República Bolivariana de Venezuela

Misión "Barrio Adentro"

MODELO DE SALUD INTEGRAL

COMUNITARIA

Dr. José Ramón Rodríguez Morales

2008

INDICE

Páginas

1.- INTRODUCCIÓN……. 3-9

2.- CONTEXTO……10-16

3.-FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA……..17-66

3.1-.Modelos de atención de salud que han existido en Venezuela desde la década del 60 hasta Barrio Adentro. Fundamentos para su transformación…….. 17-34

3.2-. Evolución por etapas y resultado de la implementación al contexto venezolano, de la "Misión Barrio Adentro"…….35-66

4.- CONCEPTOS, VALORES, PRINCIPIOS RECTORES Y PILARES SOBRE LOS QUE SE CONSTRUYE EL MODELO DE SALUD INTEGRAL COMUNITARIA……..67- 80

5.- CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL MODELO…….. 81-85

6.- ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD……..86-103

7.- ESTRATEGIAS DE ATENCIÓN DE SALUD…….104-106

8.- FUNCIONES……107-111

9.- BIBLIOGRAFÍAS……112-121

1- Introducción:

Durante el siglo XX, Venezuela estuvo bajo el control absoluto de las compañías trasnacionales, sometida al permanente saqueo de sus riquezas. Las cuantiosas ganancias por la venta de su petróleo, por el comercio de mercancías importadas, la corrupción, y la explotación de la clase obrera fueron abriendo cada vez más el abismo entre ricos y pobres.[1,2]

Así se fueron conformando en este país dos bloques claramente diferenciados: uno, mayoritario y muy pobre, conformado por las clases trabajadoras y desposeídas; otro, minoritario, compuesto por algunas decenas de familias muy ricas que detentaban el poder económico y político. Durante la segunda mitad del siglo, el neoliberalismo, expresión contemporánea del capitalismo, se había puesto en marcha, el presupuesto para programas sociales se fue reduciendo, la prestación de servicios básicos como la salud, educación, vivienda y alimentación gradualmente iban dejando de ser responsabilidad del Estado para convertirse en mercancía.[3,4]

La década del 60 estuvo marcada en Venezuela por el Pacto de Punto Fijo, pacto de gobernabilidad entre los partidos políticos tradicionales (Acción Democrática, COPEI, URD) que a partir de este momento se turnaron cada cuatro años el poder. El advenimiento de la Democracia genera una ampliación de los servicios, especialmente de educación y salud, como estrategia consensual ante el auge de las luchas populares y por la profundización del modelo de sustitución de importaciones, o de economía hacia adentro, que requería ampliar la capacidad para el consumo interno.[5]

Se comienzan a desarrollar cuatro modelos de atención de salud: **Modelo de atención amplia y libre acceso** que se aplicó gratuitamente durante las dos primeras décadas de la democracia, a partir de los 80 se comenzó a cobrar honorario para la recuperación de gastos, **Modelo de atención de acceso restringido**, correspondiente al Seguro Social y diversas instituciones similares de previsión social para grupos específicos de trabajadores, logrados en los convenios laborales, **Modelo de atención privada**, de carácter empresarial, según demanda y pago por servicios prestados, correspondiente a las clínicas privadas y **Modelo de medicina prepagada** y seguros de hospitalización: que prestan servicios directos a los afiliados o bajo contratos con clínicas privadas. Estos modelos se basaban en el paradigma biomédico de la salud y todos sin excepción tendieron hacia la privatización de los servicios.[5]

En 1961 se desarrolló el primer modelo, basado en la Atención Primaria de salud, el **Modelo de Medicina Simplificada**. Este modelo estaba destinado a garantizar servicios básicos de salud a la población rural, que para aquella época era el 70%. Los servicios eran ofertados por un personal de la comunidad que se entrenaba en tres meses como auxiliar de enfermera. Este modelo dejo de ser pertinente en la década del 80 cuando a consecuencia del desarrollo de la Industria Petrolera, se produjo una transición demográfica brusca del campo a la ciudad, de mas del 50 % de la población rural, la que fue asentándose en los cinturones de miserias de las grandes ciudades, desprovistos de infraestructura sanitaria.[6]

Las consecuencias sobre la situación de salud, del debilitamiento de la responsabilidad del estado y del predominio de ideas liberales en esta etapa,

fueron catastróficas. Entre 1968 y 1973 la mortalidad infantil se elevó, las consultas médicas públicas generales descendieron, los casos de malaria ascendieron, el presupuesto del programa de control de endemias rurales bajó considerablemente, y el bajo peso al nacer de 12% subió a 16%. En ese mismo período cerraron total o parcialmente 55 hospitales públicos y alrededor de 20 millones de venezolanos que no podían pagar, quedaron excluidos del acceso a atenciones de salud de acuerdo a sus necesidades.[7]

Este es el contexto en el que emerge un nuevo liderazgo nacional que reconstituye el movimiento popular y da inicio a la Revolución Bolivariana liderada por el Presidente Hugo Chávez Frías.

El Gobierno Bolivariano, ante esta dramática situación heredada de la IV República, desarrolla un grupo de estrategias emergentes encaminadas a revertir esta situación. El 27 de febrero de 1999 anuncia el inicio del **Plan Bolívar 2000**, estrategia cívico-militar para la ejecución de jornadas de trabajo para atender las urgencias sociales de la población. Se realizaron operativos de salud, entrega gratuita de medicamentos, campañas de higienización y vacunación y se abrieron los hospitales militares al pueblo. Esta práctica de realizar operativos y jornadas fue asumida posteriormente por la "Misión Barrio Adentro" como estrategia para el abordaje de la salud colectiva y de la población rural dispersa.[8]

En el año 2001 el presidente Chávez presenta el Plan Nacional de Desarrollo Económico y Social, 2001- 2007 que se basaba en el equilibrio de cinco ejes estratégicos. En el marco del nuevo Plan surge el Ministerio de Salud y Desarrollo social y comienza a implementarse en el estado Aragua la propuesta de un modelo de salud basado en la Atención Primaria; el **Modelo de Atención Integral**, muy bien concebido desde el punto de vista teórico, que no logró

generalizarse por falta de voluntad política y consenso entre el Ministerio de Salud y Desarrollo Social y los gobernantes regionales.[9]

Entre los años 2001 y 2002 el Gobierno Bolivariano elaboró leyes que beneficiaban a los pobres y excluidos pero que afectaban de alguna forma los sectores económicos privados, generando una confrontación política entre sectores de la oposición y el gobierno que terminó en un paro petrolero y en un golpe de estado. Aunque estos acontecimientos políticos frenaron e hicieron retroceder incluso logros sociales que ya se venían alcanzando; propició a que el gobierno recobrara el control absoluto de la Industria Petrolera (PDVSA), algo que tendría una vital importancia para el desarrollo de futuras políticas públicas.[10]

Para el año 2003 el conflicto político en Venezuela adoptaba nuevas formas de confrontación, había pasado del enfrentamiento abierto a la batalla electoral; la oposición se propuso realizar un referéndum revocatorio al presidente. Ante esta realidad y sabiéndose en desventaja, el Presidente lanza una estrategia para dinamizar la gestión de políticas públicas, que traerían beneficio para el pueblo y que le permitirían saltar los obstáculos de la burocracia y la ineficiencia de las estructuras del estado. Surgen así las **Misiones Sociales**.[11]

La Misión Barrio Adentro fue el primer ensayo y por su capacidad de penetrabilidad en zonas de difícil acceso, fue el medio que permitió abrir el camino para que aparecieran otras misiones.

Esta experiencia inédita fue desarrollándose por etapas, en un primer momento que pudiera definirse entre el mes de abril del 2003 a junio del 2005 (Barrio Adentro 1), se fueron montando puntos de consultas médicas, estomatológicas y ópticas en locales adaptados de la comunidad, alcanzando una cobertura con estos servicios de más de un 70 % de la población.

Una segunda etapa (Barrio Adentro 2) se inicia en junio del 2005, con la inauguración por parte del presidente Hugo Chávez de los primeros 30 Centros Diagnósticos Integrales (CDI) y las primeras 30 Salas de Rehabilitación Integral (SRI) y se extiende hasta junio del 2006. Estas nuevas unidades ofertaban una gama de servicios se salud que incrementaron el poder resolutivo del Médico del Consultorio Popular que ya podía ofertar una verdadera atención Integral de salud al individuo, la familia y la comunidad. Además que acercaba a donde viven y trabajan las personas servicios de salud gratuitos, que en los modelos anteriores eran inaccesible para el 70 % de la población. Se logra la continuidad del tratamiento.[12]

En el año 2006 se realiza un proceso de reordenamiento de los recursos humanos y se crean las Áreas de Salud Integral Comunitarias (ASIC), una estructura organizacional de los servicios de salud de Barrio Adentro que devino en modelo de atención y gestión en salud de la Atención Primaria. La organización en redes de servicios permitió ofertar una atención integral, integrada y continua.

El 30 de enero de 2005, en Porto Alegre, ante el V Foro Social Mundial cuando el Presidente Hugo Chávez anunció que impulsaría el desarrollo de algo que denominó “Socialismo del siglo XXI” en Venezuela. Posteriormente, en febrero del mismo año, Hugo Chávez declaró que la Revolución Bolivariana era socialista. Desde entonces, la política de Estado va en una dirección contraria al capitalismo, siguiendo los principios del socialismo como norte, o más bien como sur.[13]

El Socialismo del siglo XXI se basa en el socialismo de Marx, pero se adapta a los nuevos tiempos y lugares, tomando lo bueno de la experiencia del siglo XX, se enriquece y se amplía con nuevos conocimientos de otros pueblos, corrigiendo

las tendencias erróneas que provocaron la crisis existencial del sistema, después del derrumbe de la URSS y los países de Europa del este.[14]

El Proyecto Nacional "Simón Bolívar"; primer Plan Socialista para el desarrollo económico y social de la nación en el periodo 2007- 2013 aprobado en el mes de septiembre del 2007, define las directrices para la construcción del Socialismo del siglo XXI en la República Bolivariana de Venezuela.[15]

La **Suprema Felicidad Social** es la directriz dentro del proyecto orientada hacia el desarrollo social y se define como: "La visión de largo plazo que tiene como punto de partida la construcción de una estructura social incluyente, formada por una sociedad de incluidos, un nuevo modelo social, productivo, socialista, humanista, endógeno donde todos vivan en similares condiciones.[16]

Los objetivos estratégicos de esta directriz están enfocados hacia la solución de los determinantes sociales de la salud y la calidad de vida. Entre las estratégicas y políticas para alcanzar la suprema felicidad social, está: *Profundizar la atención integral de salud de forma universal.*

El Ministerio del Poder Popular para la Salud y la Protección Social comienza a trabajar en un nuevo Plan Nacional de Salud para la República Bolivariana de Venezuela, que fuera pertinente con las directrices del Proyecto Nacional "Simón Bolívar".

El autor de este modelo representó a la Misión Médica Cubana en la reunión interministerial (22 Ministerios) que se efectuó en el mes de septiembre del 2008; convocada por el MPPS y PS para construir dicho Plan, que regiría el desarrollo del sector en el periodo 2009-2013/ 2018. Este encuentro contó con la participación de consultores de la OPS y la OMS.

En el encuentro se pudo constatar que el sector salud en Venezuela después de

nueve años de Revolución sigue estando fragmentado en múltiples prestadores públicos y privados; el MPPS y PS aunque mucho más fortalecido desde el punto de vista de la gobernabilidad, no ha podido a pesar de los múltiples intentos, construir el Sistema Público Nacional de Salud como lo establece el artículo 84 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela.

La necesidad de diseñar un Plan Nacional de Salud, enfocado hacia la integración del Sistema Público en el marco del Proyecto para la construcción del Socialismo del Siglo XXI, requería hacerse las siguientes preguntas:

¿Existe en la República Bolivariana de Venezuela, un modelo de atención de salud pertinente con el desarrollo alcanzado por la Atención Primaria en este país, a partir de las experiencias de la Misión Barrio Adentro?

¿La organización actual de los servicios de salud del MPPS y PS se adecua a los requerimientos de un nuevo modelo de salud basado en la Atención Primaria?

Evidentemente la respuesta era no; no existe en Venezuela un modelo de atención de salud, basado en la Atención Primaria, que sea pertinente con la realidad política y social de este país, inmersa en una Revolución que se inclina hacia la construcción del Socialismo como Sistema Social.

Se hacia necesario construir un Modelo de Atención de Salud Integral para la República Bolivariana de Venezuela, basado en la estrategia renovada de la Atención Primaria de Salud y en las experiencias de la “Misión Barrio Adentro” en su implementación al contexto venezolano.

2- Contexto:

La República Bolivariana de Venezuela está situada al norte de América del Sur, limita con el océano Atlántico y Guyana al este, con Brasil al sur, con Colombia al suroeste y oeste, y con el mar Caribe al norte. La superficie del país es de 916 667 km^2 y cuenta con una extensión de costas de 4 006 km. Está dividida territorialmente en 23 Estados, un Distrito Capital y las dependencias federales. Los Estados están conformados por 334 municipios y 1 173 parroquias. Caracas, la capital del país, es la sede de los Poderes Nacionales.

Entre las ciudades más importantes por la densidad poblacional que presentan y la actividad económica que desarrollan se encuentran: Maracaibo, Valencia, Maracay, Barquisimeto y la Ciudad de Guayana.[17]

El Clima es Tropical, con marcada estacionalidad; las precipitaciones al igual que las temperaturas dependen de la latitud y altitud del lugar. Se distingue una época seca que va de diciembre a mayo, y una época lluviosa de junio a noviembre. Venezuela cuenta con una gran cantidad de recursos hídricos. Tienen especial importancia las aguas fluviales, de las que el 74,5% pertenecen a la vertiente del Océano Atlántico y el 20,7% a las del Mar Caribe. Existen 5.400 km. de vías fluviales navegables. El idioma oficial es el Castellano. Los idiomas indígenas también son de uso oficial para esos pueblos, debiendo ser respetados en todo el territorio nacional por constituir Patrimonio Cultural de la Nación y de la Humanidad, según el Artículo No.9 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (CRBV). En Venezuela hay libertad de culto y de religión, predominando la religión Católica.[17]

Las estimaciones del Instituto Nacional de Estadísticas (INE), acerca de la población venezolana para el año 2008, señalan un total de 27 934 783 millones de habitantes. De igual forma, indica que la Densidad Demográfica del país para el año 1999 fue de 29,9 hab/km^2. El 30.9 % de la población es menor de 15 años y el 6 % mayor de 65. La población urbana es el 85,1% y el 53% de ésta reside en la región costa norte, el 24% en la fronteriza y el 23% en la central. La población indígena representa el 1,5% y esta ubicada en Amazonas, Anzoátegui, Apure, Bolívar, Delta Amacuro, Monagas, Sucre, Mérida, Trujillo y Zulia.[17]

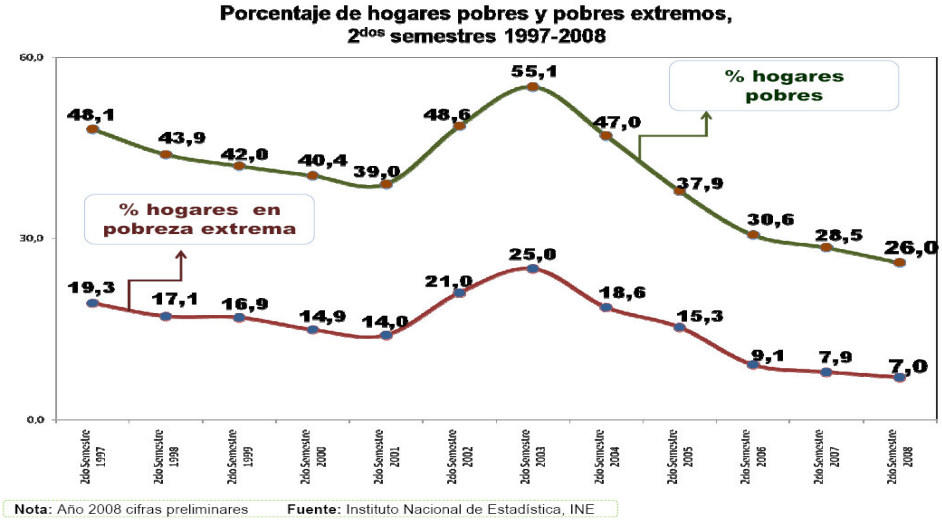
Es difícil conocer a ciencias ciertas el número exacto de grupos étnicos de éste o de cualquier otro país con características poblacionales análogas; sin embargo, conforme a criterios antropológicos y lingüísticos, en Venezuela viven 28 etnias.

En cuanto a la estructura política y gubernamental, el Estado del país es federal, descentralizado en los términos que prevé la Constitución de la República; el gobierno y las entidades políticas que lo componen son y serán democráticos, participativos, electivos, descentralizados, alternativos, responsables, pluralistas y de mandatos revocatorios, contenido en el Artículo No.4 de la Constitución de la República.

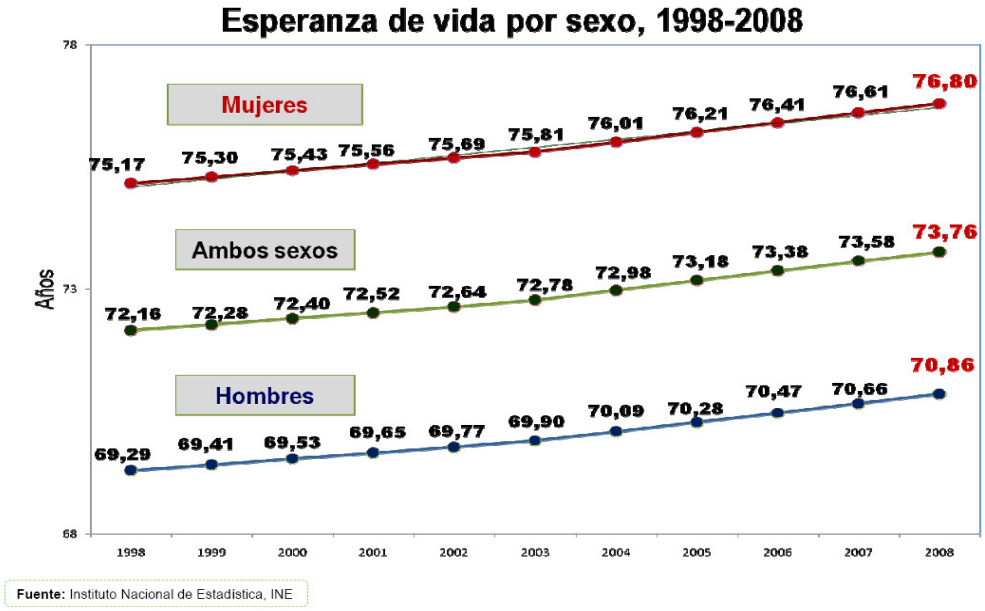
El **Desempeño Económico** del país, durante los últimos cinco años ha sido exitoso. A partir del año 2004, el crecimiento del Producto Interno Bruto se ha mantenido por encima del 8.0%, estando dentro de los 3 países de la región de América del Sur de mayor crecimiento.[18]

El porcentaje de hogares en situación de pobreza, según Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) pasó del 48.1. % en 1997 a 26 % en el 2008. El porcentaje de población en situación de pobreza extrema, disminuyó de 19.3 en 1997 a 7 en el primer semestre del 2008, exhibiendo los mayores indicadores en tal sentido

los Estados, Delta Amacuro, Apure, Portuguesa y Sucre. Los Estados con menor porcentaje de pobreza fueron Distrito Capital y Miranda.[19]

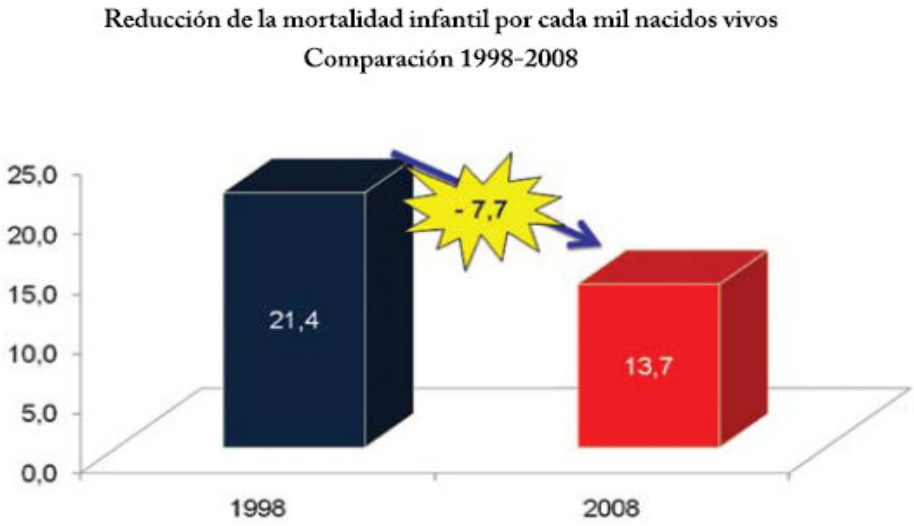


La **Esperanza de Vida** ha aumentado de 72.3 a 73.76 años del 1998 - 2008, observándose en el 2008 **(Gráfico No.1)**, una brecha de casi 9.4 años entre los Estados con mayor y menor desarrollo (74.8 en Distrito Capital y 66.1 en Amazonas). Los Estados con mayor esperanza de vida en el país son: Distrito Federal, Miranda, Nueva Esparta y Vargas; por el contrario poseen más baja Esperanza de Vida al Nacer: Amazonas, Apure, Barinas, Cojedes, Delta Amacuro y Trujillo.[20]



Fuente: Instituto Nacional de Estadística, INE

La **Tasa de Mortalidad Infantil** ha disminuido de 21.4 en el 1998 a 13.7 en el 2008, apreciándose una brecha entre los Estados con mayor y menor desarrollo [21]



Entre las causas de Mortalidad Infantil en el 2007 se encuentran en orden decreciente:

Enfermedades originadas en el período perinatal que causan Mortalidad Infantil:

- Trastornos respiratorios y Cardiovasculares
- Infecciones especificas
- Fetos y Recién afectados por factores maternos o por complicaciones del embarazo, del trabajo de parto y del parto.
- Trastornos relacionados con la duración de la gestación y el crecimiento fetal.

En el año 2007 fallecieron 5 mil 274 niños menos que en el 1996. Cuando se compara la semana 17 del año 2009 con la misma semana del 2008, existe una reducción de la incidencia en 39 fallecidos (58 fallecidos menores de 1 año contra 97). Venezuela ocupa el 8vo lugar en las Américas y el 4to lugar en el Cono Sur en Mortalidad Infantil.[21]

La **Tasa de Mortalidad Materna** ha disminuido de 67.2 en el 2001 a 47.4 en el 2007, observándose una brecha entre los Estados con mayor y menor desarrollo[21]

REDUCCION DE LA MORTALIDAD MATERNA POR CADA 1.000 NACIDOS VIVOS
COMPARACION 2001 - 2007

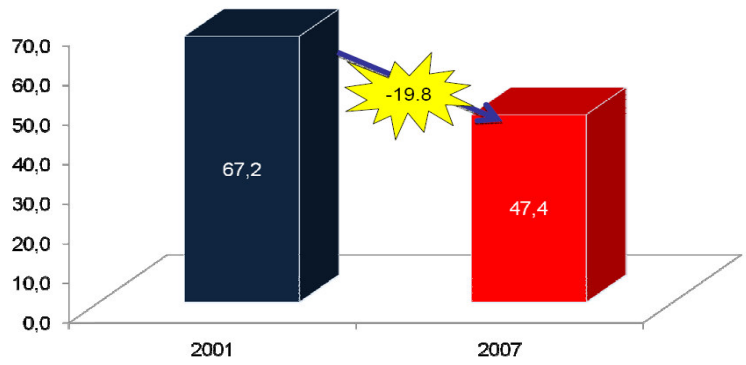


Gráfico 8

Fuentes: Ministerio del Poder Popular para la Salud

Entre las causas de Mortalidad materna en el 2006 se encuentra en orden decreciente:

- Eclampsia
- Complicaciones del trabajo de parto y el alumbramiento.
- Abortos complicados
- Complicaciones del puerperio.

