



Población y Salud en Mesoamérica

Revista electrónica publicada por el
Centro Centroamericano de Población,
Universidad de Costa Rica, 2060 San José, Costa Rica
<http://ccp.ucr.ac.cr>

Población y Salud en Mesoamérica

Revista electrónica semestral, ISSN-1659-0201

Volumen 7, número 1, ensayo 1

Julio - diciembre, 2009

Publicado 1 de julio, 2009

<http://ccp.ucr.ac.cr/revista/>

Participación comunitaria: otra mirada al sistema de salud venezolano

Adriana Farías-Suárez

Jenny Farías-de Estany



Protegido bajo licencia Creative Commons

Centro Centroamericano de Población

Participación comunitaria: otra mirada al sistema de salud venezolano

Community participation: another view at the Venezuelan health system

Adriana Farías-Suárez¹ y Jenny Farías-de Estany²

RESUMEN

El siguiente artículo presenta un bosquejo sobre el sistema de salud venezolano del siglo XX y los cambios que se están gestando a partir de la aprobación de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela de 1999. La evolución histórica del sistema de salud sugiere el estudio de las políticas de estado que históricamente han impuesto un modelo administrativo con rasgos burocráticos (Waiitzkin, 1981) cercenando la participación comunitaria en el sistema de salud. La influencia socio-política ha propiciado un deterioro creciente del sistema de salud, convirtiéndolo en un sistema excluyente y deficiente. Desde la ejecución de la letra de la carta magna, el Estado venezolano ha generado formas de organización que dan paso a la participación comunitaria en asuntos competentes al área de la salud (CRBV, 1999). Para lograr la sinergia entre la comunidad, las instituciones y las políticas de salud se hace urgente diseñar un modelo de participación comunitaria, a partir de la experiencia de los comités de salud que sirva de soporte para el fortalecimiento de dicha dinámica. El trabajo de los comités de salud impulsará el sistema de salud venezolano que se encuentra en etapa de transformación. Se realizó una revisión de tipo documental trabajando como paradigma epistemológico el materialismo dialéctico (Marx, 1973).

Palabras clave: Participación comunitaria, organizaciones comunitarias.

ABSTRACT

The following article presents a sketch about Venezuelan system health of the 20th century and the changes that are being gestated from the approval of the Constitution of Bolivarian Republic of Venezuela of 1999. The historic evolution of system health suggests the study of the politics of state that historically have imposed an administrative model with bureaucratic characteristics (Waiitzkin, 1981), clipping the common participation in the system of health. The associate-political influence has favoured a growing deterioration of system health, becoming an exclusive and deficient system. Since the execution of the letter of the constitution, the State has generated forms of organization that lead to the common participation in competent matters to the area of the health (CRBV, 1999). To achieve the synergy among the community, the institutions and the politics of health is done urgent to design a model of common participation, from the experience of the committees of health that serve of support for fortify this dynamics. The work of the committees of health will prompt the system of Venezuelan health that is found in phase of transformation. A review of documentary type was carried out working as epistemological paradigm the dialectical materialism (Marx, 1973).

Keywords: Community participation, community organizations.

Recibido: 1 oct. 2008

Aprobado: 12 may. 2009

¹ Odontóloga. Magíster en Administración del Sector Salud. Docente de la Universidad Bolivariana de Venezuela. ubvpfg@gmail.com. VENEZUELA.

² Comunicadora Social. Magíster en Multimedia Educativo. Docente de la Universidad Bolivariana de Venezuela y de la Universidad del Zulia. fariasjenny@gmail.com. VENEZUELA.

1. INTRODUCCIÓN

El presente artículo tiene como propósito alimentar la discusión sobre la participación comunitaria en las políticas públicas sobre salud en Venezuela, adelantada a través de la Misión Barrio Adentro. En esta iniciativa creada en 2003 se conjugan varios componentes cuya finalidad central es conquistar la salud integral de la sociedad venezolana por medio de acciones preventivas.

Para el logro de tal cometido uno de los ejes articuladores de esa política está representado por el liderazgo del Programa de Formación de Grado Gestión en Salud Pública de la Universidad Bolivariana de Venezuela (UBV); dado que las acciones en salud requieren del apoyo y conocimiento que aportan estudiantes, profesores y comunidad mediante la unidad curricular integradora “proyecto comunitario” que se lleva a cabo en las comunidades.

Esta situación especial donde los estudiantes y profesores forjan acciones en sus espacios comunitarios, desde el conocimiento que actualmente se genera en la universidad, constituye el enlace fundacional de este proyecto de masificación de los valores en salud.

El esfuerzo por incluir la participación comunitaria en las políticas públicas referida a la salud se convierte en una necesidad urgente que forma parte de los distintos cambios que se han registrado en la formación social y política venezolana en el amanecer del siglo XXI y que tiende a profundizarse en la medida que transcurre la primera década del nuevo siglo.

Haciendo una revisión del pasado vemos como una larga cadena de frustraciones ha caracterizado el proceso histórico venezolano. Desde la misma independencia se aprecia la carga de pesadumbre bolivariana, cuando dice: “*He arado en el mar*”, ante los escasos cambios ofrecidos por la emancipación y, luego, con la desintegración gran colombiana de 1830; cuando un nuevo sentimiento de pesar cayó en el cuerpo nacional. Después de España, vendrían otros atropellos europeos de la mano de Alemania e Inglaterra durante la segunda mitad del siglo XIX y comienzos del XX.

En ese último período en Venezuela comienza a configurarse un nuevo modelo de colonización: la neocolonización, que impuso un sojuzgamiento un tanto solapado. Así, el viejo colonialismo europeo en Latinoamérica empieza a envolverse en ropaje de neocolonialismo caracterizado por una aparente independencia política y una sujeción económica evidente.

Luego, vendría el proyecto saqueador norteamericano que iría profundizándose en la medida que ésta tierra latinoamericana asumía el modelo primario minero exportador petrolero. Durante todo el siglo XX la neocolonia venezolana sangra sus recursos para el beneficio de la economía norteamericana y la realidad social de aquel imperio.

Esta situación de desigualdad, saqueo y transferencia de riqueza de nuestro país hacia el norte hace desgarrar la pluma a más de un escritor. Lean lo que dice Galeano: “*Con el petróleo ocurre, como ocurre con el café o con la carne, que los países ricos ganan mucho más por tomarse el*

trabajo de consumirlo, que los países pobres por producirlo. La diferencia es de diez a uno” (Galeano, 1973: 243).

Es cierta, tajante y lapidaria la afirmación de Galeano cuando expresa que no hay región en el mundo que haya contribuido más con el bienestar ajeno (Galeano, 1973). Pobreza generalizada legó la riqueza petrolera a los venezolanos. Pobreza habitacional, falta de empleo y viviendas dignas, bajo ingreso y desigualdad en la distribución del mismo, pobreza educacional, orfandad de deporte, recreación y cultura y, por último, pobreza en salud.

Este último aspecto tan sensible para la existencia de cualquier pueblo amerita un tratamiento especial, de la gama de transformaciones que ha provocado el proceso bolivariano desde el año 1999. El propósito de éste artículo, es explayarse en el estudio del sistema de salud en la Venezuela actual, desembocando finalmente en algunas propuestas inéditas y transformadoras.

El ejercicio de las organizaciones comunitarias y las formas de participación que consolidarán el Sistema Público Nacional de Salud en Venezuela (AN, 2007) se encuentran en fase de transición, de un modelo capitalista a otro que abra las compuertas al socialismo del siglo XXI; cimentado en núcleos humanos que están en proceso de formación para ejercer acciones de beneficio colectivo. Entre estos grupos sociales que facilitarán la creación de redes a favor de los intereses colectivos se hallan los comités de salud. Estas organizaciones han transitado el proceso de fortalecimiento comunitario desde su conformación en la misión Barrio Adentro hasta el nacimiento de los consejos comunales que impulsan la articulación entre las organizaciones comunitarias y las instituciones del estado.

