en el marco de los convenios de cooperación para la Misión Milagro Internacional.

Tabla 38: Hospitales venezolanos de la Misión Milagro y número de quirófanos

	Hospitales	Hospitales con quirófano
Apure	1	1
Aragua	5	5
Bolívar	1	1
Carabobo	1	1
Distrito Capital	8	16
Guárico	1	1
Lara	1	1
Miranda	1	1
Nueva Esparta	2	3
Portuguesa	1	1
Sucre	1	1
Táchira	2	2
Trujillo	1	1
Vargas	1	1
Zulia	1	1
Total	28	37

Tabla 39: Intervenciones quirúrgicas oftalmológicas de la Misión Milagro en Venezuela, octubre 2005 a mayo 2006

Cataratas	5.389
Ptosis	112
Pterigium	7.831
Estrabismo	531
Miopía	7
Transplantes de córnea	41
Retinopatía diabética	481
Glaucoma	252
Desprendimiento de retina	34
Otros	3.616
Total	18.294

ATENCIÓN EN LOS CENTROS DE DIAGNÓSTICO INTEGRAL (CDI), SALAS DE REHABILITACIÓN INTEGRAL (SRI) Y CENTROS DE ALTA TECNOLOGÍA (CAT)

La disponibilidad y el acceso a la tecnología de calidad, gratuita y apropiada para elevar la capacidad resolutoria de la red de atención primaria en salud en todo el país ha crecido de manera significativa en los dos últimos años con los servicios que brindan los CDI y los CAT. En los CDI, para marzo de 2006 se habían realizado un total de 5.511.851 exámenes de laboratorio clínico, 308.766 electrocardiogramas, 969.997 ultrasonidos y 72.456 endoscopias, entre otros exámenes realizados (ver Tabla 40). Se dio además atención médica a 4.044 pacientes que ingresaron a terapia.

Tabla 40: Número de personas atendidas en los CDI, primer trimestre de 2006

Casos vistos en cuerpo de guardia	933.821
Pacientes en apoyo vital	4.949
Ingresos observación	19.972
Exámenes realizados	7.411.029
Laboratorio clínico	5.511.851
de ellos urgencia	446.635
Electrocardiogramas	308.766
de ellos urgencia	36.622
Ultrasonidos	969.997
de ellos urgencia	40.597
Endoscopias	72.456

Los CAT comienzan a funcionar en febrero de 2006; los resultados iniciales del servicio se muestran en la Tabla 41.

Tabla 41: Número acumulado de personas atendidas en los CAT desde febrero hasta marzo de 2006

Exámenes realizados	17.864
Resonancia magnética	598
Tomografía axial	1.095
Laboratorio clínico	14.362
Densitometría ósea	990
Mamografía	36
ECO tridimensional	367
Rayos X	169
Video endoscopia	232

Con las SRI se atiende una inmensa necesidad acumulada en la población de rehabilitación para diversos problemas de discapacidad. Para marzo de 2006 se habían realizado 556.370 consultas de rehabilitación y se habían aplicado 1.744.921 tratamientos (ver Tabla 42).

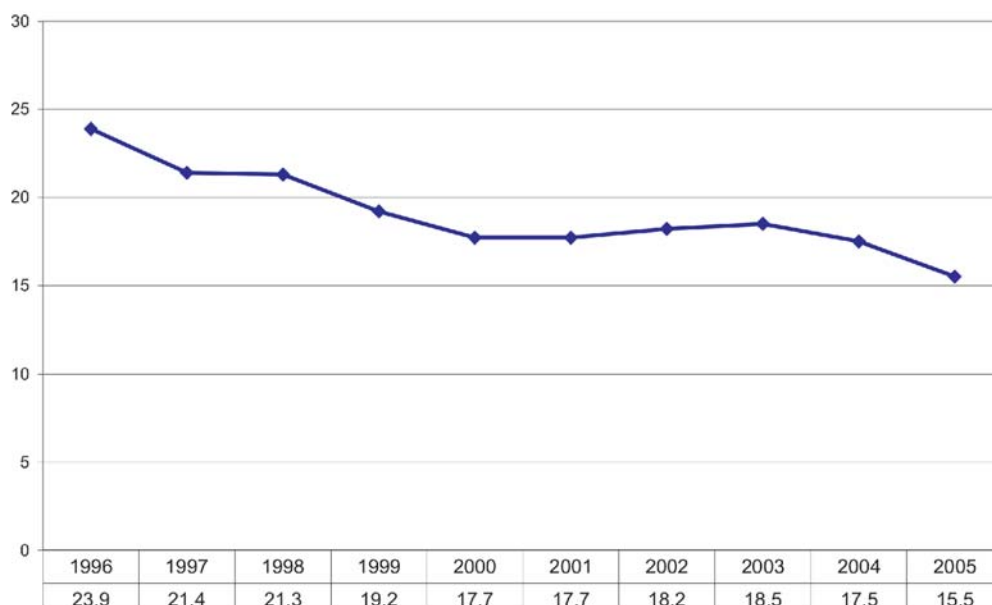
Tabla 42: Número de personas atendidas en las SRI durante el primer trimestre de 2006

Consultas realizadas	123.576
Consultas de rehabilitación	556.370
Tratamientos aplicados	1.744.921
Electroterapia	248.290
Termoterapia	164.555
Gimnasia de adulto	773.857
Gimnasia de niño	180.330
Medicina natural y tradicional	131.595

ENFERMEDADES PREVALENTES EN LA INFANCIA

La deuda social acumulada se aprecia con indicadores tan sensibles de la calidad de vida de la población como la tasa de mortalidad infantil (ver Gráfico 18). La mortalidad infantil es un indicador vinculado a las condiciones de vida del grupo familiar y de acceso a la atención médica. La tasa de mortalidad infantil en Venezuela empezó a descender en 1996 y desde entonces muestra una tendencia general a la baja, aunque se observa un aumento entre 2002 y 2003 que coincide con el deterioro agudo de todos los indicadores económicos y sociales ocurridos durante el golpe de Estado y el paro petrolero de esos dos años, tras el cual se retomó de forma rápida una tendencia al descenso: pasó de 18,5 por mil nacidas o nacidos vivos registrados en 2003 a 15,5 en 2005.

Gráfico 18: Tasa de mortalidad infantil por 1.000 nacidas o nacidos vivos registrados



La enfermedad diarreica aguda y la neumonía se encuentran entre las principales causas de morbilidad y mortalidad en menores de 5 años en Venezuela; entre 1990 y 1996 la mortalidad por diarrea en menores de 5 años se redujo en 59 por ciento y la mortalidad por infecciones respiratorias agudas descendió en un 36 por ciento [98]. La proporción de muertes prevenibles por estas enfermedades en la infancia es alta y depende de factores como las condiciones socio-económicas, la lactancia materna, la alfabetización y el acceso a la educación para las mujeres, el suministro de agua para el consumo, la disposición adecuada de excretas, las inmunizaciones y la administración de vitamina A [120,121]. Junto a este conjunto de factores, son determinantes el acceso a los servicios de salud, la atención médica oportuna y el acceso a rehidratación oral y medicamentos. Las investigaciones al respecto demuestran que, al alcanzar porcentajes de utilización de la terapia de rehidratación oral superiores al 60 por ciento entre niños y niñas con diarrea aguda, la mortalidad puede reducirse hasta en un 15 por ciento cada año [122]. Con la ejecución de programas de control para las infecciones respiratorias agudas,

durante al menos cuatro años consecutivos se evidencian reducciones de hasta 4 por ciento anual [122]. Por otra parte, es un reto para los países mejorar la vigilancia epidemiológica ya que el subregistro junto con la accesibilidad baja a la atención médica limita el estudio del problema.

Durante los dos primeros años de la Misión Barrio Adentro, se logró elevar la cobertura de los servicios de Atención Primaria en Salud; de forma progresiva, se ha incrementado la capacidad resolutoria de la red de atención, incluyendo la promoción y prevención de enfermedades, la entrega gratuita de medicamentos y el uso de la rehidratación oral. El acceso al agua potable en Venezuela creció del 82 al 93 por ciento entre 1999 y 2004, mientras que la recolección de aguas servidas en redes pasó de 64 a 79 por ciento en el mismo período [123].

A pesar de que se analiza un período de tan sólo dos años, se observa que la morbilidad registrada por diarrea y neumonía se duplica, lo cual corresponde a casos que antes no se registraban en la población que no tenía acceso a la atención médica (ver Gráfico 19, Gráfico 21, Gráfico 22).

Gráfico 19: Casos y muertes por diarrea en niños y niñas menores de 1 año de edad