Morbilidad y Mortalidad por Enfermedades Transmisibles [22]

- Reducción en la Morbilidad durante los dos últimos años de 2.7 % para las Enfermedades Diarreicas Agudas, 4.6 % para la Malaria, 7.0 % para las Amebiasis, 50.7 % para las Hepatitis A y 70.6% para las Neumonías.
- Reducción de Tasa Estimada de Mortalidad por Enfermedades Transmisibles de 46.6 a 43.4 por 100 mil habitantes en los últimos 4 años.

Mortalidad por Enfermedades Crónicas No Transmisibles:

- Desde el año 1 999 hasta 2 006 la Tasa de la Mortalidad General tuvo un incremento de 1.9%.
- La tasa de mortalidad en niños menores de 5 años en el 2006 fue de 22.3 fallecidos por cada mil nacidos vivos según fuentes de la OPS ocupando el décimo lugar en los países de América Latina y el Caribe.
- Reducción de la Tasa de Mortalidad por Enfermedades Circulatorias de 212.8 a 210.5 por 100 mil habitantes durante los últimos 4 años.

- Reducción del número total de defunciones de 121 mil 864 durante el 2003 a 117 mil 831 durante el 2005: mueren 4 mil 033 habitantes menos en el período.
- Desde el año 1.998 hasta 2.006 la Tasa de Mortalidad por Accidentes Automotor ha aumentado en un 17,11 %.
- Prevalencia estimada de Tabaquismo del 30%, con consumo per cápita de 897 unidades
- Mayor prevalencia de Fármaco-dependencia y adicciones en hombres, solteros, entre 20 y 29 años, con nivel educativo secundario incompleto o menor, desempleados, que iniciaron el consumo antes de los 20 años. Tendencia al aumento en las mujeres.
- El 10% de la población del país presenta algún tipo de discapacidad, disfunción o minusvalía, con tendencia al incremento por el envejecimiento poblacional, los accidentes de todo tipo y las enfermedades degenerativas.

3- Fundamentación Teórica:

3.1.-Modelos de atención de salud que han existido en Venezuela desde la década del 60 hasta Barrio Adentro. Fundamentos para su transformación.

En 1958 comienza en Venezuela un período marcado por el Pacto de Punto Fijo; pacto de gobernabilidad entre los partidos políticos de derecha, esto generó que el componente partidista fuese imponiéndose progresivamente dentro de las instituciones de salud, desarrollándose una conducta clientelar que fue determinando la composición y las decisiones del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (MSAS). [23]

Es una época en la que se establecen **modelos de atención individual curativos**, se comienzan a deteriorar los programas preventivos y a construirse criterios de administración sin previsión económica, aumenta la dependencia tecnológica y comienzan a multiplicarse establecimientos públicos dispensadores

de salud, sin la regulación del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social.[24]

El ministerio, en la búsqueda de una estrategia para garantizar la salud a la población de todos los sectores sociales, desarrolló el **Modelo de Medicina Simplificada**, a propuesta del Dr. José Ignacio Baldó en el II Congreso Venezolano de Salud Pública celebrado en 1961. Este modelo estaba destinado a garantizar servicios básicos de salud a la población rural, (70 % de la población en aquel momento) por intermedio de un personal de la comunidad que se entrenaba como auxiliar de enfermería en tres meses, quienes laboraban en ambulatorios rurales tipo 1 [25].

Este modelo que se basó en la atención primaria de salud y que fue presentado por la OPS en la conferencia de Atención Primaria en Alma Ata, como la iniciativa de América Latina al evento, según criterios del autor de esta tesis estaba muy lejos de ser un modelo equitativo, centrado en las personas, con alto poder resolutivo. La atención primaria fue interpretada en este modelo como un nivel de atención para pobres y marginales, no como una estrategia de desarrollo.

El modelo de salud que se diseñó para la atención de la población rural dejó de ser pertinente con la realidad que se vivía en la década del 80, mientras que en los campos estaban subutilizadas las unidades de salud existentes, los cinturones de miserias que fueron apareciendo alrededor de las grandes ciudades, a consecuencia de la política rentista petrolera, estaban desprovistos de infraestructuras sanitarias. En 1999 la población rural de Venezuela no llegaba al 20 % de la población total. [26]

La tendencia dominante de **modelos de atención de salud** desarrollados en Venezuela desde la década del 60 hasta 1999, fue hacia la privatización de la salud y al incremento del servicio privado inaccesible para el 70 % de la población

venezolana. [27]

a) ***Modelo de atención amplia y libre acceso*:** Incluía los servicios de malariología y saneamiento ambiental financiado básicamente con recursos fiscales; la infraestructura de atención constituía en la década de los ochenta una de las mayores de América Latina, con una capacidad de 2,7 camas por cada mil habitantes. Los hospitales y ambulatorios públicos funcionaron gratuitamente durante la primera época democrática (Década del 60 y 70), pero al iniciarse la crisis a comienzos de 1980, fueron estableciendo modalidades de recuperación de costos por servicios prestados, así como fundaciones por especialidades que actúan como clínicas privadas dentro de la infraestructura pública.Este es el modelo de atención que se aplicaba en las instituciones del Ministerio de Salud y Desarrollo Social cuando se inició Barrio Adentro y que se aplica en la actualidad en las unidades del Ministerio del Poder Popular para la Salud. [27]

b) ***Modelo de atención de acceso restringido***: Correspondiente al Seguro Social y diversas instituciones similares de previsión social para grupos específicos de trabajadores, logrados en los convenios laborales. Es el modelo de atención que se aplica en la actualidad en los sistemas de salud del Seguro Social, Ministerio de Educación (IPASME), Fuerzas Armadas, Ministerio de Justicia, PDVSA, etc. [27]

c) ***Modelo de atención privada***: De carácter empresarial, según demanda y pago por servicios prestados, correspondientes a las clínicas privadas. Este modelo continuo aplicándose en las 4000 clínicas privadas que existen en el país. El usuario paga los honorarios en el lugar donde recibe los servicios. [27]

d) ***Modelo de medicina prepagada y seguros de hospitalización:*** Prestan

servicios directos a los afiliados o bajo contratos con clínicas privadas, crecieron en la medida que se deterioran los servicios públicos y se encarecen los servicios de las clínicas privadas. Surgieron con el calificativo de Fundaciones, se aprovecharon del deterioro del sistema público de salud, para ofertar servicios de alta calidad. El usuario no paga honorarios por el servicio recibido, esa responsabilidad recae sobre el gobierno. Este modelo, según el autor de esta tesis, se aplica en algunos lugares, pero fue perdiendo protagonismo con el surgimiento de las unidades de Barrio Adentro 2. [27]

Las consecuencias sobre la situación de salud, del debilitamiento de la responsabilidad del estado y del predominio de ideas liberales en esta etapa, fueron catastróficas. 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. Entre 1968 y 1973 la mortalidad infantil se elevó de 46,7 a 53,7 por mil nacidos vivos registrados. [28,29]

Entre 1985 y 1991, las consultas médicas públicas generales descendieron en 21.1%, las estomatológicas en 48,2%, las visitas domiciliarias en 61.1%. Los casos de malaria ascendieron de 13,311 a más de 20,000 por año, mientras el presupuesto del programa de control de endemias rurales bajó de 70.1 millones de USD$ a 46,9 millones de USD$, el bajo peso al nacer de 12% subió a 16%.[30]

El gasto per cápita total en salud cayó, desde el equivalente a 112 USD$, a 33 USD$ solo entre 1989 y 1993. En ese mismo período cerraron total o parcialmente 55 hospitales públicos, mientras la llamada Agenda Venezuela (VIII Plan de la Nación) planteaba como meta el autofinanciamiento de los hospitales públicos.[31]

Para 1993 FUNDACREDESA calculó que el 80% de la población estaba en condiciones de pobreza y el 40,3% en pobreza extrema (método de Graffar modificado), y la Oficina Central de Estadísticas (OCEI) del Gobierno calculaba la pobreza en poco más del 70% y la indigencia en 41%.[32]

El impacto negativo de las políticas neoliberales sobre la calidad de vida del pueblo venezolano y en particular de los más pobres, fue de tal envergadura, que en febrero de 1989 se produjo una insurrección conocida como El Caracaso, que conmovió los cimientos de la sociedad.[32]

La mortalidad infantil para 1995 era de 24,6 por mil nacidos vivos (en adelante, NV). Alrededor de 20 millones de venezolanos estaban excluidos del acceso a atenciones de salud de acuerdo a sus necesidades.[33]

Si para 1970 el gasto público en salud era el 5.7% del PIB, para 1999 ya era menor del 1%. Al mismo tiempo, solo entre 1985 y 1991, la atención médica privada pasó de atender a menos del 10% de la demanda, al 33% de la misma, y continuó su crecimiento.[34]

Las reformas neoliberales del sistema venezolano de salud estimularon la descentralización; proceso que no tuvo resultados integrales y que se desarrolló en un clima de confrontación social e inestabilidad política. Como resultado de esto, se había establecido un modelo de gobierno de salud organizado en distintos niveles: nacional, regional y local, que había traído consigo que 17 gobiernos estadales asumieran facultades que antes eran exclusivas del ámbito nacional o central del Estado.[35]

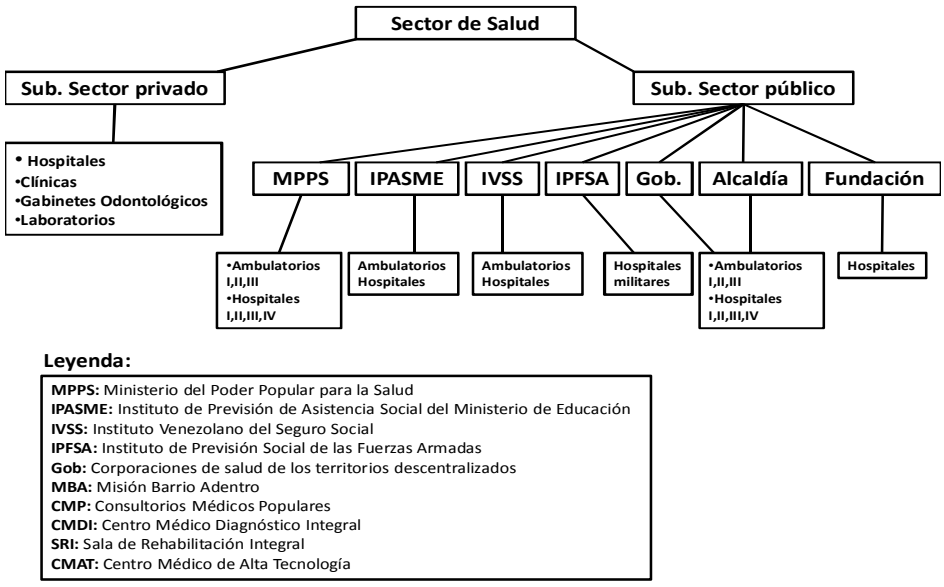
El Gobierno Bolivariano había heredado de la IV República un sistema de salud fragmentado, debilitado en las últimas tres décadas del Siglo XX a consecuencia de tres procesos que ocurrieron de forma simultánea[36]

a) El debilitamiento progresivo de las capacidades técnicas, operativas, financieras y de ejercicio de la rectoría del Ministerio de Salud y Desarrollo Social.

b) La descentralización y multiplicación de órganos públicos con competencias y atribuciones en salud.

c) La privatización de los servicios.

Figura 1: Organización del Sector Salud en la República Bolivariana de Venezuela.

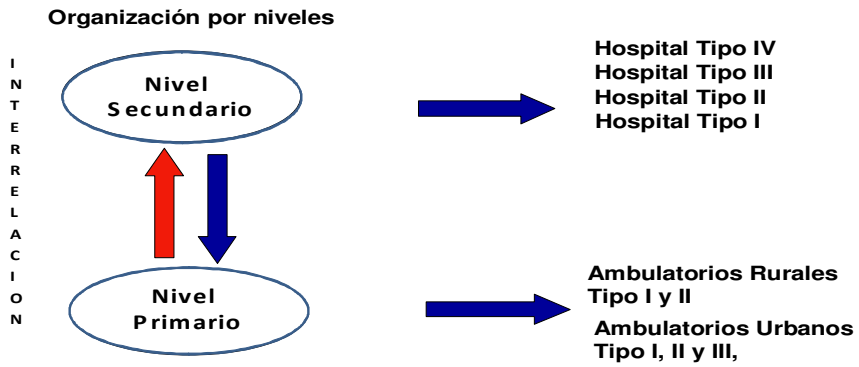


Organización de los servicios de salud **(MPPS)**

La red de establecimientos públicos de salud contempla diferentes niveles interrelacionados de atención, distribuidas a lo largo de todo el país. Existiendo

notorias insuficiencias en la cobertura de los servicios, la disponibilidad de recursos humanos calificados y la integración de todos los niveles de atención en una red única.[37]

Figura 2: Organización de los servicios del MPPS



Nivel Primario de Atención: Los establecimientos destinados a la prestación de servicios de salud del subsector público deben ajustarse a las características que les correspondan de acuerdo a la siguiente clasificación:

Ambulatorios rurales Tipo I y II, los cuales prestan atención médica integral, general y familiar a nivel primario, excepto hospitalización y se encuentran ubicados en poblaciones menores de 10.000 habitantes.

Ambulatorios Urbanos Tipo I, II y III, los cuales prestan atención médica integral, general, familiar y especializada, no disponen de hospitalización y se encuentran ubicados en poblaciones de más de 10.000 habitantes. En la práctica, la cobertura es precaria, la mayoría de las intervenciones de promoción de la salud, participación comunitaria y prevención de enfermedades, se llevan a cabo por el profesional médico en año social y por los Auxiliares de Medicina Simplificada, en los Ambulatorios Rurales I y II, orientados al medio rural disperso

y a poblaciones menores de 1.000 habitantes. En este nivel, el personal de salud (auxiliares de medicina simplificada) lleva a acabo visitas domiciliarias para promover la salud y mejorar los estilos de vida.

El modelo de atención ha estado centrado en programas de salud verticales, con una visión fragmentada y asistencialista, sin tener en cuenta acciones integrales de prevención y promoción de salud.

Nivel Secundario de Atención: Los establecimientos destinados a la prestación de servicios de hospitalización del subsector público prestan atención médica de nivel primario, secundario y terciario. Según su categoría se clasifican en Hospitales Tipo I, II, III y IV, de acuerdo a diferentes características entre las que destacan: población a servir, número de camas y nivel de complejidad.

Hospital Tipo I: Se encuentran ubicados en poblaciones hasta de 20.000 habitantes, con un área de influencia demográfica de hasta 60.000 habitantes. Tienen entre 20 y 50 camas y están organizados para prestar los servicios de medicina, cirugía, pediatría y ginecología y obstetricia.

Hospital Tipo II: Se encuentran ubicados en poblaciones mayores de 20.000 habitantes, con un área de influencia demográfica de hasta 100.000 habitantes. Tienen entre 50 y 150 camas y están organizados para prestar los servicios de mayor complejidad que el nivel previo.

Hospital Tipo III: Se encuentran ubicados en poblaciones mayores de 60.000 habitantes, con un área de influencia demográfica de hasta 400.000 habitantes. Tienen entre 150 y 300 camas y están organizados para prestar los servicios de mayor complejidad que el nivel previo.

***Hospital Tipo IV*:** se encuentran ubicados en poblaciones mayores de 100.000 habitantes, con un área de influencia demográfica superior a los 1.000.000

habitantes. Tienen más de 300 camas y están organizados para prestar los servicios de mayor complejidad que el nivel previo.

Instituto venezolano Seguro Social (IVSS): Organismo centralizado con una autoridad única en el ámbito central que cumple funciones de financiamiento, aseguramiento y provisión. Cuenta con una red de hospitales y ambulatorios. Su financiamiento es tripartito: Estado, trabajadores y empresarios. Las fuentes de financiamiento son públicas y privadas.

Instituto de Previsión de Asistencia Social del Ministerio de Educación (IPASME): Organismo centralizado con una autoridad única en el ámbito central que cumple funciones de financiamiento, aseguramiento y provisión. Cuenta sólo con ambulatorios y contrata con otros organismos.

Instituto de Previsión Social de las Fuerzas Armadas (**IPSFA)** Organismo centralizado con una autoridad única en el ámbito central que cumple funciones de financiamiento, aseguramiento y provisión. Disponen de Hospitales Militares.

Gobernaciones

Principales prestadores de atención médico en los 17 estados "descentralizados", a través de las Direcciones Regionales de Salud, que administran la red hospitalaria y ambulatoria estatal.

Los estados descentralizados, mediante los convenios de transferencia de Servicios Públicos de Salud son: Aragua, Mérida, Miranda, Táchira, Anzoátegui, Monagas, Trujillo, Zulia, Yaracuy, Nueva Esparta, Sucre, Falcón, Lara, Apure, Bolívar y Carabobo.

El Distrito Metropolitano de Caracas también formaba parte de este grupo hasta el segundo semestre del año 2.008, cuando por Decreto Presidencial publicado en Gaceta Oficial Nº 38.976, del 18 de julio de este mismo año, todos los

establecimientos de salud dependientes de la Alcaldía de Distrito Metropolitano de Caracas fueron transferidos al Ministerio del Poder Popular para la Salud. Otros aún se mantienen adscritos al Ministerio del Poder Popular para la Salud, como los Estados Vargas, Delta Amacuro, Amazonas, Barinas, Cojedes, Portuguesa y Guárico.[38]

De los 4.605 ambulatorios que existían en Venezuela en el año 1999, 2.852 (61.93 %) correspondían a Ambulatorios Rurales tipo I, los cuales eran atendidos por una auxiliar de medicina simplificada, 863 (18.72 %) eran Ambulatorios Rurales Tipo II, atendidos por un médico general en cumplimiento del artículo 8 de la Ley del Ejercicio de la Medicina, lo que en suma indicaba que 3.815 (80.65 %) de las infraestructuras existentes para la época, eran ambulatorios rurales, en una Venezuela que había venido cambiando sus patrones demográficos del área rural a urbana en los últimos 30 años.[39]

Esta multiplicidad de prestadores autónomos de servicios y el status descentralizado de 17 estados entorpecen la implementación de políticas públicas nacionales en el sector y generaron la necesidad de adoptar medidas emergentes con el objetivo de dinamizar la gestión en salud para beneficiar a un sector mayoritario de la población que estaban excluidos de ellos.

Modelos y estrategias de atención de salud que se desarrollaron después de 1999 hasta que se inicia la Misión Barrio Adentro.

Venezuela entra al año 1999 con problemas críticos en cuanto a problemas económicos en los hogares, y con amplios déficit estructurales en la protección, bienestar y seguridad social de la población. Para ese año la pobreza afectaba al 40% de la población, la inflación se encontraba en un 20% anual y el desempleo se estimaba en un 15%. El 70% de la población no asistía a controles de salud, ni

estaba cubierta por sistemas de protección financiera para recibir atención médica; la mayoría de los adolescentes y jóvenes de ambos sexos desertaba del sistema educativo, el sector informal absorbía mas del 50% de los trabajadores, la falta de viviendas adecuadas afectaba mas del 60 % de los hogares, y aproximadamente el 80% de la población no contaba con la seguridad de medios de vida para la vejez.[40]

Ante esta dramática situación heredaba de la IV República, el Gobierno Bolivariano orienta su gestión hacia la ejecución de varias estrategias:

Plan Bolívar 2000.

El 27 de febrero de 1999 se anuncia el Plan Bolívar 2000, que contempla tres etapas: **Pro-país**, para atender las urgencias sociales de la población; **Pro-patria**, para la atención de desempleados y la organización de comunidades; y **Pro-nación**, para el desarrollo de planes industriales a largo plazo. Este Plan fue coordinado por el Comando Único de las Fuerzas Armadas Nacional (CUFAN) y dirigido por el mismo presidente en Teatros de Operación Social, en las mismas áreas de las guarniciones militares. Uno de los objetivos estratégicos del Plan Bolívar 2000 era alcanzar altos niveles de coordinación e integración, por lo tanto es el Presidente de la República el encargado de coordinar la ejecución del proyecto, enlazado con los ministerios de la Defensa, Sanidad y Asistencia Social, Educación, Familia y Trabajo, Hacienda e Infraestructura, así como Cordiplan, la Oficina Central de Información, Iglesia, Juntas de Vecinos y Comunidad Organizada.[41]

Plan Bolivar 2000

En el marco del plan Bolívar 2000, se realizaron jornadas de salud, entrega gratuita de medicamentos, campañas de vacunación, servicios de odontología, citología crevicovaginal, campañas de higienización en las comunidades y se abrieron por primera vez las puertas de los Hospitales Militares a todo el pueblo, instalaciones que hasta ese momento eran exclusivas para los militares de alto rango y sus familiares.

La modalidad de operativos y jornadas de salud empleadas por el ejercito en el Plan Bolívar 2000, creó un reflejo condicionado en la población venezolana, que influyó definitivamente en que estas prácticas fueran asumidas por la Misión Médica Cubana para el abordaje de la salud colectiva.

Plan Nacional de Desarrollo Económico y Social 2001-2007.

En el año 2001, el presidente Chávez presentó el Plan Nacional de Desarrollo Económico y Social 2001-2007 fundado en cinco ejes de equilibrio: el económico, el internacional, el político, el social y el territorial. La idea de los cinco ejes responde a una visión holística de los problemas de la sociedad venezolana y a un desarrollo multidimensional del país.[42]

Los lineamientos generales del eje de Equilibrio Social pasaron luego a un conjunto de objetivos generales y específicos de la política social en los ámbitos de educación, salud, deporte, cultura, seguridad social y ciudadana, participación, economía social, trabajo productivo, vivienda, acceso a la tierra y equidad territorial.