Por otra parte, en el año 2004 la Universidad Bolivariana de Venezuela de la mano de los estudiantes y de un cuerpo académico joven se encuentra formando las primeras cohortes de técnicos y licenciados en Gestión en Salud Pública. Este proceso educativo está acompañado por las comunidades que procuran participar en la construcción de nuevos escenarios para garantizar el derecho a la salud, como derecho fundamental de vida (UBV, 2007).

Desde la perspectiva marxista los sistemas de salud son abordados dentro de una visión integral y enmarcados en la trama de relaciones que se configura en las formaciones sociales. Todo sistema de salud está influenciado por la red de relaciones entre las estructuras: económica, política y social. La propiedad de los medios de producción determinan las relaciones de producción y la sumatoria de esos elementos conforman el modo de producción que a su vez debe estar en correspondencia con la superestructura (ideología, leyes, moral, estado). Por ello, la necesidad de utilizar categorías que contribuyan a explicar el enfoque marxista que hoy atendemos. Por ende, en el marco de la perspectiva del materialismo dialéctico debemos reflexionar sobre aspectos de la realidad actual del sistema de salud venezolano, donde se conjugan diversos elementos de interés, a saber: perspectiva capitalista y socialista de salud, contexto legal de la salud en Venezuela, participación de la comunidad en la construcción del sistema de salud y el sistema de salud y sus relaciones.

2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

2.1. Perspectivas capitalista y socialista de salud

2.1.1. *Perspectiva capitalista de salud*

La salud ha sido definida como “*el completo estado de bienestar físico, social y psíquico*” por la Organización Mundial de la Salud (Blanco, 1997, 1). La definición de la salud ha cambiado a través de la historia. Ahora bien, el análisis del concepto idealista establecido por la Organización Mundial de la Salud debe ser analizado en relación al modo de producción, porque su estudio nos permitirá detectar la amenaza que implica el sistema capitalista en éste ámbito.

El modo de producción constituye “*el conjunto de fuerzas productivas sociales y las relaciones de producción que con ellas se vinculan cuyo centro de organización es un tipo dado de propiedad de los medios de producción*” (Lange, 1961:43). Deconstruyendo el significado del modo de producción capitalista revelaríamos las acciones de los grandes monopolios que procuran el poder e intentan ocultar su objetivo. Por ello, la intención de reducir el papel del estado en el área de la salud implica dejar en manos de los grupos de dominio un área susceptible que será objeto de lucro para pocos.

La generación de conciencia en el seno de las organizaciones comunitarias, ante el interés individual y de lucro de los sectores propietarios, permite crear alternativas radicales para enfrentar la intención de los beneficiarios del sistema capitalista que procuran el privilegio de las grandes corporaciones. Atender las grandes contradicciones del sistema capitalista abre cauce a la transformación de la estructura social mediante acciones que superen la tendencia ideológica predominante.

Producto de los valores propios del capitalismo salvaje se manifiesta la salud como mercancía, debido a que la utilidad neta que resulta de ello, no es la restauración del daño al ser humano, sino el valor que resulta de esa acción que se traduce en dinero. Esta categoría se ejemplifica claramente desde el sector privado de la salud. Es decir, comprender la salud como mercancía implica visualizar el proceso a partir del momento que se da la mercantilización de la salud en las clínicas privadas, por cuanto éste representa el hecho del consumo y es objeto del lucro a partir de su padecimiento, ejemplo vivo del caso, la presencia de las aseguradoras en salud. Es así como el sistema capitalista aleja al ser humano de su condición, transmutándolo de paciente a cliente y la enfermedad en posibilidad de lucro para los propietarios de las instituciones como clínicas y hospitales.

De igual manera, el aumento de la tasa de mortalidad y de enfermedades que deberían estar erradicadas también es producto del sistema capitalista que no visualiza la salud como derecho, sino como instrumento de ganancia. La salud vista como mercancía para los grupos de dominio, pone en peligro la existencia de nuestros pueblos puesto que, los privilegios de la élite siguen posicionados por encima de los intereses de la humanidad. De esta suerte, el paciente es trastocado en cliente, que presenta carencias de salud y, por tanto, facilita a empresas y profesionales de la medicina la obtención de dividendos lucrativos. Según la lógica capitalista el incremento del lucro debe ser constante. Inclusive la tasa de beneficio debe ir anualmente en

crecimiento. De tal manera que el aumento de las enfermedades en la sociedad pareciera ir directamente proporcional y potencial a la posibilidad de ganancia para los grupos empresariales. Desde los albores del sistema capitalista existen enfermedades que a través del avance científico y tecnológico han debido estar erradicadas y suele ocurrir que disminuye su incidencia y desaparecen para luego volver a aparecer con ímpetu. El cólera es un apropiado ejemplo para estudiar el fenómeno. Esta enfermedad transmisible reapareció en 1991 en Latinoamérica. Había transcurrido más de un siglo que no se reportaba una pandemia a éste nivel. En 1995 se reportan más de un millón de casos y algo más de 10 mil muertes en la Región de las Américas según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2007).

Evidentemente estas tasas endémicas se hacen más agudas en las naciones subdesarrolladas del Asia, África y Latinoamérica pero no son exclusivas de esas latitudes. Las causas socio ambientales y la situación socioeconómica de la población determina tan nefasto fenómeno. El Salvador en Centroamérica y Haití en el Caribe son casos notorios motivados por el grado de pauperismo socioeconómico. La perspectiva a analizar depende del área capitalista a estudiar, puesto que casi toda la zona (llamada periferia capitalista) mantiene los mismos indicadores socio-económicos. En el caso de El Salvador país capitalista subdesarrollado la mortalidad infantil es de 17,5 en una proyección que va del 2005-2010 por cada mil nacidos vivos. Haití presenta una tasa de 37,5 enmarcado en la misma proyección. En Cuba con sistema socioeconómico diferente manifiesta una tasa de 4,5 diferencia ésta notoriamente importante. De la misma manera, otros índices socioeconómicos como la esperanza de vida al nacer son también distintos. Cuba denota contraste con esos mismos países mencionados. A saber: Cuba 79.1 años, El Salvador 70.4 años y Haití 64.2 años (ONU, 2009). Resultaría atractivo pasearse por los indicadores socioeconómicos de algunos países de Europa Occidental como por ejemplo España y Portugal. Sin embargo, sería alejarnos del interés primordial de nuestro ensayo.

Retomando el análisis dentro de la perspectiva capitalista, la relación laboral entre el profesional de la salud que vende a la empresa privada su fuerza de trabajo la relación laborales está dirigida a la atención del cliente el cual genera dividendos para cubrir los costos de la actividad que incluye pago del personal asalariado, suministro, equipos y ganancia. Por ende, la enfermedad es vista como elemento de enriquecimiento para el sector propietario y el enfermo se convierte en objeto de esa venta *"Aunque la salud de la población es un elemento importantísimo de la riqueza nacional, no tenemos más remedio que reconocer que los capitalistas no se sienten mayormente inclinados a conservar y apreciar este tesoro en todo lo que vale"* (Marx, 1973: 168).

Si analizamos las relaciones sociales de producción que se manifiestan en los servicios de salud en Venezuela desde las condiciones económicas del paciente, detectaríamos las relaciones que se generan en la prestación del servicio de salud. Según Lange *"Las relaciones de producción dependen de la relación entre el hombre y las cosas que aparecen en el proceso de producción, la forma en que el hombre influye en la naturaleza y se forma a sí mismo"* (Lange, 1961:34).