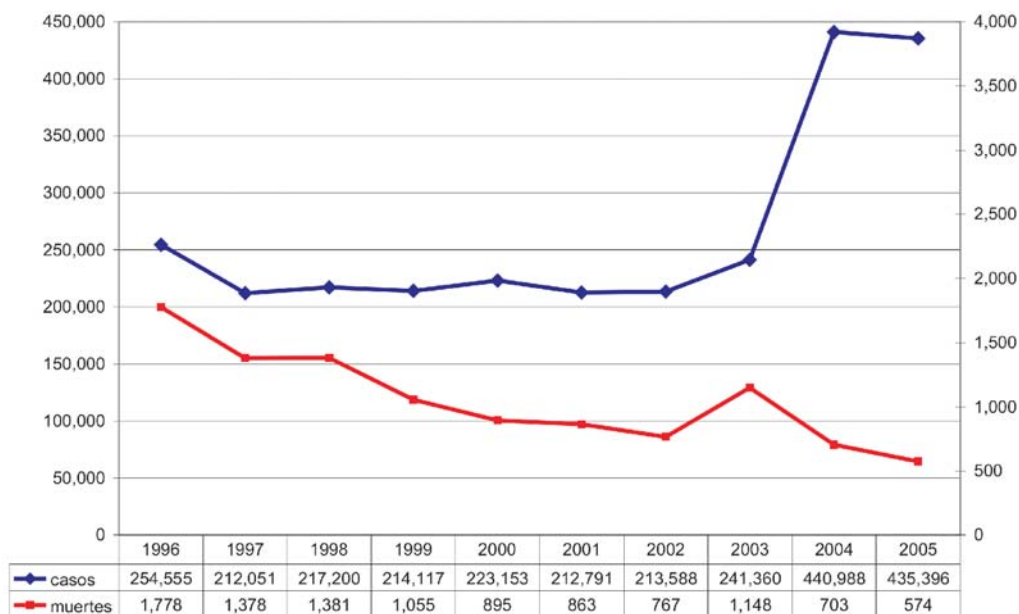


Gráfico 20: Casos y muertes por diarrea en niños y niñas de 1 a 4 años de edad

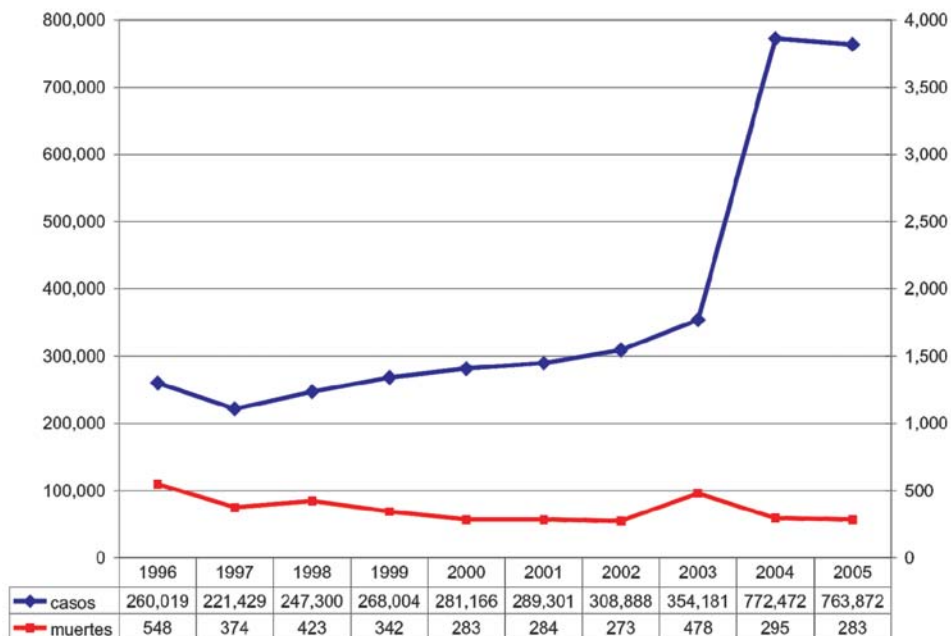


Gráfico 21: Casos y muertes por neumonía en niños y niñas menores de 1 año de edad

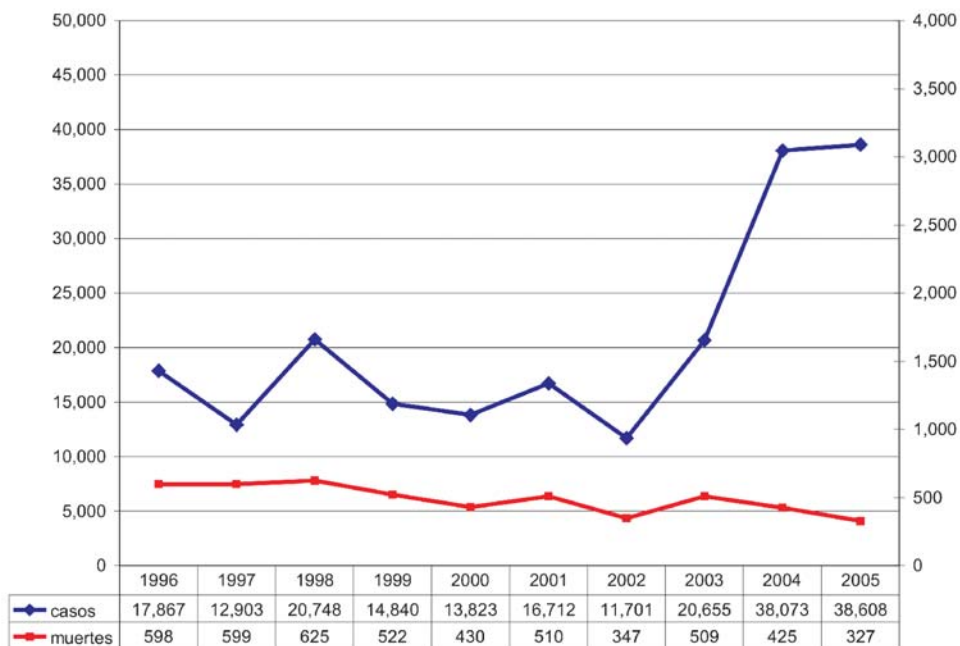
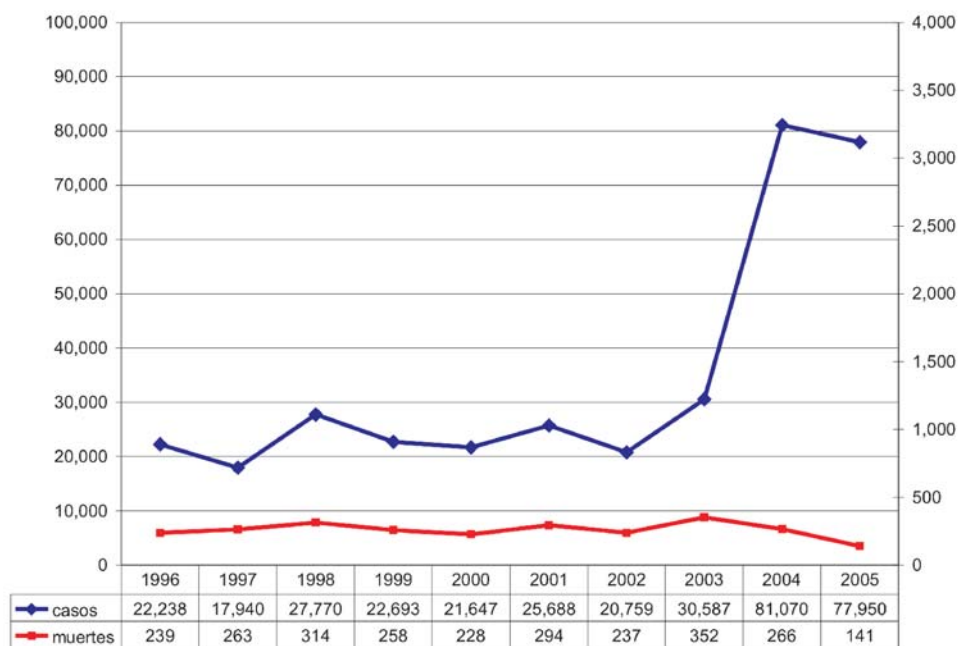


Gráfico 22: Casos y muertes por neumonía en niños y niñas de 1 a 4 años de edad



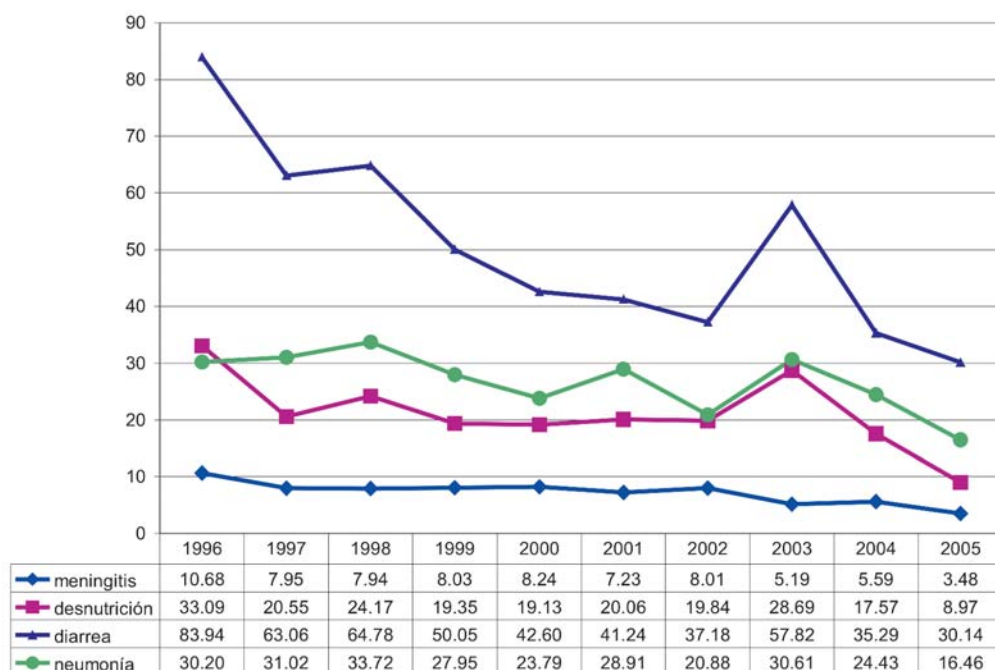
La mortalidad por estas dos patologías en menores de 1 año y en niños y niñas de 1 a 4 años muestra tendencia al descenso: entre 1996 y 2005 la mortalidad por diarrea aguda en menores de 1 año se redujo en un 67,7 por ciento y en el grupo de 1 a 4 años el descenso fue de 48,3 por ciento. La mortalidad por neumonía en menores de un año, entre 1996 y 2005, se redujo en un 45,3 por ciento y en el grupo de 1 a 4 años en 41 por ciento.

Al analizar la mortalidad por diarrea en menores de 5 años para todo el período 1996-2005, se observa que se redujo en 63 por ciento y la mortalidad por infecciones respiratorias agudas descendió en un 44 por ciento. La reducción de las defunciones por diarrea en este grupo de edad fue de 39 por ciento y 14 por ciento en los años 2004 y 2005 respectivamente con relación al año anterior, lo cual muestra una disminución por encima y casi igual al 15 por ciento referido para intervenciones en enfermedades de la infancia [124]. Las defunciones por

neumonía en menores de 5 años se reducen en 20 por ciento y 32 por ciento en los años 2004 y 2005 respectivamente con relación al año anterior, lo cual representa una disminución muy por encima del 4 por ciento reportado por esta causa para intervenciones en estas enfermedades [124].

Al estudiar las tasas de mortalidad en menores de 5 años por neumonía, enfermedad diarreica, desnutrición y meningitis, todas ellas enfermedades prevalentes de la infancia de importancia en salud pública, se observa que se mantiene un patrón similar entre ellas para el período 1996-2005. Las tasas de mortalidad por estas enfermedades descienden entre 1996 y 2005, muestran una disminución progresiva entre 1996 y 2002 y un pico en el año 2003, cuando alcanzan valores comparables a los del año 1996, año tras el cual desciende de forma rápida en el período 2004-2005 para ubicarse en valores muy por debajo a los del año 2002 (ver Gráfico 23).