En el marco del nuevo Plan de Desarrollo Económico y Social 2001-2007 se conformó el Ministerio de Salud y Desarrollo Social y se formuló el Plan Estratégico Social en Salud. Los primeros pasos del nuevo Ministerio se orientaron hacia la recuperación de una concepción integral en la atención de salud, con la propuesta de un Modelo de Atención Integral que comenzó a implementarse en el estado Aragua.[43]

El Modelo de Atención Integral definía la instalación de una nueva red de unidades de salud concebida con diferente tipología, clasificación, ordenamiento, operatividad a las de los centros de salud que venían funcionando como ambulatorios del modelo de **medicina simplificada** en el sistema tradicional. Pero sobre todo, suponía diseñar y aplicar un Modelo de Salud Integral dentro de una visión pública, siguiendo las experiencias, de Cuba y Brasil. Igualmente suponía cambiar el enfoque curativo de la atención médica en Venezuela arraigado por los modelos neoliberales, hacia otro en el que se tomaran en cuenta los problemas sociales de la gente dentro de las propias comunidades.[43]

El Ministerio de Salud y Desarrollo Social (MSDS), proponía entonces la creación de una red de salud conformada por tres tipos de unidades: los Núcleos de Atención Primaria en Salud (NAPIS), los Centros de Atención Primaria Integral (CAPRI) y los Centros de Especialidades Ambulatorias (CESPA). [43]

En el concepto del MSDS, los NAPIS debían conocer la realidad de las familias bajo su responsabilidad a través del censo o diagnóstico de sus características sociales, demográficas y epidemiológicas; identificar los principales problemas de salud y situaciones de riesgo para las comunidades; elaborar un plano de la localidad para hacer visibles los determinantes del proceso salud-enfermedad con la participación de la comunidad; prestar atención integral de forma continúa y racionalizada a las familias y personas; dar seguimiento a los casos de referencia y desarrollar acciones de promoción de la calidad de vida y de salud. Para cumplir con estas tareas se requería constituir un equipo de salud integrado por 1 médico general, 2 auxiliares de enfermería, 3 promotores comunitarios y 1 técnico en saneamiento. [43]

Los NAPIS según el autor de esta tesis, serian unidades similares a los Consultorios del Médico de la Familia del modelo cubano de APS, o los Consultorios Médicos Populares que aparecieron después con Barrio Adentro. Los CAPRI vendrían siendo como los Policlínicos Integrales de Cuba o quizás como los CDI que aparecieron después con Barrio Adentro y las unidades especializadas ambulatorias, serian como las Clínicas Populares que aparecieron posteriormente. El autor de esta tesis utiliza la propuesta de las Unidades Ambulatorias Especializadas del Modelo de Atención Integral en la organización de los servicios de la Red Distrital del nuevo modelo.

Estos primeros esfuerzos revirtieron las tendencias negativas en la salud y calidad de vida. Entre 1998 y 2001, la tasa de mortalidad infantil descendió de 21,4 a 17,6 por mil nacidos vivos, el Índice de Desarrollo Humano se elevó de 0,7792 a 0,7973 y la pobreza extrema descendió de 20,3 a 16,9 %.[44]

Paro petrolero y golpe de estado.

Entre los años 2001 y 2002 el gobierno dedicó sus mayores esfuerzos a la elaboración de nuevas leyes, muchas de ellas sensibles a los sectores económicos privados. Con motivo de la promulgación de estas leyes, una aguda confrontación política fue penetrando todas las esferas de la vida del país, la cual derivó en el llamado a un paro cívico nacional, luego a un paro petrolero y después a un intento de golpe de Estado en el año 2002. [45]

Estos acontecimientos políticos deterioraron los avances sociales y económicos, significando el equivalente a US $ 14,000 millones de pérdidas directas a la industria petrolera nacional y un monto muy superior de pérdidas indirectas al país. La mayoría de los indicadores sociales retrocedieron. El Índice de Desarrollo Humano descendió a 0,7880 en el 2003, el coeficiente de Gini se elevó a 0,4938, la pobreza aumentó hasta el 62.9% y la pobreza extrema a 29,8%. El desempleo se duplicó a 20,7% de la PEA. La tasa de mortalidad infantil se incrementó a 18.4, la inversión social en salud disminuyó a 1.5%.[46,47]

A pesar de las consecuencias negativas en la calidad de vida del pueblo venezolano y en la estabilidad política del país, el paro petrolero trajo como consecuencia positiva, que a partir de ese momento el Gobierno Bolivariano asumió el control absoluto de la Industria Petrolera (PDVSA), y pudo disponer de los recursos económicos suficientes, para invertir en programas sociales, a través de la estrategia de "Siembra Petrolera".

El "Plan Barrio Adentro para Caracas", iniciativa de la alcaldía del municipio Libertador, concebida en el año 2002 para implementar un programa de desarrollo integral en los Barrios de Caraqueños, coincidía hasta cierto punto con la propuestas del ministerio de Salud y Desarrollo Social (MSDS) del nuevo Modelo de Atención Integral basado en una estrategia de promoción de la salud y

participación comunitaria que serviría de base para la edificación del nuevo Sistema Público de Salud, tal como había quedado establecido en la Constitución de 1999. [48]

Durante el año 2002, la alcaldía del municipio Libertador sostuvo conversaciones con el MSDS con el objetivo de integrar en una sola propuesta el Plan Barrio Adentro y los NAPIS, pero ello no tuvo éxito por lo que la alcaldía instrumentó el "Plan Barrio Adentro" en el año 2003 con apoyo de los médicos cubanos, utilizando un concepto similar al de los NAPIS y la versión del modelo de Medicina Familiar aplicada en Cuba.[49]

El Modelo de Atención Integral tan bien enfocado desde el punto de vista teórico, a criterio del autor de esta tesis, no llegó a implementarse por falta de voluntad política y de consenso entre el MSDS y los gobernantes regionales.

Misiones sociales:

En el año 2003, el conflicto adopta una nueva forma de expresión. Esta vez se plantea el llamado a un referendo revocatorio del mandato presidencial por parte de la oposición. Frente a un escenario político convulsionado y en algunos momentos adverso, el gobierno decide lanzar una estrategia para poner un acelerador a las políticas y los programas sociales y estrechar el vínculo del gobierno y, particularmente del Presidente, con los sectores populares. [50]

Prevalecía la falta de consenso entre las estructuras del estado, pero el gobierno logró saltar estos obstáculos activando el convenio de cooperación energético y social Cuba – Venezuela, que le permitió contar con más de 20 000 profesionales

y técnicos cubanos para iniciar las primeras misiones. Así lo expresó el presidente Chávez en una entrevista:

"Entonces fue cuando empezamos a trabajar con las misiones, diseñamos aquí la primera y empecé a pedirle apoyo a Fidel. Le dije: Mira tengo esta idea, atacar por debajo con toda la fuerza y me dijo. Si algo se yo es de eso, cuenta con todo mi apoyo"[51]

La estrategia de las Misiones se convierte entonces en la posibilidad de acercar la estructura estatal y la acción pública hasta los más necesitados y excluidos, así como en una herramienta de lucha contra la corrupción y la ineficiencia de la gestión gubernamental. La Misión Barrio Adentro fue el primer ensayo de la estrategia y por su capacidad de penetrabilidad en zonas de difícil acceso fue el medio que permitió abrir el camino para la entrada de las otras Misiones. Los elementos que se describen a continuación fueron claves para lograr el éxito de las misiones sociales: [52]

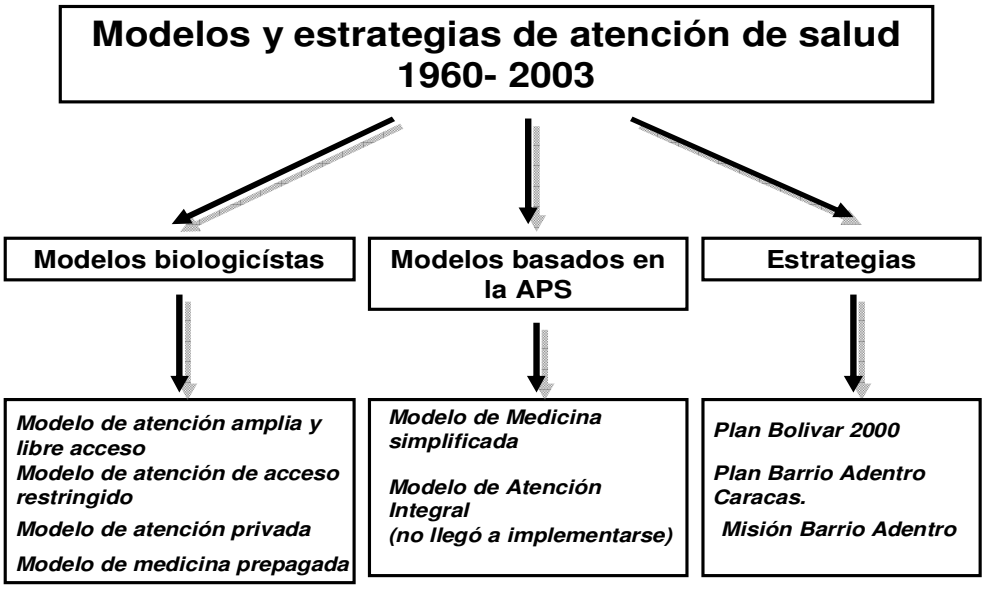
- Voluntad política del presidente Hugo Chávez
- El apoyo de la Revolución Cubana amparado por el Convenio Cuba-Venezuela.
- La participación voluntaria de las comunidades y de organizaciones que ya estaba activadas (Círculos bolivarianos y Comités de tierra urbana)
- La participación activa de cuerpos militares en el marco de la alianza cívico-militar.

En Venezuela igual que sucedió en América Latina y el mundo, los modelos de salud han estado condicionados a las corrientes ideológicas predominantes en la época. En este país específicamente después de la década del 60 han existido dos tendencias, una dominante que favoreció la aparición de modelos

biologicístas, privatizadores, excluyentes y fragmentados, que se diseñaron bajo los designios de las políticas neoliberales impuestas en el país en las últimas tres décadas del siglo XX, y una tendencia no dominante representada por modelos basados en la APS, el primero de ellos, el **Modelo de Medicina simplificada,** ya explicado en el epígrafe anteriores y el **Modelo de Atención Integral**, muy bien concebido desde el punto de vista teórico a criterios del autor , que no rebaso la etapa de pilotaje, no se generalizó por falta de consenso entre los teóricos que lo concibieron y los políticos que tenían la responsabilidad de implementarlo.

Los modelos de atención de salud que existieron en Venezuela desde la década del 1960 hasta que se inicia la Misión Barrio Adentro, pudieran considerarse, un verdadero mosaico, seis modelos se aplicaban y aun se aplican indistintamente en las unidades de los subsectores públicos y privados. En la red ambulatoria rural continua aplicándose los conceptos de la Medicina Simplificada. En el estado Aragua donde se comenzó a implementar el **Modelo de Atención Integral** a modo de pilotaje, continúa funcionando de forma aislada.

Figura: Modelos de atención de salud que existieron en Venezuela desde la década del 60 hasta la Misión Barrio Adentro.



Los objetivos del Plan Nacional de Desarrollo en el sector salud no era posible alcanzarlos contando con esta multiplicidad de modelos de atención, cada uno con un enfoque diferente; fue necesario diseñar una estrategia capaz de saltar los obstáculos de la burocracia y la ineficiencia ministerial. Surge entonces la "Misión Barrio Adentro".

3.2-. Evolución por etapas y resultado de la implementación al contexto venezolano, de la "Misión Barrio Adentro"

El desastre de Vargas.

Entre los días 15 y 16 de diciembre de 1999 se produjo un desastre natural de enormes proporciones en diez estados del país, de los cuales el mayor afectado en intensidad y extensión fue el estado Vargas. Este desastre fue ocasionado por fuertes y continuas lluvias que produjeron inundaciones y deslaves que arrastraron a comunidades enteras hasta orillas del mar. Más de 50% de los daños humanos y físicos ocurrieron en esta entidad federal.[53]

Según los reportes oficiales, en Vargas resultaron afectadas 215.000 personas, de las cuales quedaron damnificadas cerca de 55.000. La infraestructura hospitalaria y ambulatoria de la entidad quedó parcialmente inhabilitada y la que continuó operativa resultaba insuficiente para hacer frente a la magnitud de la tragedia. En este capítulo pretendemos describir la evolución por etapas y el resultado de la implementación al contexto venezolano de la Misión Barrio Adentro, como aporte teórico al nuevo modelo de atención de salud. [54]

Desastre de Vargas. 1999

Como parte de las iniciativas de ayuda humanitaria que prestaron varios países a Venezuela, el 17 de diciembre de 1999 llegó al país una Brigada Médica

procedente de Cuba: “El contingente constaba de 454 personas, incluyendo 250 médicos. La mayoría llegó entre dos y cuatro días después del desastre en el que murieron decenas de miles de personas y cientos de miles quedaron damnificadas. [57]

Las brigadas cubanas estaban integradas por personal médico, de enfermería, epidemiólogos y técnicos de higiene. Los médicos organizaron planes de atención y formaron a miembros de la comunidad, principalmente mujeres, como promotoras de salud. Esta experiencia continuo utilizándose posteriormente el la Misión Barrio Adentro y el autor de esta investigación la incluye como aporte teórico para la concepción del nuevo modelo en lo que a participación social en salud se refiere. [57]

Estas brigadas continuaron en el estado Vargas hasta el año 2002 y más tarde fueron extendidas a zonas rurales de los estados Lara, Miranda, Trujillo, Carabobo, Barinas y Guárico. Pasada la emergencia, las brigadas se dedicaron a prestar atención médica y a la prevención de enfermedades en zonas donde se había perdido gran parte de los servicios básicos de saneamiento.[58]

El impacto positivo que tuvo este Programa Integral en la situación de salud de las comunidades donde laboraron, facilitó la aceptación por parte del pueblo venezolano de los médicos cubanos de la Misión Barrio Adentro.

Convenio Integral Cuba- Venezuela.

En ocasión de la visita de Fidel Castro a Venezuela, el 30 de octubre del año 2000 se firma el Convenio de Cooperación Integral entre la República de Cuba y la República Bolivariana de Venezuela. Una parte de este convenio lo constituye un acuerdo energético, donde se estipula, entre otros aspectos, que Venezuela venderá a Cuba hasta 53.000 barriles de petróleo al año bajo un régimen

preferencial de precios. También se establece un acuerdo de reciprocidad y ayuda mutua en donde el gobierno de Venezuela prestará asesoría y asistencia técnica al gobierno cubano en materia de hidrocarburos. [59]

En el mismo Convenio, Cuba se compromete a ofrecer, de forma gratuita, es decir, sin ningún tipo de cobro a los usuarios, los servicios médicos de especialistas y técnicos en salud que serían trasladados a las zonas más desatendidas del país, así como también a colaborar en la formación médica de estudiantes venezolanos en Cuba y el tratamiento de pacientes venezolanos en instituciones de salud cubanas. De igual manera, el Convenio permite que Cuba pueda vender a Venezuela bienes y servicios, entre los que se encuentran medicamentos, equipos y productos médicos. El Convenio fue firmado con una duración de 5 años y renovado en el año 2005. [59]

El Convenio Cuba-Venezuela permitió al gobierno darle formalidad legal tanto a las brigadas médicas cubanas que todavía se encontraban en el país como a la formación de estudiantes de medicina en Cuba. Pero también abrió las posibilidades para extender esta ayuda a Venezuela en las áreas de alimentación, educación, deportes y salud.

La posibilidad de que estudiantes y pacientes venezolanos pudieran viajar a Cuba, a través del Convenio, permitió romper la distorsionada imagen que sobre el país se había levantado durante la IV República y contribuyó de forma importante al avance de la misión.

1ra Etapa: Misión Barrio Adentro 1 (Abril 2003- Junio-2005)

La Misión “Barrio Adentro” se inicia como experiencia solidaria entre dos pueblos

hermanos, 25 años después de la Conferencia Internacional sobre APS en Alma Ata y a solo tres de la Cumbre del Milenio, en un mundo globalizado, víctima de un paradigma decadente, en una región depauperada a consecuencias de los ajustes neoliberales de sus economías, donde la salud pública se convirtió, en quimera inalcanzable para la inmensa mayoría de la población excluida, y el estado cedió su papel como garante de tan preciados servicios[60].Esta primera etapa, al ser la iniciadora de una experiencia de colaboración internacionalista en condiciones muy difíciles de vida y trabajo, fue atravesando en su desarrollo por diferentes fases:

a) Primera Fase: Inicio del Plan Integral Barrio Adentro para los Cerros de Caracas.

Cerros del Municipio Libertador de Caracas.

Como se explicó en el capítulo anterior, en el año 2002 la alcaldía del municipio Libertador de Caracas, concibió un plan de desarrollo local que tuviera la

capacidad para penetrar en los barrios de los sectores populares, e integrar distintos campos de la política social (salud, educación y comunicación popular, abastecimiento alimentario y economía social) al igual que estimular la participación y la organización de las comunidades. [61]

Esta iniciativa era conducida por el Instituto para el Desarrollo Local (IDEL), órgano de la alcaldía creado en el año 2001 como instituto adscrito sin personalidad jurídica. [61]

La idea inicial del Plan era desarrollar una red de centros de atención y encuentro comunitario denominados "Casas de la Salud y la Vida", que más adelante fueron nombradas por el Presidente Chávez "Consultorios Médicos Populares", en los cuales se combinarían actividades de atención médica, prevención y promoción de la salud, un trabajo comunitario permanente de médicos, odontólogos y el suministro a las comunidades de medicamentos a precios solidarios. [62]

Partiendo de la experiencia de Vargas y habiendo un convenio firmado entre Cuba y Venezuela para la asistencia médica gratuita, el alcalde del municipio Libertador, Freddy Bernal firmó, en el año 2003, el Convenio Médico con el embajador de Cuba en Venezuela, para traer al país los primeros 50 médicos cubanos e incorporarlos en el Plan Barrio Adentro. La alcaldía del municipio Libertador había realizado llamados a concurso a médicos venezolanos para llenar los cargos del Plan Barrio Adentro sin obtener respuesta.[63]

El 16 de abril de ese mismo año llegan al país los primeros 53 médicos cubanos y son ubicados en 10 de las 22 parroquias que conforman el municipio Libertador: Sucre, El Valle, El Junquito, San Juan, Santa Rosalía, El Paraíso, La Vega, La Candelaria, El Recreo y 23 de Enero.

En palabras del presidente Chávez: *"Fueron 53 médicos que comenzaron aquel 16 de abril, en 10 parroquias sólo de Caracas; para un médico había 222 familias, por ahí comenzamos, era como... una fase de experimentación porque un plan de esas dimensiones, como lo veníamos pensando, había que comenzar a experimentarlo primero, a ver qué tipo de respuestas, de reacciones, como un medicamento nuevo que se está probando"*. [64]

Dos meses después, en junio, el plan se extiende a las parroquias Caricuao, San Agustín, Altagracia y Macarao del mismo municipio, con el traslado a esas parroquias de 191 médicos cubanos. El mismo procedimiento se aplica en el municipio Sucre del estado Miranda, donde son trasladados 60 médicos cubanos.

El inicio del Plan Barrio Adentro representó una intensa actividad de ubicación y alojamiento de los médicos cubanos en casas de familia dentro de las mismas comunidades, previa consulta y aceptación de éstas. Se requería una casa en la que la familia tuviese un jefe de hogar empleado, una cama, un lugar donde colgar las ropas, un ventilador y acceso a baño. No había ningún otro apoyo económico o material más que la presencia del médico. Para ese momento no se disponía de pago alguno por concepto de alquiler de viviendas ni alimentos para los médicos esto se le señaló con mucha claridad a las comunidades, las cuales asumieron con recursos propios el hospedaje, la manutención y la seguridad personal del médico. [65]

b) Segunda Fase: Expansión del Plan Barrio Adentro al estado Miranda:

El 6 de julio de ese mismo año, el presidente de la República en el programa *Aló Presidente* Nº 155, anunció la designación de una Comisión Presidencial para el Plan Barrio Adentro, presidida por el Dr. Rafael Vargas, médico de profesión y para ese momento ministro de la Secretaría de la Presidencia.[66]Esta comisión

estaba integrada por un equipo de médicos venezolanos voluntarios con quienes el presidente de la República había decidido ampliar el Plan Barrio Adentro a nivel nacional. Desde el inicio del Plan y con la creación de esta Comisión Presidencial, quedó claro que el Ministerio de Salud y Desarrollo Social no permanecería vinculado a las acciones de este Plan. Entre julio y agosto 2003, llegaron otros 686 médicos cubanos extendiéndose el plan a dos municipios del estado Miranda.

c) Tercera fase: **Expansión del Plan Barrio Adentro a todo el país:**

Esta fase se inicia en septiembre del 2003, y abarca hasta diciembre de ese año, cuando se extiende la experiencia al resto del país, alcanzando la cifra de más de 10.169, de los cuales "el 52,4 % eran mujeres" [67]

d) Cuarta fase: **El Plan Barrio Adentro se convierte en "Misión Barrio Adentro"**

El 14 de diciembre de 2003, en el programa *Aló Presidente* n°174, el presidente de la República inauguraba desde el barrio El Onoto de Caricuao el primero de los 20 módulos previstos de Barrio Adentro. Con la inauguración de estos módulos, el Presidente declaraba que el Plan Barrio Adentro se convertía en la Misión Barrio Adentro. [68]

La Misión "Barrio Adentro" abrió en el 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. En el primer trimestre del 2004 ya existían en el país 14 345 médicos ubicados en 8 573 puntos de consultas. [69]

A partir de este momento las misiones sociales en Venezuela se definen como estrategias presidenciales, que cuentan con recursos extraordinarios y en las que

participan las instituciones en todos los niveles del Estado.

Primera Etapa de la Misión "Barrio Adentro"
(Abril 2003- Junio-2005)

Primera fase:
Abril –Jun 2003 : Arribo de los primeros Médicos.

Segunda fase:
Jul - Ago 2003 : Miranda

Tercera fase:
Sep – Dic 2003 : Se extiende a todo el País.

Cuarta fase:
Diciembre 2003 : Se oficializa la Misión Barrio Adentro por el presidente.

Las experiencias del **modelo del médico y la enfermera de la familia** cubano o modelo de las 120 familias, que constituyó un referente obligado para la organización de los primeros servicios de salud en Barrio Adentro, fue adquiriendo matices de autenticidad en la medida que se contextualizaba a la realidad venezolana.

Las condiciones adversas en que se desarrolló la misión en sus inicios, hicieron que el médico tuviera que trabajar en locales adaptados con las condiciones mínimas imprescindibles, para brindar un servicio de salud. Algunos no podían ofertarse ante la **falta de privacidad, iluminación, agua, servicios sanitarios**, etc.)

Los médicos tuvieron que asumir los **procesos de enfermería**, ante la ausencia de este personal y fue necesario entrenar líderes comunitarios para la realizar algunos procederes; este personal con el tiempo se convirtió en la **defensora de la salud**, incorporadas en la actualidad al programa de Enfermería Integral

Comunitaria que desarrolla la Misión Sucre.

La **prescripción de medicamentos** se convirtió en un gran problema en los inicios de la misión, por una parte nuestros médicos no estaban familiarizados con los nombres comerciales de los fármacos; por otra los pacientes que acudían a nuestras consultas no tenían los recursos económicos suficientes para pagar los altos costos de los medicamentos, a esto se unía el rechazo intencional de las farmacias privadas a las prescripciones realizadas por médicos de Barrio Adentro. Esto limitaba la continuidad del tratamiento del paciente, el poder resolutivo de este profesional para mantener controlado, sobre todo a los que padecían Enfermedades crónicas no trasmisibles, uno de los grandes problemas de salud que se encontraron en este país.

Se decide por la dirección de la Misión en Cuba que en cada consultorio de Barrio Adentro se garantizaría un módulo conformado por 105 renglones de medicamentos, que se entregaría gratuitamente a la población. A partir de ese momento el médico comunitario asumió la responsabilidad de solicitar un pedido, entregar los medicamentos personalmente y mantener el control de los mismos y el Consultorio por su parte se convirtió en una farmacia popular.