Si un paciente enfermo en condición económica inestable asiste al Sistema Público Nacional de Salud que depende del gobierno central (instituciones de la misión Barrio Adentro) el será atendido según su grado de afección en salud de acuerdo al nivel de atención y las posibilidades

del servicio a partir de: Consultorios populares³, Salas de Rehabilitación Integral⁴, Centros de Diagnósticos Integral⁵ y Centros de Alta Tecnología⁶. Si la enfermedad ha llegado a un grado de emergencia que no puede ser resuelta desde estos niveles de atención; el paciente es referido a hospitales especializados tipo IV. Se manifiesta en esta ejemplificación la primera relación. La red de atención en salud activa sus mecanismos y el sistema de referencia remite al paciente a una institución del estado que se encuentra mejor dotada para su atención, que no forma parte de la misión Barrio Adentro pero es instancia pública del estado.

Si nos ubicamos en un paciente que asiste a una institución privada, se generan dos relaciones. La intervención del seguro de salud que ofrece servicios en instituciones de salud privados o se establece el pago directo a la clínica privada. Los tratamientos médicos son cancelados a las empresas farmacéuticas porque la relación que se genera desde esta realidad toca sólo el sector privado. Este tipo de relaciones de propiedad están resquebrajándose con la aparición del sistema de salud novedoso que se encuentra en lucha constante contra la supervivencia del sistema capitalista que por momentos se siente fortalecido; pero en base a los cambios que se visualizan se aproxima su extinción. Barrio Adentro significa el avance hacia la construcción de la nueva modalidad.

Otro aspecto resaltante en el modelo capitalista de salud es la influencia de la globalización; fenómeno que ha penetrado la economía nacional y particularmente en el estilo de vida de los seres humanos afectando la salud en diversos sentidos. Según Bonefeld

Antes de la globalización el estado disfrutaba de autonomía respecto a su economía nacional, pudiendo así impulsar el desarrollo económico de manera socialmente responsable. Se acusa a la globalización de haber inclinado por completo la balanza a favor de la economía y convirtiéndola en la fuerza determinante dentro de un estado nacional (Bonefeld, 2007:39).

³ Consultorios Populares son establecimientos que ofrecen atención médica gratuita en el nivel primer nivel de atención primaria. Atención médica las 24 horas y que articulan el trabajo con las comunidades de manera articulada y conforma la red de atención integral en salud (Marcano, 2008:50).

⁴ Destinadas a pacientes con un grado de discapacidad transitoria o permanente y que requieran atención especializada en el área de rehabilitación física. Estas Salas disponen de gimnasio para niños y adultos, terapia ocupacional, podología, hidroterapia, foniatría, medicina natural y tradicional, video endoscopia. Las Salas de Rehabilitación Integral brindan a la comunidad servicios en el área de recuperación física, a través de la aplicación de tratamientos con base en la medicina natural tradicional, así como también la acupuntura para aliviar dolores específicos. Además, se ofrecen servicios de podología y logopedia, que consisten en terapias de lenguaje dirigidas a pacientes con cuadros de parálisis cerebral, facial o que hayan sido sometidos a una traqueotomía (INSALUD,2009).

⁵ En los Centros de Diagnóstico Integral se atiende a pacientes referidos de los consultorios populares, a fin de realizarles pruebas especiales que permitan identificar la situación específica de los mismos, constituyéndose en centros del nivel secundario del Sistema Nacional de Salud Pública. En este sentido, en cada centro cuentan con un laboratorio clínico, con capacidad para realizar exámenes bajo el nuevo Sistema Ultra Micro analítico, por medio del cual se detectan enfermedades como hepatitis, mal de chagas, dengue, y otras patologías, además de practicar despiastajes. Asimismo, se efectúan pruebas de endoscopia para aquellos pacientes que presenten cuadros de gastritis, erosiones intestinales u otros síntomas a nivel del esófago o estómago, así como servicio de rayos X. Además, estos centros brindan atenciones de emergencia, terapia intensiva, sala de observación, disponen de quirófanos y consulta de oftalmología. (INSALUD,2009)

⁶ Centros de Alta Tecnología (CAT). Los Centros de Alta Tecnología son establecimientos de salud, gratuitos para la población, diseñados para realizar diagnósticos con equipos de alta complejidad y tecnología (Marcano, 2008:22).

El sistema capitalista a través de la globalización ha generado consecuencias negativas para la salud por la imposición de modos de alimentación y su incidencia en la homogeneización cultural. La salud tiene matices multifactoriales. En presencia del sistema capitalista han surgido nuevos factores que le dan fuerza al sistema para continuar dominando la dinámica de nuestros pueblos.

El proyecto sociopolítico venezolano aprobado en 1.999 bajo el sustento de la Carta Magna se encuentra en período de transición donde se afrontan muchas tensiones políticas que impiden combatir las prácticas burocráticas y corruptas heredadas por las instituciones del estado capitalista. *“La burocracia es un cuerpo parásito que se constituye en la época de la monarquía absoluta y deviene un medio para preparar la dominación de la clase de la burguesía durante el declinamiento del feudalismo”* (Bartra, 1973:28). Históricamente la burocracia como instrumento de las clases poderosas ha cercenado cualquier intento de apoderamiento de las comunidades para controlar las áreas de interés de la nación. Igualmente, Lenin califica la burocracia como *“...un parásito adherido al cuerpo de la sociedad burguesa, un parásito engendrado por las contradicciones internas que dividen a esta sociedad, pero precisamente, un parásito que taponan los poros vitales”* (Lenin, 1968:35). Waiitzkin plantea que las manifestaciones deshumanizantes y enajenantes de la burocracia, se han hecho sentir en muchos países antiguamente socialistas que han tratado de establecer sistemas de salud efectivos (Waiitzkin, 1981). En Venezuela, como en otras naciones, en los sistemas de salud vigentes los pacientes se enfrentan a procedimientos penosos que limitan su capacidad para obtener la atención médica requerida y le agrega otro ingrediente nocivo a su estado de postración.

2.1.2. Perspectiva socialista de salud

Desde su concepción el modo de producción socialista propone transformar las formas de relaciones de producción, la distribución social de bienes y servicios y los medios de producción dispuestos al servicio del colectivo. En el campo de la salud, el estado ha impulsado la plataforma para que la comunidad participe en la transformación del modo de producción imperante, a partir de facilitar los medios de producción como elemento de propiedad social para las comunidades.

Las organizaciones comunitarias, como son los comités de salud, tendrán la labor de procurar que estas acciones se materialicen a partir de las formas de autogobierno propuestas por el estado venezolano, proceso que se encuentra aún en constante contradicción por los escasos mecanismos de participación comunitaria que existían en el pasado. A pesar del esfuerzo del gobierno por dar poder a las organizaciones comunitarias dentro de sus espacios locales, en Venezuela no se ha implantado aún un sistema de salud socialista. Sin embargo, se está presentando un ingrediente poco usual en la dinámica de las formaciones sociales latinoamericanas, representada por la asistencia gratuita de la salud en todos los niveles de atención para la población desfavorecida, aspecto que conduce a seguir asentando las bases para la construcción de lo que se ha dado en llamar socialismo del siglo XXI. En estos momentos no sólo es válida la lucha ideológica contra las imposiciones del capitalismo mundial, sino también la construcción de condiciones objetivas que aceleren la instauración del modo de producción socialista donde la propiedad de los medios de producción esté en manos del colectivo para la satisfacción de las necesidades básicas.

Por otro lado, el Plan Económico y Social 2001-2007 da muestra del avance hacia un proyecto país que intenta combatir las desigualdades sociales y la pobreza a partir de los diversos

equilibrios señalados en ese mismo plan. El equilibrio social propone la creación de un sistema con mayores oportunidades desde el plano de la educación, la salud, la organización social, el empleo entre otros aspectos. Desde el plano educativo y de salud se crearán estrategias de atención integral para la promoción de la salud y la prestación de los servicios educativos fundamentales para la construcción de la patria.