Gráfico 23: Tasa de mortalidad por diarrea, neumonía, meningitis y desnutrición en niños y niñas menores de 5 años de edad por 100.000



El comportamiento de estas tasas entre 2002 y 2003 muestra el mismo fenómeno que la tasa de mortalidad infantil. Será necesario seguir observando el comportamiento de la morbilidad, aunque según lo observado es de esperar que continúe alta mientras se supera esta etapa de atención a la demanda represada para luego estabilizarse y comenzar a reducirse, que es la meta. En relación a la mortalidad por diarrea, con el avance en la atención en salud, las inmunizaciones, la entrega de vitamina A, la introducción en 2006 de la vacuna contra el rotavirus, la eliminación del analfabetismo, la escolaridad creciente y el aumento en la cobertura de los hogares con agua potable, la expectativa es que se siga reduciendo.

Anexos

Anexo 1: Constitución de la República Bolivariana de Venezuela y Anteproyecto de la Ley Orgánica de Salud

La nueva Constitución de 1999 define el modelo de sociedad que se quiere lograr. En el marco del humanismo se busca la construcción de una democracia social y un Estado de justicia y de paz, corresponsable y garante de equidad, puesto que se hace evidente que las brechas sociales existentes impiden el ejercicio del Estado de Derecho. Las “Leyes Habilitantes” de los años 1999 y 2000 otorgan a la Presidencia de la República el poder de legislar por vía de excepción. Esas leyes fueron la respuesta inmediata para profundizar el marco formal jurídico que crearía condiciones propicias al cambio estructural planteado por la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. Son leyes del Estado que regulan la vida económica, social, financiera y administrativa del país. Se busca pasar de una sociedad de democracia formal y de excluidos a una sociedad de democracia participativa, protagónica y de inclusión social.

La Constitución establece las bases para desarrollar la naturaleza jurídica y el modelo organizativo del sector salud venezolano. El Artículo 83 establece que la salud es un derecho social fundamental, obligación del Estado, que lo garantizará. Con este propósito, en el Artículo 84 se ordena la creación de un Sistema Público Nacional de Salud, bajo la rectoría del Ministerio de Salud, el cual sería de carácter intersectorial, descentralizado y participativo, integrado al sistema de seguridad social, regido por los principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, integración social y solidaridad. En el Artículo 85 se dice que el financiamiento del SPNS es obligación del Estado. Finalmente, el Artículo 86 establece que toda persona tiene derecho a la seguridad social como servicio público de carácter no lucrativo, que garantice la salud y asegure protección en diferentes contingencias.

El marco legal establecido por la Carta Magna permite la formulación de una propuesta de Ley Orgánica de Salud que recoja las orientaciones de política y establezca las normas para su institucionalización. La Ley Orgánica de Salud define el Sistema Público Nacional de Salud como el conjunto integrado de políticas,

planes y acciones, recursos financieros de fuentes públicas, e instituciones, redes de atención y servicios públicos destinados a la salud, que operen en los ámbitos nacional, estatal y municipal, incluyendo todas aquellas instituciones, redes y servicios que reciban financiamiento por parte del Estado.

La Ley Orgánica de Salud no ha sido sancionada todavía, aunque fue promulgada en 1999. Se dio una aprobación, en primera discusión, en el año 2004 y se esperaba que en la primera mitad de 2006 fuese a segunda discusión a fin de solventar las dificultades identificadas y que pudieran darse cumplimiento a los pasos necesarios para lograr su ejecución, de acuerdo a la Constitución. Es una Ley que debe manejar aspectos muy complejos de la planificación del SPNS y la prestación y control de servicios integrales. Debe pasar a promover un régimen de financiamiento y modelo de organización funcional y de participación. Es una Ley que toca múltiples intereses y grupos de presión tanto a nivel central como a niveles regionales y locales. En la práctica, el SPNS se está construyendo sin que esa normativa legal esté lista.

En el Anteproyecto de la Ley Orgánica de Salud, el Estado rescata la rectoría y asume de manera corresponsable, junto con las gobernaciones, alcaldías y comunidades, una reestructuración interna para la conformación, consolidación y gobernabilidad del SPNS. El rescate de la rectoría y liderazgo significa una posición clara respecto a la presencia activa del Estado en la garantía del bienestar de la población, respaldada por una fuerte inversión en el sector salud, de forma tal que de la misma pueda derivarse la garantía de acceso gratuito para la población a los servicios correspondientes. Con el SPNS, el Estado venezolano crea una estructura equitativa para la inclusión social y el aumento de la gobernabilidad ya que, de acuerdo al Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, ésta guarda estrecha relación con la capacidad del país para dar respuesta a la deuda social acumulada. Se trata de una estructura y un sistema para garantizar a todos los venezolanos y venezolanas el derecho a la salud y proporcionarles una mejor calidad de vida, tal como lo establece la Constitución Nacional.

La Constitución de la República Bolivariana de Venezuela y el proyecto de Ley Orgánica de Salud establecieron las instancias de coordinación intergubernamental que facilitan la construcción del SPNS. La salud pasa de ser considerada una mercancía a ser un derecho. Se da fin a la perversión liberal y neoliberal del mercado de la salud y al modelo conceptual dominante en los últimos veinte años, caracterizado

por la desinversión social y el consecuente deterioro de la infraestructura de servicios, más la obsolescencia y falta de mantenimiento de la tecnología de apoyo que incide en la capacidad resolutoria limitada de los establecimientos.

Junto a la garantía del derecho a la salud como parte del derecho a la vida, la Constitución establece todo un sistema de otros derechos que complementan la conceptualización y extensión del derecho a la salud. Entre ellos se señala que toda persona tiene derecho individual y colectivo a disfrutar de una vida y de un ambiente seguro, sano y ecológicamente equilibrado, libre de contaminación, en donde el aire, el agua, los suelos, el clima y la capa de ozono sean especialmente protegidos (Art. 127); se precisa que todas las aguas son bienes de dominio público de la nación y que la ley establece las disposiciones necesarias a fin de garantizar su protección, aprovechamiento y recuperación (Art. 304). Aguas, aire, clima, capa de ozono y ambiente constituyen elementos fundamentales del entorno de la salud. Como medio necesario para afianzar el protagonismo de la población y las comunidades en labores conjuntas con los organismos del Estado, se obliga al mismo Estado y a la sociedad (Art. 62) a facilitar la generación de condiciones favorables que permitan el alcance de los objetivos planteados y que el pueblo participe en la formación, ejecución y control de la política y la gestión pública.

Sobre el plano político y social, la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela de 1999 reconoce y facilita la acción de instancias de participación protagónica, cogestión, autogestión y cooperativismo; es decir, todas aquellas formas de vida y trabajo asociativas, guiadas por los valores de la colaboración recíproca y la solidaridad además de productividad social. La Constitución, previendo la multiplicidad de intereses y niveles de actuación gubernamental que pueden ser campo para la cogestión, establece los mecanismos para la planificación y coordinación en las distintas instancias de gobierno, donde tendrán representatividad las comunidades organizadas a través del Consejo Federal de Gobierno, del Consejo de Planificación y Coordinación de Políticas Públicas, del Consejo Local de Planificación Pública, de los Consejos Comunales y del Fondo de Compensación Interterritorial. Los Consejos Comunales son la organización más avanzada que pueden construir los vecinos de una determinada comunidad para asumir como actores el poder popular. Sirven de mediadores y de articuladores de todos los programas sociales creados para mejorar la calidad de vida de todos los venezolanos y venezolanas, sin ningún tipo de discriminaciones [72].

Anexo 2: Contexto sociopolítico venezolano y antecedentes de Barrio Adentro

La democracia representativa: desde 1958 hasta 1998, dos movimientos políticos, Acción Democrática, de origen social-demócrata, y COPEI, de origen cristiano-demócrata, gobiernan de forma alternativa durante un período marcado por la creciente inequidad en el ingreso, el deterioro de los liderazgos democráticos, el aumento de la corrupción y una indiferencia de las élites ante el crecimiento de la pobreza.

La economía de libre mercado: durante los años ochenta y noventa, el Fondo Monetario Internacional, el Banco Mundial, la Organización de Cooperación y Desarrollo Económico y la Organización Mundial del Comercio elaboran los paquetes de medidas políticas y económicas que luego los gobiernos imponen en sus países.

Primer ajuste económico en Venezuela y el Caracazo: Un punto crucial en la crisis de la democracia representativa es el levantamiento espontáneo y masivo de la población el 27 de febrero de 1989, conocido como “El Caracazo”, el cual se produce como respuesta a la política de ajuste económico concertada por el gobierno de ese momento (segundo período de Carlos Andrés Pérez, de Acción Democrática) y el Fondo Monetario Internacional, que incluye el recorte del gasto público y la liberalización de precios de bienes y servicios. Esta reacción popular se reprime de forma violenta.

La polarización del mundo: En 1992 ocurre en Davos (Suiza) el Foro Económico Mundial, cumbre de la economía de libre mercado y de las élites financieras mundiales. Al mismo tiempo en Porto Alegre (Brasil) se celebra el primer Foro Social Mundial Alternativo, una reunión abierta de ciudadanos y ciudadanas del mundo, antítesis de Davos, que se propone luchar contra la exclusión social y avanzar hacia la justicia social.

La Rebelión militar del 4 de febrero de 1992: se produce y fracasa el alzamiento de un grupo de jóvenes comandados por el Teniente Coronel Hugo Chávez, cuando el presidente venezolano, Carlos A. Pérez, está regresando del Foro Económico de Davos. Hugo Chávez y el resto de quienes participan en la rebelión son llevados a prisión, numerosas personas se identifican con los jóvenes militares y comienzan a constituirse en un movimiento político.

Fin del gobierno de Carlos Andrés Pérez: en 1993, Carlos Andrés Pérez es suspendido de sus funciones por el Congreso Nacional. La Corte Suprema de Justicia le hace cargos por malversación de fondos públicos, es condenado a prisión, luego arresto domiciliario y finalmente se va del país.

Segundo intento de Ajuste Económico: en 1993 Rafael Caldera gana las elecciones tras haber convencido al electorado de que desarrollaría un modelo económico alternativo al neoliberalismo. Sin embargo, en 1996 se decreta en Venezuela un nuevo plan de austeridad a la vez que un plan para privatizar el petróleo y la industria siderúrgica [125].