La mística de trabajo de este profesional con elevado nivel científico, que era capaz de atender a las personas a cualquier hora del día, que compartía con la comunidad los alimentos, las actividades deportivas y recreativas, sin establecer diferencias entre las personas, hizo que naciera un sentido de pertenencia, una relación afectiva y de confianza entre el médico y el pueblo venezolano, no acostumbrado a recibir en las instituciones venezolanas una atención de ese tipo, que ha condicionado que las decisiones administrativas y de otro tipo que se toman con esta unidad, haya que consultarla siempre con el pueblo.

La desición de que el médico viviera en casa de venezolanos permitió que se adaptara más rápido al contexto, conociera las costumbres, los hábitos, los estilos de vida de este pueblo, algo que repercutió en la forma de asumir la atención de salud y las estrategias de trabajo comunitario. Un ejemplo de ellos fueron las jornadas y los festivales por la salud.

Existía en Venezuela la tradición de **Jornadas de Salud** realizadas por el ejército, en el Plan Bolívar 2000, como se explicó en el capitulo anterior, además estas actividades se utilizaban, por los partidos políticos tradicionales en la campañas electorales, con el objetivo de captar votantes. La Misión Médica Cubana influenciada por el nivel de institucionalización alcanzado en nuestro sistema de salud después de 45 años de Revolución, no aprobó estas iniciativas inicialmente, según las orientaciones los pacientes debían adaptarse a acudir a las instituciones.

El conocimiento alcanzado por nuestros médicos sobre la idiosincrasia del pueblo venezolano, permitió que se aprovecharan y enriquecieran estas experiencias como estrategias de salud colectiva, aparecieron los **Operativos de salud** como estrategia dirigida a las poblaciones rurales dispersas, una especie de salubrismo itinerante por las comunidades rurales e indígenas alejadas de los centros de salud; las **Jornadas de Salud** dirigidas a grandes asentamientos poblacionales que no tenían acceso a todos los servicios de salud, se hacían acompañar de otras misiones, la Misión MERCAL con la oferta de alimentos de la canasta básica a precios subsidiados, la Misión Identidad para la Cedulación de la población, etc., se realizan habitualmente durante los fines de semana; el **Festival de la Salud**, una modalidad donde se combinan los servicios que se brindan en una jornada de la salud con manifestaciones culturales propias de la comunidad como pueden

ser: danza, música, teatro, artesanía, competencias deportivas y actividades recreativas organizadas por la Misión Deportiva Cubana (tablas gimnásticas de Abuelos , bailoterapia gigante, simultaneas de ajedrez, etc.).

Estas nuevas modalidades han logrado un gran impacto no solo en el estado de salud de la población beneficiada, sino en la consolidación política del proceso revolucionario, al convertirse en las estrategias de combate más importantes en las contiendas políticas de los últimos años.

Festival de la salud dedicado al adulto mayor. Caracas. 2008

Los Consultorios Médicos Populares que comenzaron a construirse en el Distrito capital en el año 2003, y que hasta mayo del 2009 alcanzaban la cifra de 3620, vinieron a sustituir los locales adaptados, que la comunidad con tanto esfuerzo había creado. Por decisión del Gobierno Bolivariano estos nuevos inmuebles se entregaron a las comunidades, quienes se responsabilizan a partir de ese momento con la custodia, mantenimiento y control de los recursos materiales entregados. El pueblo organizado en Comités de salud se convirtió en controlador de la calidad de la atención y el médico cubano tuvo que adaptar su sistema de trabajo a la nueva realidad.

El hostigamiento mediático al que ha estado sometida la misión médica cubana

durante estos seis años, ha condicionado la organización de los servicios de salud y algunas decisiones administrativas de la Misión. Un ejemplo de ello fue el proceso de reordenamiento de los recursos humanos que se realizó en el año 2006, que tuvo como premisa que la misión asumía todas las unidades de salud construidas por el gobierno bolivariano, a pesar que muchas se ejecutaron sin criterios organizacionales lógicos y otras fueron por iniciativas populares o promesas electorales de alcaldes y gobernadores chavistas. Otro ejemplo pudiera ser la decisión de tener que cerrar un Consultorio Popular u otra unidad de salud o servicio ante la ausencia del recurso humano, muchas veces el criterio político es el que prevalece en esta decisión. *¿Qué es lo más conveniente desde el punto de vista político?* Esta es la primera pregunta que debe hacerse un cuadro de salud de la Misión Barrio Adentro, a cualquier nivel del sistema cuando deba tomar una desición de este tipo.

Los medios masivos de comunicación opositores al gobierno están al asecho de la más mínima falla que pueda tener la Misión Barrio Adentro, por lo que representa para el Gobierno Bolivariano y la estabilidad política de la Revolución. Una triada que ha guiado cada paso de la misión en todos estos años.

Un ejemplo de esto fue el artículo publicado en enero del 2007 por el periódico **El Universal** donde se hace una denuncia del estado de abandono en que se encontraban los Consultorios Populares en el sector UD6 de la Parroquia Caricuáo, al autor de esta tesis le correspondió reunir las pruebas y hacer una réplica por **Venezolana de Televisión** de esta calumnia, fue la primera vez que cuadros de la dirección nacional de la MMC acudían a los medios masivos de difusión.[72]

Para desacreditar los resultados de la Misión Barrio Adentro la oposición

venezolana, cuenta con cuatro de las seis emisoras televisivas nacionales, con el 80% de las emisoras radiales y de la prensa plana que se publica en este país.

Consultorio que fue publicado en el artículo del periódico "El Universal" 10 de enero 2008

CARACAS

Barrio Adentro tiene 29 médicos criollos

No hay suficientes médicos venezolanos que se encarguen de los octagonales

DESAPROBADO POR LA FEDERACIÓN MÉDICA

10 de enero 2008

11 de enero 2008

La confrontación electoral entre partidarios y opositores al gobierno se manifiesta en los barrios venezolanos en cada contienda electoral, los enfrentamientos cada vez más acalorados entre vecinos con posiciones políticas diferentes, se incrementan a medida que se acerca el día de las votaciones. Bajo este clima político adverso se inicia a finales del año 2003 la tercera fase de extensión de la Misión "Barrio Adentro" a todos los estados del país. Los médicos encontraron resistencia en algunas familias que se negaban a ser censadas ante la confusión generada por la recogida de firmas para el referéndum revocatorio, en algunos estados fue necesario detener este proceso inicial ante el gradual aumento de la temperatura social.

Esto unido a la falta de condiciones estructurales y materiales de los locales que funcionaban como Consultorios, las campañas de calumnias inventadas sobre

malas prácticas de los médicos cubanos, hizo que se tomara la decisión de limitar la práctica de algunos servicios muy sensibles como la atención materno infantil (solo se ofertaba si el paciente o la familia lo solicitaba) , la realización de procederes que pudieran generar conflictos éticos (Citologías cervico vaginales, exámenes de mama, tactos vaginales y réctales, etc.), hasta que las condiciones políticas lo permitieron. Desiciones como estas se retoman durante los días más críticos de las campañas electorales, para evitar escándalos que involucren intencionalmente a la misión.

La disponibilidad de recursos humanos para lograr cobertura total de salud a 20 millones de venezolanos, condicionó a que cada Consultorio Popular asumiera la atención de 250 a 300 familias, es decir entre 1500 y 3000 habitantes y en algunos estados mas, como es el caso de Táchira.

El conocimiento que el médico fue adquiriendo de su comunidad le permitió identificar otros problemas de salud y la necesidad de nuevos servicios. Con la inminencia de un referéndum revocatorio al presidente de la República que definiría el destino de esta nación, se toma la desición política por parte de la dirección de nuestro país de incorporar servicios estomatológicos y de óptica. En solo 18 meses se logró una cobertura con estos nuevos servicios de más del 70 % de la población. El impacto social y político de esta desición se vio reflejado en el apoyo popular que recibió el presidente Hugo Chávez en el referéndum revocatorio del año 2004.

El desarrollo de la estomatología también tuvo sus matices de autenticidad, este profesional tuvo que asumir las funciones del asistente dental, el flujo grama de esterilización, la confección de los materiales y la limpieza de los locales y de las unidades dentales.

Las ópticas se desarrollaron en Venezuela bajo conceptos muy revolucionario, en el mismo establecimiento y atendido por el mismo personal se ubicaron las consultas de optometría, el taller de corte y monta y el almacén de insumos. En un inicio se concibió que en cada unidad existiera una optometrista y dos técnicos de corte y monta, el desarrollo alcanzado por la misión y la posibilidad de superación que ha tenido este personal los convirtió en técnicos integrales, capacitados para ejercer cualquiera de las funciones que se realizan en esta unidad.

Primera Etapa: "Barrio Adentro 1"
(Abril 2003- Junio-2005)

La interacción de los conceptos del modelo cubano de medicina familiar al contexto venezolano en esta primera etapa de la Misión aportó elementos que fueron conformando el marco teórico en que se basaría el Modelo de Salud Integral Comunitaria:

En esta etapa se esbozan las premisas del nuevo Modelo de Salud Integral Comunitario, que evidentemente estaría basado en la Atención Primaria de Salud, enfocado hacia el cumplimiento de su principios básicos como son la equidad, el acceso universal, la solidaridad, justicia social, la participación social y

comunitaria en salud, la intersectorialidad para la solución de los problemas, todo esto respaldado por una férrea voluntad política del gobierno bolivariano para lograrlo.

3.2- Segunda etapa: "Barrio Adentro 2" (Junio 2005- Junio 2006).

En la medida que el médico del Consultorio Popular fue ganándose la confianza del pueblo venezolano, se incrementaba el número de pacientes que acudían a las consultas, cada día con problemas de salud de mayor complejidad que requerían para su adecuado manejo, el uso de medios diagnósticos o ser referidos a una institución hospitalaria. Por una parte los pacientes en su mayoría pobres no tenían los recurso para los complementarios y por otra no eran aceptados en las instituciones si llegaban referidos de Barrio Adentro.

Para el año 2005 se hacía necesario aumentar el poder resolutivo del médico, que hasta ese momento solucionaba los problemas de salud apelando a sus probadas habilidades clínicas; surge entonces la idea de crear otras unidades que complementaran con medios diagnósticos y terapéuticos el accionar del más estratégico de nuestros recursos humanos.

Se había iniciado en el país un proyecto de Clínicas Populares que se paralizó debido a desacuerdos internos entre los médicos de nómina y el nuevo personal médico venezolano bajo otra modalidad de contrato. En vista de estas dificultades, en el programa *Aló Presidente* n° 225 del 15 de junio de 2005, desde la ciudad de Maturín en el estado Monagas, el Presidente anunció el lanzamiento de la segunda etapa de Barrio Adentro, dirigida a la construcción y equipamiento de 600 Centros Médicos Diagnósticos Integrales (CMDI), 600 Salas de Rehabilitación Integral (SRI) y 35 Centros Médicos de Alta Tecnología (CMAT) que serian construido por el Ministerio de Vivienda y Hábitat, con apoyo de

personal médico cubano y equipamiento procedente de Cuba, para fortalecer el primer nivel de atención del nuevo sistema de salud. Estos centros conformarían una red de servicios complementarios durante las 24 horas para casos de emergencias y estudios de complejidad referidos por los Consultorios Médicos Populares.[73]

Las nuevas unidades fueron diseñadas teniendo en cuenta las necesidades de la población, el CMDI dispondrían de un laboratorio clínico, servicios de Rayos X, ecosonografía, endoscopia digestiva alta, electrocardiografía, un sala de apoyo vital, una sala de observación que la necesidad trasformó años después en sala de ingreso, una sala de terapia intensiva para adultos, un cuerpo de guardia que funciona las 24 horas. Uno de cuatro centros dispondría de un quirófano diseñado inicialmente para realizar cirugías general y traumatológica de urgencias, que en la actualidad asumen cirugía electiva. Se previó que uno de cada seis centros cuente con un laboratorio de Anatomía patológica.

Este centro de nuevo tipo acercaba a la comunidad servicios de salud que en modelo Venezolano se ofertan en el segundo y tercer nivel de asistencia.

Las SRI ofertarían los servicios de: consulta especializada de fisiatría, electro estímulos, ultrasonido, laserterapia, magnetoterapia, tracción cervicolumbar, calor infrarrojo, diatermia e hidroterapia, gimnasio pediátrico, gimnasio de adulto, acupuntura, moxibustión, masaje, logopedia y foniatría y terapia ocupacional.

Los CMAT fueron diseñados para ofertar servicios diagnósticos ambulatorios con tecnología de punta entre los que se encuentran: Radiografía Estacionaria, Ultrasonido Tridimensional, Tomografía Axial Computarizada de 64 cortes, Resonancia Magnética Nuclear, Mamografía. Desintometría ósea, Video Endoscopia Digestiva, Laboratorio Clínico, Sistema Ultramicroanalítico (SUMA),

Electrocardiograma.

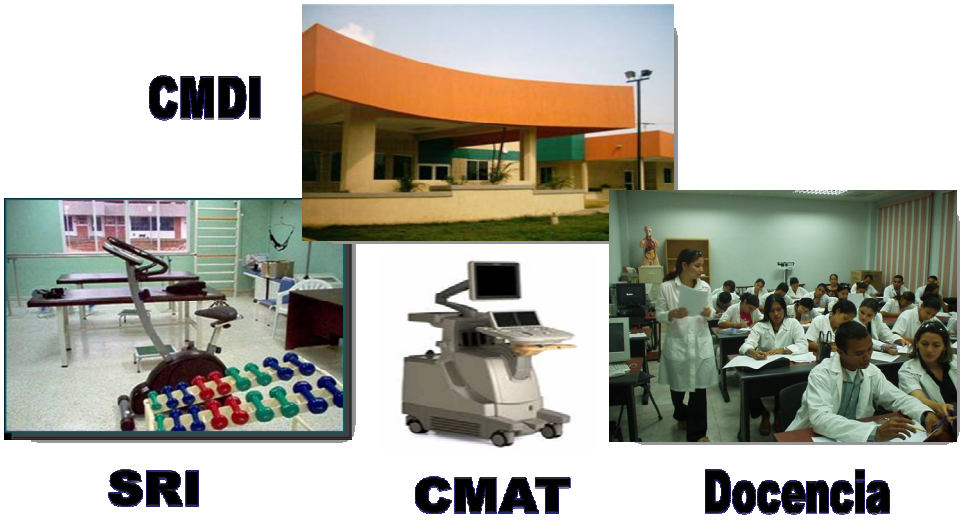
Con la incorporación en junio del 2005 de estos centros de salud a la misión Barrio Adentro el médico del Consultorio Popular, especialista de MGI disponía de todos los complementarios para realizar diagnósticos, aplicar tratamientos, rehabilitar a sus pacientes, hacer un seguimiento adecuado de las personas con Enfermedades Crónicas no Transmisible, sin la necesidad de ser autorizado por otro especialista.

La posibilidad de utilizar esta tecnología diagnóstica de punta, elevó el nivel científico de los médicos y su capacidad resolutiva a niveles insospechados hasta ese momento e incrementó el nivel de satisfacción de la población que ya disponía en la comunidad de centros de salud con mayor nivel de especialización donde atenderse de forma gratuita.

En esta etapa se inicia la carrera de Medicina Integral Comunitaria y el médico del CMP se convierte entonces en el profesor principal para la formación del médico integral comunitario. Este reto demandaba de este profesional una mayor preparación científica y pedagógica, disponer de un fondo de tiempo que hasta ese momento utilizaba solamente en su labor asistencial, para dedicarlo a las actividades docentes presénciales y de educación en el trabajo, de una pirámide docente que en año 2008 llegó hasta el 4to año de la carrera. Esta situación genera la necesidad de una reorganización de los recursos humanos en formación y de la utilización más eficiente de los líderes comunitarios para asumir actividades de educación y promoción de salud que hasta ese momento eran asumidas exclusivamente por el médico. Todo este proceso organizacional condiciona la aparición de nuevos actores sociales con funciones definidas y

responsabilizados con la salud de la población. El estudiante pasa de receptor pasivo de conocimientos, a protagonista en la transformación del estado de salud de un grupo de familias que se le asignan en la comunidad. El Comité de Salud asume responsabilidades en la comunidad que van más allá del acompañamiento del médico y la limpieza del Consultorio Popular. El médico pasa de ser el único responsable de la salud individual y colectiva, a coordinar con su equipo de trabajo las acciones de salud definidas en su Estrategia de Salud Integral Comunitaria.[74]

Segunda Etapa: "Barrio Adentro 2"
(Junio 2005- Junio 2006)



De esta nueva forma organizativa del proceso asistencial y docente que se realiza en el Consultorio Médico Popular no solamente surgirá en Venezuela el paradigma del **Médico y su Comunidad Organizada**, sino un nuevo profesional con sólidos conocimientos y habilidades para el abordaje integral de la salud colectiva e individual.

La interacción del modelo cubano de medicina familiar al contexto venezolano en esta segunda etapa de la Misión aportó también elementos que fueron

determinando el nacimiento del Modelo de Salud Integral Comunitaria.

En esta etapa se define la **integralidad** como categoría rectora del nuevo modelo, al disponer en las unidades de salud, toda la tecnología, los recursos humanos y materiales necesarios para promover salud, prevenir enfermedades, diagnosticar y tratar enfermedades y rehabilitar discapacidades; que junto a la formación holística del médico comunitario, permiten ofertar una atención de salud centrada en el hombre como un todo y no en los servicios especializados, enfocada hacia los problemas de salud y no a las enfermedades.

Los problemas de salud que encontraron los médicos cuando llegaron a las comunidades resultaban extremadamente complejos, más de 40 años de IV República había dejado una profunda huella en el sistema de valores, el comportamiento de las personas, y el funcionamiento familiar y comunitario. Manifestaciones como el individualismo, la ausencia de solidaridad entre vecinos, hábitos alimentarios e higiénicos condicionados por los patrones de consumos, ausencia de educación sanitaria, ambiental y de conocimientos sobre los riesgos y las enfermedades que padecían. Esto acompañado a problemas a los que el médicos cubanos se enfrentaba por primera vez: drogadicción, violencia extrema, polarización política, consumismo; generó la necesidad de pensar en una estrategia de salud integral mas enfocada hacia el trabajo con la comunidad, con grupos específicos, el fomento de la participación social y comunitaria en salud.

La diversidad de contextos y situaciones de salud en los diferentes estados, la ausencia de una integración eficiente entre las unidades de salud de Barrio y red hospitalaria, la posibilidad de disponer en la comunidad de unidades que ofertan una amplia gama de servicios, condicionó la decisión de no asumir la medicina familiar como estrategia sino el Trabajo Comunitario, no asumir la

Dispensarización como estrategia de atención, centrada mas hacia la atención de grupos que se estratifican en sanos, riesgos, enfermos y discapacitados; sino a la Atención Integral de Salud del individuo, la familia y la comunidad a través de diferentes estrategias(pesquisa integral activa para el abordaje de la salud individuad de los mayores de 15 años, Atención Integral de Salud a niños, niñas y adolescentes, Atención Integral de Salud a la Embarazadas) , no asumir Programas Verticales de Salud, sino Estrategias de Salud Integral Comunitaria(ESIC) dirigidas a los principales problemas que se identifican en los Análisis de la Situación de Salud de cada territorio.

Para desarrollar la estrategia de trabajo comunitario fue necesario que el médico de Consultorio Popular tuviera censada su población. Cada paciente que vive en la comunidad tiene una historia clínica individual y existe un Modelo de registro o censo de la salud familiar, la que se consolida en un libro Registro de Salud Comunitaria que permite realizar anualmente el Análisis de la Situación de Salud. El médico con su comunidad organizada discute ese ASIS, en la Asamblea de Ciudadanos y Ciudadanas y ejecutan las acciones a través de estrategias intersectoriales que se ejecutan en conjunto con las intuiciones gubernamentales, misiones sociales, organizaciones comunitarias.

Se crean las condiciones materiales para acercar los servicios de salud, la alta tecnología médica y los mejores profesionales, a donde vive y trabajan los ciudadanos, garantizando el más alto poder resolutivo con servicios ambulatorios a nivel comunitario.

Se desarrollan programas de formación de pre y postgrado en ciencias de la salud al disponer de los escenarios docentes de formación y los profesores preparados, la cual constituye a la vez un fundamento importante de la sostenibilidad del

nuevo modelo de salud integral y de la irreversibilidad del proceso revolucionario.

Otro elemento de importancia que se fortalece en esta etapa es la **asistencia continua.** La gama de servicios que se incrementa considerablemente en cantidad y calidad con la aparición en Barrio Adentro de nuevas unidades, permite que el paciente pueda beneficiarse gratuitamente de servicios que en los modelos anteriores, estaban en hospitales o clínicas privadas, que para su realización el paciente requería transportarse largas distancias y disponer de recursos económicos para afrontarlos, ante esta realidad, la mayoría de las personas desistían de continuar su tratamiento.

La disponibilidad de medicamentos gratuitos en todas las unidades de salud de Barrio Adentro, garantizan la continuidad del tratamiento. La cercanía de los servicios a donde vive y trabajan las personas permite establecer pautas de tratamiento que pueden ser cumplidos y corregidos si fuera necesario.

La posibilidad de disponer de una historia clínica personal para toda la vida y de una ficha de registro familiar, permite acceder a una información confiable que garantiza la continuidad, cuando las personas envejecen, cambian de domicilio, o cuando interactúan con otros profesionales del mismo nivel o de otro nivel de complejidad del sistema.

3.3- Tercera etapa: Área de Salud Integral Comunitaria (Junio 2006-Septiembre 2008)

Unido a los beneficios que trajo para la Misión Barrio Adentro y para la población venezolana, el inicio de nuevas actividades asistenciales y docente, aparecieron nuevos retos, sobre todo organizativos. Comenzaban las guardias médicas y las consultas para el seguimiento de las Enfermedades Crónicas que en sus inicios recayeron en el médico del Consultorio. Si a esto le sumamos que este

profesional se convirtió en profesor principal de la carrera de Medicina Integral Comunitaria, el máximo responsable de la pesquisa activa de afecciones oftalmológicas para la Misión Milagro, podemos inferir entonces, que esta etapa trajo para nuestro mas estratégico recurso humano una sobrecarga de trabajo, que requirió ser revisada en otro momento de la misión.

La inauguración progresiva de unidades de salud de Barrio Adentro 2 se acompañaba de un incremento en el número de colaboradores, esto generó la necesidad de realizar un reordenamiento del recurso humano en función de agruparlos en una estructura organizacional más pequeña, que permitiera un mayor control y una mejor atención integral al colaborador.

Se tomo la decisión por parte de la dirección de la misión en mayo del 2006 de iniciar un proceso de diseño donde participaron los consejos de dirección de los estados, para construir de forma conjunta la nueva estructura organizacional. Se definió que la unidad referencial para la organización seria el CDI al que se le uniría otras unidades (Consultorios populares, Puntos estomatológicos, Ópticas, Salas de Rehabilitación Integral, Núcleos académicos). Se definió además que los Centros de Alta Tecnología no formarían parte de esa estructura, manteniendo una subordinación estadal.