Es de nuestro interés detenernos en los sub-objetivos del equilibrio social, salud y calidad de vida para todos; lineamiento fundamental en el inicio de todas las acciones que el estado debe emprender en conjunto con la sociedad como garantía de calidad de vida, el acceso universal a los servicios, la puesta en marcha de políticas destinadas al derecho a la salud, así como la corresponsabilidad asumida por el estado y los ciudadanos (MDP, 2001).

En el proyecto nacional “Simón Bolívar”, plan que le da continuidad al proyecto de desarrollo económico y social de la nación 2001-2007, se pone de manifiesto la inmensa responsabilidad de los ciudadanos para la construcción de la patria. El nuevo hombre y la mujer nueva como bien lo define la primera directriz del plan comprendido por la nueva ética socialista, comprende a su vez la estrategia primordial de la nueva ética del hecho público. Vale decir, el ciudadano como parte del estado y corresponsable de la vida pública (MPPDP, 2007). *“En definitiva, habrá socialismo cuando exista un hombre nuevo”* (MPPDP, 2007:23).

La conciencia moral revolucionaria es el punto de partida para la construcción de un sistema humanista que nos permita alcanzar la suprema felicidad social, que no es más que el rediseño de nuestra estructura económica y social para alcanzar lo que nuestro libertador proclamaba: la máxima felicidad. La suprema felicidad concibe dentro de sus estrategias profundizar la atención integral en salud de forma universal que incluye la expansión y consolidación de los servicios de salud de forma oportuna y gratuita, así como otros aspectos que están implícitos en el proceso salud-enfermedad.

Otra estrategia que se relaciona con la consolidación del sistema de salud, es la universalización de la educación bolivariana. La educación guarda relación con la salud porque fortalecer el proceso educativo permitiría elevar los aspectos de la identidad cultural, la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades y la participación comunitaria. Por ello, el plan económico y social 2007-2013 propone la articulación del sistema educativo y el sistema de producción de bienes y servicios, de manera tal que la formación contribuya a elevar la pertinencia social de la educación. Nuestra última década de vida republicana ha sido convulsionada por profundos cambios que incluyen transformaciones radicales en la superestructura. De allí que se remarque la necesidad de renovar la vieja ética, moral, ideología y educación del antiguo sistema para ponerlo al servicio de la nueva realidad socio histórica que se pretende construir.

Es necesario resaltar que en Venezuela se viene construyendo a partir del proceso político bolivariano un estado sustentado en las bases del socialismo, proceso en transición que se ha forjado mediante las luchas sociales para alcanzar justicia social. Las políticas de estado en materia educativa están cumpliendo la fase para la preparación de los médicos con conciencia histórica y aumentar así la proporción de médicos por pacientes. En el país se han orientado diversas estrategias para formar a los trabajadores de la salud en atención primaria en las zonas rurales y urbanas con insuficiencias de atención médica.

En Venezuela, el ejemplo más reciente de esta naturaleza, se lleva a cabo un esfuerzo masivo de formación médica, con la creación de un nuevo perfil del profesional de la salud orientado a servir a las comunidades marginadas y de difícil acceso, al igual que una multiplicación de policlínicas con equipamiento completo de diagnóstico y tratamiento. (OPS, 2006:11).

3. CONTEXTO LEGAL DE LA SALUD EN VENEZUELA

A partir de los cambios de tipo político, social y económico promovidos por la Carta Magna de 1999, el estado promueve el cumplimiento del derecho a la salud y también la garantía de los mecanismos de participación de las organizaciones comunitarias. La normativa trastoca la antigua concepción de la gestión del modelo de atención que en la Constitución de 1961 resaltaba la intención de la privatización de la salud, hecho que sometía a la población venezolana a la restricción del acceso al servicio (CRV, 1961).

Hoy está en oposición la vetusta totalmente privatizada y excluyente contra la naciente posición de 1999 socializante, incluyente, humanística y por ende gratuita.

El artículo 76 de la constitución de 1961 señala el derecho a la protección de la salud. Su contenido no expresa mecanismos de corresponsabilidad de los individuos ante la situación de salud. Sólo manifiesta que el estado proporcionará los medios y recursos para su atención de acuerdo al cumplimiento de las disposiciones sanitarias establecidas. La constitución de 1961 contempla un signo de debilidad cuando no es explícita la participación de los sujetos en la ámbito de salud, quebrantando la eficiencia del servicio y limitando sus resultados (CRV, 1961).

Sin participación del cuerpo social colectivo es imposible la cristalización del derecho a la salud y por el contrario el artículo referido se convierte en una entelequia. En el texto constitucional de 1961 el estado se limita a la protección de la salud del ciudadano; en contraste con el artículo 83 de la constitución de 1999 que plantea la posición del estado para facilitar no sólo su obligación en el cumplimiento del derecho a la salud, sino también la garantía de los mecanismos de participación de las organizaciones comunitarias. La participación activa de los sujetos sociales en materia de salud, le da a éstos últimos, las riendas para el control, la supervisión y estabilidad del servicio de salud.

Así mismo, el referido artículo 83 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela de 1999 considera a la salud como derecho humano, afirmación que está alejada del artículo 76 de la constitución de 1961. El artículo 83

... consagra la salud como derecho garantizado por el estado y la reivindicación de la relación estado-individuo y sociedad, reflejando la propuesta de un esfuerzo por garantizar la calidad de vida. El concepto de calidad de vida lleva implícito una concepción pluridimensional de elementos y factores de los cuales depende la acción humana, por lo cual ésta se presenta como un derecho producto de garantías sociales, económicas y políticas en el sentido del logro de consensos plurales y de compromiso de

los ciudadanos para que el estado pueda cumplir con su cometido. (Rincón y Rodríguez: 2007,426).

El estado de salud no se reduce solamente al acceso a los servicios, sino a la concepción integral de éste derecho que reconoce la alimentación, la vivienda, la recreación, las condiciones ambientales como aspectos que están íntimamente relacionados. A ello se suma la importancia de la participación de los individuos en los asuntos públicos del estado para promover y prevenir la condición de salud.

En el artículo 84 de la Carta Magna del 99 queda planteada la idea de crear un Sistema Público Nacional de Salud que contenga como principio rector la gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, solidaridad e integración social para cumplir con la garantía de la salud por parte del estado. Sentar bases para la conformación de un Sistema Público Nacional de Salud equivale a darle prioridad a aspectos como la prevención, promoción, tratamiento y rehabilitación.

El artículo 85 le atribuye la responsabilidad de la salud al estado como fuente principal de financiamiento, ejerciendo el papel preponderante en éste ámbito y con miras al combate de la privatización del sector. Por otro lado, éste artículo expresa el trabajo de coordinación que debe emprender el estado para unificar fuerzas en la formación de profesionales productores de materiales que procuren la mejora de las condiciones de salud de la población (AN, 1999).

Otra ley a la cual se debe hacer mención es la Ley Orgánica de Salud (LOS). La misma se encuentra en espera para su publicación en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela. Un rasgo resaltante en la ley es su artículo primero, cuando sostiene que la salud es un derecho social, como se encuentra tipificado en la Carta Magna. El artículo 2 de ésta ley concibe la importancia de la vinculación estado y sociedad para la consecución de acciones que aseguren el logro de la salud como derecho.

El artículo 5 de la Ley Orgánica de Salud describe al Sistema Público Nacional de Salud de carácter descentralizado y organizado como un sistema intergubernamental, intersectorial y participativo que incluye todas las instituciones y entes gubernamentales de los estados, dedicados funcionalmente a la atención de la salud. El artículo 32 de la LOS fortalece la participación comunitaria, como mecanismo para ejercer de forma activa acciones a favor de impulsar planes, programas y presupuestos de salud en todos los niveles del Sistema Público Nacional, ingrediente que consolida aceleradamente nuestro sistema (AN, 2007).

