

Barrio Adentro, una Política Pública de Salud Emergente de Atención

JESÚS A. OJEDA LIENDO
Docente Facultad Ciencias de la Salud
Universidad de Carabobo, Venezuela.

Resumen

Las políticas de salud desarrolladas en Venezuela, en los últimos dos años responden a la nueva concepción de la salud consagrada en la Constitución Bolivariana de Venezuela. Este trabajo tiene el propósito de analizar los aspectos más relevantes sobre el nuevo modelo de salud que ha implantado el Ministerio de Salud y Desarrollo Social, dando concreción a la estrategia de Atención Primaria de Salud, mediante la Misión Barrio Adentro, como prioridad para dar respuestas a las necesidades sociales de la población, especialmente la excluida, bajo los principios de equidad, universalidad, accesibilidad, gratuidad, pertenencia cultural, participación y corresponsabilidad social, a la vez, constituye la función principal y el núcleo central del Sistema Público Nacional de Salud, así como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Se describen los antecedentes más resaltantes en lo social, político y sanitario que han permitido o guardan relación con los cambios y / o transformaciones que se han dado en la sociedad y el Estado en los últimos cuarenta años.

Palabras Clave:

Atención Primaria de Salud, Misión Barrio Adentro, Sistema Sanitario.

Abstract

The politicians of health developed in Venezuela, in the last two years respond to the new conception of the health consecrated in the Constitution Bolivarian of Venezuela. This work he/she has the purpose of analyzing the aspects but excellent on the new model of health that has implanted the Ministry of Health and Social Development, giving concretion to the strategy of Primary Attention of Health, by means of the Mission Barrio Inside, as priority to give answers to the population's social necessities, especially the one excluded, under the principles of justness, universality, accessibility, gratitude, cultural ownership, participation and social corresponsability, at the same time, constitutes the main function and the central nucleus of the National Public System of Health, as well as of the global social and economic development of the community. The antecedents more resultants are described in the social, political and sanitarium that have allowed or they keep relationship with the changes and / or transformations that have been given in the society and the State in the last forty years.

Key-Words:

Primary attention of Health, Mission NEIGHBORHOOD Inside, Sanitary System.

Introducción

El presente trabajo de investigación es una aproximación al estudio y comprensión de la política pública diseñada por el Estado venezolano a través de Ministerio de Salud y Desarrollo Social, específicamente en lo que se refiere a la Misión Barrio Adentro, que comienza a partir de mayo del año 2003 con la firma del Acta Convenio entre la Alcaldía del Municipio Libertador y la República de Cuba con aval del Colegio de Médicos del Distrito Metropolitano de Caracas.

Este abordaje de la Política Pública "Misión Barrio Adentro" se inspira en el énfasis y la respuesta del Estado venezolano para la solución de las principales necesidades sociales y de salud, conformándose como el punto de partida para el desarrollo de la Red de Atención Primaria Integral, prevista en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela.

En este contexto, el estudio se concentra en la revisión de los elementos teóricos que permiten conocer las bondades de esta política. Como política de salud, coincide en la necesidad de redimensionar los esfuerzos que en materia de Atención Primaria de Salud se han venido realizando.

A partir de la aprobación de la Constitución de 1999, se inicia en Venezuela una nueva etapa, lo que permite generar cambios sustanciales en la estructura del sistema político para transitar hacia un nuevo modelo de sociedad, que pasa por la adecuación legislativa, institucional y de nuevas estrategias, para crear las bases del desarrollo organizativo del sector salud.

La importancia del tema radica en la conjunción de todos los elementos que configuran un nuevo modelo de gestión pública, orientado a garantizar el derecho a la salud, que tiene como una de sus características primordiales la democracia participativa, la cual surge desde la base social para constituirse en una poderosa fuerza de transformación de la salud en el país.

Para el desarrollo de este trabajo ha sido necesario revisar las temáticas relacionadas con: a) El País y la Sociedad Venezolana b) La Situación de salud en Venezuela c) Desarrollo del Sistema Sanitario Venezolano d) Aspectos Políticos Normativos e) Participación Social f) Políticas Públicas y g) 1 Misión Barrio Adentro.

El País y la Sociedad Venezolana

Venezuela es un país que cuenta actualmente con una población de 25 millones de habitantes de acuerdo al censo 2000 (INE-2001). De una población esencialmente rural dispersa casi 90 por ciento, (hasta la década de los 50 del siglo XX), dedicada fundamentalmente a actividades agropecuarias, se transformó en una población predominantemente urbana y concentrada 87 por ciento (en el año 2002), con gran movilidad, impulsada por el incremento de la explotación petrolera.

Grandes concentraciones humanas se ubicaron en la periferia de las ciudades altas y medianamente pobladas, en zonas denominadas "marginales", en donde existen precarias condiciones de vivienda, alimentación, salud, educación, así como, alta inseguridad. Se han incorporado a las Instituciones del Estado como obreros o empleados, sin embargo, en su mayoría ocupan espacios en la denominada "economía informal" o "buhonería".

La diversidad y la desigualdad han sido y siguen siendo características esenciales de la sociedad venezolana y su espacio territorial. La diversidad tiene expresión en lo geográfico, en la vida animal y vegetal, en lo étnico - cultural y en las posiciones políticas -ideológicas de sus habitantes. La desigualdad se expresa en las enormes diferencias socio económicas de los habitantes y en las dificultades confrontadas para acceder oportuna y eficazmente a la justicia natural (equidad) y a la justicia que se han dado a través del Derecho (legalidad). Todo esto en consecuencia, constituye obstáculos para alcanzar la convivencia armoniosa y el desarrollo integral.