Esta estructura que se concibió inicialmente con el objetivo de organizar los procesos que tenían que ver con la seguridad y la atención integral al colaborador, en pocos meses demostró sus potencialidades como modelo de atención y gestión en salud. Surge así el **Área de Salud Integral Comunitaria** para organizar e interrelacionar los procesos asistenciales y docentes en la base y se comienza a trabajar en la nueva estructura para las coordinaciones estadales y nacionales. Se requería que la estructura del ASIC fuera sencilla, que

le permitiera ajustarse a todos los contextos en que se desarrollaba la misión; que a diferencia del modelo piramidal que la precedía, eliminara estratos intermedios que enlentecían la gestión (sectores, parroquias, micro regiones, regiones, etc.) que habían aparecido como iniciativas innovadoras de los estados y alejaban al colaborador de las estructuras de dirección. Se hacia imprescindible, por la poca disponibilidad de recursos humanos, que muchas de la funciones administrativas se hicieran por activismo y que el multioficio y el trabajo en equipo se consolidaran en su máxima expresión.[74]

Dirigir los procesos que se desarrollaban con un enfoque de sistema, viendo al ASIC como un todo y no como la suma de unidades aisladas; insertada en una comunidad con la que establecería relaciones sociales de interdependencia, condicionó que se tomara la desición de nombrar un coordinador general y un vice coordinador integral para conducir los procesos asistenciales, docentes y administrativos de todo el sistema.

El **Área de Salud Integral Comunitaria** se definió como un sistema de unidades asistenciales y docentes del primer nivel de complejidad de una red de servicios de salud, que benefician a un conglomerado social de familias, ciudadanos y ciudadanas que habitan en un territorio social determinado, que comparten una historia e intereses comunes, se conocen y relacionan entre sí, usan los mismos servicios públicos y comparten necesidades y potencialidades similares: económicas, sociales, urbanísticas, sanitarias y de otra índole. Todas disponen como denominador común de un Centro Médico de Diagnóstico Integral.

Tercera etapa
(Junio 2006- Septiembre 2008)

Municipio Sanitario: Cuando el territorio social de influencia del Área de Salud Integral Comunitaria abarca mas de un municipio.

Parroquia Sanitaria: Cuando el territorio social de influencia del Área de Salud Integral Comunitaria abarca más de una parroquia de un mismo municipio o de otro municipio contiguo.

Municipio sanitario complejo: Municipios que por su extensión geográfica o densidad poblacional tenían más de un ASIC.

Con el objetivo de eliminar estructuras intermedias, se definió que la subordinación del ASIC fuera directamente de las coordinaciones estadales. En los Municipios Sanitarios Complejos se recomendó crear una estructura organizacional, constituida por un Coordinador Municipal y Vice-coordinadores integrales, que su número estaría en dependencia de las características del municipio y la complejidad de lo procesos que se desarrollaban.

La función de este equipo municipal sería de evaluación y control de los diferentes procesos que se desarrollarían en el ASIC, no constituirían una estructura

intermedia para el procesamiento de información estadística, ni de otra índole, la que le llegaría directamente por realimentación de estados.

La disminución gradual de los recursos humanos del Consultorio Popular, que se inició en el año 2005 con el regreso a Cuba de un grupo de compañeros que finalizaba su misión, unido a todas las funciones que tuvo que asumir este profesional en la segunda etapa de la misión y que fueron expuestas en el epígrafe anterior, produjo agotamiento e inestabilidad del médico en el CMP, generando una matriz negativa de opinión que no desaprovechó la oposición para desatar una feroz campaña mediática a inicios del 2007 contra esta unidad.

Fue necesario iniciar otro proceso organizacional en la misión esta vez con el objetivo de crear un plan de trabajo asistencial y docente en cada ASIC que permitiera equiparar la carga asistencial y docente de todos los recursos humanos, para lograr una estabilidad en las unidades del sistema. Este proceso permitió limar las asperezas entre los recursos humanos de las unidades de Barrio Adentro 1 y 2, que a partir de ese momento se convirtieron en los colaboradores del ASIC.

De esta etapa se sacaron algunas enseñanzas que enriquecieron conceptualmente el nuevo modelo:

- La necesidad de organizar el recurso humano que se incrementaba progresivamente, en la medida que se inauguraban nuevos centros de salud, concibió el **Área de Salud Integral Comunitaria** devenida en estructura organizacional del nuevo modelo.
- La utilización racional del recurso humano condicionó, que en el nuevo modelo desarrollado por la Misión Médica Cubana, muchas de las funciones que se realizan en sus unidades se hacen por activismo.

- El multioficio es otra de las características que distingue el nuevo modelo, en el ASIC todos sus colaboradores participan de igual forma en las actividades asistenciales y docentes que se realizan. Es cotidiano ver en el ASIC un intensivista asumiendo una consulta en un Consultorio Popular donde el médico está de vacaciones, que la enfermera endoscopista salga el domingo a un Operativo de Salud. Esto a criterio del autor es uno de los aportes conceptuales más importantes que tiene el nuevo modelo en cuanto a la utilización racional del recurso humano.
- La estructura organizacional en redes que se logró, permitió la integración de los servicios de salud, la continuidad en el seguimiento del paciente, la posibilidad de atender a una población determinada geográficamente.
- El poder resolutivo que se alcanza en el ASIC como estructura organizacional del nuevo modelo, permite que la atención del paciente en cualquier nivel de complejidad de la red, pueda ser coordinada desde la APS.
- La organización de los servicios de salud en redes garantiza el acceso directo y permanente a todas sus unidades, que se convierten en el nuevo modelo, en puertas de entradas por donde accede un ciudadano con un problema de salud, sin necesidad de pagos directos por el servicio prestado.

En contraste con los modelos asistenciales convencionales que existieron en este país, la oferta de servicios del ASIC incluye la prevención y la promoción, así como intervenciones centradas en los determinantes sociales de la salud a nivel local. Una relación directa y duradera que se establece entre el equipo de trabajo y los miembros de la comunidad atendida ha sido un pilar fundamental para el

conocimiento del contexto social donde transcurre la vida de los pacientes y sus familias, garantizando la continuidad de la atención a lo largo del tiempo y por todos los servicios.

A los efectos de realizar un cuadro comparativo de la nueva propuesta de modelo que nació a punto de partida de la Misión Barrio Adentro, con el modelo venezolano que lo precede, se tomo en cuenta el **Modelo de Medicina Simplificada**, porque el de Atención Integral de Salud aunque conceptualmente superior, nunca llegó a generalizarse.

Cuadro comparativo.

Modelo de Medicina Simplificada existente / Modelo de Salud Integral desarrollado en Barrio Adentro

Modelo de Medicina Simplificada	Modelo de Salud Integral desarrollado en Barrio Adentro
Fuera y alejado de los Barrios, no existe una cobertura universal.	En el barrio, donde viven y trabajan las personas. Garantizan cobertura a todos los municipios y parroquias del país.
Médico bajo régimen de visitas semanales, auxiliar de medicina simplificada.	Los médicos son Especialistas en MGI y residen en el barrio donde trabajan
Equipo de salud: Médico y enfermera	Equipo de salud: Médico, enfermera, defensora de la salud, promotores de salud, Comités de Salud, residente de MGI, estudiantes de MIC.
Atención por 4 horas	Atención 24 horas
Cobros por falta de insumos	Gratuito
Solo se responsabilizan con las personas que acuden al ambulatorio.	El ASIC se responsabiliza con todos los ciudadanos que viven en un territorio bien determinado geográficamente.
Enfocada hacia la atención curativa e individual.	Enfocada hacia la promoción y prevención de salud, aunque bien preparada para diagnosticar y rehabilitar.
Baja interacción y vínculos con las comunidades.	Alta interacción y vínculo con las comunidades. Los comités de salud forman parte del modelo.
Centrado en la enfermedad	Centrado en los problemas de salud.
Ausencia de vínculos intersectoriales	Resuelven los problemas de salud de la comunidad a través de estrategias intersectoriales.
Realizan actividades de programas verticales. Cada persona tiene tantas historias como programas existen.	Cada persona tiene una historia clínica individual y cada familia esta censada en un Modelo de Registro familiar. Desarrollan las actividades a través de una Estrategia de Salud Integral Comunitaria basada en los problemas identificados.
No se trabaja de forma integrada con otras unidades y niveles.	El ASIC es una red integrada de unidades de salud de la APS, se trabaja en la actualidad en la integración con otros niveles de complejidad de la red.

La Misión Barrio Adentro, que se inició precisamente por los lugares donde no había cobertura asistencial de los modelos tradicionales, en su desarrollo ha ido generando un nuevo modelo de salud, que nació de la interacción de los conceptos de la medicina familiar cubana al contexto venezolano. A diferencia de los que la preceden tanto en Venezuela, como en Cuba, este no surgió en una oficina de expertos, no fue una receta preconcebida que se trajo de Cuba o de otro lugar, fue el resultado de un proceso social de organización de los servicios de salud, en función de las necesidades del pueblo y de las posibilidades de la misión para poder resolverlas. Su construcción se inicia de abajo hacia arriba, a punto de partida del médico integral comunitario y su punto de consulta, que con su accionar, generaron la necesidad de nuevas unidades y servicios, incluso de nuevas misiones que aparecieron, para dar respuesta a los determinantes sociales de la salud identificados por el médico integral comunitario en su Análisis de la Situación de Salud.

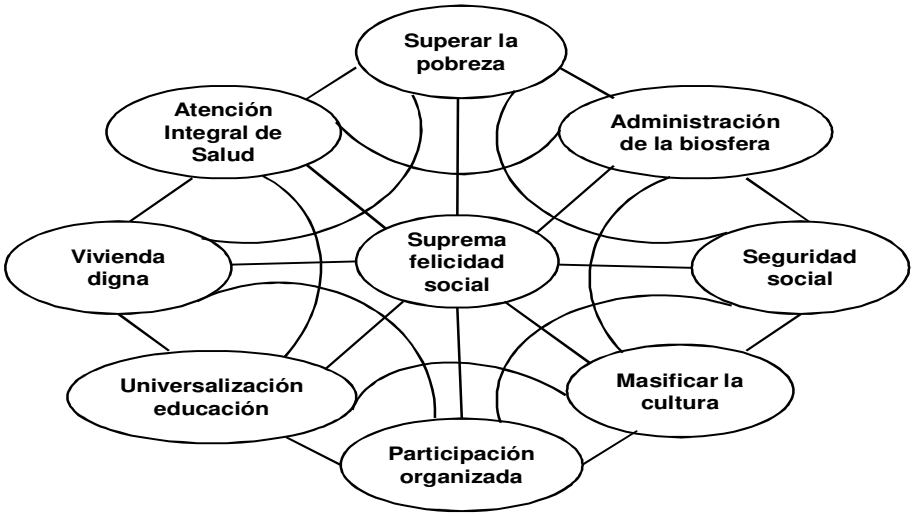
En estos seis años de existencia, la "Misión Barrio Adentro" ha construido una extensa red de casi 14 000 unidades asistenciales y docentes, que da cobertura asistencial a la totalidad de municipios y parroquias de este país, oferta servicios gratuitos de calidad a toda la población, sin distinción de raza, género, ascendencia social, afiliación política o religiosas. Se ha ganado un prestigio en el pueblo y con las autoridades de salud regionales y nacionales, que se convierte en referente obligado para la construcción de la nueva institucionalidad del Sistema Público Nacional de Salud en la República Bolivariana de Venezuela y para la construcción de iniciativas similares en otras partes del mundo.

3.4- IV Etapa: Nueva Institucionalidad del Sistema Público Nacional de Salud, en el marco del Proyecto Nacional "Simón Bolívar"

El Proyecto Nacional "Simón Bolívar"; aprobado en el mes de septiembre del 2007, define las directrices para la construcción del Socialismo del siglo XXI en la República Bolivariana de Venezuela: suprema felicidad social, nueva geopolítica nacional, nueva geopolítica internacional, modelo productivo socialista, nuevo ético socialista, democracia participativa, Venezuela potencia energética.[75]

La **Suprema Felicidad Social** es la directriz dentro del proyecto orientada hacia el desarrollo social y se define como: "La visión de largo plazo que tiene como punto de partida la construcción de una estructura social incluyente, formada por una sociedad de incluidos, un nuevo modelo social, productivo, socialista, humanista, endógeno donde todos vivan en similares condiciones.[76]

Figura 3. Estrategias y políticas para alcanzar "La Suprema Felicidad Social".



Los objetivos estratégicos de esta directriz están enfocados hacia la solución de los determinantes sociales de la salud y la calidad de vida. Entre las estratégicas y políticas para alcanzar la suprema felicidad social, está:

II-3.2 Profundizar la atención integral de salud de forma universal.

El Ministerio del Poder Popular para la Salud y la Protección Social que había adquirido esta nueva nomenclatura después de la reelección presidencial de Hugo Chávez en 1996, comienza a trabajar en un nuevo Plan Nacional de Salud para la República Bolivariana de Venezuela, que fuera pertinente con las directrices del Proyecto Nacional "Simón Bolívar".

La Misión Médica Cubana fue invitada a la reunión interministerial (22 Ministerios) que se efectuó en el mes de septiembre del 2008; convocada por el MPPS y PS para construir dicho Plan que regiría el desarrollo del sector en el periodo 2009-2013/ 2018. Este encuentro contó con la participación de consultores de la OPS y la OMS.

En el encuentro se pudo constatar que el sector en Venezuela sigue estando fragmentado en múltiples prestadores públicos y privados y el MPPS y PS aunque mucho más fortalecido desde el punto de vista de la gobernabilidad, no ha podido a pesar de los múltiples intentos, construir el Sistema Público Nacional de Salud como lo establece el artículo 84 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela.

La necesidad de diseñar un Plan Nacional de Salud, enfocado hacia la integración del Sistema Público en el marco del Proyecto para la construcción del Socialismo del Siglo XXI, requiere que nos hagamos las siguientes preguntas:

¿Se cuenta en la República Bolivariana de Venezuela, con un modelo de atención de salud pertinente con el desarrollo alcanzado por la Atención Primaria, a partir de las experiencias de la Misión Barrio Adentro?

¿La organización actual de los servicios de salud, se adecua a los requerimientos de un nuevo modelo de salud basado en la Atención Primaria?

Evidentemente la respuesta era no; no existía en Venezuela un modelo de atención de salud, basado en la Atención Primaria, pertinente con la realidad política y social de este país, inmersa en una Revolución que se inclina hacia la construcción del Socialismo como Sistema Social.

Se evaluaron varias propuestas, incluyendo el Área de Salud Integral Comunitaria, estructura organizacional de la Misión Médica Cubana y el Modelo de Salud Integral Comunitaria, modelo de atención basado en la APS desarrollado a partir de las experiencias de la Misión Barrio Adentro. Se llega al consenso de los participantes que la experiencia de la Misión era la base sobre la que se debía construir la nueva institucionalidad de Sistema Público Nacional de Salud.

4- Conceptos, valores, principios y pilares sobre los que se construye el nuevo Modelo de Atención de Salud Integral Comunitario.

4.1- Conceptos:

La **Salud** se define en este modelo como: un estado dinámico de **bienestar** que se conquista, cuando el ser humano ha tenido la oportunidad y la ha materializado, de satisfacer sus necesidades, desarrollar sus potencialidades, adquirir un sistema de valores y un sentido de la vida, enfocado hacia el disfrute de la mayor suma de felicidad posible, en armonía con el entorno.

La ***Atención de Salud Integral Comunitaria*** se define como el conjunto de acciones integrales, integradas, continuas y sistemáticas de salud, que benefician a un conglomerado social de familias, ciudadanos y ciudadanas que habitan en un territorio social determinado, que comparten una historia e intereses comunes, se conocen y relacionan entre sí, usan los mismos servicios públicos y comparten necesidades y potencialidades similares: económicas, sociales, urbanísticas, sanitarias y de otra índole.

4.2 Valores:

a) ***La salud como derecho humano:*** Implica la satisfacción de necesidades básicas, el desarrollo de capacidades, habilidades, aptitudes en las diferentes áreas intelectuales, deportivas, acceso a las oportunidades culturales, políticas y laborales, al saber, a la información, a los niveles de toma de decisión en igualdad de condiciones. Es el resultado de las condiciones de alimentación, vivienda, educación, medio ambiente, trabajo, transporte, seguridad personal,

empleo, recreación, libertad y acceso a los servicios, que se traduce en calidad de vida de la población.[76]

b) ***Equidad:*** Todas las personas disfruten de igualdad de oportunidades para desarrollar y mantener su salud, a través de un acceso justo a los recursos sanitarios, sin distinción de género, razas, religión, ideas políticas, condición económica o social. [77]

c) ***Solidaridad:*** entendida como el conjunto de acciones permanentes y sostenidas de cualquier naturaleza, de una persona o grupos de personas entre sí, las cuales se hacen obligatorias por razones éticas y morales inherentes a los seres humanos, y, en consecuencia, no limitada a acciones voluntarias y coyunturales de caridad. [78]

4.3 Principios rectores:

a) ***Gratuidad:*** todas las personas tendrán acceso a la red de atención integrada del Sistema de Salud de manera gratuita. No se permitirá cobros directos, ni indirectos a las personas en los servicios de salud del sistema. [79]

b) ***Corresponsabilidad:*** todos los venezolanos y venezolanas, así como el estado y sus instituciones, comparten la responsabilidad de desarrollar las políticas públicas encaminadas a incrementar el estado de salud de la población. [80]

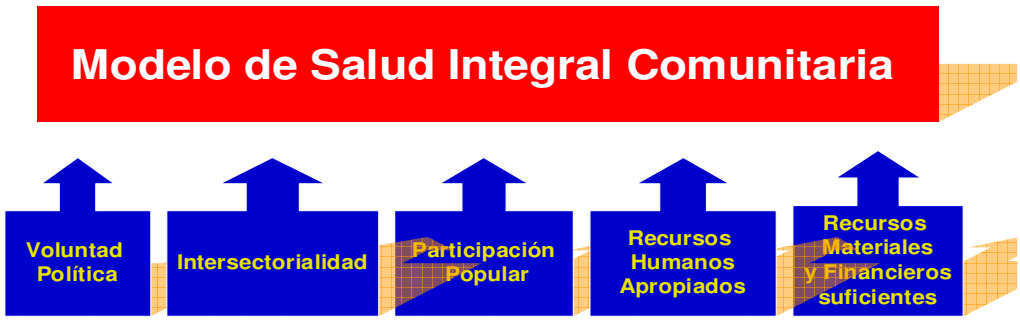
c) ***Justicia Social:*** el gobierno garantiza el bienestar de todos los ciudadanos, prestando especial atención a los más vulnerables y excluidos.[81]

d) ***Integralidad:*** la integralidad es una función de todo el sistema de salud que incluye la promoción, prevención, diagnóstico precoz, atención curativa, rehabilitadora y paliativa.[82]

e) ***Cobertura y acceso universal*:** Ausencia total de barreras geográficas, financieras, organizacionales y estructurales para participar en el sistema de salud y recibir sus beneficios.[83]

4.4 Pilares sobre los que se construye el Modelo de Atención de Salud Integral Comunitaria.

Figura 5: Pilares sobre los que se construye el Modelo de Salud Integral Comunitaria



a) Voluntad política en salud:

Se define como la disposición plena y real de los estados y gobiernos a cualquier nivel, de actuar consecuentemente con su discurso, para convertir en realidad lo que tanto se preconiza en materia de políticas públicas saludables, en materia de salud, bienestar, calidad de vida de la población y desarrollo humano. La voluntad política en salud se materializa a través del papel del Estado y del Gobierno Bolivariano a cualquier nivel, por eso deberá estar enmarcada legalmente de manera tal que los factores políticos, económicos y sociales se proyecten orgánicamente con este enfoque.[84]

El modelo de salud integral comunita debe implementarse en una primera etapa en los estados donde existe una voluntad política para hacerlo; en los estados gobernados por partidos de oposición, donde no existe voluntad política, tendrá que rediseñarse una estrategia particular para cada uno de ellos.

Las alcaldías opositoras que se encuentran en estados gobernados por el oficialismo, no constituyen un obstáculo para el desarrollo del modelo, pues a ese nivel están organizadas las ASIC de la Misión Médica Cubana, que pueden prescindir de estas instancias gubernamentales para su funcionamiento. Los hospitales por lo general se subordinan a la secretaría de salud del gobierno estadal.

b) Intersectorialidad:

Es la intervención coordinada de instituciones representativas de más de un sector social, en acciones destinadas total o parcialmente a abordar los problemas vinculados con la salud, bienestar y calidad de vida.

Implica la participación no sólo de las instituciones del estado, responsabilizadas con el desarrollo de las políticas públicas en salud, sino de los representantes de la comunidad y otros actores que, fuera de disponer de un conocimiento particular del problema, tienen también un papel y un interés en su solución.

Es muy importante la coordinación e integración de las actividades, esfuerzos y recursos de las organizaciones e instituciones de la comunidad y el estado, lo cual permite una mayor coherencia en sus acciones que contribuye a potenciar los resultados. Este esfuerzo integrado permite la solución de problemas concretos de la localidad, el mejoramiento de las condiciones de vida de la población y la creación de mejores condiciones para la satisfacción de las necesidades de las

familias. Permite además el perfeccionamiento de la democracia, la participación más directa de la población en la toma de decisiones y en el control de las actividades.[85]

Los ***Consejos Comunales*** son instancias de participación, articulación e integración entre las diversas organizaciones comunitarias, grupos sociales y ciudadanos y ciudadanas, que permiten al pueblo organizado ejercer directamente la gestión de las políticas públicas y proyectos orientados a responder a las necesidades y aspiraciones de las comunidades, en la construcción de una sociedad de equidad y justicia social.

Para favorecer la intersectorialidad en la solución de los problemas de salud el Consejo Comunal dispone de:

- La ***Asamblea de ciudadanos y ciudadanas*** es la máxima instancia de decisión del Consejo Comunal, integrada por los habitantes de la comunidad mayores de 15 años; donde se aprueba el plan de desarrollo de la comunidad y los proyectos presentados al consejo comunal en beneficio de ella. Se concibe en el nuevo modelo que esta asamblea es el espacio natural donde el pueblo organizado discute periódicamente el Análisis de la Situación de Salud de su comunidad, es en ese parlamento comunal, a partir de la identificación de las necesidades reales y sentidas de los pobladores, donde se trazan las prioridades y se aprueban los proyectos de intervención comunitaria.[86]

- El **Órgano ejecutivo** es la instancia del Consejo Comunal encargada de promover y articular la participación organizada de las y los integrantes de la comunidad, los grupos sociales y organizaciones comunitarias en los

diferentes comités de trabajo; se reunirá a fin de planificar la ejecución de las decisiones de la Asamblea de ciudadanos y ciudadanas, así como conocer las actividades de cada uno de los comités y de las áreas de trabajo.

- La **Unidad de gestión financiera** es un órgano integrado por cinco habitantes de la comunidad electos o electas por la Asamblea de Ciudadanos y Ciudadanas, que funciona como un ente de ejecución financiera de los consejos comunales para administrar recursos financieros y no financieros, servir de ente de inversión y de crédito, y realizar intermediación financiera con los fondos generados, asignados o captados. A los efectos de la ley, la unidad de gestión financiera se denomina ***Banco comunal*** que es la forma de organización y gestión económico–financiera de los recursos de los Consejos Comunales; es una organización flexible, abierta, democrática, solidaria y participativa que asumiría los proyectos de salud comunitaria que benefician a las comunidades y que tengan solvencia económica a ese nivel.[87]

- La ***Unidad de Contraloría Social*** es un órgano conformado por 5 miembros de la comunidad, electos por la Asamblea de Ciudadanos y Ciudadanas para realizar la fiscalización, control y supervisión del manejo de los recursos asignados, recibidos o generados por el consejo comunal, así como sobre los programas y proyectos de inversión pública presupuestados y ejecutados por el gobierno nacional, regional o municipal. Componente fundamental para la garantía de la calidad de los servicios de salud que se ofertan a la comunidad.[88]

- ***Comités de trabajo del Consejo Comunal****:* Colectivo o grupo de personas organizadas para ejercer funciones específicas, atender necesidades y desarrollar las potencialidades de cada comunidad. El Comité de trabajo, articulará y promoverá la participación e integración de las organizaciones comunitarias, movimientos sociales y habitantes de la comunidad.[89]

  Comités de trabajo:

  Comité de Salud, Comité de Educación, Comité de Tierra urbana o rural, Comité de Vivienda y Hábitat, Comité de Protección e Igualdad Social, Comité de Economía Popular, Comité de Cultura, Comité de Seguridad Integral, Comité de Medios Comunicación e Información, Comité de Recreación y Deportes, Comité de Alimentación, Mesa Técnica de Agua, Mesa Técnica de Energía y Gas, Comité de Servicios, Cualquier otro que considere la comunidad de acuerdo a sus necesidades.

- ***Áreas de Trabajo:*** Las áreas de trabajo se constituyen en relación con las particularidades y los problemas más relevantes de la comunidad. El número y contenido de las áreas de trabajo dependerá de la realidad de cada comunidad, pudiendo ser: de economía popular y desarrollo endógeno; desarrollo social integral; vivienda, hábitat e infraestructura; y cualquier otra que defina la comunidad. Las áreas de trabajo agruparán varios comités de trabajo.

En la ***Asamblea de ciudadanas y ciudadanos*** **dedicada a la salud y la calidad de vida** los Consejos Comunales realizan el Análisis de la Situación de salud de

la comunidad beneficiada por el Consultorio Médico Popular y analizan para su aprobación, los proyectos de Salud que tengan solvencia a ese nivel.

Participan los voceros de los comités de trabajo: *comités de salud*, *comités de educación, comités de tierra urbana o rural, comités de vivienda y hábitat, comités de protección e igualdad social, comités de economía popular, comités de cultura, comités de medios de información y comunicación, comités de recreación y deportes, comités de alimentación, mesa técnica de agua, mesa técnica de energía y gas, comités de servicios, cualquier otro que se considere necesario.* Estas estructuras constituyen la representación comunal de los organismos e instituciones del estado. Esta asamblea es convocada por el presidente del Consejo Comunal y el vocero del Comité de salud actúa como secretario ejecutivo.[90]

A nivel de municipio:

Mancomunidad municipal para la salud y calidad de vida: Es una asamblea donde están representados los consejos comunales del municipio, se discute el Análisis de la Situación de salud de las comunidades beneficiadas por una o varias ASIC y se analizan para su aprobación, ejecución y control los proyectos de salud que no tienen solvencia a nivel comunal o que benefician a más de un Consejo Comunal.

Es convocada por el alcalde del municipio y el secretario de salud actúa como secretario ejecutivo.Participan representantes locales de los 22 Ministerios, organismos de los estados y las Misiones Sociales involucrados en la ejecución del Plan Nacional de salud (2007-2018).

A nivel del estado:

Mancomunidad estadal de salud y calidad de vida: Es una asamblea donde están representadas las asambleas municipales, se discute el Análisis de la Situación de salud de la población beneficiada y se analizan para su aprobación, ejecución y control los proyectos de salud que no tienen solvencia a nivel municipal o que benefician a más de un municipio.

Participan representantes estadales de los 22 Ministerios y organismos del estado y las Misiones Sociales involucrados en la ejecución del Plan Nacional de salud (2007-2018) Es convocada por el gobernador del estado y el secretario de salud actúa como secretario ejecutivo.

A nivel del país:

Mancomunidad nacional de salud y calidad de vida: Es una asamblea donde están representadas las asambleas estadales, se discute el Análisis de la Situación de salud del país y se analizan para su aprobación, ejecución y control los proyectos de salud que no tienen solvencia a nivel estadal o que benefician a varios estados o a todo el país.

Participan representantes nacionales de los 22 Ministerios y organismos del estado y las Misiones Sociales involucrados en la ejecución del Plan Nacional de salud (2007-2018). Es convocada por el vice presidente de la República y el Ministro del Poder Popular para la Salud actúa como secretario ejecutivo.

c) Participación Popular organizada:

Es la acción de actores sociales con capacidad, habilidad y oportunidad para identificar problemas, necesidades, definir prioridades, formular y negociar sus propuestas en la perspectiva del desarrollo de la salud.

La Revolución Bolivariana en su desarrollo ha ido articulando la participación popular en salud a través de la creación de diferentes estructuras:

A nivel de Consultorio Popular:

Comités de salud: Es una organización de base comunitaria que facilita la participación de la población en la planificación, ejecución, y evaluación de las actividades de salud y calidad de vida. Puede ser promovido desde los consultorios u otra unidad del ASIC y por propia iniciativa de los vecinos, en función del desarrollo integral de las personas en el ámbito ciudadano y colectivo.[91]

Tiene como **misión** la de integrar a los miembros de las comunidades en torno de estrategias de promoción de salud y calidad de vida, en la búsqueda de alternativas que den respuestas a las necesidades sociales en los territorios, en interacción con los gobiernos municipales y regionales.

Los integrantes del Comités de salud (no menos de 10 personas), son elegidos por los propios vecinos y legitimado por la asamblea de ciudadanos y ciudadanas del Consejo Comunal del que constituyen un comité de trabajo.

Las ***Brigadas Integrales Comunitarias (BIC)*** Es una nueva forma de organización de los servicios de salud del CMP, orientada hacia la intervención comunitaria de los determinantes del estado de salud y la calidad de vida de los pobladores de una comunidad.

La integran los estudiantes de Medicina Integral Comunitaria, miembros del Comité de salud, promotores de salud comunitarios, representantes de las diferentes organizaciones sociales establecidas en la comunidad (Misiones

sociales, Comités de trabajo, Organizaciones Políticas y de Masas, Estudiantes, etc.); a los que se le asigna un número de familias con el objetivo de:

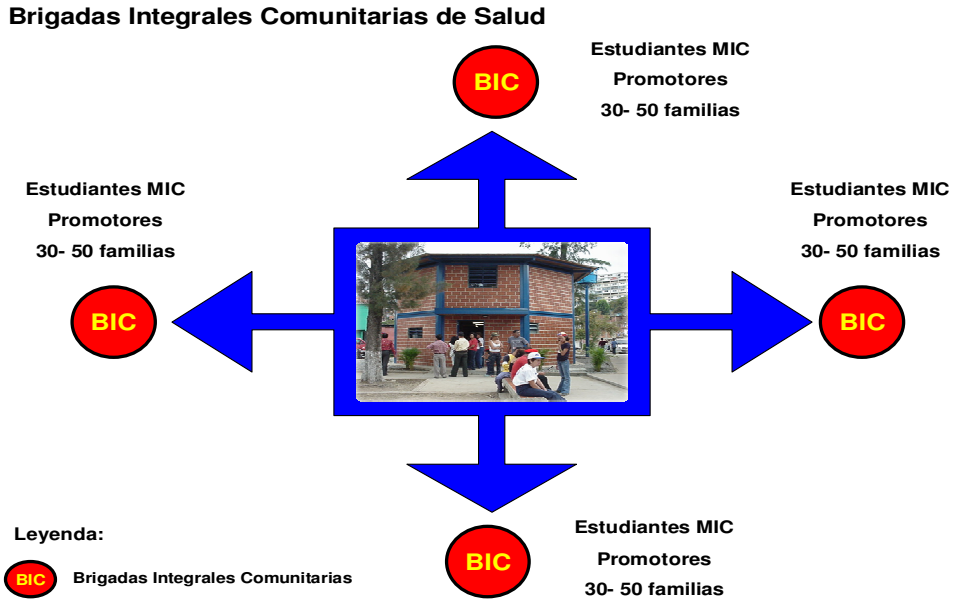
1. Realizar un diagnóstico comunitario de los determinantes del estado de salud.

2. Elaborar y ejecutar planes de acciones para dar solución a los problemas de salud de las comunidades.

3. Mantener un seguimiento y evaluación periódica del proceso y del impacto de los planes de acción.

Las acciones que ejecutan estos nuevos actores sociales son coordinadas por el médico de CMP como líder técnico y cuenta con el apoyo del resto de las unidades del ASIC.

Figura 6: Organización de la participación social en salud a nivel del Consultorio Medico Popular.



En dependencia al número de familias atendidas en un Consultorio Médico Popular, se crearan las brigadas, que quedarán integradas de la siguiente forma:

Perfil	Responsabilidad	No
Estudiante de 4to o 5to año del MIC	Líder técnico	1
Miembro del comité de salud	Jefe de brigada	1
Estudiante de premédico, 1ero, 2do, 3er año del MIC	Brigadistas	4
Promotoras de la salud, curso básico, intermedio, superior	Brigadistas	3
Representantes de otras organizaciones sociales.	Brigadistas	2

d) Recursos humanos apropiados:

Los recursos humanos deben poseer sólidos conocimientos y modos de actuar que los identifique con la comunidad, donde son formados y donde una vez graduados realizan su práctica profesional. Estos recursos deben:

- Adquirir las habilidades que le permitan abordar las nuevas problemáticas sociales, ambientales y sanitarias con un enfoque trasdisciplinario, encaminado a modificar los determinantes del estado de salud.
- Formarse bajo los principios de la nueva ética socialista que tiene sus raíces en la fusión de los valores y principios de la corriente más humanista del socialismo y de la herencia histórica del pensamiento de Simón Bolívar, que de cómo resultado: el hombre nuevo del siglo XXI.

El Modelo de Salud Integral Comunitaria define que el principal escenario para la formación del Médico integral Comunitario es el CMP, por lo tanto la forma

organizativa docente más importante para que este estudiante adquiera los conocimientos y las habilidades es la educación en el trabajo.

El médico del CMP se convierte entonces en el profesor principal para la formación de este nuevo profesional y debe organizar la actividad asistencial y docente que se desarrolla en esta unidad de salud, de forma tal que pueda cumplir sus responsabilidades asistenciales con la población y con la formación del recurso humano bajo su responsabilidad. Para lograrlo debe transferir al estudiante de medicina integral comunitaria, funciones asistenciales, docentes e investigativas, que pueda realizar en dependencia a los contenidos académicos vencidos.

El estudiante de medicina como líder técnico de la Brigada Integral Comunitaria, tendrá la responsabilidad durante todos los años de su proceso de formación de transformar el estado de salud de las familias asignadas al equipo de trabajo que el dirige, adquiriendo los conocimientos y las habilidades necesaria para hacerlo en la comunidad que le corresponda una vez graduado.

De esta nueva forma organizativa del proceso asistencial y docente que se realiza en el Consultorio Médico Popular, no solamente surgirá en Venezuela el paradigma del **Médico y su Comunidad Organizada**, sino un nuevo profesional con sólidos conocimientos y habilidades para el abordaje integral de la salud colectiva e individual.

Los restantes perfiles de carreras de pregrado que se desarrollan en los diferentes escenarios docentes se rigen por el principio de estudio trabajo, es decir son trabajadores que están bajo un proceso de formación.

En el modelo de salud integral comunitaria la formación de **cuadros para el sistema** se organiza a través de diferentes modalidades:

1. Diplomado para Coordinadores de ASIC 1
2. Diplomado para Coordinadores de ASIC 2
3. Diplomado para Vice. Coordinadores docentes de ASIC 1
4. Maestría en Salud Pública
5. Maestría en Educación Superior
6. Doctorado en Ciencias de la salud.

La **escuela de promotores de salud** es una modalidad de formación de recursos humanos, que se propone en este modelo, dirigida hacia los líderes comunitarios, que integran los Comités de Salud, las Brigadas integrales comunitarias, estudiantes, representantes de organizaciones sociales, etc.

El principal escenario para la formación del Promotor de salud es el Consultorio Médico Popular y la comunidad.

El programa docente establecido para un año lectivo se organiza en tres cursos:

1. Curso básico “Comienza por ti” Para el desarrollo de hábitos individuales adecuados.
2. Curso Intermedio “Comienza por casa”. Para el desarrollo de hábitos colectivos adecuados.
3. Curso Superior “Comienza por tu comunidad” Para la adquisición de conocimientos y habilidades en lo referente al trabajo comunitario.

e) Recursos materiales y financieros suficientes: Los presupuestos de salud son suficientes para cubrir las necesidades de salud de la población (prevención, promoción, curación y rehabilitación) e incluyen los recursos necesarios para mejorar el estado de salud de los más desprotegidos a un ritmo igual o más rápido que el de la población general.

5- Características generales del Modelo de Salud Integral Comunitaria.

a) Organizados los servicios en función de garantizar una atención integral, integrada, continua y con enfoque de ciclo vital.

La diversidad de las necesidades y los retos que afrontan las personas en materia de salud, no se corresponden en la actualidad claramente con las categorías diagnósticas más propias de los libros de texto, de la atención promocional, preventivos, curativos y rehabilitativa. Esa complejidad que han adquirido los problemas de salud en la actualidad, requiere, la movilización de una amplia gama de recursos que abarquen la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y discapacidades, así como el diagnóstico y el tratamiento o derivación, la atención domiciliaria crónica o a largo plazo y, en algunos modelos, los servicios sociales.

La salud integral de es el sistema de acciones de salud que, con una visión global, completa y universal del ser humano, lo aborda como un todo integrado e indivisible, para el fomento de la salud.

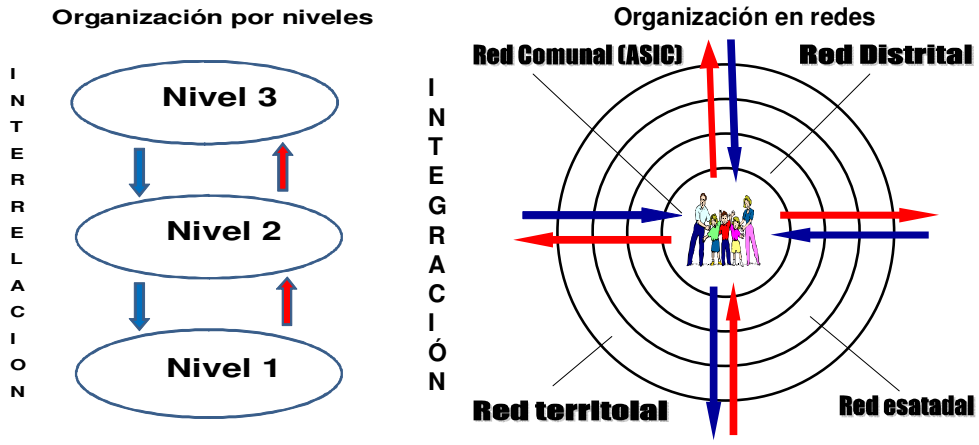
Estas acciones se coordinan de forma **integrada** entre todas las partes de un sistema de unidades de salud para garantizar la **continuidad** en la solución de las necesidades de salud de la población durante **toda la vida**, así como el tránsito por las diferentes unidades sin interrupciones.

b) Organizado los servicios por niveles de complejidad de una red de salud y no por niveles de atención semi independientes:

En el Modelo de Salud Integral Comunitaria se sustituye el termino niveles de atención utilizado en los modelos tradicionales, por niveles de complejidad resolutiva de una red única de servicios de salud, y el concepto de interrelación que se establece actualmente entre los diferentes niveles de

atención, por el de integración, tomando en cuenta que el rasgo distintivo entre ambas categorías está en que conceptualmente, la interrelación presupone la delimitación de los marcos de responsabilidad, en tanto que la integración, conlleva a la comunidad de objetivos que se orientan a la transformación positiva del estado de salud de la población de un territorio determinado. Es decir que en el nuevo modelo el nivel inferior queda incorporado en el superior, y todos los niveles de complejidad del sistema están en función del nivel comunal o ASIC.

Figura 7: Organización de la red se servicios por niveles de complejidad resolutiva.



Esta integración se logra por la relación sinérgica que se establece entre las unidades de salud que conforman la **red**; es una relación que no es necesaria para el funcionamiento de las unidades, que están preparadas para accionar por separado, pero que resulta imprescindible, ya que su desempeño mejora sustancialmente la eficacia del sistema en su objetivo de garantizar una atención integral, integrada y continua de salud al individuo, la familia y la

comunidad. Más que un esfuerzo cooperativo de unidades de salud semi independientes, la relación sinérgica entre ellas origina un producto de salud de mayor calidad, que la suma de sus productos tomado de una manera independiente

c) Mayor poder resolutivo a nivel Comunitario, con énfasis en los servicios ambulatorios:

El modelo de atención esta diseñado para que tenga su mayor poder resolutivo a nivel comunitario, donde se pueden resolver hasta el 80% de los problemas de salud y esto se logra por el **acercamiento a la comunidad** de servicios que tradicionalmente se brindan en el segundo y tercer nivel de asistencia del modelo tradicional (Cirugía mayor electiva y de urgencia, Apoyo vital, Salas de hospitalización, Sala de Terapia Intensiva, Servicios de Rehabilitación, Endoscopia digestiva alta. Servicios imaginológicos (Radiografía, Ecosonografía), Laboratorios SUMA, Banco de sangre e incorporan otros que habitualmente no se consideran en otros modelos como servicios de salud (Óptica y Optometría). El restante 20 % de los problemas que no tiene solución a nivel comunitario, se referirán a unidades de mayor complejidad del Sistema Público Nacional de Salud.

d) Responsabilizado el sistema con la atención de salud de una población bien determinada.

En el Modelo de Salud Integral Comunitaria se establece que toda la población está censada en el **Registro de Determinantes de la Salud familiar**, que se encuentra ubicado en el Consultorio Médico Popular. La población atendida por esta unidad está determinada geográficamente.

1. CMP en zonas urbanas: entre 2500 y 3000 habitantes.
2. CMP en zonas sub urbanas: entre 1500 y 2500 habitantes.
3. CMP en zonas rurales y fluviales: 1500 y menos habitantes.

La población beneficiada por las unidades de salud del ASIC está registrada en el CMP, definida geográficamente y está determinada por el número de CMP que tenga el ASIC.

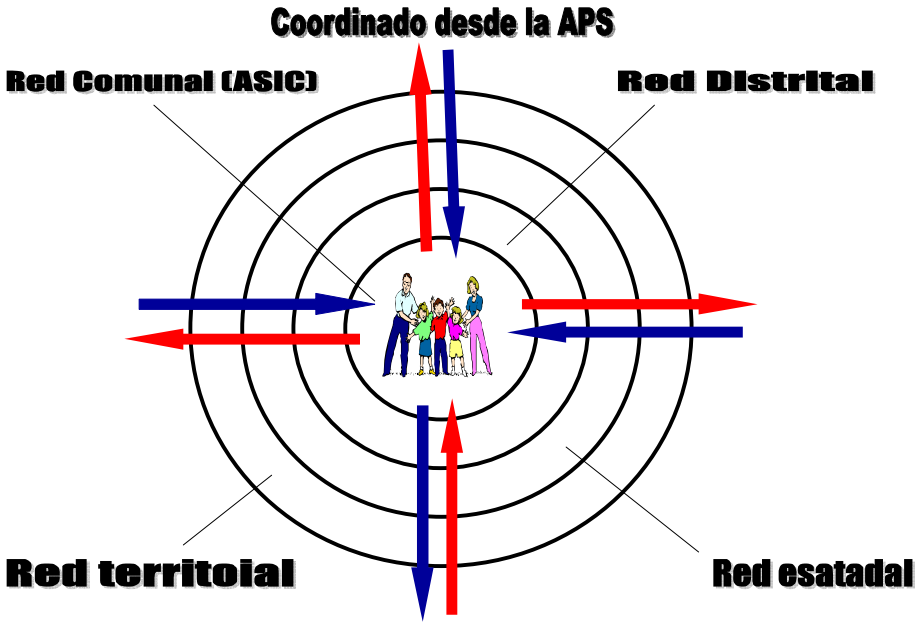
Clasificación de la ASIC según el No de CP	ASIC (593)	Población (hab.)
ASIC pequeña (De 1 a 10 Consultorios)	**303**	**2500- 25000**
ASIC mediana (De 11 a 20 Consultorios)	**245**	**25001- 50000**
ASIC grande (De 21 a 30 Consultorios)	**42**	**50001- 75000**
ASIC extensa (Más de 31 consultorios)	**3**	**mas de 75001**

e) El equipo de Atención primaria como centro de coordinación de todo el sistema

A diferencia de los modelos tradicionales, donde la atención primaria constituye la puerta de entrada por la que transita un individuo, hacia diferentes niveles de un sistema que se fortalece en la medida que se aleja de la comunidad, donde "supuestamente" están los mejores especialistas y la mejor tecnología diagnóstica y terapéutica; el Modelo de Salud Integral Comunitaria está organizado de forma tal que el centro coordinador para la atención de salud de las personas por todo el sistema, esta en el ASIC, donde se encuentran los recursos humanos mejor preparados para ofertar una atención integral , centrada en las personas y se dispone de la mejor tecnología diagnóstica y terapéutica para resolver hasta el 80 % de los problemas de salud que se identifiquen.

Es decir un modelo donde se coordina la atención desde el ASIC y donde todo el sistema está en función de la comunidad, la familia y el individuo.

Figura 8: Modelo de gestión de la red de servicios en función de la comunidad y desde la comunidad.

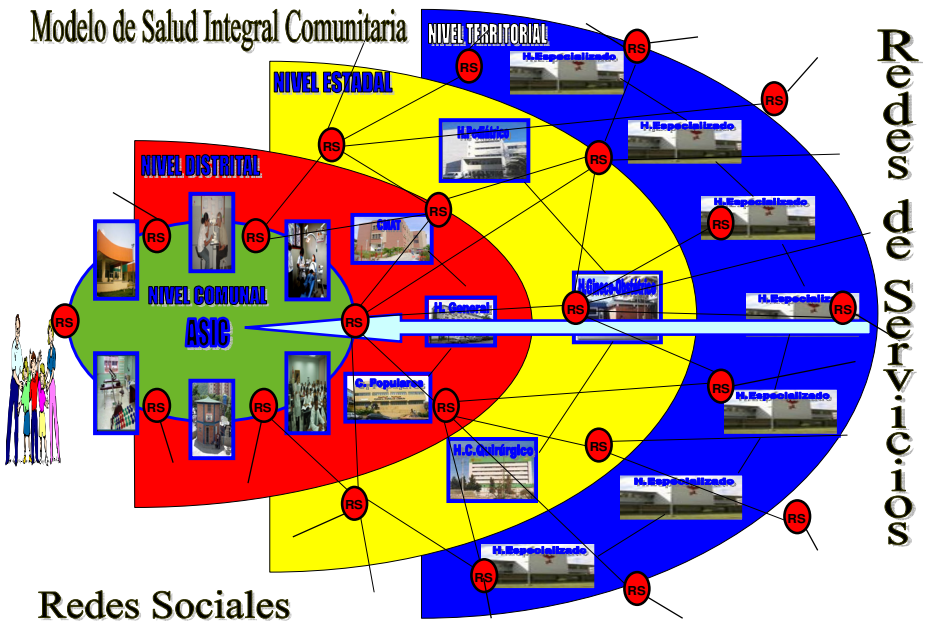


6- Organización de los servicios de salud:

6.1- Redes de servicios:

El Modelo de Atención de Salud Integral Comunitaria define que los servicios de salud se organizaran a través de una red, estratificada por niveles de complejidad, donde las unidades de salud se articulan a diferentes redes sociales de apoyo que existen en la comunidad, bajo los principios de reciprocidad, complementariedad, solidaridad y equidad.

Modelo organizacional de la Redes de servicios del Modelo de atención de Salud Integral Comunitario.



a) **Red Comunal:**

El **Área de Salud Integral Comunitaria** es un sistema de unidades asistenciales y docentes del primer nivel de complejidad de una red de servicios de salud, que benefician a un conglomerado social de familias, ciudadanos y ciudadanas que habitan en un territorio social determinado, que comparten una historia e intereses comunes, se conocen y relacionan entre sí, usan los mismos servicios públicos y

comparten necesidades y potencialidades similares: económicas, sociales, urbanísticas, sanitarias y de otra índole. Todas disponen como denominador común de un Centro Médico de Diagnóstico Integral.

Municipio Sanitario: Cuando el territorio social de influencia del Área de Salud Integral Comunitaria abarca mas de un municipio.

Parroquia Sanitaria: Cuando el territorio social de influencia del Área de Salud Integral Comunitaria abarca más de una parroquia de un mismo municipio o de otro municipio contiguo.

Municipio sanitario complejo: Municipios que por su extensión geográfica o densidad poblacional tenían más de un ASIC.

El ASIC garantiza la asistencia sanitaria al 100% de la población que vive en la comunidad donde está enclavada, con la que establece relaciones de interdependencia, combinando el método clínico epidemiológico y social con las evidencias diagnósticas que aportan la alta tecnología que disponen sus unidades, puestas al alcance de todos los individuos y familias. Es el primer contacto y el más importante de los individuos, la familia y la comunidad con el Sistema Público Nacional de Salud, ofertando una atención médica integral e integrada; muy cerca de donde vive y trabaja la gente; constituye el elemento fundamental de un proceso continuado de atención en salud.

Unidades de salud que conforman el ASIC

- *Unidades de salud:* Consultorios Populares, Clínicas Odontológicas, Ópticas, Sala de Rehabilitación Integral. (SRI), Centro Médicos de Diagnóstico Integral (CMDI) Núcleos académicos, Otras unidades especificas en dependencia a la situación de salud particular de cada comunidad.

- *Redes sociales que se articulan:* Comités de salud, Misiones Sociales, Organizaciones comunitarias.

Figura: 16. Área de Salud Integral Comunitaria (ASIC)

Leyenda:

CT- Comités de Tierra **MS- Misiones Sociales**

CS- Comités de Salud **CA- Casa de Alimentación** **MA- Mesas de Agua**

Oferta de servicios de las unidades de salud del ASIC:

Consultorios populares:

Unidad de salud de la atención primaria donde se brindan servicios médicos Integrales y gratuitos de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación a una población determinada, se resuelven los problemas de salud identificados con participación activa y protagónica de la comunidad organizada en Comités de salud. Escenario docente para la formación de pregrado y postgrado en ciencias de la salud y la investigación científica.

Servicios:

- Atención Integral a la familia.
- Atención Integral a niños, niñas y adolescentes.
- Atención integral al adulto
- Atención integral a la mujer
- Atención integral al adulto mayor.
- Atención integral de los problemas higiénicos epidemiológicos de las comunidades.
- Atención integral a grupos específicos (Clubes de abuelos, embarazadas, adolescentes, hipertensos, diabéticos, bailoterapia, obesos, etc.)
- Formación de promotores comunitarios.
- Educación para la salud.
- Trabajo con los Comités de salud, Consejos comunales, Misiones sociales.
- Análisis de la situación de salud.
- Docencia e investigación.

Clínica estomatológica:

Unidad de salud de la atención primaria donde se brindan servicios Integrales estomatológicos de manera ambulatoria y gratuita a la población atendida en el ASIC, escenario docente para la formación de postgrado en Estomatología General Integral para residentes cubanos y venezolanos y se desarrolla la investigación científica.

Servicios:

- Obturaciones.
- Exodoncias.

- Aplicación de Laca Fluor
- Examen para la detención de Cáncer Bucal
- Consulta de Prótesis.
- Actividades de educación para la salud.
- Docencia e Investigación.

Centro de Optometría y Óptica:

Unidades de salud de la atención primaria, donde se brindan servicios integrales de óptica y optometría de forma gratuita a la población atendida en el ASIC, escenario docente para la formación de pre y postgrado en ciencias de la salud y la investigación científica.

Servicios:

- Refracciones.
- Corte y monta.
- Entrega de lentes.
- Docencia e investigación.

Sala de Rehabilitación Integral (SRI):

Unidad de salud de la atención primaria de elevado nivel científico técnico, donde se brindan servicios integrales de rehabilitación de manera ambulatoria y gratuita a la población del ASIC, escenario de formación donde se desarrolla el pregrado y postgrado en Medicina Física y Rehabilitación y la investigación científica.

Áreas y servicios

- Electroterapia: Electroestímulos, Ultrasonido, Laserterapia y Magnetoterapia
- Tracción cervicolumbar.
- Termoterapia: Calor infrarrojo, Diatermia e Hidroterapia.

- Gimnasio pediátrico: Ejercicios activos y pasivos.
- Gimnasio adultos: Ejercicios activos y pasivos.
- Medicina natural y tradicional: Acupuntura, Moxibustión y Masaje.
- Docencia e Investigación.

Centro de diagnóstico Integral (CDI):

Unidad de salud de la atención primaria de elevado nivel científico técnico, donde se brindan servicios diagnósticos y terapéuticos gratuitos, las 24 horas del día a los pacientes del ASIC, escenario de formación docente del pregrado y postgrado en ciencias de la salud y la investigación científica.

Área Diagnóstica:

- Imagenología: Radiografía estacionaria, Radiografía portátil, Ultrasonido diagnóstico.
- Endoscopia digestiva alta.
- Laboratorio Clínico: Hematología, hemoquímica, Gases, Iones, Orina, Parasitología.
- Banco de sangre. (Centros con servicio quirúrgico)
- Sistema ultramicroanalítico (SUMA).
- Anatomía patológica: Uno de cada seis CDI contará con servicios histopatológicos.

Área de urgencias:

- Consulta de urgencias médicas.
- Apoyo vital.
- Trombolisis.
- Terapia intensiva.

- Transporte sanitario.

Área quirúrgica: Uno de cada cuatro CDI cuenta con quirófano para cirugía mayor electiva y de urgencia.

Núcleo Académico: Estructura docente de la Universidad "Barrio Adentro constituida" por las unidades del ASIC.

Aula Multipropósito: Espacio físico, dotado de un grupo de recursos y materiales didácticos que permiten el desarrollo de actividades grupales e individuales de la carrera de MIC.

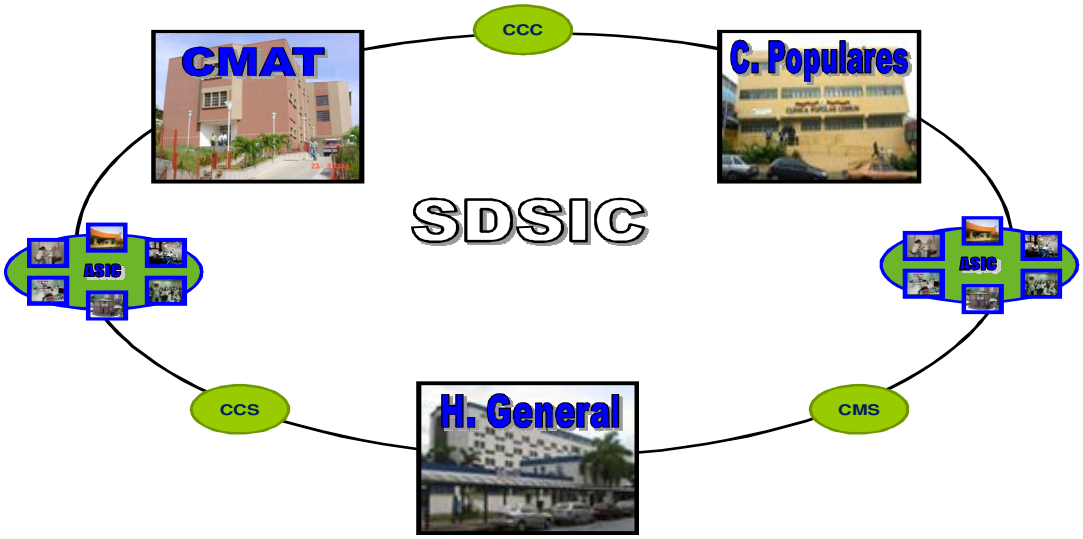
b) Red Distrital: Es un sistema de unidades asistenciales y docentes del segundo nivel de complejidad de una red de servicios de salud, que benefician a un conglomerado social de familias, ciudadanos y ciudadanas que habitan en un territorio social determinado, que comparten una historia e intereses comunes, usan los mismos servicios públicos y comparten necesidades y potencialidades similares: económicas, sociales, urbanísticas, sanitarias y de otra índole. Todas disponen como denominador común de un Hospital General .

Unidades de salud que conforman la red distrital.

• *Unidades de salud:* ASIC, Hospital General de Distrito, Clínica Popular (Servicios especializados ambulatorios), Centro Médico Diagnóstico de Alta Tecnología (CMAT), Unidad de Higiene y Epidemiología, Centro Regulador de los servicios para emergencias, desastres naturales y antropogénicos, Otras unidades especificas en dependencia a la situación de salud particular del distrito.

• *Redes sociales que se articulan:* Confederación de: Comités de salud, Misiones Sociales, Organizaciones Sociales.

Figura 17: Sistema Distrital de Salud Integral Comunitaria (SDSIC)



Leyenda:

CCC- Confederación de Consejos Comunales **CMS- Confederación de Misiones Sociales**

CCS- Confederación de Comités de Salud

c) Red estadal: Es un sistema de unidades asistenciales y docentes del segundo tercer nivel de complejidad de una red de servicios de salud, que benefician a un conglomerado social de familias, ciudadanos y ciudadanas que habitan en un estado determinado, que comparten una historia e intereses comunes, usan los mismos servicios públicos. Todas disponen como denominador común de un Hospital Clínico Quirúrgico, servicios maternos infantiles.

Unidades de salud que conforman la red estadal.

• *Unidades de salud:* Distritos sanitarios, Hospital clínico quirúrgico, Hospital especializado Infantil y Ginecobstétrico, Centro estadal de higiene y epidemiología, Centro regulador ante emergencias, desastres naturales y antropogénicos, Otras unidades especificas en dependencia a la situación de salud particular del estado.

- *Redes sociales que se articulan:* Confederación de Comités de salud, Misiones Sociales, Organizaciones sociales, etc.

Figura 18: Estructura del Sistema Estadal de Salud Integral Comunitaria

Leyenda:

CCC- Confederación de Consejos Comunales

CMS- Confederación de Misiones Sociales **CCS- Confederación de Comités de Salud**

d) Red Territorial

En las directrices del "Proyecto Nacional Simón Bolívar" se establecen las bases para la transición hacia una nueva organización socio territorial coherente con el Socialismo del Siglo XXI. Esta nueva geopolítica nacional conformada por cinco territorios desconcentrados para el desarrollo económico, político y social necesitará la creación de redes sociales (Salud, educación, trasporte, telecomunicaciones, etc.). El sistema territorial de salud integral tendrá un poder

resolutivo total para la solución de los problemas de salud de la población que vive y vivirá en estos territorios.

Ejes de desarrollo territorial desconcentrado: Norte- Costero, Orinoco- Apure, Occidental, Oriental, Norte Llanero.

El cuarto nivel de complejidad de la red de servicios es la red territorial, constituida por: unidades asistenciales, docentes e investigativas de salud de alto nivel de especialización, ubicadas en el territorio social de influencia de varios estados que conforman un eje territorial para el desarrollo desconcentrado del país, donde se ejecutan acciones de salud pública: promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación; se ofertan servicios de salud gratuitos y accesibles a toda la población, se forma el talento humano en programas de pre y postgrado en ciencias de la salud; y se resuelve, con participación popular e intersectorial los problemas sanitarios identificados en las comunidades; ajustando sus políticas al contexto socio demográfico, cultural y epidemiológico, de los territorios beneficiados con los servicios de salud.

Unidades de salud que conforman el Sistema Territorial de Salud Integral Comunitaria (STSIC)

- *Unidades de salud:* Redes estadales, Hospitales especializado e Institutos de Investigación Científica (Cardiovasculares, Oncológicos, (Neurológicos, Traumatológicos), otras unidades específicas en dependencia a la situación de salud particular del territorio.
- *Redes sociales que se articulan: Confederación territorial de*: Comités de salud, Consejos Comunales, Comités de Tierra, Misiones Sociales, Casa de Alimentación, Mesas de Agua, etc.

Figura 19: Estructura del Sistema Territorial de Salud Integral Comunitaria

Leyenda:

CCC- Confederación de Consejos Comunales

CCS- Confederación de Comités de Salud

CMS- Confederación de Misiones Sociales

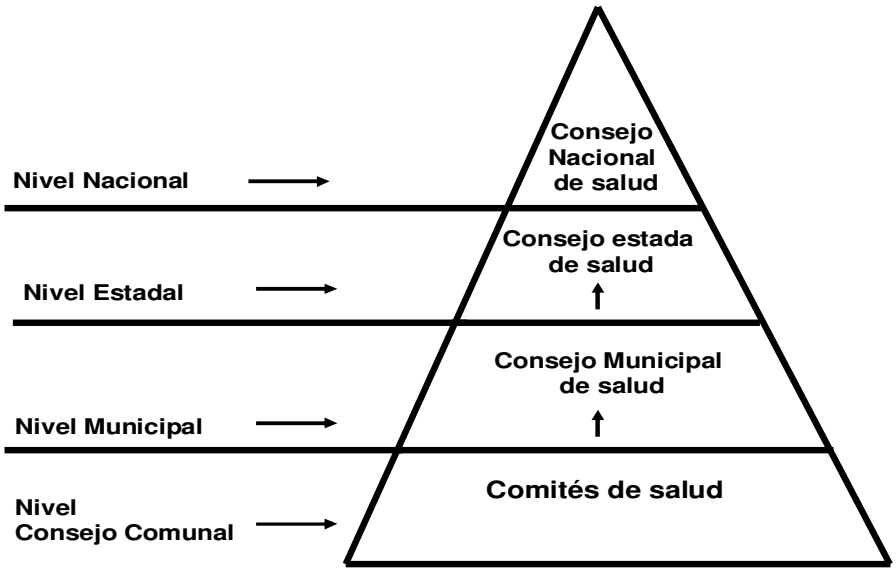
6.2 Redes sociales de apoyo:

Las redes sociales se apoyo que se articulan a la red de servicios para conformar la estructura organizacional del Modelo de Atención de Salud Integral Comunitaria son:

a) ***Comités de salud***: Es una organización de base comunitaria que facilita la participación de la población en la planificación, ejecución, y evaluación de las actividades de salud y calidad de vida. Puede ser promovido desde los consultorios u otra unidad del ASIC y por propia iniciativa de los vecinos, en función del desarrollo integral de las personas en el ámbito ciudadano y colectivo.

La confederación de los comités de salud a todos los niveles del sistema se les nombra Consejo de Salud.

Organización por niveles político administrativos de la participación de los Comités de salud.



b) Misiones sociales: Las Misiones Sociales son estrategias masivas orientadas a garantizar los derechos fundamentales a la población, con énfasis en los sectores más excluidos. Cuentan con recursos extraordinarios, su coordinación es interinstitucional e interministerial y uno de los elementos fundamentales para su planificación, ejecución y seguimiento es la participación activa y protagónica de las comunidades organizadas. Hasta mayo del 2009 se han constituido un total de 30 misiones, que aunque de alguna forma todas inciden en los determinantes sociales del estado de salud de la población, existen 17 que lo hacen de forma directa:

Misión Barrio Adentro: El objetivo general es garantizar el acceso a los servicios de salud de la población excluida, mediante un modelo de gestión de salud integral basado en la Atención Primaria de Salud orientado al logro de una mejor calidad de vida, mediante la creación de una red de servicios de salud que permite el acceso universal a todos los venezolanos, especialmente a los que viven en comunidades donde no existía cobertura de salud.

Misión Milagro: Operación de afecciones de la vista de forma gratuita a los ciudadanos de menos recursos económicos. Comenzó en julio 2004 como parte de los acuerdos firmados entre Cuba y Venezuela. En principio se atendieron sólo pacientes venezolanos, ahora se extendió a otros países de América Latina.

Misión Robinson I: Tiene como finalidad enseñar a leer y a escribir a más de un millón de venezolanos distribuidos por todo el territorio nacional. De acuerdo con los estándares internacionales, este programa logró erradicar el analfabetismo en el país. Se basa en el método cubano “Yo si puedo”

Misión Robinson II: Tiene como objetivo que los participantes aprueben el sexto grado de educación básica, garantizar la consolidación de los conocimientos adquiridos durante la alfabetización y ofrecer otras oportunidades de formación en oficios varios. La Misión Robinsón 2 se apoya en el método "Yo sí puedo seguir", el cual utiliza la televisión, la vídeo clase y folletos de apoyo como estrategia educativa. Supone la continuación de la Misión Robinsón I después del éxito de la misma.

Misión Ribas: Es un programa educativo que el Gobierno está desarrollando desde noviembre de 2003, con la finalidad de incluir a todas aquellas personas que no han podido culminar el bachillerato, beneficiando a los ciudadanos y ciudadanas, que sin importar su edad, quieren culminar sus estudios de Bachillerato, luego de haber cursado la primaria.

Misión Sucre: Es una iniciativa que tiene por objeto potenciar la sinergia institucional y la participación comunitaria, para garantizar el acceso a la educación universitaria a todos los bachilleres sin cupo y transformar la condición de excluidos del subsistema de educación superior.

Misión Vuelvan Caras: El objetivo de esta misión es garantizar la participación de la fuerza creativa del pueblo en la producción de bienes y servicios, superando las condiciones de exclusión y pobreza generadas en las últimas cuatro décadas. Lograr una calidad de vida digna para todos los venezolanos a través de la participación de pueblo junto al Gobierno.

Misión Mercal: El objetivo fundamental es efectuar el mercadeo y comercialización, permanente, al mayor y detal de productos alimenticios y otros productos de primera necesidad, manteniendo la calidad, bajos precios y fácil acceso, para mantener abastecida a la población venezolana muy especialmente la de escasos recursos económicos.

Misión Negra Hipólita: Dirigida a combatir la marginalidad, así como también a ayudar a todos los niños y niñas de la calle que sufren el embate de la pobreza. La Misión Negra Hipólita tiene como objeto coordinar y promover todo lo relativo a la atención integral de todos los niños, niñas,

adolescentes y adultos en situación de calle, adolescente y embarazada, personas con discapacidad y adultos mayores en situación de pobreza extrema.

Misión Madres del Barrio: La Misión Madres del Barrio tiene por objeto apoyar a las amas de casa que se encuentren en estado de necesidad, a fin de que logren, junto con sus familias, superar la situación de pobreza extrema y prepararse para salir de la pobreza en su comunidad, mediante la incorporación de programas sociales y misiones, el acompañamiento comunitario y el otorgamiento de una asignación económica.

Misión Villanueva: Esta misión busca la sustitución de ranchos y casas en condiciones precarias por modernas edificaciones, con todas las facilidades de servicios, cambiando la imagen urbana en las principales ciudades del país, enfrentando así la elevada demanda de inmuebles.

Misión Hábitat: Tiene como meta abarcar las áreas de habitabilidad, dar respuestas a los problemas de las familias y comunidades no sólo en materia de construcción sino sobre todo en el desarrollo del hábitat y comenzar a levantar urbanismos integrales, que dispongan de todos los servicios, desde educación hasta salud. Otro de sus objetivos es la evaluación de los terrenos a ser destinados para la construcción de Desarrollos Endógenos Habitacionales Auto sustentables.

Misión Guaicaipuro: Nace para restituir los derechos de los pueblos y comunidades indígenas del país. El objetivo general es restituir los

derechos de los Pueblos Indígenas de acuerdo a la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela.

Misión Cultura: Es un programa que involucra la educación superior, el desarrollo sociopolítico y el desarrollo socio comunitario y cultural, el recate de la diversidad cultural, y las manifestaciones autóctonas de los territorios.

Misión Árbol: Es una iniciativa orientada a la participación protagónica de la comunidad en la construcción de un nuevo modelo de desarrollo que se fundamente en la recuperación, conservación y uso sustentable de los bosques para el mejoramiento de su calidad de vida.

Misión Identidad: Es un programa que dota en pocos minutos de cédula de identidad tanto a venezolanos que, hasta el momento, no disponen de ella (y en consecuencia no pueden ejercer muchos de sus derechos por no estar censados), como a las personas que, de acuerdo con la ley, ya han accedido a la nacionalidad venezolana con motivo de sus largos años de residencia en el país. Es una forma de combatir las inequidades que sufren los indocumentados.

Misión José Gregorio Hernández: Tiene como objetivo identificar a todas aquellas personas con alguna discapacidad físico-motora, intelectual, visual o auditiva, ya fueran heredadas o adquiridas. Garantizar las ayudas económicas y técnicas que necesiten e incorporarlos a la vida social.

Para el abordaje integral de la salud de la población se hace imprescindible la incorporación de las misiones sociales a los espacios de participación que se han establecido en el Modelo de salud integral Comunitaria.

c) **Organizaciones comunitarias:** Organizaciones que agrupan a un conjunto de ciudadanos y ciudadanas en base a objetivos e intereses comunes, tales como: comités de tierras, mesas técnicas de agua, grupos culturales, clubes deportivos, puntos de encuentro y organizaciones de mujeres, sindicatos y organizaciones de trabajadores y trabajadoras, organizaciones juveniles o estudiantiles, asociaciones civiles, cooperativas, entre otras.

Comité de Tierra Urbana: Es una organización comunitaria que tiene entre sus atribuciones promover con los entes competentes la creación del registro de los asentamientos urbanos populares; llevar a cabo el proceso de consulta pública y adelantar los procedimientos y mecanismos de organización y coordinación interinstitucional necesarios para la regularización de la tenencia de la tierra en barrios y urbanizaciones populares, estudiar la situación de los barrios y brindar asesoría y asistencia técnica a los gobiernos estadales y municipales de la materia de su competencia.

Mesas Técnicas de Agua: Las Mesas Técnicas de agua es un instrumento para la participación de la comunidad organizada, la cual, en conjunto con las empresas hidrológicas del Estado, mejoran sustancialmente las condiciones del suministro de este vital líquido, garantizan que el agua potable llegue a todos los venezolanos.

Otras organizaciones: clubes de abuelos, adolescentes, bailoterapia, embarazadas, de pacientes con ECNT (HTA, Diabetes Mellitus, Cardiópatas, Obesidad), etc.

Como podemos apreciar la participación de las redes sociales en lo referente a salud y calidad de vida en este modelo se realiza de dos formas: una **consultiva** que se hace a través de los **comités de salud** y los **consejos de salud** a todos los niveles, enfocada mas a las acciones de promoción y prevención de salud, capacitación a la población sobre temas de educación para la salud, la planificación y convocatoria para la participación social, contraloría de la calidad de los servicios, satisfacción de la población, etc. y una ejecutiva que son las **brigadas integrales comunitarias**, mas enfocada hacia la intervención de los determinantes sociales que influyen en la salud individual y colectiva de sus comunidades.