El gobierno bolivariano propone un sistema de salud destinado a romper toda forma de privatización. Los primeros pasos para impulsar la estrategia de la Atención Primaria en Salud surgió en el Marco de Cooperación Cuba- Venezuela para atender las necesidades de los países en ésta materia (AN, 2003).

La Constitución de la República Bolivariana de Venezuela de 1999 se ha convertido en elemento esencial para delinear acciones que consoliden el derecho a la salud desde el nuevo sistema sociopolítico que pretende de manera integral y transformadora crear un frente para atender la problemática de salud.

4. PARTICIPACIÓN DE LA COMUNIDAD EN LA CONSTRUCCIÓN DEL SISTEMA DE SALUD VENEZOLANO

El estado juega un papel vital en la legitimación de las organizaciones comunitarias para que éstas avancen en la construcción de un sistema de salud incluyente y accesible que asegure la atención y la cobertura universal a la población. El gobierno trabaja en función de la legitimidad de estas formas de organización, pero las instituciones privadas de salud, siguen en manos de los grupos de dominación sociopolítica cuyas acciones que atentan contra la consolidación de la salud en la revolución bolivariana y tratan de oponerse a las políticas inclusivas. Se puede revertir esta situación no dejando el esfuerzo centrado en el gobierno.

El gobierno revolucionario se encuentra construyendo el sistema de salud con miras a la instauración socialismo, pero las empresas privadas articulan su poder para detener el avance del proceso de cambio. Consentir las prácticas del pasado para que un sector se siga enriqueciendo, generaría evidente retroceso en el proceso bolivariano y sus bondades. Las instituciones del estado que siguen en buena medida dirigidas por personas concientes de la reproducción de los valores del sistema capitalista consentirán la destrucción del proyecto país para continuar escalando cargos de poder que lleven a alimentar sus arcas.

Previo a la revolución bolivariana el sistema de gobierno basó su accionar en el estímulo del sistema capitalista. Ésta actitud gubernamental desembocó en un sistema de salud decadente que favoreció el sector privado al dejarle la salud bajo su poder exclusivo. Heredamos el sistema público de salud deshumanizado, con escasa cobertura, con fallas en la infraestructura y mantenimiento y, en consecuencia, la muerte de un segmento de la población por enfermedades curables.

Esa tragedia la percibió a partir de 1999, fecha en la cual emergen las concepciones revolucionarias bolivarianas que proponían atender la población de forma gratuita. En éste sentido el gobierno bolivariano se propuso tareas para revertir esa realidad y garantizar la salud de la población.

La Misión Barrio Adentro fue creada mediante el decreto presidencial No. 2.745 en el año 2003 alineada con el objetivo de alcanzar la justicia social y garantizar el disfrute de los derechos sociales de forma universal y equitativa. Hechos puntuales que deben reconocerse a partir de las políticas implementadas por el gobierno nacional se encuentran los logros sociales en materia de salud desde el modelo de atención impulsado en el nacimiento de la misión. Para 1998 la tasa de mortalidad infantil por cada mil nacidos vivos era de 21,4 % ((MINCI, 2008). La tasa alcanzada hasta 1999 era de un 19,0 %. La tasa en el país para el quinquenio 1995-2000 según la Comisión Económica para América Latina (CEPAL) perteneciente a la Organización de Estados Americanos se encontraba en 20,7 % (ONU, 2009). De allí que se nota fácilmente un avance en el 2006 donde la mortalidad infantil por cada mil nacidos vivos se situó en 14,2 %. Todos éstos índices demuestran el progreso en salud tras el esfuerzo del estado venezolano.

Las consultas de Barrio Adentro aumentaron de 9.116.112 a 285.693.438 millones de consultas-pacientes, siendo el 52% consultas en el hogar o actividades de terreno del total de consultas. Eso demuestra un paso mas hacia el cumplimiento de los logros del milenio para el 2015, meta

que estamos construyendo a partir de la concepción del nuevo proyecto país (MPPPD, 2008). La reducción de la mortalidad viene dada por la atención gratuita que pone énfasis en que la salud quede en manos de la población, sin exclusión de nadie. Esta afirmación se ve reflejada en la marcada disminución de la mortalidad infantil por cada mil nacidos vivos que según la proyección de la Comisión Económica para América Latina (CEPAL) la mortalidad infantil será de 15,3 de 2010 al 2015 (ONU, 2009).

Para fortalecer el esfuerzo en la atención de la población venezolana, surge de la misma manera la conformación de los comités de salud para que las comunidades recuperen su papel en la formación, ejecución y control de la gestión pública desde la nueva relación estado-sociedad. El estado venezolano actualmente procura fortalecer los consejos comunales con la finalidad de que éstos progresivamente tomen el control a partir del ejercicio de formas de autogobierno.

Debemos partir del trabajo de las organizaciones comunitarias (comités de salud) y, no sólo del recurso que provee el estado para solucionar los problemas. Los integrantes de los comités de salud deben crear conciencia de que la problemática de salud no puede ser sólo responsabilidad del estado, sino de la masa que se encuentra, debate y enfrenta los problemas que viven y padecen. De esta manera sentamos las bases de la nueva institucionalidad estatal. Esta es la forma organizativa contenida en la figura bolivariana de la corresponsabilidad.

La salud ha sido vista como la asistencia médica y no como tejido de aspectos que se entrecruzan. Los comités de salud deben legitimar sus formas de organización para demostrar la madurez en el uso de los recursos que el estado les provee y enfrentar desde sus contextos los problemas de la salud.

Las políticas de estado dan paso a la lucha contra la escasa participación de los ciudadanos en el ámbito de salud. Pero, evidentemente se deben emprender acciones para que la población tenga el control real y pleno de la situación de salud, a partir de la profundización del proceso educativo que permita al ciudadano ser corresponsable en la búsqueda de las soluciones.

Uno de los antecedentes que dieron inicio a la misión barrio adentro fue la tragedia de Vargas en el mes de diciembre de 1999, donde el personal médico cubano participó activamente en solidaridad con el pueblo venezolano.

La alcaldía del municipio Libertador⁷ suscribió un convenio con la república de Cuba en el año 2003 para ofrecer atención médica en los barrios de Caracas.

Luego el Ministerio de Salud y Asistencia Social asumió en conjunto con la comisión médica cubana la expansión de Barrio Adentro en el resto de los estados venezolanos con la alianza de las coordinaciones regionales de Barrio Adentro. El Convenio Integral de Cooperación entre las repúblicas de Cuba y Venezuela ratificó en el artículo IV de la disposición especial

La República de Cuba ofrece gratuitamente a la República Bolivariana de Venezuela los servicios de médicos, especialistas y técnicos de la salud para prestar servicios en lugares donde no se disponga de ese personal. Los médicos especialistas y técnicos cubanos en la

⁷ El municipio Libertador es uno de los cinco municipios del distrito Capital.

prestación de sus servicios en la República Bolivariana de Venezuela, ofrecerán gratuitamente entrenamiento al personal venezolano de diversos niveles que las autoridades soliciten. La parte venezolana cubrirá los gastos de alojamiento, alimentación y transportación interna. El gobierno de Cuba garantizará a todos los galenos y demás técnicos sus salarios y la atención adecuada a los respectivos familiares de la isla. (AN, 2003:3).