Según investigaciones apuntaladas por Castellanos (1997), el 80 por ciento de la población venezolana (estrato IV y V) se encuentra en estado de pobreza y el 47 por ciento de estos corresponden a pobreza extrema crítica y estructural, lo cual significa carencia de los medios materiales, culturales y espirituales necesarios para el disfrute de una vida plena y derechos humanos fundamentales, tales como alimentación, vivienda, salud, educación y recreación adecuados. Así mismo, el 20 por ciento de la población tiene acceso al 80 por ciento de los bienes producidos por el petróleo, alcanzando condiciones de vida "suntuosas" en oposición con aquellos densos sectores pobres de la misma.

De acuerdo a lo expresado anteriormente, es necesario fortalecer a la sociedad venezolana en aspectos relacionados a los valores ciudadanos y su legado histórico, pero así mismo, es imperativo superar las desigualdades para lograr una sociedad más justa, equilibrada y solidaria. En busca de respuestas a esta realidad a finales de la década de los 80 ocurrió el estallido social de mayor impacto en la segunda mitad del Siglo XX, (el Caracazo, febrero 89) generando una serie de acontecimientos que han llevado al país a confrontaciones sociales, abriendo nuevos espacios para un cambio de una sociedad más plural y democrática.

Situación de Salud en Venezuela

La Republica Bolivariana de Venezuela es un ente federal organizado en 23 estados, un distrito capital y las dependencias federales (grupos de islas en el mar caribe). Los estados y el Distrito Federal se dividen en 330 municipios que constituyen unidades políticas primarias y autónomas dentro de la organización nacional. Los municipios, a su vez, se dividen en parroquias y municipios capitales. La extensión territorial es de 916.446 KMSZ y una población estimada de 24.169.744 habitantes, con una densidad demográfica de 26,4 habitantes por Kms², el 33 por ciento de la población es menor de 15 años y el 6,5 mayor de 60 años, en el año 2000. (INE, 2001)

La tasa de natalidad y mortalidad general, en 1999, fue 24,7 por 1000 y 4,7 por 1000 habitantes respectivamente. Según el censo de 1992, la población urbana es el 85 por ciento, el 53 por ciento de la población reside en la región norte, el 24 por ciento en la frontera y el 23 por ciento en la central. La población indígena representa el 1,5 por ciento (MSDS, 2001).

Más del 49 por ciento de la población venezolana se encuentra en situación de pobreza para el año 2000, entidades como Delta Amacuro, Apure; Sucre, Guárico, Portuguesa, Lara, Monagas, Trujillo y Yaracuy muestran una situación de pobreza por encima del 50 por ciento, superando al total nacional. (Mapa de Pobreza, INE, 2001)

En situación de pobreza extrema a nivel nacional se encuentra el 21,86 por ciento de la población, esta cifra es superada por los estados Apure, Amazonas, Delta Amacuro, Guárico y Portuguesa. . (INE, 2001)

Hoy día, las grandes ciudades de Venezuela, han visto engrosar los cinturones de miseria, acentuando la problemática del área urbano marginal, ubicándose para el año de 1998, la población en pobreza en 11.401.853 habitantes (49,04 por ciento de la población total) (Rodríguez, 1999).

Indicadores de Salud

El perfil de mortalidad a dado muy pocas variaciones en los últimos años, con un promedio de 4,5 por mil habitantes Venezuela, para 1997 se caracteriza por la muerte de 98.011 personas, de las cuales el 56,7 por ciento son del sexo masculino y 43,3 por ciento del sexo femenino. La mortalidad en menores de 1 año, representa el 11,2 por ciento; la del grupo de 65 años y más, el 44,2 por ciento, la del grupo de 1 a 14 años, el 15,7 por ciento y la del grupo de 15 a 64 años, el 28 por ciento del total de muertes. Puede hacerse referencia a que el grupo menor de 14 años contribuye con casi un tercio de las muertes, 26,9 por ciento, y se puede caracterizar las muertes violentas en los menores de 25 años, que es un dato importante (MSDS, 1999).

La tendencia de la mortalidad general es indudablemente decreciente, no ha experimentado variaciones significativas entre cada año en el período comprendido entre 1957 y 1998, observándose una pausada y progresiva caída de 9 puntos en 41 años siendo para 1957 de 9,3 y para 1998 de 4,3 por 1000 habitantes (MSDS., 1999).

Entre las principales causas de mortalidad para 1998 - patrón similar en los años anteriores - las enfermedades del corazón ocupan la primera posición con el 21,6 por ciento de la mortalidad general por todas las causas; le sigue cáncer con el 14,2 por ciento, siendo los tumores malignos de los órganos digestivos los que aportan mayoritariamente a esta cifra con el 4,3 por ciento; accidentes de todo tipo se ubica en el tercer lugar con el 7,7 por ciento, aquí los accidentes de vehículo de motor contribuyen con el 4,7 del total de los accidentes. De igual manera, las enfermedades cerebro vasculares con 7,6 por ciento; ciertas afecciones originadas en el período peri natal con 5,6 por ciento; diabetes con 4,9 por ciento; suicidios y homicidios con 3,9, del total de éstos el 2,8 por ciento corresponde a las defunciones por homicidios. Las demás cifras se explican por sí solas (MSDS, 1999).

Se observa un incremento en las tasas de morbilidad de los establecimientos de atención médica; con los síndromes vírales, diarreas y asma como las patologías más importantes y que están muy relacionadas con el ecosistema del propio paciente así como el del entorno que le rodea, ampliado a su comunidad (MSDS, 1999).