7. Estrategia de Atención de Salud:

La estrategia de salud que se utiliza en el Modelo de Salud Integral Comunitaria es el Trabajo Comunitario, que se operacionaliza en dependencia de la situación de salud de cada territorio a través de diferentes acciones.

a) Para el abordaje de la salud individual se utilizan:

- La Pesquisa Integral Activa para mayores de 15 años.
- Atención integral a niños, niñas y adolescentes
- Atención integral a la embarazada.

b) Para el abordaje de la salud colectiva:

1. **Estrategias de Salud Integral Comunitarias** para el abordaje de problemas de salud y grupos vulnerables. (factores de riesgos, enfermedades trasmisibles, no trasmisibles, etc.)
   - Estrategia conjunta con la Misión Deportiva, para la estimular la práctica de ejercicios físicos, la recreación sana y la atención a grupos vulnerables (Adultos mayores, enfermos crónicos, factores de riesgos de Enfermedades Cardiovasculares, etc.)
   - Estrategia conjunta con la Misión MERCAL, para la atención integral de salud a las personas beneficiadas de las Casas de Alimentación.
   - Estrategia conjunta con el Instituto de Nutrición para la atención nutricional de las personas atendidas en las unidades de Barrio Adentro. Lactancia materna, ablactación, atención en Centros de Recuperación Nutricional, Suplemento Nutricional (Nutrichicha), Obesidad.

- Estrategia Conjunta con la Misión Negra Hipólita para la atención integral de salud de las personas en situación de calle.
- Estrategia conjunta con el Instituto de Atención a la Población Geriátrica (INAGER), para la atención integral del Adulto Mayor.
- Estrategia **"Salud para mi Barrio"** para la intensificación de la participación comunitaria en salud.
- Estrategia **"Comienza por Casa"** para la formación masiva de promotores de salud en la lucha antivectorial.
- Estrategia de salud escolar para la atención integral de niños entre estos grupos de edades.

2. **Salubrismo de Calle:** Es la lucha de todo un pueblo contra los determinantes que generan la falta de salud. El Médico Comunitario es su líder técnico; el ejército lo constituyen los habitantes de una comunidad organizada, sustrato imprescindible de esta lucha. Estas acciones se realizan permanentemente, pero se intensifican durante las campañas políticas.

   Modalidades:

   Operativo médico: Son acciones integrales de salud que se realizan mediante penetraciones a comunidades alejadas de los centros de salud de "Barrio Adentro", o comunidades rurales dispersas para llevar servicios básicos de salud. Generalmente va un médico comunitario del ASIC, aunque en ocasiones se incorporan otros servicios. También se le ha llamado Salubrismo Itinerante.

   Jornadas de higienización: Son acciones integrales de salud donde se involucra a la comunidad y a las instituciones del estado, en el saneamiento ambiental, para el control de vectores y roedores trasmisores de enfermedades.

   Casa a casa: Son acciones de salud que se realizan por el equipo de trabajo (Médicos, Comités de salud, Promotores de salud, Estudiante del MIC) del CMP mediante visitas de terreno a la familia; con el

objetivo de elevar la educación sanitaria de la familia y realizar pesquisa activa de riesgos a la salud, enfermedades y discapacidades (Es el método utilizado en la Pesquisa de afecciones oftalmológicas para la Misión Milagros y para el diagnóstico de discapacitados realizado por la Misión José Gregorio Hernández)

Jornadas de salud: Son acciones integrales que se realizan en comunidades rurales o urbanas que están alejadas de las unidades del ASIC, con el objetivo de acercar los servicios de salud, se ofertan servicios de laboratorio clínico, ecosonografía, electrocardiograma, servicios de rehabilitación como la podología, además de los servicios médicos, etc.

Fiestas por la Salud: Son acciones integrales de salud que se realizan en la comunidad con el objetivo de incidir sobre los determinantes del estado de salud de la población que sean modificables, además de los servicios de salud se integran otras ofertas: deportivas, culturales, recreativas, etc.

8. Funciones del Modelo de salud Integral Comunitaria.

Generales: Asistencial, docente, investigativa, gerencial y transformadora.

Funciones específica:

Función 1: *Seguimiento, evaluación y análisis de la Situación de Salud.*

- Registro, sectorización, y clasificación de la población.
- Procesamiento y análisis de las estadísticas vitales.
- Análisis de la Situación de Salud. (ASIS) con la comunidad.

Función 2: *Vigilancia de la Salud Pública, investigación y control de riesgos y daños en Salud Pública.*

- Investigación y vigilancia de brotes epidémicos.
- Investigación y vigilancia de modelos de presentación de enfermedades trasmisibles y no trasmisibles.
- Vigilancia de la oferta y los servicios.
- Análisis de población.
- Análisis de la accidentalidad
- Higiene Ambiental
- Control Sanitario Internacional
- Control vectorial
- Control del nivel inmunitario de la población.
- Vigilancia de enfermedades exóticas.

Función 3: *Promoción de salud*

- Cambios de modos y estilo de vida para desarrollar una cultura de salud en las Comunidades (Políticas Públicas Saludables)

- Estrategias intersectoriales para desarrollar las acciones de promoción a todos los niveles.
- Desarrollo de acciones educativas y comunicacionales dirigidas a promover modos de vida saludables.
- Creación de grupos específicos en la comunidad (Clubes de abuelos, embarazadas, adolescentes, hipertensos, diabéticos, obesos, bailoterapia, etc.)
- Formación de promotores de salud comunitarios.

Función 4: *Atención Médica.*

- Diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de enfermedades.
- Rehabilitación integral de discapacidades.

Función 5: *Participación de los ciudadanos en la Salud*

- Trabajo con los Comités de Salud, los Consejos Comunales, las Brigadas Integrales Comunitarias y con promotores comunitarios.
- Desarrollo de proyectos de intervención comunitaria para resolver problemas de salud.

Función 6: *Planificación y gestión en Salud.*

- Definición de objetivos de trabajo.
- Desarrollo, seguimiento y evaluación de las estrategias de trabajo en materia de salud.
- Desarrollo de la Gestión Estratégica en Salud.
- Desarrollo de competencias en dirección para directivos del sistema.

Función 7: *Regulación y fiscalización en materia de salud*

- Desarrollar el marco reglamentario con el fin de hacer cumplir lo establecido en función de la salud pública.
- Constituir y hacer funcionar el Consejo Científico para asegurar el cumplimiento de las regulaciones de forma oportuna, correcta, y congruentes.

Función 8: *Evaluación y promoción del acceso equitativo de la población a los Servicios de Salud.*

- Reordenamiento de los recursos humanos y los servicios en función de una mayor cobertura de la población.
- Organización de los servicios de salud en función de la equidad, la accesibilidad, el patrón geográfico y epidemiológico de las comunidades.
- Gratuidad de los servicios de salud.

Función esencial 9: *Garantía y mejoramiento continúo de la calidad de los servicios.*

- Cumplimiento de los sistemas de evaluación para el mejoramiento de la calidad.
- Cumplimiento de normas y procedimientos para la realización de todos los procesos que se desarrollan en las unidades del sistema.
- Evaluación de la satisfacción a través del Sistema de vigilancia de opinión de los servicios de salud dirigido a usuarios y prestadores

Función esencial 10: *Investigación en Salud.*

- Realización de investigación - acción - participativa de los principales problemas de salud pública.
- Desarrollo de soluciones innovadoras en materias de salud.
- Convenios de trabajos entre Instituciones Científicas y Centros de Salud para el desarrollo de investigaciones.
- Desarrollo de la Investigación Pedagógica para mejorar la calidad del proceso docente que se ejecuta en las unidades.
- Desarrollo de la investigación estudiantil.

Función esencial 11: *Preparación de las unidades de salud ante desastres naturales, antropogénicos y situaciones excepcionales.*

- Caracterización de los posibles desastres naturales*, antropogénicos* y situaciones excepcionales que puedan afectar los territorios.
- Capacitación del personal en materia de desastres y situaciones excepcionales.
- Elaborar planes de contingencias ante desastres naturales*, antropogénicos* y situaciones excepcionales que contemplen recursos humanos y materiales, que permitan reducir el impacto de los mismos sobre la salud del pueblo.
- Diseñar sistemas de aviso y alianzas intrasectoriales e intersectoriales para garantizar la participación de todo el sistema ante desastres naturales, *antropogénicos* y situaciones excepcionales.

Función esencial 12: Transformar el estado de salud de la población mediante la implementación de estrategias intersectoriales y la participación de la comunidad

organizada, enfocada hacia la intervención en los determinantes del estado de salud.

Se incorpora la función de **atención médica** que no se incluye en la tesis de las funciones esenciales, a sugerencia de Rojas Ochoa que en su artículo "El componente social de la salud pública en el Siglo XXI hace esa recomendación. [92]

Se incorpora además la **función transformadora** de un modelo de salud que se organiza no solo para brindar asistencia médica, sino y sobre todo, para generar salud a través de la intervención en los determinantes sociales del estado de salud de la población, articulando en su empeño a instituciones del estado, misiones sociales, organizaciones comunitarias y la comunidad organizada.

9- Bibliografía.

1) Chávez Frías, Hugo Rafael. (Agosto de 2005). La Revolución Bolivariana y el Socialismo del siglo XXI. Discurso pronunciado en el "XVI Festival de la juventud". En http:// www.nodo50.org/carlosmarx/ spip/article.php3?id_article=51
2) Benítez, Horacio. (Octubre de 2005). Presidente Chávez define Socialismo del siglo XXI. En. http://www. aporrea.org/ideologia/a17224.html BOSSI,
3) Fernando Ramón. Nuestro Socialismo. En http://www.lucheyvuelve. com.ar/arch03/socialismo. htm.
4) Britto García, Luis. (Enero 2007) Socialismo del siglo XXI: ¡Voto por el socialismo! En http://www.temas. info.ve/modules.php?name=C ontent&pa=showpage&pid=631
5) Cabieses, Manuel. (5 al 18 de agosto de 2005). ¿Dónde va Chávez? En http://www.puntofinal.cl/598/ chavez.htm
6) Dieterich Stefan, Heinz. (Agosto de 2002). El Socialismo del Siglo XXI. En http://www.puk.de/ download/elsocialismo.pdf
7) Francis Violich Universidad de Berkeley 1987, citado en: UNFPA.- Población, Desigualdad y Políticas Públicas: Un diálogo Estratégico. Caracas 2006.
8) Gilberto Rodríguez Ochoa. Documentos del MSAS. Caracas 2000.
9) Rincón María T y Rodríguez Isabel.- Consideraciones Generales sobre las Políticas de Salud en Venezuela. FERMENTUM 526 14 (41) : 503-532. 2004. Mérida Venezuela.

10) MSDS.- Plan Estratégico Social. La Construcción de Políticas Públicas por la Calidad de Vida y la Salud. Caracas Agosto 2002.

11) Ministerio del PP para la Planificación y Desarrollo. Boletín Informativo N° 3. Caracas, septiembre 2008.

12) Rodríguez Morales, J R. "Salud para todos" en Barrio Adentro. Rev. Cubana Salud Pública v.34 n.2. Ciudad de la Habana abr- jun 2008

13) Wilpert, Gregory. (24 de julio de 2006). El significado del socialismo del siglo XXI para Venezuela. En http://www.rebelion.org/noticia. php?id=35079

14) Dieterich Stefan, Heinz. (Agosto de 2002). El Socialismo del Siglo XXI. En http://www.puk.de/ download/elsocialismo.pdf

15) Hernández Montoya, Roberto. (Junio de 2005). Socialismo del siglo XXI. En http://www.voltairenet. org/article125448.html

16) Proyecto Nacional Simón Bolívar. Primer Plan Socialista. PPS Desarrollo económico y social de la nación 2007-2013. Caracas. Septiembre 2007.p: 26

17) Instituto Nacional de Estadísticas. Censo de Población y Vivienda. República Bolivariana de Venezuela. 2008. www.ine.gob.ve

18) Chávez Frías, H. Economía para el desarrollo social. Venezuela una potencia. Mensaje anual del presidente Hugo Chávez Frías a la Nación. Ministerio del Poder Popular para la Información y la Comunicación. 2009. www.minci.gob.ve.

19) Chávez Frías, H. Aumenta la calidad de vida del pueblo. Venezuela una potencia. Mensaje anual del presidente Hugo Chávez Frías a la Nación. Ministerio del Poder Popular para la Información y la Comunicación. 2009.

www.minci.gob.ve.

20) Chávez Frías, H. Esperanza de vida al nacer. Venezuela una potencia. Mensaje anual del presidente Hugo Chávez Frías a la Nación. Ministerio del Poder Popular para la Información y la Comunicación. 2009. www.minci.gob.ve

21) Chávez Frías, H. Mortalidad infantil y materna. Venezuela una potencia. Mensaje anual del presidente Hugo Chávez Frías a la Nación. Ministerio del Poder Popular para la Información y la Comunicación. 2009. www.minci.gob.ve

22) Misión Medica Cubana. Boletín Epidemiológico. Indicadores positivos en la salud logrados por la Revolución Bolivariana. Venezuela 1998 - 2 de mayo del 2009.

23) Marcano, JC. Barrio Adentro: Fortaleciendo la estrategia de Atención Primaria de Salud en la República Bolivariana de Venezuela. 2008. www.monografias.com

24) Angulo Arvelo, Luis Alejandro. Resumen cronológico de la medicina en Venezuela, desde la época precolombina hasta 1978. 2ª ed. Caracas: Universidad Central de Venezuela, 1979

25) Gabaldón, Arnoldo. Una política sanitaria. Caracas: Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, 1965. 2 v.;

26) Infante Marrero, Rodrigo. Evolución de la política de salud pública en Venezuela desde 1911 hasta 1992. Caracas: s.n., 1993; __. Temas de salud pública. Caracas: s.n., 1987

27) García Maldonado L (1972) Historia de la sanidad en Venezuela. Educación y Salud Pública. Caracas: Ediciones del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social.

28) Castellano, Pedro L. Notas sobre el estado y la salud en Venezuela. Cuadernos de la escuela de Salud Pública N° 31. Caracas agosto 1980

29) Alayón M., Rubén (2005) "Barrio Adentro: combatir la exclusión profundizando la democracia", *Revista Venezolana de Economía y Ciencias Sociales*, vol.11, nº 3, sept.-dic.

30) Alvarado, Neritza (2004) "Gestión social, pobreza y exclusión en Venezuela a la luz de las Misiones Sociales", *Análisis de Coyuntura*, jul-dic. 2004

31) MSDS-Ministerio de Salud y Desarrollo Social (2002) Redes de Atención Primaria (NAPIS). Hacia la construcción del Sistema Público Nacional de Salud. Mimeo. MSDS, Caracas.

32) D" Elia Yolanda. Las Misiones sociales en Venezuela: una aproximación a su comprensión y análisis. Instituto Latinoamericano de Investigaciones Sociales-ILDIS, 1ra Ed. Octubre 2006.

33) OPS. Programa integral de salud (PIS) Venezuela. Boletín OPS. 2003.

34) Ministerio para el Poder Popular para la Información y la Comunicación. Misiones Bolivarianas. [Sitio en Internet: http://www.publicaciones/minci/gov/ve_.pdf. 2007

35) Ministerio para el Poder Popular para la Información y la Comunicación. Misión Barrio Adentro. [Sitio en Internet: http://www.publicaciones/minci/gov/ve_.pdf. 2005

36) Ministerio para el Poder Popular para la Información y la Comunicación. Barrio Adentro, una obra de corazón.[Sitio en Internet:

http://www.publicaciones/minci/gov/ve_.pdf. 2008

37) MSDS-Ministerio de Salud y Desarrollo Social (2002) Redes de Atención Primaria (NAPIS). Hacia la construcción del Sistema Público Nacional de Salud. Mimeo. MSDS, Caracas.

38) MSDS-Ministerio de Salud y Desarrollo Social (2004) Comité de Salud: una orientación organizativa de participación en el marco de la "Misión Barrio Adentro". MSDS, Caracas.

39) MSDS-Ministerio de Salud y Desarrollo Social (2005) "Barrio Adentro 2: un salto adelante", El Vocero, Boletín Informativo Mensual del Ministerio de Salud y Desarrollo Social, año 1, n° 5.

40) PROVEA (2004): "El derecho a la salud en el proyecto bolivariano". Informe Especial. Informe Anual de Provea.

41) OCHOA HENRÍQUEZ, Haydée y RODRÍGUEZ COLMENARES, Isabel (2003) "Las fuerzas armadas en la política social de Venezuela", Política y Cultura, n° 20, otoño 2003, pp. 119-124.

42) REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA (2001) "Líneas Generales del Plan de Desarrollo Económico y Social de la Nación 2001-2007". Ministerio de Planificación y Desarrollo.

43) MSDS-Ministerio de Salud y Desarrollo Social (2002) Redes de Atención Primaria (NAPIS). Hacia la construcción del Sistema Público Nacional de Salud. Mimeo. MSDS, Caracas.

44) CONTRERAS, Juana (2004) El Plan Barrio Adentro. Ponencia presentada en el Seminario Nacional: Política social ¿un nuevo paradigma? FEGS. Caracas-

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

Organización Panamericana de la Salud. Caracas, Venezuela. Julio de 2006

46) Santana, E. Barrio Adentro: misión esperanza, misión vida. Ed. El perro y la rana,2007

47) Programa integral de salud (PIS) Venezuela. Boletín OPS. 2003.

48) 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.

49) Defensoría del Pueblo (2003) Plan Barrio Adentro rtp://www.defensoria Caracas: Defensoría del Pueblo.

50) 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.

51) Programa integral de salud (PIS) Venezuela. Boletín OPS. 2003.

52) 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.

53) Defensoría del Pueblo (2003) Plan Barrio Adentro rtp://www.defensoria Caracas: Defensoría del Pueblo.

54) 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.

55) Misión Médica Cubana (2006) Informe Misión Médica Cubana. Caracas: Misión Médica Cubana.

56) Misión Médica Cubana (2006) Barrio Adentro. Estadísticas anuales. Unidad Central de Información. Caracas, Venezuela. 2003-2006. Caracas: Misión Médica Cubana.

57) 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.

58) 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.

59) Salas MI (2003) Corte Primera suspendió el “plácet” a médicos cubanos. El Universal, 22 de agosto de 2003. Caracas.

60) Presidente inaugura Misión Bario Adentro II. Programa Aló Presidente No. 225.Radio Nacional de Venezuela. 2005

61) Barrio Adentro tiene 29 médicos criollos. “El Universal”.www.eluniversal.com. Jueves 10 de enero de 2008.

62) Presidente Chávez: 2008 es el año de la revisión, rectificación y reimpulso. Programa Aló Presidente No. 299 Radio Nacional de Venezuela. 2005

63) CAPELLA, Roger. Derechos Sociales y Atención Primaria en salud. La experiencia venezolana: Misión Barrio Adentro. 2004. Rev. Corr. p/ la Emancipación, sup. Salud, jun. 2004, año 1, no. 1, p.9-19.

64) Fuenzalida Puelma H, Scholle Connor S, The right to health in de Americas, DC Pam American Health Organizatión, 1989

65) Sen A. Why health equity? Health economics 2002; 11: 659-666

66) Formando valores en familia. Educación inicial de calidad para todos.

Proyecto Simoncito No. 7", MECD, Caracas, junio de 2004.

67) Organización Panamericana de la Salud. 26. a Conferencia Sanitaria Panamericana. Ampliación de la protección social en materia de salud. Iniciativa conjunta de la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Internacional del Trabajo. Washington, D.C.: OPS; 2002. Hallado en: http://www.paho. org/spanish/gov/csp/csp26.r19-s.pdf. Acceso el 14 de septiembre de 2006.

68) Chávez Frías H. El Poder Popular, el más grande de los poderes. MPPCI. Abril, 2008.

69) Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. International Journal of Health 2002; (1): 1

70) Organización Panamericana de la Salud. 44.° Consejo Directivo. Atención primaria de salud en las Américas: las enseñanzas extraídas a lo largo de 25 años y los retos futuros. Washington, D.C.: OPS; 2003. Hallado en http://www. paho.org/spanish/gov/cd/cd44-r6-s.pdf. Acceso el 14 de septiembre de 2006.

71) Organización Panamericana de la Salud. La salud en las Américas. Washington, D.C.: OPS; 2002. (Publicación Científica 587; 2 vol).

72) Aday LA, Anderson R, Flaming DV. The expanded behavioral model of acces. Health care in the US: Equitable for whom? Newbury Park , CA: Sage Publications, 1980

73) Colectivo de autores (2003): "Selección de lecturas sobre trabajo social Comunitario". Centro Grafico Villa Clara. Santa Clara, Cuba.

74) Ley de los consejos comunales / colección textos legislativos abril, 2006. Pág. 7

75) Ley de los consejos comunales / colección textos legislativos abril, 2006. Pág. 10

76) Fuenzalida Puelma H, Scholle Connor S, The right to health in de Americas, DC Pam American Health Organizatión, 1989

77) Sen A. Why health equity? Health economics 2002; 11: 659-666

78) Formando valores en familia. Educación inicial de calidad para todos. Proyecto Simoncito No. 7", MECD, Caracas, junio de 2004.

79) Organización Panamericana de la Salud. 26. a Conferencia Sanitaria Panamericana. Ampliación de la protección social en materia de salud. Iniciativa conjunta de la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Internacional del Trabajo. Washington, D.C.: OPS; 2002. Hallado en: http://www.paho. org/spanish/gov/csp/csp26.r19-s.pdf. Acceso el 14 de septiembre de 2006.

80) Chávez Frías H. El Poder Popular, el más grande de los poderes. MPPCI. Abril, 2008.

81) Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. International Journal of Health 2002; (1): 1

82) Organización Panamericana de la Salud. 44.° Consejo Directivo. Atención primaria de salud en las Américas: las enseñanzas extraídas a lo largo de 25 años y los retos futuros. Washington, D.C.: OPS; 2003. Hallado en http://www. paho.org/spanish/gov/cd/cd44-r6-s.pdf. Acceso el 14 de septiembre de 2006.

83) Organización Panamericana de la Salud. La salud en las Américas. Washington, D.C.: OPS; 2002. (Publicación Científica 587; 2 vol).

84) Aday LA, Anderson R, Flaming DV. The expanded behavioral model of

acces. Health care in the US: Equitable for whom? Newbury Park , CA: Sage Publications, 1980

85) Colectivo de autores (2003): "Selección de lecturas sobre trabajo social Comunitario". Centro Grafico Villa Clara. Santa Clara, Cuba.

86) Ley de los consejos comunales / colección textos legislativos abril, 2006. Pág. 7

87) Ley de los consejos comunales / colección textos legislativos abril, 2006. Pág. 10

88) Ley de los consejos comunales / colección textos legislativos abril, 2006. Pág. 11

89) Ley de los consejos comunales / colección textos legislativos abril, 2006. Pág. 18

90) Ley de los consejos comunales / colección textos legislativos abril, 2006. Pág. 16

91) Ley de los consejos comunales / colección textos legislativos abril, 2006. Pág. 11

92) Rojas Ochoa F. El componente social de la salud publica en el siglo XXI. Reflexiones sobre Ciencia, Tecnología y Sociedad de Jorge Núñez Jover y Maria E Macias Llanes. Lecturas escogidas. Editorial Ciencias Médicas, 2007, Pág. 210-218