Luego del convenio se fortalece la misión con la creación de la comisión presidencial de Barrio Adentro previsto en el artículo 226 de la constitución de la República Bolivariana de Venezuela y en ejercicio de la atribución que le confiere el Artículo 71 de la Ley Orgánica de la Administración Pública, publicada en Gaceta Oficial No. 37.865, de fecha 26 de Enero de 2004, Decreto Presidencial No. 2.745, que establece:

La Comisión Presidencial “Misión Barrio Adentro” tendría como objetivo la implementación y coordinación institucional del Programa Integral de prestación de Atención Primaria de Salud, estimulación e implementación de expresiones de la economía social y transformación de las condiciones sociales, económicas y ambientales de las comunidades bajo un nuevo modelo de gestión basado en principios de interdependencia, coordinación, corresponsabilidad, cooperación y de participación activa y protagónica de las comunidades organizadas. Estará conformada por los Ministros de Salud y Desarrollo Social, Trabajo, Energía y Minas, Presidente de Petróleos de Venezuela (PDVSA), Jefe del Estado Mayor Conjunto, Presidente de la Asociación Civil Barrio Adentro, Presidente del Fondo Único Social /FUS), Alcaldes de los Municipios Libertador y Sucre, y Representantes del Frente Francisco de Miranda y Luchadores Sociales. (Marcano, 2008:19)

La misión Barrio Adentro surge inicialmente ofreciendo servicios en salud en el primer nivel de atención. En la actualidad la política de estado se ha expandido a otros niveles por el efecto que ha generado en la población y por la rápida acción del estado ante la problemática en salud. La participación social es vital para el impulso de ésta política, ya que se define como la intervención de las comunidades en los asuntos públicos, convirtiéndose éstas últimas se convierten en protagonistas bajo un nuevo modelo de gestión, basados en principios de cooperación, corresponsabilidad e interdependencia.

La participación social en salud no sólo se apoya en la intervención de la administración y control de las instituciones de salud, sino en la movilización popular para mejorar la situación de salud en cada comunidad y su contexto. De ésta manera se impulsa la nueva institucionalidad del estado venezolano estimulado por la concepción de democracia protagónica y participativa. El artículo 84 de la Constitución Bolivariana de Venezuela refiere

Para garantizar el derecho a la salud, el estado creará, ejercerá la rectoría y gestionará un Sistema Público Nacional de Salud, de carácter intersectorial, descentralizado y participativo. La comunidad organizada tiene el derecho y el deber de participar en la toma de decisiones sobre planificación, ejecución y control de la política específica en las instituciones públicas de salud. (AN, 1999:25).

Este artículo se consolida partiendo de un hecho importante ocurrido en el 2004 que da cuenta de la participación social en salud. Se crea la comisión nacional de la Misión Barrio Adentro según gaceta oficial Nro. 37.865, Decreto Presidencial Nro. 2.745, oficializándose los comités de salud que funcionarán para contribuir a la profundización de las políticas de estado en materia de salud e integrar acciones colectivas en las comunidades para impulsar la promoción y calidad de vida. (MPPS, 2008). La misión de los comités de salud es *“integrar a los miembros de las comunidades en torno al desarrollo de estrategias de promoción de calidad de vida y salud, prevención de enfermedades, toma de decisiones sobre planificación, ejecución, control social y evaluación de los programas y políticas públicas en salud”* (MPPS, 2008:9).

En consonancia con éste decreto, la legalización de los comités de salud y su carácter constitucional se legitima en la Ley de Consejos Comunales que avala no sólo a organizaciones comunitarias en salud, sino que también incita a la creación de diversas organizaciones comunitarias que trabajarán en consonancia al área de interés para generar el desarrollo integral de los espacio comunitario. La ley de consejos comunales expresa en su artículo 2

Los consejos comunales en el marco constitucional de la democracia participativa y protagónica, son instancias de participación, articulación e integración entre las diversas organizaciones comunitarias, grupos sociales y los 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 (AN, 2006:4).

Es decir, las distintas formas de organización permitirán que los ciudadanos se acerquen a los asuntos públicos para garantizar la concreción de políticas de estado en sus distintas competencias. La participación social en salud se define en el contexto de la revolución como el espacio donde el gobierno y el pueblo se unen para consolidar la democracia participativa que está dando caminos agigantados desde 1999. La idea es la intervención de diversas fuerzas sociales para consolidar el Sistema Público Nacional de salud.

La misión Barrio Adentro se suma entonces a las políticas de estado, que en la actualidad se encuentra bajo la rectoría del Ministerio del Poder Popular para la Salud, bajo los principios de equidad, universalidad, accesibilidad, gratuidad, transectorialidad, pertenencia cultural, participación, justicia y corresponsabilidad social, que transforme el modelo de gestión pública y que responda a las necesidades sociales de la población. Uno de los objetivos más importantes que se deben discutir es la institucionalidad de un modelo de gestión que responda a la demanda de la población a partir del ejercicio de contraloría social de las comunidades organizadas.

Dentro de las metas programadas por la misión Barrio Adentro se encuentra la integración al Sistema Público Nacional de Salud, además de alcanzar la fórmula óptima de relación números de médicos por paciente. La meta es lograr un médico por cada 1200 habitantes. Este esfuerzo debe estar aunado a las políticas educativas para la formación de las profesionales en salud, médicos y médicas que se encuentran en formación en el país y en el extranjero.

Esta medida va en consonancia con las políticas económicas. En el ámbito del gasto social en salud en Venezuela la inversión en 1998 fue de 1,36% del producto interno bruto. Para el año 2007 alcanzó un porcentaje de 2,25 % de inversión social que se ve reflejada en los índices de

mortalidad infantil y aumento de atención en salud (MINCI, 2008). Habla muy mal de una sociedad que no atiende a sus enfermos. El hecho de que un estado no se esfuerce en establecer de un presupuesto “razonable” que permita atender a sus pacientes, constituye la negación de su vigencia y civilitud como estado moderno. Y no solamente atender la salud curativa, sino también brindar una atención preventiva.

No se trata de ofrecer atención médica gratuita (cantidad), sino también que dicha atención sea oportuna e idónea. La iniciativa en la construcción de consultorios populares, salas de rehabilitación y centros integrales de diagnósticos ha ido aumentando progresivamente cada año. Para el año 2006 existían 2.441 Consultorios Populares, 254 Centros de Diagnóstico Integral, 342 Salas de Rehabilitación y 10 Centros de Alta Tecnología distribuidos éstos últimos en los Estados Táchira, Trujillo, Vargas, Yaracuy, Zulia, Cojedes, Monagas, Miranda y Distrito Capital. (MINCI, 2007). Estos números cambiaron para el 2009, 6.531 consultorios populares, 479 Centros de Diagnóstico Integral concluidos, 543 Salas de Rehabilitación Integral y 26 Centros de Alta tecnología (MINCI, 2009). Como se puede apreciar en las cifras anteriores, en escasos tres años el incremento porcentual referente a la construcción de instalaciones dedicadas a la atención de salud, es verdaderamente sorprendente. Nunca en la historia venezolana había ocurrido una acción en salud de tan mayúscula envergadura. El número de consultorios populares creció en un 267 % desde el año 2006 hasta 2009. En ese mismo periodo los centros de Diagnósticos Integral aumentaron su número en un 188%. Las Salas de Rehabilitación por su parte, en 158% y en 260% los Centros de Alta Tecnología. Si este enorme esfuerzo no representa una acción revolucionaria, digan de qué estamos hablando. Porque no se trata de la construcción de infraestructura, sino del acompañamiento de la nueva concepción de atención en salud parida al calor de la revolución bolivariana.

5. EL SISTEMA DE SALUD Y SUS RELACIONES

Desde la aprobación de la Constitución Bolivariana el estado venezolano está generando acciones hacia la consolidación del modelo de atención de salud emergente por medio de la ejecución de políticas económicas y sociales. Las acciones que emprende el estado debemos explicarlas desde dos ángulos que se interrelacionan: enfoque preventivo y curativo de salud y niveles de atención en salud.