Se va evidenciando como las enfermedades transmisibles "pierden importancia relativa", es decir, ocupan lugares "secundarios" en relación a las demás causas de mortalidad, la expectativa de vida va en aumento, y también, ganando fuerza las enfermedades crónicas y las causas externas. De allí, se plantea acciones de salud-enfermedad, mas integrales, que articulan la salud con las condiciones de vida y apertura campos de desarrollo técnico-operativos, que permitan adoptar los nuevos modelos a la comprensión y al diseño de las acciones con relación a la salud. (MSDS,1999)

El patrón de las principales causas de mortalidad en Venezuela tiende o es similar al patrón de mortalidad de los países desarrollados (enfermedades crónicas o enfermedades no transmisibles), conservando la mortalidad propia de los países no desarrollados (enfermedades transmisibles), en una condición de acopio de enfermedades (acumulación epidemiológica) (MSDS, 1999).

Es de resaltar, que entre los factores responsables de las principales enfermedades antiguas y nuevas se incluyen cambios ecológicos, como los que se producen a causas del desarrollo

económico o agrícola, cambios climáticos, demográficos y de comportamiento humanos, transporte, comercio, tecnología e industrias, cambios en los agentes biológicos cuyo desconocimiento lleva al fracaso de las actividades de salud pública que se encuentran vinculados a las desigualdades sociales (Rodríguez, 1999).

El conocimiento y las acciones para controlar las enfermedades transmisibles, pasa por comprender que la existencia de diferenciales en los indicadores de la situación de salud reflejan las inequidades sociales entre las poblaciones que expresan a su vez diferentes condiciones de vida, como respuesta a los distintos contextos del desarrollo económico, pero también a las inequidades sociales que se expresan como desigualdades por grupos de edad, raza, etnia, género, entre otros, que determinan la presencia de numerosas de las enfermedades transmisibles. (MSDS, 1999).

Desarrollo del Sistema Sanitario Venezolano

A finales de la década de los 60, tomando este periodo como referencia histórica, el Estado del Bienestar entra en crisis tanto para Venezuela como para América Latina, es indudable que en el país con la bonanza de la renta petrolera, el sector salud se mantiene con logros, reflejados para esa fecha, en la disminución de indicadores importantes, especialmente referidos a la mortalidad general e infantil. Se desarrollo una infraestructura hospitalaria y tecnológica de punta, sofisticada en relación al desarrollo y condiciones geográficas. El boom petrolero posibilito el progreso tecnológico a pesar de la pobreza y la muerte prematura. Se desarrollo un sector salud marcado por una exagerada burocracia.

En la década de los 80 o la década pérdida para algunos autores, aparece un deterioro en la calidad de vida de la población, debido esencialmente a la caída de los ingresos petroleros, endeudamiento y la puesta en marcha de medidas de ajuste económicos, frenando los alcances logrados en los indicadores de salud en el país.

El porcentaje de la pobreza ubicado entre 40 por ciento en los 80 paso a un 60 por ciento a los finales de los 90 (OCEI 1997). Hay un deterioro en las actividades preventivas en salud, observándose incrementos en enfermedades transmisibles y prevenibles, como la tuberculosis, malaria, dengue, así también se observa una disminución de las actividades de consultas y seguimiento de casos, evidenciándose una pérdida en la capacidad de respuesta por parte del Estado hasta esos momentos, obligando a dar respuesta, con programas o acciones compensatorias coyunturales que no logran frenar el deterioro en la salud.

La crisis en salud esta presente en casi todo el tercer mundo apreciándose la situación de salud en las América con características diferenciales muy marcada, países como Haití muestra una esperanza de vida cercana a los 55 años en relación al resto de los países americanos. Si se comparan las tasas de mortalidad infantil, mortalidad materna, enfermedades diarreicas, o enfermedades prevenibles con vacuna, se observa grandes diferencias.

Los organismo internacionales, como la Naciones Unidas, el Sistema Económico Latinoamericano, entre otros, promueven e incentivan el desarrollo de políticas sociales especialmente en salud, con el objetivo de mejorar la calidad de vida. Se requiere de una política económica con sensibilidad social y de una política social vinculada estrechamente con la política económica.

La necesidad de mejorar la situación sanitaria de los países más afectados, la Organización Mundial de la Salud en la Asamblea anual en el año 1977, decidió que la principal meta social de los gobiernos era.....,alcanzar para todos los ciudadanos del mundo en el año 2000 un grado de

salud que les permitieran llevar una vida digna y económicamente productiva". "Salud para todos en el año 2000 ", estableciéndose que la atención primaria de salud era la clave para alcanzar esa meta.

El Venezuela, para finales de 1982, se aprueba un plan de acción, para la aplicación de la estrategia propuesta por la Asamblea de la Salud (Resolución WHA 35.23) y se crea la Comisión Nacional de Atención Primaria de Salud, adscrita a la Dirección General de Salud, que para ese momento, es el ente ejecutor de las políticas sanitarias a través de las direcciones regionales de salud, generando movimientos en la estructura y funciones para avanzar en políticas desconcentradas, con la participación comunitaria y el uso de tecnologías apropiadas .

La gente estaba en la capacidad de movilizarse y colaborar en torno a programas organizados y dirigidos por el ente rector en salud. Son exitosas las campañas de vacunación masivas como por ejemplo, la vacunación contra la poliomielitis.

La atención primaria de salud (APS), descrito en Alma Ata (1978), representa un avance en lo social, reconoció la equidad en salud, como la cobertura a toda la población con asistencia proporcionada a las necesidades de las mismas. Es un medio práctico para poner al alcance de todos los individuos y familias de las comunidades la asistencia de salud indispensable, en forma que resulte aceptable y proporcionada a sus recursos, y con su plena participación. Pero la atención primaria de salud mucho más que una simple extensión de los servicios básicos de salud; involucra factores sociales y de desarrollo y si se aplica de manera apropiada influirá en el funcionamiento del sistema salud.