Elecciones de 1998: el país se encuentra en un estado de enorme deterioro, con un gran déficit fiscal, una fuga persistente de capitales no controlada durante catorce años, 20 por ciento de desempleo y 85 por ciento de pobreza. Hugo Chávez aglutina a casi todos los partidos de izquierda del país y un gran número de movimientos sociales que apoyan la conformación de un gobierno antineoliberal, y en diciembre de 1998 gana las elecciones con el 56,4 por ciento de los votos.

La Asamblea Constituyente: en febrero de 1999 el nuevo gobierno convoca la Asamblea Nacional Constituyente. Se elige a sus integrantes mediante el voto directo, universal y secreto, y los partidos y movimientos que apoyan al gobierno obtienen 128 de los 131 puestos en la asamblea.

La Democracia Participativa: se aprueba la nueva constitución en referéndum con el 72 por ciento de los votos. Entre 1999 y 2001 comienzan a desarrollarse un conjunto de decisiones de gobierno en materia de derechos sociales y de trabajo legislativo dirigido a hacer letra viva los contenidos de la nueva constitución: se decreta la gratuidad de la atención a la salud y de la educación y se prohíbe toda forma de cobro en los establecimientos públicos en todo el país. En estos tres años se logra reducir la inflación de 30 por ciento a 12 por ciento y el desempleo baja de 14,5 por ciento en 1999 a 12,8 por ciento en 2001. La tasa de mortalidad infantil se reduce de 21,4 a 17,7 por mil nacidos vivos registrados.

El desastre natural del estado Vargas y la Misión Humanitaria Cubana: en diciembre de 1999 ocurre uno de los peores desastres naturales en Venezuela en los últimos años. El deslave en el estado Vargas causa alrededor de 20.000 muertes. Esta catástrofe nacional trae al país a la Misión Humanitaria Cubana que más tarde contribuiría a dar origen a la Misión Barrio Adentro.

“Otro mundo es posible”: en el plano internacional, movimientos del mundo entero reunidos en Seattle en 1999 gritan la consigna “Otro Mundo es Posible” contra el consenso de Washington.

Nuevas elecciones presidenciales: siguiendo la nueva constitución, en mayo de 1999 el presidente Chávez somete su mandato a elecciones y es electo con el 60 por ciento de los votos.

Decreto habilitante: en 2001 el congreso aprueba un decreto habilitante que otorga poderes especiales al presidente para aprobar un conjunto de leyes, entre las cuales se aprueban: la ley de tierras, que impulsa una reforma agraria contra el latifundio, percibido como uno de los principales problemas del país; la ley de hidrocarburos, que sienta las bases para la nacionalización de la industria petrolera; y la ley de costas y pesca que da ventajas a la pesca artesanal y desfavorece la pesca de arrastra, y dictamina sobre el uso y propiedad de las tierras alrededor de mares y ríos.

El paro patronal: el 10 de diciembre de 2001 la patronal más importante del país, Fedecámaras (Federación de Cámaras Empresariales), convoca un paro nacional contra las leyes de tierras, hidrocarburos y pesca por considerarlas leyes “comunistas”.

Golpe de Estado de 2002: un golpe de estado cívico militar con apoyo internacional [126] que agrupa a todas las fuerzas de oposición, encabezadas y cohesionadas por los medios de comunicación privados, logra despojar del poder por 48 horas al presidente Chávez, quien es restituido por una manifestación popular masiva acompañada de partidos políticos, medios de comunicación alternativos y un sector de la fuerza armada.

El paro petrolero: entre diciembre de 2002 y febrero de 2003, la oposición, bajo la organización denominada “Coordinadora Democrática”, integrada por dirigentes de los medios de comunicación privados, militares de alta y mediana graduación, dirigentes de los partidos políticos tradicionales, dirigentes empresariales (Fedecámaras), dirigentes de la Confederación de Trabajadores de Venezuela y la gerencia mayor de la empresa estatal de petróleo (PDVSA), sectores de la Iglesia católica y sectores de la sociedad civil, promueve un paro nacional y un boicot petrolero que ocasiona al país pérdidas por el orden de los \$13.430 millones, 170.000 empleos menos y una inflación que alcanza 27,1 por ciento al cierre de 2002.

El paro médico: la Federación Médica Venezolana llama a un paro médico nacional que mantiene los servicios públicos de salud parcialmente cerrados entre 2001 y 2003.

El referéndum revocatorio: tal como establece el artículo 72 de la Constitución de 1999 y a solicitud de la oposición, el 15 de agosto de 2004 se realiza un referéndum para consultar a la población sobre la revocación o no del mandato presidencial. El presidente Chávez se ratifica en su mandato con el 60 por ciento de los votos. Todos los observadores internacionales, incluyendo el Centro Carter, certifican la transparencia del proceso [127].

Anexo 3: Descripción del Plan Estratégico de la Nación en el Contexto Socio Político Nacional y el nuevo rol del Estado

En el PNDES se privilegia el modelo incluyente de desarrollo endógeno (autónomo) y de economía productiva, diversificada y sustentable que da gran impulso a la agricultura, la industria, el comercio, el turismo y la construcción de infraestructura. Su objetivo es fomentar la creación de empleos dignos y acompañar y mejorar todos los niveles de educación, salud y seguridad tanto en el territorio como en el comportamiento político de la ciudadanía. El PNDES promociona las redes sociales que en el sector salud tienen expresión en las Redes Promocionales de Calidad de Vida [84] como espacios para la cogestión Estado-sociedad. Éstas funcionan en los diferentes territorios sociales y obligan a reordenar las ofertas de servicios a través de un patrón de respuestas de calidad oportunas, regulares e integrales a las necesidades de la población. El Estado venezolano establece en el PNDES la necesidad de realizar cambios estructurales y políticos en una nueva institucionalidad que permita un salto cualitativo y cuantitativo para poder cumplir con el objetivo de saldar la deuda social acumulada y sentar nuevas bases del desarrollo del país. Estas son condiciones esenciales para alcanzar calidad de vida y ciudadanía en una sociedad de paz, que define la democracia como participativa y protagónica.

El nuevo rol institucional y activo del aparato de Estado consiste en crear vínculos, actuar y hacer actuar a las y los actores-mediadores de la red, a lo largo de todas las cadenas, para aumentar la eficiencia, transparencia y buen funcionamiento de la administración pública. Como herramienta clave se plantea el trabajo para identificar vacíos, contrapesar elementos para la evaluación, reestructuración y modernización de la administración y de la gestión pública, lo mismo que el control del gasto público para mejorar la eficiencia en la ejecución de la inversión pública y transformar el aparato público para disminuir la burocracia y garantizar el control social de la gestión. El objetivo es conseguir un flujo de administración pública eficaz y humanamente equilibrada al servicio de la ciudadanía. Como herramientas clave se plantean la participación activa, la formación e instauración conjunta de mecanismos de control y seguimiento y el fortalecimiento del papel del Estado en la lucha por el respeto de los derechos humanos. En toda esta

actividad se plantea como herramienta clave la institucionalización y garantía de la continuidad de las misiones.

En la perspectiva global, las misiones forman parte del nacimiento de un nuevo papel institucional del Estado, constituyen estructuras emergentes que dan viabilidad a un cambio institucional donde varias organizaciones se asocian y trascienden los ámbitos exclusivos de su competencia para lograr un fin común. Las misiones pasan de ser estrategias coyunturales a ser elementos estructurantes en el marco de la seguridad social e implican transformaciones de efectos permanentes en lo que con anterioridad constituían los principales sectores de exclusión social: educación, salud, alimentación, vivienda, acceso a nuevas tecnologías y capacitación para la inserción en el proceso productivo.

En esta nueva institución estatal, la diferencia fundamental con respecto a la planificación anterior de los servicios es la concepción desde la atención a las necesidades y no desde la consideración de la oferta. Esto representa un cambio radical frente a la racionalidad económica del neoliberalismo, que se fundamenta en una oferta con “focalización del gasto” y que conduce, en vez de a la consideración de la calidad de vida como prioridad, a la propuesta no equitativa de los paquetes mínimos de servicios para la población marginalizada. Se trata ahora de la atención masiva, socialmente incluyente, gratuita para la población, destinada al fomento y a la promoción de actores y de redes de calidad de vida, de ambiente sano y de salud integral para toda la población, con independencia de la edad, del género, del grupo étnico, de la ubicación territorial de su domicilio, o del entorno socioeconómico de referencia.

Al crear este nuevo rol, el Estado se plantea la construcción colectiva de un nuevo modelo social que fundamenta su evolución en el equilibrio de las fuerzas que intervienen en el desarrollo nacional multidimensional, para crear empleos y condiciones de bienestar general, garantizar el disfrute de los derechos sociales de forma universal y equitativa, mejorar la distribución del ingreso y la riqueza, promover la participación social y transferir poder a la ciudadanía para su ejercicio democrático en los territorios y espacios de decisión pública que le competen.