5.1. Enfoque preventivo y curativo de salud

En primer lugar debemos resaltar la lucha contra el predominio del enfoque curativo sobre el preventivo en el modelo de atención de las instituciones de salud del país. Continuar concentrando la práctica de los profesionales de la salud al enfoque curativo sostendría un sistema de salud que evidentemente va camino al fracaso y al mantenimiento de alarmantes cifras de morbi-mortalidad, aunado al elevado gasto del estado para la subsistencia del sistema. El enfoque preventivo significa sujetar con anticipación cualquier forma de aparición de patologías que sencillamente pueden impedirse. El activar este enfoque es compromiso de las comunidades, de los medios de comunicación y las instituciones sociales del estado. En este sentido se delinearían estrategias desde éstos espacios para vigorizar un área vital del país, como lo es la salud.

La acción del gobierno nacional en la formación del nuevo profesional de salud guarda estrecha relación con el fortalecimiento de la concepción de lo preventivo como elemento para revertir la situación en salud de la población. El nuevo profesional en salud debe concebir lo comunitario como cimiento para analizar la situación de salud. Eso implica romper con el patrón de formación educativa que intentan reproducir las universidades tradicionales, aspecto que sigue generando lucha abierta en el campo educativo. En este sentido, no solo la misión Sucre creó los Programas de Formación de Grado en enfermería y medicina general integral para crear las filas de los nuevos profesionales del país. También la Universidad Bolivariana de Venezuela creó una figura inédita en el campo de la salud en el año 2004: la licenciatura Gestión en Salud Pública para fortalecer con su accionar el enfoque preventivo.

La política pública bajo la figura de la misión Barrio Adentro teóricamente está apegada a la idea del trabajo articulado con los comités de salud. Se va avanzado con el trabajo de las defensoras de salud en los consultorios populares. Las defensoras son parte de la comunidad y su actividad se centra en detectar el problema focal de salud en la misma y gestionar labores para mejorar. Esta figura representa el vínculo necesario para el fortalecimiento de las redes sociales y la profundización del proceso educativo que consolide la cultura preventiva en las comunidades.

5.2. Niveles de atención en salud

La atención primaria en salud sigue siendo la estrategia primordial para fomentar la atención en salud desde el primer nivel, tomando en cuenta la diversa complejidad o característica de sus instituciones. *“El primer nivel es en el que labora personal de salud que busca remediar o resolver los problemas médicos más frecuentes y sencillos, sin requerir para su prevención, diagnóstico o tratamiento, instalaciones especiales o tecnología compleja”*. (Álvarez, 2002:64). En este sentido nace la misión Barrio Adentro como bandera para fortalecer el nivel de atención primaria en primer momento.

Desde que se inicia en el año 2003 el despliegue de los consultorios populares en los rincones más apartados del país y se hacen visibles otros problemas de salud, el estado venezolano ha generado esfuerzos para crear otros centros de mayor complejidad como por ejemplo: Centros de Diagnósticos Integrales, Salas de Rehabilitación integral y Centros de Alta Tecnología que cumplen el nivel de atención secundaria que comprende el diagnóstico precoz, el tratamiento oportuno a partir de la prevención de las secuelas.

El tercer nivel de atención se encuentra apoyado desde la misión Barrio Adentro por los hospitales públicos de referencia, para atender las demandas de salud en áreas especializadas. La misión se encuentra en fase de consolidación para cubrir esas deficiencias, pero del mismo modo cuenta con la red de hospitales especializados a su servicio.

A partir de la nueva gestión pública, el estado pretende obtener resultados positivos en materia de salud a corto plazo creando nuevas instituciones en diversas esferas del país para generar procesos de cambio contundente. Dichas instituciones están representadas bajo la forma de políticas públicas inclusivas que pretenden disminuir las brechas sociales e inequidades en la población, como es el caso de la Misión Barrio Adentro. Su creación intenta formar parte de la

nueva institucionalidad del estado para alejar las viejas prácticas burocráticas y ejercer el carácter social por encima de las instituciones tradicionales.

6. REFLEXIONES FINALES

El pueblo venezolano está llamado a respaldar el cambio sociopolítico que se plantea en Venezuela, de lo contrario se extinguiría el camino trazado para combatir nuestros problemas a partir de las nuevas formas de organización. Las instituciones de salud no pueden cargar a costas la responsabilidad del análisis de la situación de salud, la prevención de enfermedades, la promoción en salud y la conformación de las redes en salud dentro de las comunidades sin la visión compartida con las mismas. Si existiera el desinterés de la población, serían un fracaso las políticas de salud, porque sin la participación activa de la comunidad estos procesos atrasarían el esfuerzo que emprende en la actualidad el estado.

Desde la aprobación de la carta magna bolivariana se han trazados caminos para procurar la participación de las organizaciones comunitarias en los problemas reales que le atañen y mejorar la situación de salud de la población. La implementación de la misión Barrio Adentro ha permitido iniciar acciones colectivas vitales para abrir espacios de discusión sobre la situación de salud de determinados contextos, sólo que estas acciones continúan padeciendo los males del pasado, dejando de lado la visión e interés de los habitantes por apoderarse de la problemática en salud.

La tendencia está en invertir la situación a partir de la corresponsabilidad de las organizaciones comunitarias. El gobierno motoriza las funciones del estado y está combatiendo todo intento de destrucción del sistema que visualiza la salud como derecho fundamental para el desarrollo del ser humano. Debemos transformar el sistema de salud a partir de potenciar los mecanismos que el gobierno proporciona y fortalecer el espacio de lo público. La consigna para el cambio se basa en luchar contra la privatización, contra el sistema excluyente, y en definitiva, contra los mecanismos que cercenan la participación. La lucha no sólo nace de apartar conscientemente la idea de que el estado como garante de la salud puede resolver todos los problemas. También la lucha contra nosotros mismos parte de despojarnos de la pasividad ante la problemática estudiada.

El Estado Venezolano se encuentra activando los mecanismos para fortalecer la participación de los comités de salud en procura de la determinación de soluciones a los problemas reales de las comunidades. El estado venezolano se encuentra legitimando éstas formas de organización desde la dinámica y el entramado social fortalecido desde los consejos comunales. La conformación de los comités de salud es la oportunidad vital para la participación conjunta entre las organizaciones de base y las instituciones, creando así la articulación real de las redes de atención en salud y las redes comunitarias.

El Sistema Público Nacional de Salud será espacio propicio para la articulación del entramado social que abre camino para la construcción de su historia. Dejamos abierta la interrogante ¿Cómo la Universidad Bolivariana de Venezuela desde el Programa de Formación de Grado

Gestión en Salud Pública contribuye con dicha articulación en función de consolidar el Sistema Público Nacional de Salud?

La Universidad Bolivariana de Venezuela desde el nacimiento del Programa de Formación de Grado (PFG) Gestión en Salud Pública en el 2004, se encuentra formando los primeros técnicos y licenciados que acompañarán al resto de los profesionales de la salud en la ofensiva del modelo de gestión de los servicios de salud y el modelo de atención tradicional. Las disciplinas en el campo de la salud deben darle paso a una figura inédita en el país que permitirá la vinculación de las comunidades con las instituciones del estado. Los estudiantes serán el brazo que acerque a la comunidad y a las instituciones de salud, acción que se considera la más inmediata para consolidar una red amplia de inclusión de todos los sectores a fin de concretar políticas de acción preventiva. En este sentido, se debe reconocer la presencia de la Universidad Bolivariana en las comunidades teniendo como norte la profundización del proceso educativo en función de la salud colectiva.

Desde el eje integrador de proyecto deben conjugarse constructos teórico – prácticos que alimenten o enriquezcan la conciencia de los ciudadanos a través de una perspectiva más humana de la salud que consoliden la articulación entre las organizaciones comunitarias y las instituciones para impulsar las redes en salud.

Uno de los principios a considerar en la unidad básica integradora de proyecto es la vinculación de la teoría y la práctica, corresponsabilidad y pertinencia social. En el Programa de Formación de Grado Gestión en Salud Pública (Proyecto) está relacionado a un proceso continuo de integración de competencias teórica-prácticas, que van desde el diagnóstico hasta la generación de respuestas asertivas a problemáticas de salud, basado en el desarrollo social, histórico y político de un contexto determinado.

La articulación es compleja. Pero se debe iniciar un proceso de acompañamiento y de reconocimiento de las organizaciones comunitarias (Consejos comunales-comité de salud) para que se fortalezcan. Esto va de la mano de la fase de diagnóstico-participativo, elaboración de un plan de capacitación, evaluación e intercambio de saberes y experiencias con los comités de salud. La estrategia debe estar encaminada al acompañamiento de los estudiantes de la Universidad Bolivariana de Venezuela para el fortalecimiento de los comités de salud, fuente vital en la conformación de las redes. La experiencia venezolana desarrollada parcialmente en éste breve artículo resume el compromiso del estado para conformar un sistema de salud incluyente, mediante la consolidación de Barrio Adentro, la articulación de los comités de salud y los nuevos profesionales de las universidades e instituciones sociales que se configuran en el enlace de la nueva institucionalidad del país. Quedan en el tintero otros aspectos que recibirán nuestra atención futura.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Álvarez, Rafael. (2002). Salud Pública y Medicina preventiva. Tercera edición. México. Manual Moderno.
- AN. Asamblea Nacional. (1999). Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. Gaceta oficial extraordinaria N° 5.453. Caracas, Venezuela.
- _____ (2006). Ley de Consejos Comunales. Caracas, Venezuela.
- _____ (2007). Proyectos de ley. Ley Orgánica de la Salud. Disponible en: http://www.asambleanacional.gob.ve/index.php?option=com_dbquery&Itemid=182&task=ExecuteQuery&qid=7&leyes_id=20306. Consulta 25/10/08.
- Bartra, Roger (1973). Breve diccionario de sociología marxista. Colección 70. Primera edición. México. Editorial Grijalbo.
- _____ Ley Aprobatoria del Convenio Integral de Cooperación entre la República de Cuba y la República Bolivariana de Venezuela. (2003). Disponible en: http://www.asambleanacional.gob.ve/index.php?option=com_dbquery&Itemid=182&task=ExecuteQuery&qid=7&leyes_id=20175#. Consulta 5/03/09.
- Blanco Restrepo, Jorge Humberto. (1997). Fundamentos de la salud pública. Tomo I. 1ra edición. Colombia. Corporación para investigaciones biológicas.
- Bonefeld, Werner. (2006). El estado y el capital: sobre la crítica de lo político. Marxismo Abierto. Una visión europea y latinoamericana. Volumen I. 1ra edición. México. Monte Ávila Editores Latinoamericana C.A.
- Congreso de la República Bolivariana de Venezuela (CRV) (1961). Constitución de la República de Venezuela. Caracas, Venezuela.
- Galeano, Eduardo. (1973). Las venas abiertas de América Latina. 2da edición. México. Siglo veintiuno editores.
- INSALUD. (2009). Instituto Carabobeño para la Salud. Misión Barrio Adentro II. Disponible en: <http://www.insalud.gob.ve/pages/sri>. Consulta 05/03/09.
- Lange, Oscar. (1961). Economía y política. Editorial Publicaciones económicas. Varsovia.
- Lenin, V.I. (1968). El estado y la revolución. 2da impresión. Ediciones en lenguas extranjeras. Editorial del pueblo. Pekín.

- Marcano, Juan Carlos. (2008). ¿Es necesario Barrio Adentro? Dirección de la Red Ambulatoria Especializada. Viceministerio de Redes de Servicios de Salud. Caracas, Venezuela. Disponible en: http://www.aporrea.org/media/2008/08/trabajo_misin_barrio_adentro.pdf. Consulta 5/03/09.
- Marx, Karl. (1973) El Capital. Tomo I. Fondo de Cultura Económica. México.
- MPPDP. Ministerio del Poder Popular del despacho de la Presidencia. (2007). Plan de la Nación 2007-2013 Proyecto Nacional “Simón Bolívar”. Ediciones de la presidencia de la República. Caracas, Venezuela.
- MDP. Ministerio del despacho de la Presidencia. (2001). Líneas generales del Plan económico y Social de la Nación 2001-2007. Disponible en: <http://www.mpd.gob.ve/pdeysn/pdesn.pdf>. Consulta 19/11/08.
- MPPPD. Ministerio del Poder Popular para la Planificación y el Desarrollo. (2008). Logros sociales. Disponible en: http://www.vive.gob.ve/archivos/textos/logros_sociales_2008minci07_.pdf. Consulta 23/10/08.
- MSDS. Ministerio de Salud y Desarrollo Social. (2002). La Construcción de mapas de necesidades a nivel local. Apuntes metodológicos. Caracas, Venezuela.
- MPPS. Ministerio del Poder Popular para la Salud. (2008). Lineamientos para los comités de salud. Caracas, Venezuela.
- MINCI. Ministerio del Poder Popular para la Comunicación en Información. (2008). Revolución Bolivariana. 9 años de logros. MINCI Publicaciones. Caracas, Venezuela.
- MINCI. Ministerio del poder popular para la comunicación en información. (2007). Colección de temas de hoy. Misiones Bolivarianas. MINCI publicaciones. Caracas, Venezuela.
- MINCI. Ministerio del poder popular para la comunicación en información. (2009). Venezuela una potencia. Mensaje Anual 2009. MINCI publicaciones. Caracas, Venezuela.
- ONU. Organización de las Naciones Unidas. (2008). Objetivos del desarrollo del milenio. Informe 2008. Disponible en: http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/pdf/MDG_Report_2008_SPANISH.pdf. Consulta 22/11/08.
- ONU. Organización de las Naciones Unidas. Comisión Económica para América Latina. (2009). Anuario estadístico de América Latina y el Caribe. Publicaciones de la Organización de Naciones Unidas. Chile.

- OPS. Organización Panamericana de la Salud. (2006). Cerrar las brechas de salud en la población menos protegida, informe anual de la directora, Disponible en: http://www.paho.org/Director/AR_2006/spanish/downloads/InformeAnual06.pdf. Consulta 1/03/2009.
- OPS. Organización Panamericana de la Salud.(1990) Participación Social en salud. Washington DC, Serie HDS/SILOS3.
- OMS.Organización Mundial de la Salud (2007). Informe sobre salud en el mundo. Un porvenir más seguro. Protección de la salud pública mundial en el siglo XXI. Disponible en : http://books.google.es/books?ei=iBO3SY64J4rAM-2FodoK&ct=result&id=pa_9TqWbYdwC&dq=colera+en+el+siglo+XXI&pg=PA4&lpg=PA4&sig=ACfU3U0b1i8UkY6xk54UbRV9e-7oFORLdg&q=colera#PPR2,M1. Consulta 15/03/2009.
- Rincón Becerra, María T. y Rodríguez Colmenares, Isabel. (2007). Gestión del programa Barrio Adentro: su expresión en el Zulia. *Revista de Ciencias Sociales de la Universidad del Zulia*. Vol.XIII. N°3. 423-433 pp. Maracaibo, Estado Zulia.
- UBV. Universidad Bolivariana de Venezuela. (2003). Documento Rector. Caracas, Venezuela.
- UBV. Universidad Bolivariana de Venezuela. (2007). Programa de Formación de Grado Gestión en Salud Pública. Aprobado por Consejo Nacional de Universidades. Caracas, Venezuela.
- Waiitzkin H. B. y B. Waterman. (1981). La explotación de la enfermedad en la sociedad capitalista. Primera edición. Editorial nueva imagen. México.