Su forma viene determinada por los objetivos sociales, tal como el mejoramiento de la calidad de la vida y la obtención de beneficios sanitarios óptimos para el mayor número posible de individuos; y esos objetivos se alcanzan con la aplicación de medidas sociales, como la aceptación de una mayor responsabilidad en materia de salud por parte de las comunidades y los individuos, su activa participación en el esfuerzo para alcanzarlos. Cuanto menos sea el estado de salud de la población, más probable será que la población contribuya al desarrollo social y económico; desarrollo que, a su vez, facilita los nuevos recursos y la energía social que favorecen el desarrollo de la salud. En consecuencia, la atención primaria de salud y los esfuerzos de la comunidad con miras al desarrollo social y económico tendrán en general mayores probabilidades de ser eficaces cuando se apoyen mutuamente. (OMS., 1978).

Los cambios que amerita la atención primaria de salud, exige concretar la descentralización del sector salud y la puesta en marcha de los sistemas locales de salud (SILOS), que implica un enfoque en la prevención y crear las condiciones sanitarias mínimas que garanticen la preservación de la salud mas que la restitución del daño y la integración de los diferentes niveles de atención a nivel territorial.

Los esfuerzos e intentos por cristalizar lo que se había programado en APS solo se concretó en varios estados del país como el estado Trujillo, el estado Mérida y en el estado Aragua, siendo en este último estado donde se logro iniciar la creación de los Núcleos de Atención Primaria (NAP), los cuales les dan respuesta a los requerimientos sanitarios en poblaciones pequeñas, con la incorporación de un médico para atender a 250 familias y la participación pasiva de la comunidad.

La falta de rectoría en el sector salud, la descentralización sin una participación de la ciudadanía, serias resistencia a la integración y falta de voluntad política para elaborar una ley de salud, contribuyeron a no diseñar las políticas de desarrollo social vinculadas al sector, con el propósito de atender las condiciones de vida y salud de la población.

Venezuela, en los últimos años, no cuenta con un Sistema Público Nacional de Salud, debidamente estructurado y que funcione como tal. Es decir, que todos sus componentes (instituciones de los diferentes niveles y las redes de servicios de atención) estén debidamente interconectadas y que interactúen, vertical y horizontalmente. Que cuenten con elementos normativos que regulen su funcionamiento adecuado.. Es necesario reconocer que existen, en cantidad insuficiente y con calidad heterogénea, instituciones y redes de servicio de salud (de Atención Primaria, de Especialidades Ambulatorias, de Hospitales y de Emergencia) que corresponden a cada uno de los niveles de atención integrantes del sistema nacional de salud en los países avanzados. Es Imperativo, por tanto crear dicho sistema, en las condiciones de cantidad y calidad necesarias y darle la indispensable articulación estructural y funcional a todos sus componentes, a fin de lograr la mayor y mejor cobertura e integralidad a los servicios prestados, de manera que los numerosos programas de salud que se tienen o se puedan establecer, cumplan su cometido de brindar salud de la más alta calidad con equidad a toda la población. (España. 2000.)

Aspectos Políticos Normativo

La Constitución de la República Bolivariana de Venezuela en su Art. 83 establece que, la salud es un derecho social fundamental, obligación del estado, que lo garantizara como parte del derecho a la vida.

El derecho a la salud es materia de tratados pactos y convenciones internacionales suscritos por Venezuela, con jerarquía constitucional que prevalecen como normas en el orden interno. En estos instrumentos la salud es un derecho humano fundamental indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos como necesidad inherente a la existencia de las personas y a su condición de ciudadanía.

El derecho a la salud puede analizarse con base en cuatro derechos articulados:

- 1.- El derecho a la vida, entendido como la básica protección de la vida de las personas por parte del estado y de la sociedad en su conjunto.
- 2.- El derecho al bienestar y a la calidad de vida, entendido como la realización de los proyectos de vida de las personas en las mejores condiciones posibles y con todos los medios disponibles.
- 3.- El derecho a la atención, en términos de la atención y prevención de las enfermedades que atentan contra la realización de la vida.
- 4.- El derecho a la participación ciudadana en salud, entendida como el favorecimiento del ejercicio de la ciudadanía y la autonomía, en términos del poder de decisión y de acción, individual y colectiva, en todo lo relacionado con la salud.

Dada su importancia en el desarrollo de la vida de las personas y comunidades, la salud adquiere rango de relevancia pública con supremacía dentro del marco de políticas públicas y sobre toda acción que pueda contribuir a generar capacidades, medios y condiciones para garantizarla, provengan del sector gubernamental o privado lucrativo o no lucrativo. La relevancia pública de la salud, supone que toda acción de salud y de interés para la salud debe funcionar desde la lógica de la regulación pública, quedando el interés particular supeditado al interés superior de todos los ciudadanos y ciudadanas, salvaguardados en las orientaciones y disposiciones que establezca el estado a través de sus instituciones. La aplicación de ese principio implica la

participación corresponsable de la sociedad, la familia y las personas de todos los poderes públicos y de las instituciones privadas en la consecución de los objetivos nacionales para ser efectivos el derecho a la salud. (MSDS, 2002)

La constitución introduce una nueva concepción de salud, entendida como expresión de condiciones de vida y resultado de sus determinaciones sociales. En este sentido, la salud revela las oportunidades equitativas que tienen las personas y colectivos a la satisfacción plena de necesidades de calidad de vida entre la que destacan alimentación, trabajo, saneamiento, educación, renta, vivienda, ambiente, transporte, entre otros. El acceso y la materialización de estas necesidades con equidad, es lo que determina la condición de estar y permanecer sano, desarrollando con autonomía y plenitud todas las capacidades, potenciales para realizarlos y transformar la vida, como seres humanos y ciudadanos sujetos de derecho.