Anexo 4: Módulo de medicamentos esenciales de Barrio Adentro

1	Epinefrina amp	20	Cotrimoxazolx10 tab
2	Espasmoforte amp		Cotrimoxazolx20tab
3	Difenhidramina 20 mg amp	21	Ciprofloxacina250mg x10 tab
4	Furosemida 20 mg amp		Ciprofloxacina500mgx6tab
	Furosemida 50 mg amp		Tetraciclina 250mgx12
5	Cotrimoxazol susp x60ml	22	Paracetamol 500mg x10
6	Fumarato ferroso susp		Paracetamol 500mgx20
7	Dimehidrinato 50mg amp		Paracetamol 500mgx2
8	Diazepam10mg amp	23	Difenhidramina 25mg x10 tab
9	Ampicillina125mg susp. Fco	24	Diazepam5mg x10 tab
	Amoxicillina 125mg fcox60 susp		Diazepam5mgx20 tab
	Fenoximetilpenicilina susp	25	Hidroclorotiazida 25 mg x20 tab
10	Hidrocortisona 100mg bbo		Clortalidona 25 mg x20
11	Amoxicilina 500mgx10 cap	26	Dimehidrinato x10 tab
	Amoxicillina500mgx12 cap		Dimehidrinatox36 tab
	Amoxicillina500mgx6 cap		Metoclopramida 10mgx20
	Ampicillina 500mg x10	27	Dexametazona 0.75mgx20
12	Beclometazona spray		Prednisona 5 mg x 20 tab
	salbutamol spray	28	Piroxicam10mg x20 tab
13	Aminofilina170mg x10 tab		Piroxicam10mgx10 tab
14	Mebendazol 100mgx6 tab		Indometacina 25mg x20tab
15	Acido fólico 1mgx20		Ibuprofeno 400mgx20
	Acido fólico 1mgx10	29	Metronidazol 250mg x 10 tab
16	Nogestrel x21 tab	30	Polivit x100 tab
	Etinorx21 tab		Multivitx100
	Etinorx63 tab		Nutrifortex100
	Trienor x 63 tab	31	Glibenclamida 5mg x10 tab
17	Clotrimazol100mg x6 tab vag	32	Digoxina 0.25mgx 20 tab
	Clotrimazol500mgx1ovulo		Digoxina 0.25mg x24tab
	Clotrimazol 100mgx12 tab vag		Digoxina 0.25mgx10
18	Atenolol100mg x30 tab	33	Alusil x 30 tab
19	SROx26.5g		Alusilx10
	Sro 7g	34	Captopril 25mg x20 tab

	Captopril 25mg x10 tab	62	Cefalexina 125mgsusp
	Captopril 50mg x30	63	Secnidazol 500mg X 4 TAB
35	Omeprazol 20mgx 14 cap	64	Levamisol 150mg X 1 Tab
36	Salbutamol 0.5%nebulizaciones	65	Amiodarona X 30 Tab
37	Kanamicina col x5ml	66	Fumarato Ferroso X 60 Tab
	Gentamicina Col 0.3% x5 ml		Fumarato Ferrosox10
38	Colirio Anestésico 0.5% fcox5 ml	67	Carbonato de Calcio 0.5gx10tab
39	Cloruro de sodio x500ml	68	Nitropental 20 Mg X 20 Tab
	Cloruro de sodiox1000		Nitropental 20mgx10tab
40	Dextrosa 5 %x 500ml	69	Ketoconazol 200mgX30 Tab
41	Aminofilina 0.25gx10ml amp	70	Aciclovir X 20 Tab
42	Lidocaina 2%x2mlx amp		Aciclovir X10
43	Kanamicina 1g bbo	71	Clorfeniramina X 20 Tab
44	Benzoato de bencilo fco		Clorfeniramina X 10 Tab
45	Paracetamol 120mg /5ml fcojbe	72	Espironolactona X 20 Tab
46	Iodopovidona 10% x120 ml soln		Espiro lactona X10
	Soln antiséptica fco	73	Metildopa 250mg X 50 Tab
47	Ketoconazol crema	74	Atropina 0,5 Mg X 20 Tab
48	Clobetazol crema x25g		Atropina 0,5 Mg X 10 Tab
	Clobetazol ung	75	Metronidazol X 6 Tab Vaginal
49	Gentamicina0.1%x25g crema		Metronidazol X 12 Tab Vaginal
50	Sulfadiazina de plata	76	Naproxeno X 50 Tab
	Nitrofurazona tbo	77	Nifedipino10mg X 100 Tab
51	Dextrosa 5%amp	78	Cimetidina X 100 Tab
52	Dipirona amp		Cimetidina X10
53	Penicilina rapilenta bbo	79	Ácido fólico 5X 20 TAB
54	Penicilina sódica		Ácido fólico 5 X10
55	Agua para inyecciónx3ml	80	Dinitrato Isosurbide X 10 Tab
56	Cefazolina 1 gbbo	81	Carbamazepina 200mg X 90 Tab
	Cefazolina 500mg bbo		Carbamazepina 200mg X 30 TAB
57	Metronidazol x100ml	82	Fenobarbital 100 X 10 Tab
58	Atropina 0.5 Mgx1 MI AMP	83	Amitriptilina 25 X 10 Tab
59	Nistatina Suspensión	84	Clorpromazina 100 X 10 Tab
60	Oxacillina X 10 Cap	85	Piridilcarbinol X 10 Tab
61	Cefalexina 500mg X 10 Cap	86	Ketotifeno 1mg X 10 TAB

87	Azitromicina X 6 Cap
88	Bisacodilo X 10 Tab
89	Mandelamina X 30 Tab
90	Mefenesina X 30 Tab
91	Silogel X 30 Tab
92	Vitamina C500mg X 30 Tab
93	Prednisolona 0.5% Colirio x 5ml
94	Benzalconio 0.05%Colirio
95	Piperazina Jbex120 MI Fco
96	Metoclopramida Gotasx15ml
97	Vitamina A y D2 Gotas
98	Levamisol 10mg x 15ml Susp
99	Vitamina C Gotas
100	Miconazol2%X25g Crema
101	Neomicina Crema
	Neomicina Ungüento
102	Aciclovir Crema
103	Colchicina x10 tab
104	Ppg 10mgx10tab
105	Difenhidramina jbe
106	Insulina

Anexo 5: Tabla de los municipios seleccionados para repartir el módulo familiar de medicamentos

ESTADOS	MUNICIPIOS
GRAN CARACAS	Libertador
	Sucre
	Baruta
ZULIA	Maracaibo
	San Francisco
	Cabimas
	Lagunillas
CARABOBO	Valencia
	Libertador
	Guacara
MIRANDA	Guaicaipuro
	Independencia
	Plaza
	Acevedo
	Urdaneta
BOLÍVAR	Carona
	Heres
ARAGUA	Girardot
	Santiago Mariño
	Mario Briceño
	Rivas
	Sucre
	Libertador
ANZOATEGUI	Bolívar
	Sotillo
	Simón Rodríguez
VARGAS	Vargas
MONAGAS	Maturín
SUCRE	Cumaná
BARINAS	Barinas
TÁCHIRA	San Cristóbal
MÉRIDA	Libertador
PORTUGUESA	Páez
	Guanare
FALCON	Guanare
	Miranda
APURE	Páez

Índice de Tablas

Tabla 1: Distribución de la población en áreas urbanas y rurales en Venezuela según los, censos 1950-2001	8
Tabla 2: Elementos del sistema sanitario venezolano anterior a la Misión Barrio Adentro	10
Tabla 3: Población por motivos de no consulta al médico, según quintiles de ingreso familiar, Venezuela, 1998.....	12
Tabla 4: Inversión pública en salud en millones de bolívares, Venezuela 2000-2006...	15
Tabla 5: Inversión pública en salud en porcentaje del presupuesto nacional y del producto interno bruto, Venezuela 2000-2006	15
Tabla 6: Núcleos de Atención Primaria.....	38
Tabla 7: Antecedentes de los comités de salud actuales	39
Tabla 8: Establecimientos de Barrio Adentro y clínicas populares, julio 2006	52
Tabla 9: Objetivos de los consultorios populares.....	54
Tabla 10: Agenda de actividades en cada Consultorio Popular	54
Tabla 11: Población beneficiada por el módulo familiar de medicamentos en Venezuela 2005-2006.....	56
Tabla 12: Resultados de las entregas efectuadas del módulo familiar de medicamentos en Venezuela en 2005-2006	56
Tabla 13: Labores frecuentes de los ambulatorios rurales y urbanos.. ..	57
Tabla 14: Servicios que ofrecen las clínicas populares	58
Tabla 15: Servicios que ofrecen los CDI y los CAT	59
Tabla 16: Servicios que ofrecen las SRI.....	60
Tabla 17: Número de vacunatorios de Barrio Adentro y de la red convencional.....	61
Tabla 18: Misiones Sociales que acompañan a la Misión Barrio Adentro.....	64
Tabla 19: Unidades curriculares del programa de MIC	74
Tabla 20: Caracterización del proceso docente educativo de OGI	79
Tabla 21: Número de participantes del Curso Defensores y Defensoras de la Salud por el estado venezolano, junio 2006	80

Tabla 22:Funciones principales de las defensoras y defensores de la salud en los consultorios populares	81
Tabla 23: Cobertura de la Misión Barrio Adentro.....	87
Tabla 24: Distribución de médicos y médicas cubanos y venezolanos de la Misión Barrio Adentro, del índice de desarrollo humano de 2003 y de habitantes por médico por estado venezolano, marzo 2006	90
Tabla 25: Clubes de Grupos Específicos. Misión Barrio Adentro, mayo de 2004 a mayo de2006.....	97
Tabla 26: Promoción de la salud en Consultorios Populares, 2004-2005	97
Tabla 27: Actividades de Promoción de Salud. Misión Barrio Adentro. Abril 2003- Mayo 2006	97
Tabla 28: Otras actividades de promoción de salud. Misión Barrio Adentro, abril de 2003 a mayo de 2006	98
Tabla 29: Captación de casos nuevos y consultas de control en hipertensión arterial, red convencional y consultorios populares, 2004-2005	103
Tabla 30: Captación de casos nuevos y consultas de control en diabetes, red convencional y consultorios populares, 2004-2005.....	104
Tabla 31: Captación de casos nuevos y consultas de control en enfermedad isquémica del corazón, red convencional y consultorios populares, 2004-2005.....	105
Tabla 32: Captación de casos nuevos y consultas de control en enfermedad cerebrovascular, red convencional y consultorios populares, 2004-2005.....	106
Tabla 33: Captación de casos nuevos y consultas de control en Asma Bronquial, red convencional y consultorios populares, 2004-2005.....	106
Tabla 34: Número de consultas odontológicas en Venezuela, 2004-2005.....	108
Tabla 35: Número de obturaciones y exodoncias en los consultorios populares y en la red convencional, 2004-2005.....	108
Tabla 36: Atención odontológica en consultorios populares, 2004-2005.....	109
Tabla 37: Atención de optometría y óptica, 2004-2005.....	110
Tabla 38: Hospitales venezolanos de la Misión Milagro y número de quirófanos ..	111
Tabla 39: Intervenciones quirúrgicas oftalmológicas de la Misión Milagro en Venezuela, octubre 2005 a mayo 2006.....	111

Tabla 40: Número de personas atendidas en los CDI, primer trimestre de 2006 ...	112
Tabla 41: Número acumulado de personas atendidas en los CAT desde febrero hasta marzo de 2006	112
Tabla 42: Número de personas atendidas en las SRI durante el primer trimestre de 2006	113