La universalidad del derecho a la salud, reduciendo el déficit de atención e impactando sobre las inequidades, exige dentro de esta nueva definición:

1.- Cambiar la concepción dominante de la salud que tiene como único centro la reparación de daños físicos mentales o la eliminación de procesos patológicos o factores de riesgo. La salud adquiere una dimensión amplia dirigida hacia la conquista y protección de la calidad de vida de todos y todas, que trasciende los espacios de la atención médica, trasladando la acción hacia las formas en las que se desenvuelve la vida de las personas y grupos humanos, en territorios sociales concretos.

2.- Generar otro sentido a la acción, operando sobre el conjunto de las condiciones materiales, sociales, políticas, anímicas, psicológicas y biológicas que caracteriza la realidad de la vida de las personas buscando atacar la complejidad de las causalidades sociales y determinantes que provoca o puede provocar pérdida de autonomía. Esto significa tomar conciencia del imperativo del esfuerzo colectivo, transectorial y participativo, en los espacios de la política en los procesos económicos y sociales y en la articulación de respuestas con impacto en la calidad de vida y salud de todos y todas.

3.- Reorientar el modo en que los servicios de salud se planifican, ordenan y funcionan, de tal forma que el eje de su actuación sea responder a las diferentes configuraciones individuales y colectivas de calidad de vida y salud, articulándose entre ellos y dentro de su territorio de acuerdo a las características y formas de expresión de estas necesidades por género, etapas de la vida, territorios y extractos sociales, y problemas de mayor impacto en la salud de la población. (OMS, 1990)

En el Artículo 84 se ordena la creación de un sistema público nacional de salud, bajo la rectoría del MSDS, el cual será 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 sistema público nacional de salud 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 ha permitido la formulación de una propuesta de Ley Orgánica de Salud, pendiente de aprobación por la Asamblea Nacional, la cual recoge las orientaciones de política y establece las normas para su institucionalización.

El sistema adopta una estructura de coordinación intergubernamental, gestión descentralizada y dirección única en cada ámbito de gobierno, y se organiza en espacios de decisión jerárquicos, territoriales y funcionales de manera transectorial y participativa.

Al Estado Nacional también le corresponde constitucionalmente ejercer la rectoría en salud, a través del Ministerio con las competencias en esa materia. En consecuencia, al MSDS le corresponde definir las políticas de salud, proveer conjuntamente con los otros entes responsables involucrados, los recursos indispensables para la instrumentación de las políticas; evaluar y controlar la ejecución de las mismas y aplicar los mecanismos correctivos cuando éstas no se ejecuten (MSDS, 1997).

Participación Social

La participación ciudadana involucra a individuos, grupos, organizaciones de la sociedad civil y sus interrelaciones con el Estado y los gobiernos locales. Velásquez (citado por, Behm, 1. (1997), advierte diversos niveles de participación ciudadana. Ellos son: informarse como elemento clave para la gestión democrática; la consulta de inquietudes, necesidades y expectativas como fuente de criterios para tomar decisiones; la decisión, o sea la posibilidad y capacidad de intervenir en la decisión final; el control de la ejecución de las decisiones y la gestión, o sea como agentes activos con condiciones para el manejo autónomo de determinados ámbitos de la vida colectiva.

La participación ciudadana está vinculada a la complementación de la democracia representativa con la democracia participativa, a la reforma del Estado y a la redefinición de las relaciones de los entes gubernamentales con la comunidad. (Hopenhayn, 1988).

Esta nueva forma de participación, se plantea en medio de un cuadro general difícil, en donde ejerce influencia el pesimismo frente a un futuro democrático, la desconfianza frente a los partidos políticos como expresión de intereses colectivos, el incremento de la población en situación de pobreza, la globalización como hecho ineludible, el surgimiento del municipio como instancia importante para la conquista de mejores niveles de vida y como fuente de articulación de la gestión vecinal, pública y privada en la vida local.

En este contexto, la participación, es decir, los diversos mecanismos e instancias que posee la sociedad para incidir en las estructuras estatales y las políticas públicas, requieren de cambios significativos, en la cultura y la conducta política de las autoridades y de la población en general. La participación ciudadana, representa una ruptura con el Estado clientelar que ha caracterizado al país por años. Ella, permitirá superar la idea generalizada de exigir del Estado todos los derechos sin contrapartida en materia de deberes, mediante la conquista de la ciudadanía en la cotidianidad. Por otra parte, resulta necesario lograr la confluencia de todos los actores sociales locales sobre planes y proyectos específicos de carácter estratégicos a ser ejecutados en torno al municipio como lugar de encuentro de las iniciativas públicas, privadas y de la comunidad, a partir de una información veraz y completa sobre los asuntos municipales. (OMS,1990)

Políticas Públicas

Son acciones, que el Estado decide, a partir de de una situación social o mejor dicho, societal dada, problemática en la cual están involucrados diversos actores estatales y extra estatales, dirigidos a distribuir valores de diferente tipo con el objeto de incidir sobre dichos estados sociales. (Salamanca, 1999)

Ojeda Liendo, Jesús Barrio Adentro, una política Pública de Salud Emergente de Atención

Ojeda Liendo, Jesús

Barrio Adentro, una Política Pública de Salud Emergente de Atención

Por el hecho de ser "política", su origen se encuentra en el Estado, entendiendo el sentido amplio de Estado: cualquier nivel de Gobierno o cualquiera de los poderes públicos. Por ser "pública" afecta a las comunidades y la sociedad en su conjunto.

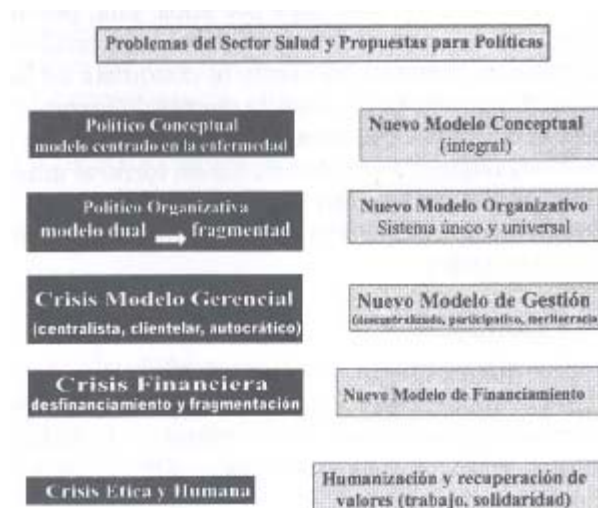
Las políticas públicas se reflejan en leyes, decretos, resoluciones, reglamentos, ordenanzas, documentos oficiales.

Se considera que existe un problema público cuando se presentan las siguientes características, según Ruiz Sánchez (1999):

- Es una decisión aplicada a problemas urgentes.
- Pretende resolver la totalidad de la problemática.
- Será temporal mientras se observan los primeros resultados.
- Deberá considerar la participación social y el consenso
- Deberá ser congruente con las líneas generales de acción de gobierno.
- Podrá formalizarse como una ley, un decreto, un programa, etc..

El análisis de las políticas públicas se consideran como un proceso continuo de toma de decisiones mediante el cual el Estado, con la participación de los diversos actores involucrados, establece acciones, normas y estrategias para resolver problemas públicos".

En el presente esquema se puede observar las propuestas de modelos de Políticas Públicas en Salud. Modelo Actual vs Modelo en Construcción.



Misión Barrio Adentro

En los últimos diez años en el país las respuestas sociales en su conjunto no han sido claras ni evidentes. Los distintos sectores sociales se han retirado a sus espacios propios y no ha existido una repuesta por parte de los actores sociales, que ha contribuido a un discurso dominado por la inercia y el lamento de la abundancia petrolera.

Se hace imperativo, ante la propuesta de las mejoras de la prestación de servicios médicos en manos privadas, a la acción de un Estado involucrando, a los actores sociales a una política integradora.

Para poder construir las oportunidades de salud en Venezuela se hizo necesario cambiar la perspectiva de abordaje rentista y modernidad, asumiendo nuevas propuestas en donde debe procurarse una integración en los diversos niveles de atención con relación al espacio territorial. Se requiere de más y mejores centro de atención primaria que de grandes hospitales, se necesitan más médicos generales que especialistas y más expertos en salud pública que diseñen propuestas novedosas para la sociedad.

La respuesta a estos retos se ha materializado en la concreción de la Misión Barrio Adentro, la cual fue iniciada en el primer trimestre del año 2003 en el Municipio Libertador del Distrito Metropolitano de Caracas donde se establece un acuerdo entre la Alcaldía del Municipio Libertador y la República de Cuba, como parte del "Convenio Integral de Cooperación" entre ambos países con miras a implementar un plan de salud en los Barrios de Caracas.

La misión Barrio Adentro busca el fortalecimiento de la atención primaria de salud desde la base del movimiento social, la cual se concibe como medio práctico para poner al alcance de todos los individuos, familias y comunidades la Atención de Salud, de forma que resulte aceptable y proporcionada a sus recursos y con su plena participación.

Las características que la definen son la siguiente:

- Abarca los factores sociales y de desarrollo endógeno local. Va más allá de una simple extensión de los servicios.
- Interviene en el mejoramiento de la calidad de vida y obtención de beneficios de salud óptimos para el mayor número de personas.
- Proporciona mayor responsabilidad a los individuos y comunidades, bajo el enfoque de Democracia Participativa.
- Facilita los nuevos recursos y la energía social que favorece el desarrollo de la salud.
- Funciona en armonía con los demás sectores sociales y económicos involucrados en el desarrollo endógeno local.
- Integra los equipos de salud a la comunidad, toda vez, que requiere vivan en las propias comunidades.
- Presiona la necesidad de organización e implantación del Sistema Público Nacional de Salud.

La Misión Barrio Adentro cuenta con una Red de Atención Primaria de Salud de servicios dotados de capacidad resolutive para el logro de calidad de vida y salud, respondiendo a las necesidades sociales y en interacción con las otras redes sociales, mediante acciones de protección de la vida, educación para la salud, prevención, manejo de enfermedades, restitución y rehabilitación de la salud, actuando sobre los determinantes de la salud de las personas y las comunidades según sus territorios sociales.(MSDS, Barrio Adentro 2004)

En el presente gráfico se puede observar la nueva de servicios en comparación con la red de servicio actual.



Barrio Adentro, representa el primer nivel de atención de la salud en el marco de la Atención Primaria que resuelve más del 80 por ciento de los problemas de salud de la población en sus territorios, abordándolos en forma interdisciplinaria, desde una perspectiva integral de salud, que articula las políticas y programas sociales del Gobierno Nacional. Está integrado por la Red Ambulatoria existente (ARI, ARII, AUI) y por los Consultorios Populares, los cuales constituyen la primera puerta de entrada al SPNS.

Desde su conceptualización, es la concreción de la Atención Primaria de Salud como prioridad de la Política de Salud del MSDS, para dar respuestas a las necesidades sociales de la población, especialmente la excluida, bajo los principios de equidad, universalidad, accesibilidad, gratuidad, transectorialidad, pertenencia cultural, participación, justicia y corresponsabilidad social, contribuyendo a mejorar la calidad de salud y vida.