Índice de Gráficos

Gráfico 1: Presupuesto del gobierno en Salud como porcentaje del presupuesto nacional en Venezuela, 1970 -1999	9
Gráfico 2: Mapa político de Venezuela y sus 24 estados	13
Gráfico 3: Comités de salud. Misión Barrio Adentro. Abril de 2003 a mayo 2006.....	40
Gráfico 4: Mapa del estado Amazonas con establecimientos de salud de Barrio Adentro	52
Gráfico 5: Mapa del municipio Libertador en Caracas con establecimientos de salud de Barrio Adentro	53
Gráfico 6: Total de consultas realizadas por Barrio Adentro en 2004-2005.....	88
Gráfico 7: Formación de promotores y promotoras de Salud Misión Barrio Adentro. Venezuela 2003-2006.....	92
Gráfico 8: Capacitación a promotores promotoras de Salud formados. Venezuela Abril 2003- Mayo 2006.....	93
Gráfico 9: Formación de niños y niñas promotores. Misión Barrio Adentro, Mayo 2004 - Mayo 2006.....	93
Gráfico 10: Familias Visitadas por niños niñas promotores. Misión Barrio Adentro Mayo 2004 - Mayo 2006.....	94
Gráfico 11: Participantes en los Club de Embarazadas. Misión Barrio Adentro Abril 2003 - Mayo 2006.....	94
Gráfico 12: Participantes en los Club de Lactantes. Misión Barrio Adentro Mayo 2004 -Mayo2006.....	95
Gráfico 13: Participantes en los Club de Adolescentes. Misión Barrio Adentro Abril 2003 - Mayo 2006	96
Gráfico 14: Participantes en los Club de Abuelos. Misión Barrio Adentro Abril 2003 - Mayo 2006.....	96
Gráfico 15: Número de emisoras de radio en las que se están transmitiendo programas de promoción de salud y promedio de horas de educación y promoción de salud transmitidas por radio semanalmente, por estado venezolano.....	99
Gráfico 16: Captación de casos nuevos de enfermedades crónicas, Venezuela 2004-2005.....	101

Gráfico 17: Consultas sucesivas de enfermedades crónicas, 2004- 2005.....	102
Gráfico 18: Tasa de mortalidad infantil por 1000 nacidos vivos registrados.....	114
Gráfico 19: Casos y muertes por diarrea en niños menores de 1 año de edad.....	115
Gráfico 20: Casos y muertes por diarrea en niños y niñas de 1 a 4 años de edad...	116
Gráfico 21: Casos y muertes por neumonía en niños menores de 1 año de edad.....	116
Gráfico 22: Casos y muertes por neumonía en niños de 1 a 4 años de edad.....	117
Gráfico 23: Tasa de mortalidad por diarrea, neumonía, meningitis y desnutrición en niños menores de 5 años de edad.....	118

Referencias

1. República Bolivariana de Venezuela (2000) Constitución de la República Bolivariana de Venezuela 1999. Caracas: Imprenta Nacional.
2. International Center for Trade and Sustainable Development, Centro Internacional de Política Económica (2006) Venezuela, Cuba y Bolivia sellarán el libre comercio. Puentes Quincenal (8 de mayo).
3. Secretaría de Organización del Congreso Bolivariano de los Pueblos, editor (2005) Construyendo el ALBA desde los Pueblos. Una propuesta de unidad para los pueblos de Nuestra América. Buenos Aires: Ediciones Emancipación.
4. Armada F, Muntaner C (2004) The visible fist of the market: Health Reforms in Latin America. In: Castro A, Singer M, editors. Unhealthy Health Policy: A Critical Anthropological Examination. Walnut Creek, CA.
5. Baron S, Field J, Schuller T (2001) Social Capital: Critical Perspectives. Nueva York: Oxford University Press.
6. Fine B (2001) Social Capital Versus Social Theory: Political Economy and Social Science at the Turn of the Millennium. Nueva York: Routledge.
7. Baldó JI, Curiel J, Lobo Castellanos O (1965) La tuberculosis rural en Venezuela. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana 58: 66-82.
8. García Maldonado L (1972) Historia de la sanidad en Venezuela. Educación y Salud Pública. Caracas: Ediciones del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social.
9. Organización Panamericana de la Salud (2003) Orígen y evolución de la salud pública en Venezuela. Caracas: Organización Panamericana de la Salud.
10. Cartaya V, Magallanes R, Domínguez C (1997) Venezuela: Exclusion and integration. A synthesis in the building? Ginebra: International Institute for Labor Studies.
11. Magallanes R (2005) La igualdad en la República Bolivariana de Venezuela (1999-2004). Revista Venezolana de Economía y Ciencias Sociales 11: 71-99.
12. Castellanos PL (1982) Notas sobre el Estado y la salud en Venezuela. Cuadernos de la Sociedad Venezolana de Planificación: 69-121.
13. Grossi R (1972) Acción sanitaria en Venezuela y presupuestos 1936-1971. Caracas: Ministerio de Salud y Asistencia Social. 190 p.

14. Instituto Nacional de Estadística (2004) Reporte sociodemográfico. Censo de Población y Vivienda 2001. Situación, Dinámica y Perspectivas de la Población. Caracas: Ministerio de Planificación y Desarrollo.
15. Aranda S (1977) La economía venezolana. Bogotá: Siglo XXI.
16. López J (1976) Dirección de Bienestar Social. Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. V Congreso Venezolano de Salud Pública. Caracas.
17. Chossudovsky M (1977) La miseria en Venezuela. Valencia, Venezuela: Vadel Hermanos.
18. Instituto Nacional de Nutrición (1975) Atlas Nutricional de Venezuela. Caracas: Ministerio de Sanidad y Asistencia Social.
19. Machado Y, Castellanos PL, et al (1978) Industrialización, estructura familiar y salud materno infantil en Venezuela. Caracas: Escuela de Medicina J.M. Vargas, Universidad Central de Venezuela.
20. Castellanos PL, Arias F, al. e (1975) Macrodiagnóstico de la situación de salud en Ciudad Bolívar y Ciudad Guayana. Ciudad Guayana: Corporación Venezolana de Guayana.
21. Feo Istúriz O (2003) Repensando la Salud. Maracay: Universidad de Carabobo.
22. Organización Mundial de la Salud (2000) Health Systems: Improving Performance. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
23. Ministerio de Salud (2000) Presupuestos. Caracas: Dirección General de Planificación y Presupuesto.
24. Ministerio de Salud (2006) Número de establecimientos de salud registrados. Caracas: Dirección de Salud Poblacional y Dirección de Contraloría Sanitaria.
25. Oficina Nacional de Presupuesto Leyes de Presupuesto Nacional de Ingresos y Gastos Públicos.
26. Lira Ochoa L (2006) La participación en salud. In: Maraver Gómez S, Sánchez Urdaneta M, editors. Guía práctica de salud para Barrio Adentro I en la zona metropolitana de Caracas. Caracas: Ministerio de Salud.
27. República Bolivariana de Venezuela (2004) Cumpliendo las Metas del Milenio 2004. Caracas: República Bolivariana de Venezuela y Naciones Unidas de Venezuela.

28. Esping-Andersen C (1990) *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Cambridge: Polity Press.
29. Field M (1989) *Success and Crisis in National Health Systems: A comparative Approach*. New York: Routledge.
30. Navarro V, editor (1981) *Imperialism, Health and Medicine*. Farmingdale, NJ: Baywood.
31. Organización Panamericana de la Salud (2004) *Perfil básico de salud*. Venezuela. Disponible en internet: http://www.paho.org/Spanish/DD/AIS/cp_862.htm. Washington, DC: OPS.
32. Rakowski CA, Kastner G (1985) Difficulties involved in taking health services to the people: The example of a public health care center in a Caracas barrio. *Social Science & Medicine* 21: 67-75.
33. Serrano CR (2003) *Estrategias de cooperación con los países*. Informe de situación sobre desarrollo de recursos humanos en salud. Caracas: Organización Panamericana de la Salud.
34. Instituto Nacional de Estadística (2001) *Censo 2001*. Caracas: Ministerio de Planificación y Desarrollo.
35. Instituto Nacional de Estadística (1998) *Encuesta Social*. Disponible en internet: <http://www.sisov.mpd.gov.ve/indicadores/salud/accesoalasalud/sa06003/sa0600300000000/index.html>. Caracas: INE.
36. Organización Panamericana de la Salud (1998) *La Salud En Las Américas, Volumen II*. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud.
37. Rodríguez M (1991) El problema de capacidad resolutive en Atención Primaria de Salud. . In: López Grillo L, editor. *Informe de Gestión 1987-1990 Facultad de Medicina, Universidad Central de Venezuela*. Caracas: Imprenta Universitaria. pp. 602-613.
38. Ministerio de Energía y Petróleo (2006) *Plan Siembra Petrolera 2005-2030*. Caracas: PDVSA.
39. Ramírez R (2006) Entrevista de Ernesto Villegas a Rafael Ramírez. *Últimas Noticias*, 26 de febrero. Caracas. pp. 26-27.
40. Chávez Frías H (2004) *El Salto Adelante. La nueva etapa, el nuevo mapa estratégico*. Caracas: Presidencia de la República Bolivariana de Venezuela.

41. Ministerio de Salud (2006) Presupuesto de gastos nacionales del Ministerio de Salud. Caracas: Dirección de Planificación y Presupuesto.
42. Ministerio de Finanzas (2006) Barrio Adentro I, II, III y Misión Milagro. Caracas: Oficina Nacional del Tesoro.
43. Plan Nacional de Desarrollo Económico y Social: El nuevo modelo de desarrollo. Caracas: Ministerio de Planificación y Desarrollo.
44. Organización Mundial de la Salud, UNICEF (1978) Primary Health Care: Report of the International Conference on Primary Health Care: Alma Ata, URSS. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
45. Jiménez J (1993) Letter from Chile: Re-Establishing Health Care in Chile. *British Medical Journal* 307: 729-730.
46. Bhutta ZA, Nundy S, Abbasi K (2004) Is there hope for South Asia? *British Medical Journal* 328: 777-778.
47. Arocha Mariño C (2000) La Economía y la Salud Pública en Cuba en la década de 1960. *Revista Cubana de Salud Pública* 24: 141-147.
48. Schuftan C (1979) The challenge of feeding the people: Chile under Allende and Tanzania under Nyerere. *Social Science & Medicine* 13: 97-107.
49. Chen P-C, Tuan C-H (1983) Primary Health Care in Rural China: Post-1978 Development. *Social Science & Medicine* 17: 1411-1417.
50. Jaramillo Antillon J, Pineda C, Contreras G (1984) Atención primaria de salud en zonas urbanas marginales: el modelo de Costa Rica / Primary health care in marginal urban areas: the Costa Rica model. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana* 97: 189-200.
51. Navarro V, editor (2002) *The Political Economy of Social Inequalities: Consequences For Health and Quality of Life*. Amityville, NY: Baywood.
52. Castro A, Farmer P (2004) Health and Economic Development. In: Ember CR, Ember M, editors. *Encyclopedia of Medical Anthropology: Health and Illness in the World's Cultures*. New York: Springer. pp. 164-170.
53. Escobar A (1995) *Encountering Development: The Making and Unmaking of The Third World*. Princeton: Princeton University Press.
54. Tejada D (2003) Alma Ata: 25 años después. *Revista Perspectivas de Salud* 8.
55. López Grillo L (1991) Informe de Gestión 1987-1990. Facultad de Medicina, Universidad Central de Venezuela. Caracas: Imprenta Universitaria.