Entre los objetivos que Barrio Adentro se plantea están los siguientes:

- Implantar un Modelo de Gestión Pública, que responda a las necesidades sociales de los grupos de población, mediante la organización y participación de las comunidades, apoyada en la contraloría social como expresión de poder popular.
- Articular las políticas sociales que den respuestas a las necesidades sociales de la población en sus territorios.
- Adecuar la Red Ambulatoria existente a Barrio Adentro aumentando su capacidad resolutoria mediante la implantación, consolidación y extensión de consultorios populares, haciendo énfasis en la Promoción de la Salud y Calidad de Vida.
- Potenciar capacidades y habilidades de los recursos humanos, institucionales y comunitarios, mediante la formación y educación permanente.

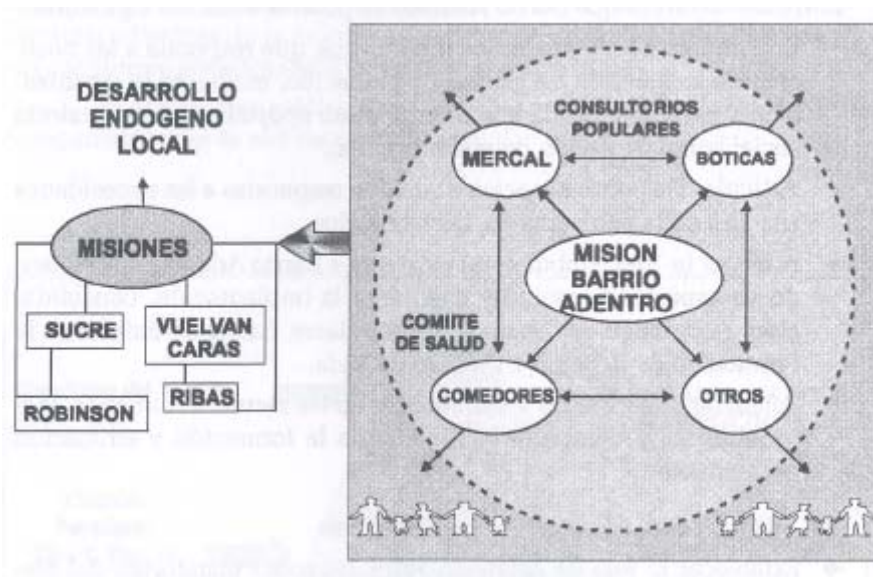
Así mismo, se plantean las siguientes metas:

- Establecer la Red de Atención Primaria como plataforma del Sistema Público Nacional de Salud y como nuevo modelo de gestión pública a nivel nacional.
- Lograr un médico por cada 250 familias.

- Promover la salud integral de individuos, familias y comunidades.
- Impulsar la construcción de las Redes Sociales bajo control comunitario.
- Articular la Misión Barrio Adentro con otros programas sociales para contribuir al desarrollo, crecimiento y envejecimiento de la población con calidad de vida.
- A Contribuir en la formación del recurso humano y comunitario necesario para la Atención Primaria de Salud.

La población beneficiada en una primera etapa, comprende especialmente los sectores populares urbanos (barrios), rurales, los pueblos fronterizos e indígenas, que representan el 60 por ciento de la población venezolana.

En el presente gráfico se aprecia la expresión de Barrio Adentro como la construcción de la Red Social Básica de las Políticas Sociales del Estado, donde se articula esa política social a través de las misiones.



Consideraciones Finales

En referencia a los elementos desarrollados en el presente trabajo, se pueden hacer las siguientes reflexiones finales en torno a la implantación de la política pública de Barrio Adentro, por parte del Estado a través del Ministerio de Salud y Desarrollo Social.:

1. La diversidad y la desigualdad han sido y siguen siendo características esenciales de la sociedad venezolana y su espacio físico. Esto constituye las fortalezas para la aplicación de la Política que llega a la población de mayor exclusión social.
 2. La Constitución de la República Bolivariana de Venezuela establece con énfasis la importancia en el desarrollo de la vida de las personas y comunidades, la salud adquiere rango de relevancia pública con supremacía dentro del marco de políticas públicas y sobre toda acción que pueda contribuir a generar capacidades, medios y condiciones para garantizarla.
- En este sentido, la salud revela las oportunidades equitativas que tienen las personas y colectivos a la satisfacción plena de necesidades de calidad de vida entre la que destacan alimentación, trabajo, saneamiento, educación, renta, vivienda, ambiente, transporte, entre otros.

Así mismo, se ordena la creación de un sistema público nacional de salud, bajo la rectoría del MSDS, el cual será 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.

Este legado permite ensamblar estas políticas dentro de la normativa nacional, la cual constituye la base de una plataforma legal para su desarrollo y ejecución

3. Más del 49 por ciento de la población venezolana se encuentra en situación de pobreza para el año 2000, entidades como Delta Amacuro, Apure; Sucre, Guárico, Portuguesa, Lara, Monagas, Trujillo y Yaracuy muestran una situación de pobreza por encima del 50 por ciento, superando al total nacional.

Las condiciones de salud de esta población responde a su contexto social, teniendo como características resaltantes la precariedad en el acceso y la poca o nula asistencia médica, lo cual constituyen una enorme deuda social.

Partiendo de lo anterior y teniendo en cuenta los objetivos y metas planteadas en la Declaración del Desarrollo del Milenio para estos países, la política de Barrio Adentro constituyen una respuesta y un instrumento para combatir la pobreza.

4. Hasta el presente Venezuela no cuenta con un Sistema Público Nacional de Salud, debidamente estructurado y que funcione como tal. Es decir, que todos sus componentes (instituciones de los diferentes niveles y las redes de servicios de atención) estén debidamente interconectados y que interactúen, vertical y horizontalmente. Esta realidad no contribuye a mejorar las condiciones de salud en la población. Con la política pública que se ha abordado en el presente trabajo, incorpora elementos embrionarios en el Sistema Nacional único de Salud, que permitirá una mayor eficiencia y eficacia de dicho Sistema.

5. Esta política responde a los elementos básicos enunciados en la Conferencia Internacional de la Atención Primaria de Salud, la cual respondía a la gran meta "Salud para Todos, para el año 2000".

6. La participación ciudadana entendida como el empoderamiento de los ciudadanos, grupos, organizaciones de la sociedad civil en los asuntos públicos, constituyen para esta política la sustentabilidad y la legitimidad y con ello el logro de la salud de la población la cual esta dado bajo un modelo que incorpore la democracia y la participación: entendiéndose éstas, como distribución de responsabilidades en la práctica colectiva intersectorial, interdisciplinaria y de profunda participación social, donde la comunidad sea protagonista y conductor del proceso.

7. Las políticas públicas son decisiones, acciones, normas y estrategias establecidas por el Estado, las cuales están orientadas a la solución de problemas públicos, es decir aquellos que afectan al colectivo, ya sean problemas sentidos por la sociedad o problemas potenciales aunque aún no sean del conocimiento del colectivo. La política pública de Barrio Adentro esta referida a un modelo conceptual de salud integral, con un sistema único y universal, descentralizado, participativo y democrático, humanizado y con valores éticos centrado en la solidaridad y el trabajo, así mismo es una decisión aplicada a problemas urgentes en la salud de la población, es congruente con las líneas general de acción del gobierno

Con las consideraciones anteriores, esta política pública tiende a producir instrumentos de construcción hacia un modelo de Estado más social para reforzar la calidad de vida y las redes solidarias en lo político, en lo educativo y en lo económico para que sea capaz de reencontrar un actor social participativo, permitiendo abrir espacios ideológicos para un proceso de cambio que se desarrolla en los actuales momentos.

Referencia Bibliográfica

- BEHM, I. (1997). Participación social en el campo de la salud. Módulo 8. San José, Costa Rica: CCSS, CENDEISS, UCR, SEP
- BELLO, E y Sevilla, Y (1980). Marginalidad y Sociedad. Barrios urbanos de Valencia. Ediciones del rectorado de la Universidad de Carabobo. Valencia. Estado Carabobo.
- CONSTITUCIÓN DE LA REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA. (2001) Caracas. Editorial Corporación Arg.
- COORDINACIÓN NACIONAL DE ATENCIÓN PRIMARIA. Lineamientos de Política de Salud. Misión Barrio Adentro. Caracas. Ed. Ministerio de salud y Desarrollo Social/ Barrio Adentro 2004
- CORPORACIÓN DE SALUD DEL ESTADO ARAGUA. (Corposalud) (1998). Anuario Estadístico. Maracay. Estado Aragua.
- _____, (2000). Indicadores generales de programas de salud. Versión I. Mayo. Maracay. Estado Aragua.
- _____, (1999). Plan de Salud del Estado Aragua. Proyecto Salud.
- ESPAÑA, L.; Fernández, Y; Morante, O. y Maldonado, V (2000). Bases para la discusión y formulación del Plan Estratégico Social del Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Material para la discusión interna del Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Ministerio de Salud y Desarrollo Social - MSDS, Instituto Latinoamericano de Investigaciones Sociales - ILDIS, Deutsche Gesellschaft Fur Technische Zusammenarbeit - GTZ. Caracas, 16 de mayo.
- HOPENHAYN, M. (1988). "La participación y sus motivos". En: Revista Acción Crítica. N° 24. ALAETS-CELATS. Diciembre.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. INE (2001).
- MÉNDEZ Castellanos, Hernán. (1997). Proyecto Venezuela. Fundación para crecimiento y Desarrollo. (FUNDACREDESA). Caracas
- MINISTERIO DE SALUD Y DESARROLLO SOCIAL (1999). Anuario de Epidemiología y Estadística Vital - Volumen I, Caracas.
- _____, (1996). Políticas para Transformar el Sector Salud. Una Propuesta para la Discusión Caracas.
- _____, (1997). Cuadernos para la Reforma del sector salud. Volumen I N°1. Caracas.
- _____, (1998). Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud en Venezuela. Caracas, Septiembre.
- _____, (2002). Plan Estratégico de Salud y Desarrollo Social 2000-2006. (3era, versión).
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1978). Atención Primaria de salud. Alma -Ata.
- _____, (1990). Sistemas Locales de Salud. La Participación Social, Washington, DC., Septiembre.
- _____, (1984). Cuadernos de Salud Pública. 80. El Sistema Sanitario al Servicio de Atención Primaria de Salud. Ginebra.
- _____, (1986). Carta de Ottawa. Canadá.
- _____, (1990). Participación de la Comunidad en la salud y desarrollo en las América.
- RODRÍGUEZ, G. (1999). Histórico debate ¿Qué sistema de salud queremos?. Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. Caracas, mayo.
- _____, (1999). Lineamientos político-estratégicos en salud. República de Venezuela. Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. Caracas, febrero.

RUIZ SÁNCHEZ, Carlos (1999). Las políticas públicas de salud. Revista Prospectiva, año 4. no 12. Universidad Central de Venezuela. Caracas.

SALAMANCA, Luís (1999) La política publica como la ciencia de la intervención del gobierno en la vida social. El estado de la cuestión en al literatura. Politelia, N° 17. Universidad Central de Venezuela. Caracas. Venezuela.