56. Organización de Estados Americanos (2005) Carta Social de las Américas: Renovación del compromiso hemisférico del combate a la pobreza extrema en la región. AG/RES. 2139 (XXXV-O/05). Organización de Estados Americanos.
57. Primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud (1986) Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Ottawa: Canadian Public Health Association.
58. Sexta Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud (2005) Carta de Bangkok para la promoción de la salud en un mundo globalizado. Bangkok: Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud.
59. Organización de las Naciones Unidas (2001) Primer informe anual basado en la "Guía general para la aplicación de la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas", documento A/56/326 (6 de septiembre de 2001). Nueva York: Naciones Unidas.
60. Organización de las Naciones Unidas (2002) Aplicación de la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas, Informe del Secretario General, documento A/57/270 (31 de julio de 2002). Nueva York: Naciones Unidas.
61. República Bolivariana de Venezuela (1999) Decreto Presidencial. Caracas.
62. Feo O, Siqueira CE (2004) An alternative to the neoliberal model in health: The case of Venezuela. *International Journal of Health Services* 34: 365-375.
63. Instituto de Desarrollo Local (2003) Informe. Caracas: Instituto de Desarrollo Local.
64. Defensoría del Pueblo (2003) Plan Barrio Adentro, <http://www.defensoria.gov.ve/lista.asp?sec=190702&txt=barrio%20adentro>. Caracas: Defensoría del Pueblo.
65. Antillano A (2005) La lucha por el reconocimiento y la inclusión en los barrios populares: La experiencia de los comités de tierras urbanas. *Revista Venezolana de Ciencias Económicas y Sociales* 11: 205-218.
66. Misión Médica Cubana (2006) Informe Misión Médica Cubana. Caracas: Misión Médica Cubana.
67. Misión Médica Cubana (2006) Barrio Adentro. Estadísticas anuales. Unidad Central de Información. Caracas, Venezuela. 2003-2006. Caracas: Misión Médica Cubana.

68. República Bolivariana de Venezuela (2004) Decreto Presidencial de creación de la Misión Barrio Adentro. Gaceta Oficial No. 37.865, de 26 de Enero de 2004.
69. Colegio de Médicos del Distrito Metropolitano de Caracas (2003) "Acta-Convenio" suscrito entre el Colegio de Médicos del Distrito Metropolitano de Caracas y el Municipio Libertador del Distrito Capital. Caracas: Colegio de Médicos del Distrito Metropolitano de Caracas.
70. Salas MI (2003) Corte Primera suspendió el "pláacet" a médicos cubanos. El Universal, 22 de agosto de 2003. Caracas.
71. Misión Médica Cubana (2006) Información Semanal del 21 al 27 de mayo. Caracas: Ministerio de Salud.
72. Ministerio de Comunicación e Información (2006) Ley de los Consejos Comunales. Caracas: Colección Textos Legislativos.
73. República Bolivariana de Venezuela (2006) Ley de los Consejos Comunales. Asamblea Nacional de la República Bolivariana de Venezuela. pp. 5.
74. Rovere M (1993) La Planificación Estratégica de los Servicios de Salud. Serie Desarrollo de Recursos Humanos 96, Organización Panamericana de la Salud.
75. Feo O, Vega M (2006) Redes integradas para un Sistema Público Nacional de Salud. In: Maraver Gómez S, Sánchez Urdaneta M, editors. Guía práctica de salud para Barrio Adentro I en la zona metropolitana de Caracas. Caracas: Ministerio de Salud.
76. Ministerio de Salud (2006) Estadísticas de la Dirección General de Salud Oral. Caracas: Ministerio de Salud.
77. Convenio Cuba-Venezuela (2004) Declaración Conjunta suscrita el 14 de diciembre de 2004, entre la República Bolivariana de Venezuela y la República de Cuba.
78. Convenio Argentina-Venezuela (2004) Convenio Integral de Cooperación entre la República Bolivariana de Venezuela y la República Argentina, suscrito en Caracas el 8 de abril de 2004. Caracas.
79. Atherton F, Mbekem G, Nyalusi I (1999) Improving service quality: experience from the Tanzania Family Health Project. Int J Qual Health Care 11: 353-356.
80. Sen A (1992) Inequality Reexamined. Nueva York: Oxford University Press.

81. Instituto Nacional de Estadística (2005) Impacto Social de la Misión Barrio Adentro I (septiembre). Caracas: Ministerio de Planificación y Desarrollo.
82. Instituto Nacional de Estadística (2005) Impacto Social de la Misión Mercal (agosto). Caracas: Ministerio de Planificación y Desarrollo.
83. León LV. Ponencia, Foro Perspectivas Económicas de Venezuela 2006, Consultora Datanálisis, Cámara Venezolana-Norteamericana Venamcham, 7 de febrero.; 2006; Barquisimeto, Venezuela.
84. Ministerio de Salud (2002) Plan Estratégico Social. El desarrollo de un pensamiento estratégico en las políticas públicas por la calidad de vida y salud. Hacia la Universalidad de los Derechos Sociales con Equidad, dentro de una Estrategia de Promoción de la Calidad de Vida y Salud. Caracas: Ministerio de Salud y Desarrollo Social.
85. D'Elia Y (2005) Las políticas sociales desde el enfoque de la calidad de vida. : ILDIS-Fundación Friedrich Ebert.
86. Ministerio de Educación Superior (2006) Misión Sucre inicia carrera de enfermería y deporte, <http://www.mes.gov.ve/informa/noticias.php?id=323>. Caracas: Ministerio de Educación Superior.
87. Ministerio de Educación Superior (2005) Programa de Formación en Medicina Integral Comunitaria de la Misión Sucre. Caracas: Ministerio de Educación Superior.
88. Federación Mundial de Educación Médica (1998) International standards in medical education: assessment and accreditation of medical schools' educational programmes. A WFME position paper. Medical Education 32: 549-558.
89. Ministerio de Salud (2004). Últimas Noticias, 29 de febrero de 2004. Caracas.
90. Virchow R (2006 [1848]) Report on the Typhus Epidemic in Upper Silesia. Social Medicine 1.
91. Krieger N, Northridge M, Gruskin S, Quinn M, Kriebel D, et al. (2003) Assessing health impact assessment: multidisciplinary and international perspectives. J Epidemiol Community Health 57: 659-662.
92. Wright J, Parry J, Mathers J (2005) Participation in health impact assessment: objectives, methods and core values. Bulletin of the World Health Organization 83: 58-63.

93. Organización Mundial de la Salud (1999) Health Impact Assessment: Main Concepts and Suggested Approach. Gothenburg Consensus Paper. Bruselas: European Centre for Health Policy.
94. Granados R, Gómez M (2002) La reforma de los sistemas de salud en Chile y Colombia: resultados y balance. *Revista de Salud Pública* 2: 97-120.
95. Organización de las Naciones Unidas (2005) Indicators of Sustainable Development: Guidelines and Methodologies. Nueva York: CSD Work Programme on Indicators of Sustainable Development (1995-2000). 92-93p.
96. Instituto Nacional de Estadística (2005) Población del país, <http://www.ine.gov.ve/>. Caracas: Ministerio de Planificación y Desarrollo.
97. Organización Panamericana de la Salud (2002) La Salud en las Américas, Volumen I. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud.
98. Organización Panamericana de la Salud (2002) La Salud en las Américas, Volumen II. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud.
99. Sistema Integrado de Indicadores Sociales para Venezuela (2006) Índice de Desarrollo Humano por Entidad Federal 2003, <http://www.sisov.mpd.gov.ve/indicadores/desarrollohumanoydesigualdad/desarrollohumano/indicadedesarrollohumanoportidadfederal/ig00022/ig0002200000000/index.html>. Caracas: Ministerio de Planificación y Desarrollo.
100. Misión Médica Cubana (2006) Información semanal, marzo 2006. Caracas.
101. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo Informes de Desarrollo Humano. Venezuela.
102. Ackerknecht EH (1948) Higiene in France, 1815-1848. *Bull Hist Med* 22.
103. Brotherston JHF (1952) Observations on the Early Public Health Movement in Scotland. Londres: H. K. Lewis & Co.
104. Terris M (1992) Concepts of health promotion: Dualities in public health theory. *Journal of Public Health Policy* 13: 267-276.
105. Misión Médica Cubana (2005) Barrio Adentro. Acuerdos del Primer Taller Nacional de Promoción de Salud. Caracas, Venezuela, marzo 2004. Caracas: Misión Médica Cubana.
106. Misión Médica Cubana (2005) Barrio Adentro. Acuerdos del Segundo Taller Nacional de Promoción de Salud. Carabobo, Venezuela, marzo 2005. Caracas: Misión Médica Cubana.

107. Misión Médica Cubana (2005) Barrio Adentro. Acuerdos del Tercer Taller Nacional de Promoción de Salud. Zulia, Venezuela, diciembre 2004. Caracas: Misión Médica Cubana.
108. Misión Médica Cubana (2005) Barrio Adentro. Acuerdos del Cuarto Taller Nacional de Promoción de Salud. Delta Amacuro, Venezuela, mayo 2005. Caracas: Misión Médica Cubana.
109. Álvarez Sintés R (2004) Salud Familiar: Manual del Promotor. Maracay: Instituto de Altos Estudios en Salud Pública.
110. Lawn JE, Cousens S, Zupan J, for the Lancet Neonatal Survival Steering Team (2005) 4 million neonatal deaths: When? Where? Why? The Lancet 365: 891-900.
111. Ministerio de Salud (2006) Datos sin publicar. Caracas: Dirección General de Programas.
112. Ministerio de Salud (2006) Epi 15 y Reporte Misión Médica Cubana. Caracas: Ministerio de Salud.
113. Avilán Rovira JM (2004) Epidemiología de la Diabetes Mellitus en Venezuela. Gaceta Médica de Caracas 112.
114. Batista Moliner R, Landrove Rodríguez O, Bonet Gorbea M, Feal Cañizales P, Ramírez Rodríguez M (2000) Sistema de Vigilancia en Enfermedades No Transmisibles en Cuba. Revista Cubana de Higiene y Epidemiología 32.
115. Petersen P (2003) The World Oral Health Report 2003. Continuous improvement of oral health in the 21st century the approach of the WHO Global Oral Health Programme. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
116. Barboza L (1999) La dinámica socio-histórica en el área metropolitana y su impacto en las condiciones de vida de la familia y el perfil salud-enfermedad bucal del escolar. Caracas 1997. Acta odontológica venezolana 37.
117. Ortiz A (2000) Condiciones de vida y de salud bucal del escolarizado y su familia. Municipio Caroní, Estado Bolívar 1992. Acta odontológica venezolana 38.

118. Mendes D, Caricote N (2003) Prevalencia de Caries Dental en Escolares de 6 a 12 años de edad del Municipio Antolín del Campo, Estado Nueva Esparta, Venezuela. (2002-2003) Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria "Ortodonciaws" edición electrónica Diciembre 2003 www.ortodonciaws.com.
119. Siso F, Esche G, Limburg H (2005) Encuesta rápida de catarata y servicios quirúrgicos. Revista Oftalmológica Venezolana: 15-135.
120. Duke T (2005) Neonatal pneumonia in developing countries. Archives of Disease Child Fetal and Neonatal Edition 90: 211-219
121. Villamor E, Fawzi W (2000) Vitamin A supplementation: implications for morbidity and mortality in children. Journal of Infectious Diseases 182: S122-S133.
122. Victora C, Bryce J, Fontaine O, Monasch R (2000) Reducing deaths from diarrhoea through oral rehydration therapy. Bulletin of the World Health Organization 78: 1246-1255.
123. Ministerio del Ambiente y los Recursos Naturales (2005) Citado en Rojas, A y Alvarado, C, Las políticas sociales del gobierno revolucionario de Venezuela y la inclusión social. Marzo 2006.
124. Victora C, Bryce J, Fontaine O, Monasch R (2001) Reducción de la mortalidad por diarrea mediante la terapia de rehidratación oral. Boletín de la OMS.
125. López Maya M (2004) Venezuela 2001-2004: actores y estrategias. Cuadernos del CENDES 21: 105-128.
126. Lander E (2002) El papel del gobierno de los E.E.U.U. en el golpe de estado contra el Presidente Chávez: Una exploración preliminar. Observatorio Social de América Latina. Buenos Aires: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales.
127. Lander E (2004) El referéndum revocatorio en Venezuela. La Chronique des Amériques 28: 1-6.

Fe de erratas y aclaraciones

Barrio Adentro: Derecho a la salud e inclusión social en Venezuela.

- p. 11 La última frase del primer párrafo debería decir: “La inversión pública en salud, que en 1970 fue el 13,3 por ciento del presupuesto nacional, pasó a ser el 5,8 por ciento en 1990 y 5,1 por ciento en 1996 [23], lo cual representaba el 0,8 por ciento del producto interno bruto (PIB) en 1996 [25].
- p. 38 La referencia de la Tabla 6 es: Ministerio de Salud (2006) Coordinación Nacional de Comités de Salud. Caracas: Ministerio de Salud.
- p. 52 La referencia de la Tabla 8 es: Ministerio de Salud (2006) Caracas: Viceministerio de Redes de Servicios.
- p. 55 En el segundo párrafo, tiene que decir “ver Anexo 5” donde dice “ver Anexo 4”.
- p. 56 La referencia de la Tabla 11 es la número 67.
- p. 56 La referencia de la Tabla 12 es la número 67.
- p. 61 La referencia de la Tabla 17 es: Ministerio de Salud (2006) Caracas: Dirección de Análisis Estratégico y Epidemiología.
- p. 63 En el último párrafo hay que eliminar la referencia 79.
- pp. 64-65 La información de la Tabla 18 proviene de las páginas de Internet oficiales de las misiones sociales y de los ministerios del Gobierno Bolivariano de Venezuela según la información publicada hasta julio de 2006.
- p. 80 La referencia de la Tabla 21 es: Ministerio de Salud (2006) Informe sobre el primer curso de formación para defensoras y defensores de la salud. Caracas: Dirección de Investigación y Docencia.
- p. 88 La referencia del Gráfico 6 es la número 67.
- p. 99 El Gráfico 15 se trata de una tabla y no de un gráfico.
- p. 101 La referencia del Gráfico 16 es la número 112.
- p. 102 La referencia del Gráfico 17 es la número 112.
- p. 108 La referencia de la Tabla 34 es la número 76.
- p. 108 La referencia de la Tabla 35 es la número 76.
- p. 109 La referencia de la Tabla 36 es la número 76.
- p. 110 La referencia de la Tabla 37 es: Ministerio de Salud (2006) Caracas: Viceministerio de Redes de Servicios.

- p. 111 La referencia de la Tabla 38 es: Ministerio de Salud (2006) Caracas: Viceministerio de Redes de Servicios.
- p. 111 La referencia de la Tabla 39 es: Ministerio de Salud (2006) Caracas: Viceministerio de Redes de Servicios.
- p. 112 La referencia de la Tabla 40 es la número 100.
- p. 112 La referencia de la Tabla 41 es la número 100.
- p. 113 La referencia de la Tabla 42 es la número 100.
- p. 114 La referencia del Gráfico 18 es: Ministerio de Salud (2006) Anuarios de Estadísticas Vitales y Epidemiología. Caracas: Ministerio de Salud.
- p. 115 La referencia del Gráfico 19 es: Ministerio de Salud (2006) Informe mensual de morbilidad Epi 15 y Anuarios de Estadísticas Vitales y Epidemiología. Caracas: Ministerio de Salud.
- p. 116 La referencia del Gráfico 20 es: Ministerio de Salud (2006) Informe mensual de morbilidad Epi 15 y Anuarios de Estadísticas Vitales y Epidemiología. Caracas: Ministerio de Salud.
- p. 116 La referencia del Gráfico 21 es: Ministerio de Salud (2006) Informe mensual de morbilidad Epi 15 y Anuarios de Estadísticas Vitales y Epidemiología. Caracas: Ministerio de Salud.
- p. 117 La referencia del Gráfico 22 es: Ministerio de Salud (2006) Informe mensual de morbilidad Epi 15 y Anuarios de Estadísticas Vitales y Epidemiología. Caracas: Ministerio de Salud.
- p. 118 La referencia del Gráfico 23 es: Ministerio de Salud (2006) Informe mensual de morbilidad Epi 15 y Anuarios de Estadísticas Vitales y Epidemiología. Caracas: Ministerio de Salud.
- p. 130 La referencia del Anexo 4 es la número 67.
- p. 133 La referencia del Anexo 5 es la número 67.
- p. 142 La referencia 25 debe decir: Oficina Nacional de Presupuesto y Banco Central de Venezuela (2005) Gasto público en salud como porcentaje del PIB. Caracas: ONAPRE y BCV.
- p. 146 Hay que eliminar la referencia 79.

Ficha metodológica sobre la construcción de la historia de Barrio Adentro en Venezuela

Barrio Adentro: Derecho a la salud e inclusión social en Venezuela.

- ◇ **Técnica:** Entrevistas abiertas grabadas y transcritas en su totalidad y registro fotográfico. Todas las entrevistas (excepto una) fueron realizadas por la misma persona, con veinte años de experiencia en la realización y análisis de entrevistas abiertas.
- ◇ **Período de trabajo en campo:** Abril a julio de 2006.
- ◇ **Criterios de selección de lugares visitados para realizar entrevistas y registro fotográfico:** Se visitaron todos los tipos de establecimientos que formaban parte de Barrio Adentro en el momento de la investigación en ambiente urbano y en una localidad rural: consultorios habilitados en casas de familias, consultorios populares en módulos, consultorios odontológicos, consultorios de óptica, Centros de Diagnóstico Integral, Servicios de Rehabilitación Integral.
- ◇ **Criterios de selección de las personas a entrevistar:** Se entrevistaron a personas representativas de todos los actores involucrados en el desarrollo de Barrio Adentro en ambiente urbano y en una localidad rural: médicos y médicas, enfermeras, defensores de la salud, integrantes de Comités de Salud, coordinadores de la Misión Mercal, Misión Robinson II, Misión Ribas, Misión Sucre, Misión Ciencia, cocineras de Casas de Alimentación, pacientes en sala de espera y en consulta, odontólogos, personal en las ópticas, profesores y estudiantes del curso de pre-medicina de la carrera en Medicina Integral Comunitaria, estudiantes de medicina de la carrera en Medicina Integral Comunitaria, funcionarios del Ministerio de Salud y de la Misión Médica Cubana.
- ◇ **Número total de personas entrevistadas:** Aproximadamente 60 personas (entrevistas formales e informales).
- ◇ **Descripción de las entrevistas grabadas:**
 - ◇ Entrevista abierta realizada en abril de 2006 a un comité de salud en 23 de Enero, Parroquia Sucre, Municipio Libertador: 45 minutos de grabación.
 - ◇ Entrevista abierta realizada el 18 de abril de 2006 a un comité de salud de Vista el Mar, Sector Los Magallanes, Parroquia Sucre, Municipio Libertador: 1 hora 33 minutos de grabación.

- ◊ Entrevista abierta realizada el 19 de abril de 2006 a 13 médicos y médicas de la Misión Médica Cubana que llegó a Venezuela entre marzo y abril de 2003 y del equipo de dirección de Barrio Adentro: 2 horas 29 minutos de grabación.
- ◊ Entrevista abierta realizada el 20 de abril de 2006 al equipo médico cubano y a estudiantes venezolanas de medicina en Barbacoas, estado Aragua: 36 minutos de grabación.

- ◊ **Metodología de análisis de las entrevistas:** Las entrevistas se analizaron utilizando técnicas etnográficas y de análisis cualitativo. El resultado del análisis preliminar se trianguló con información obtenida a partir de fuentes escritas y de entrevistas adicionales. triangulates with information obtained by written sources and additional interviews.



**Organización
Panamericana
de la Salud**



Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud