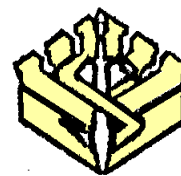




REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DOCTORADO EN CIENCIAS SOCIALES
ESTUDIOS DE SALUD Y SOCIEDAD



**MISIÓN BARRIO ADENTRO GESTIÓN
PARTICIPATIVA EN SALUD**

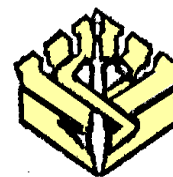
AUTOR: OJEDA LIENDO, JESÙS A.
C.I.: 3.252.736

TUTOR: BELLO, FREDDY
C.I.: 2.250.635

VALENCIA, FEBRERO, 2011



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DOCTORADO EN CIENCIAS SOCIALES
ESTUDIOS DE SALUD Y SOCIEDAD



**MISIÓN BARRIO ADENTRO GESTIÓN
PARTICIPATIVA EN SALUD**

**Tesis Doctoral presentada como requisito para optar al título de
Doctor en Ciencias Sociales**

AUTOR: OJEDA LIENDO, JESÚS A.
C.I.: 3.252.736

TUTOR: BELLO, FREDDY
C.I.: 2.250.635

VALENCIA, FEBRERO, 2011

DEDICATORIA

- Al Señor, dador de fortaleza y esperanza que me acompañó en todo este esfuerzo académico.
- A Trina, a Sandalio, ejemplos, enseñanza permanente, a Domingo mi hermano eterno, compañero de luz y de vida...
- A Bertha, Jesús Gabriel, Jesús Alejandro, Francisco, Oscar testigos de mis ideales sociales y garantes de este modesto aporte.
- A los compañeros de Barrio Adentro, médicos, estudiantes, profesores, coordinadores, facilitadores y la comunidad activa, quienes con fe, dedicación y esperanza construyen la nueva institucionalidad de salud, desde las esencias de su saber y su poder.
- A todos los que participan en la construcción de una nueva Venezuela, en armonía, solidaridad, igualdad y deseos de hacer los cambios para una nueva ciudadanía participativa y protagónica.

AGRADECIMIENTO

- A todos los que me acompañaron en el camino de la construcción teórica y práctica de la tesis doctoral, los compañeros del postgrado y a los facilitadores de la mención de salud y sociedad que aportaron el conocimiento y la teoría necesaria para continuar transformando la realidad en busca de un futuro promisor.
- A mí distinguido y apreciado tutor metodológico y teórico, Freddy Bello, insigne profesor de recta postura ideológica quien tan generosamente me dedicó invaluable tiempo, sugerencias y valioso apoyo... guía para desarrollar este trabajo.
- A todos, los ciudadanos que permanecen en los espacios de construcción y protagonismo colectivo de la nueva realidad del estado venezolano, de quienes recibí opiniones, afecto y acompañamiento, durante estos años de estudio.
- A Yeiré, por el valioso apoyo en la versión de la tesis, quien ha sido más que una amiga, un soporte valioso en la culminación de este trabajo.
- A Alezca y Flor, que han sido orientadoras en la gestión administrativa del postgrado. Gracias por su apoyo.

INDICE

	p.p
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
INDICE DE CONTENIDO	v
RESUMEN	ix
INTRODUCCIÓN	10
 CAPITULO I	
METODOLOGÍA.....	23
I.1 Desarrollo de la investigación, Recorrido de observación y captación.....	24
I.2 Conformación de la visión teórica.....	26
I.3 El desarrollo de la Investigación y el Trabajo de campo. Observación participante y entrevista a informantes claves	34
 CAPÍTULO II	
RESULTADOS DEL ANALISIS TEORICO DE LA INVESTIGACION	38
II.1. Referentes teóricos epistemológicos del asunto objeto de estudio	38
II.2. Lectura analítica documental	38
II.3. Bases contextuales. Precisando conceptos-ubicando contextos	45
II.3.1. Contextualización del orden político social. Nuevo estado social y de justicia	45
II.3.2. Neoliberalismo, Reforma y Salud. El contexto de lo político- económico.....	49
II.4. La Misión Barrio Adentro	53
II.4.1. Antecedentes de Barrio Adentro	53
II.4.2. Historia de Barrio Adentro	60
II.5. La participación protagónica mecanismos de participación que se han generado en la Misión Barrio Adentro	63

II.5.1. Caracterización y niveles de participación ...	63
II.5.2. Antecedentes históricos.....	70
II.5.3. Percepción teórico epistemológica de la participación desde la Misión Barrio Adentro..	72
II.5.4. La presencia ideológica en el discurso y la programación de la Misión Barrio Adentro	80
CAPITULO III	
LA MISION BARRIO ADENTRO Y LA SALUD EN LA FORMACION DE UN NUEVO ESTADO	83
III.1. La salud como base para el estado promotor de bienestar	83
III.2. Objetivos de la Misión Barrio Adentro	89
III.3. Metas de la Misión Barrio Adentro	90
III.4. La propuesta de la Salud de la Misión Barrio Adentro	93
III.4.1. La salud como derecho social	93
III.4.2. La Salud y Medicina General Integral	93
III.4.3. La salud como calidad de vida	95
III.4.4. La salud como promoción	95
III.4.5. Participación Ciudadana en la redimension del derecho de la salud	96
III.4.6. Contraloría Social	97
III.4.7. Desarrollo Local	97
III.5. Análisis de la Misión Barrio Adentro en la redimensión del derecho a la salud	104
III.5.1. Bases Conceptuales	105
III.5.2. Estructura operativa de la Misión Barrio Adentro: consultorio-comunidad	108
III.5.2.1. Objetivo General	109
III.5.2.2. Objetivo Específicos	109
III.5.2.3. Consultorios Populares	110
III.5.2.4. Odontología	120
III.5.2.5. Ópticas populares	120

III.5.2.6. Centro de Diagnostico integral (CDI)	120
III.5.2.7. Salas de Rehabilitación Integral (SRI)	122I
III.5.2.8.- Más allá de la atención primaria ...	126
III.5.2.8.1.Centro Médico de Diagnóstico de Alta Tecnología (CMDAT)	126
III.5.2.8.2. Hospitales del Pueblo	128
III.6.- Experiencia con los médicos cubanos	128
III.7.- Formación académica en la Misión Barrio Adentro ..	130
III.7.1.- Especialidad en Medicina General Integral	130
III.7.2.- Formación del Médico Integral Comunitario..	135
III.8.-Reflexiones.....	141
CAPITULO IV	
ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	144
V.1.- Entrevista a Fermina Muñoz	145
V1.1. Análisis de la entrevista.....	148
V.1.2. En la búsqueda de la participación.....	149
V.1.3. Alguien hablo de liderazgo.....	154
V.1.4. Construyendo espacios de gestión participativa	158
V.1.5. Al encuentro de la solidaridad y la equidad ...	161
V.2. Entrevista a médicos	165
V.2.1. La Medicina Comunitaria	165
V.2.2. Análisis de los resultados	167
V.2.3. El ser y el deber ser desde la Misión Barrio Adentro	168
V.2.4. Lo conceptual de la praxis médica en la Misión Barrio Adentro	172
V.2.4.1. Salud como Derecho Social.....	173

V.2.4.2. Calidad de vida	174
V.2.4.3. Enfoque de promoción	176
V.2.4.4. Enfoque de Prevención	179
V.2.4.5. Participación y organización comunitaria	182
V.2.5.- El paradigma del modelo formativo.....	185
V.2.6.- Comunicación Transformadora	190
Conclusiones.....	193
Recomendaciones.....	197
Referencias Bibliográficas.....	200
Anexos.....	215

UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DOCTORADO EN CIENCIAS SOCIALES
ESTUDIOS DE SALUD Y SOCIEDAD

**MISIÓN BARRIO ADENTRO GESTIÓN
PARTICIPATIVA EN SALUD**

Autor: Jesús A. Ojeda Liendo
Tutor: Freddy Bello
Año: Febrero 2011

RESUMEN

Se estudia la propuesta de la Misión Barrio Adentro y la gestión participativa de la población en el área de la Salud en Venezuela y su relación con la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, de 1999, analizando su contexto político, mecanismos de participación, objetivos y metas, estructura organizativa, para determinar el impacto que produjo, considerando el protagonismo y la participación de la gente como marco general de este proceso promovido por el estado, conforme a la crisis de la Democracia Representativa y el fracaso del modelo neo-liberal y la redefinición de una nueva relación Estado-sociedad en el país. Como metodología, se efectuó una revisión teórico-conceptual, se entrevistaron actores protagónicos en el área comunitaria y prestadores del servicio médico, incorporando la experiencia del autor de la investigación, cómo coordinador en el área de formación de recurso en dicha misión en el lapso 2004-2009. Las conclusiones plantean que si bien la participación de la población en el área de la salud se venía produciendo en Venezuela desde mediados del siglo pasado, con el carácter de participación comunitaria, no será sino hasta la década de los noventa que comenzará a expresarse como participación ciudadana en salud. La propuesta de la Misión Barrio Adentro logra democratizar la participación, hay una apropiación del saber en salud que se traduce en comunicación y en relaciones sociales que marcan la inclusión del otro/a. La construcción de un nuevo orden social, plantea hoy un Estado que considere como centro de acción al individuo, se oriente hacia un desarrollo social y humano sustentable como ejercicio democrático, amplio y participativo. Requiere que los ciudadanos/as asuman un rol protagónico en la gestión pública, en función de ejercer el poder compartido con el Estado donde cada quien resguarde su espacio y naturaleza para cumplir con los intereses de la comunidad.

Palabras clave: gestión, participación, ciudadanía, misión barrio adentro, salud.

INTRODUCCIÓN

El Problema de Investigación

Una investigación en el campo de las ciencias y más particularmente en el campo de las ciencias sociales, es un espacio para vincular los intereses, inquietudes, aspiraciones y experiencias del autor (es), investigador (es) o la cuestión o asunto a ser tratado en la investigación, en este caso, el autor ha estado vinculado por más de treinta años, tanto por su actividad académica como desde su actividad profesional y política, con el tema de la participación de la comunidad en el área de la salud y la gestión pública en instituciones medico asistenciales por lo cual en buena medida este estudio es una oportunidad para reflexionar y sistematizar su experiencia en esta materia.

El proceso de la participación social de la comunidad en Venezuela, como un elemento importante en la realidad de un nuevo Estado, persigue realizar la reorganización y reorientación del sistema de salud que se presta a la población, y redefinir el papel social del ciudadano participativo y protagónico en el marco de los postulados de la nueva Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. Es imperativo avanzar hacia un verdadero sistema de salud integrado por los diversos actores sociales y teniendo en cuenta los retos de los procesos democráticos y de carácter participativo de un nuevo Estado de Derecho y de Justicia.

El proceso de desarrollo y consolidación de los servicios de salud, que correspondería a partir de la división político territorial local, a los municipios y/o parroquias, se concibe, como un proceso de gestión pública democrática y participativa, donde la creatividad y el esfuerzo compartido sean sus bases de sustentación, capaz de construir un sistema de salud basado en los principios de equidad, universalidad y solidaridad, donde la distribución del poder incorporen de manera efectiva a los ciudadanos en la toma de

decisiones y responda de manera eficiente a los problemas que tiene la gente.

Para alcanzar niveles de salud integral de la población se requiere de un modelo de atención médica que incorpore la democracia y la participación: entendiéndose éstas, como distribución de responsabilidades en la práctica colectiva intersectorial e interdisciplinaria, y con profunda participación social, donde la comunidad sea protagonista del proceso y que tenga como estrategia fundamental el desarrollo de la conciencia sanitaria, acompañada de un liderazgo y espacios de consenso político social, que permita el control social y la cobertura universal de la población, tanto preventiva como curativa, dentro de un marco jurídico-legal apropiado a las necesidades locales.

En este sentido la investigación asume como propósito establecer el nivel de participación de la comunidad dentro de la política de salud pública y toma como referencia empírica de promoción y ejecución de la participación comunitaria de carácter protagónico en los programas de salud a un proyecto emblemático del actual gobierno venezolano : la Misión Barrio Adentro.

Una mirada sobre la historia de la participación de la comunidad en salud en Venezuela en vinculación en la relación Estado-sociedad permite observar cambios que irían desde , la actuación de la población de manera inorgánica, no sistemática, o simplemente inexistente en buena medida, en el período que denominamos Pre-democrático, lo cual se refleja con claridad en los textos constitucionales de ese lapso, pasando, en el período de Democracia Representativa, por una participación ciudadana muy limitada, formal, utilitaria, sujeta a manejo fundamentalmente de las organizaciones partidistas o de sectores del gobierno, conducida por élites o por una burocracia auto-reproductora del poder, hasta el actual período de

Democracia Participativa, en el cual, como lo fundamenta con toda claridad el texto constitucional de 1999 -así se proclama oficialmente-, se establecen las posibilidades de la participación ciudadana de manera protagónica en planificación, diseño de políticas y control social-comunitario de la gestión pública.

Varios estudios relacionados con la nueva relación Estado-sociedad, las políticas públicas, la política social, gestión pública, coinciden en la importancia de el tema de la ciudadanía y la participación como elementos fundamentales para la superación de la crisis de la democracia y aspirar la eficiencia de los programas de políticas y gestión pública entre estos los autores que han realizados aportes importantes podemos citar a Nuria Cunil, 1997; Álvarez, 1992; CLAD, 1999; Mirta Lopez, 2002; Harnecker, 2003, Renaud, 2003).

El Sistema de Salud venezolano, en los actuales momentos enfrenta como uno de sus grandes retos ofrecer una prestación de servicios eficientes y de buena calidad para que se traduzca en satisfacción por parte de la población usuaria. Ha sido centro de una concepción que responde a un modelo biológico y asistencialista lo que hace que en la práctica sea un sistema de atención de salud excesivamente medicalizado y centrado en una medicina dirigida hacia la atención hospitalaria con poco énfasis en la promoción de salud y atención preventiva, lo cual trae consigo que los servicios no cumplen las funciones para los cuales fueron creados. Este enfoque ubica a la salud fuera del marco de las interrelaciones entre las variables sociales, económicas, culturales, psicológicas y de saneamiento ambiental que la determinan.

Esta revisión sobre la historia de la participación en Venezuela, particularmente en salud, nos remite a un conjunto de interrogantes, conformantes de un nuestro objeto de estudio, sobre el cual fue necesario

hacer una revisión teórico-conceptual, a la par que nos obligó a indagar en la realidad, estar en contacto directo con ella, para contar con la referencia directa de este proceso a través del trabajo de campo. ¿Qué entender por participación protagónica? ¿En qué contexto socio político asume la responsabilidad el estado, la conducción de la gestión en salud? ¿Cómo se expresa la organización estructural de la política de participación en salud en la actual coyuntura histórica de la sociedad venezolana? ¿Cuales son las herramientas de la participación generadas de la vinculación sociedad estado? ¿Cómo se caracteriza la relación de los actores involucrados en la Misión Barrio Adentro? ¿Que rol juega esta misión en la política de participación de las comunidades en salud?

Los esfuerzos están puestos en transformar las condiciones de calidad de vida y de salud de la población venezolana, conquistando la universalidad de los derechos sociales con equidad. Desafío que pasa por un proceso de construcción de ciudadanía, otorgarles legitimidad, para que puedan tener una participación protagónica en los asuntos públicos para conformar actores sociales conscientes de sus derechos y de sus deberes. A partir del proceso constituyente de 1999, se lleva a cabo una reforma constitucional, que cambia radicalmente la concepción del derecho a la salud en el Estado Venezolano, ya que la salud cambia su carácter jurídico constitucional, pasando a ser un Derecho Social Fundamental, responsabilidad del Estado y vinculado con el derecho a la vida.

Los organismos internacionales y nacionales, como la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Organización de las Naciones Unidas para el estudio de la infancia (UNICEF), el Ministerio del Poder Popular para Salud y otras instituciones han hecho propuestas constantes para promover e insertar dentro de sus directrices programáticas, la participación de la comunidad en la planificación y elaboración de políticas y programas de salud, para que actúen como el eje orientador, controlador y evaluador de

dichas políticas.

Para principios de los años sesenta, según la OMS, había unos 60 países con programas comunitarios, ya casi al final de esa década los proyectos habían desaparecido o drásticamente reducidos. En la década de los setenta se formuló la estrategia de organización y desarrollo integral de la comunidad.

En el año 1977 los Ministros de Salud de las Américas declararon que la Atención Primaria de Salud constituía la principal estrategia para alcanzar la meta de “Salud para todos en el año 2000”. En dicha reunión se propuso como metodología para extender las coberturas de los servicios de salud a la población, a la participación comunitaria como su eje fundamental.

En 1978, durante la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud que se llevó a efecto en Alma-Ata, antigua URSS, se formalizó la definición de la participación de la comunidad como:

"el proceso en virtud del cual los individuos y la familia asumen responsabilidades en cuanto a su salud y bienestar propio y los de la colectividad y mejoran la capacidad de contribuir a su propio desarrollo económico y comunitario. Llegan a conocer mejor su propia situación y a encontrar incentivo para resolver sus problemas comunes. Esto les permite ser agente de su propio desarrollo. "

Bajos los auspicios de la OPS, en el primer quinquenio de los años ochenta se llevó a cabo varios estudios de factibilidad para evaluar las posibles estrategias para la participación comunitaria (OMS 1990).

En 1986, en la “Carta de Ottawa” emitida tras la I Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, hace referencia de la necesidad de población de conseguir la salud, en la medida de que sea capaz de “controlar aquellas cosas que la determinan”, refiriéndose a “ reforzar la acción comunitaria, donde la población establezca prioridades, tome

decisiones, planifique estrategias y la ejecute”, comprometiéndose a reconocer que la “gente es el principal recurso de salud y voz esencial de la misma” y a “compartir el poder con otros sectores, otras disciplinas y, lo que es mas importante, con la propia población” (OMS 1986). Estos dos momentos históricos reflejados en los documentos citados abren brecha al desarrollo del componente de participación social de la comunidad en la gestión de salud, en el marco de un escenario político social y económico que se conoció como la reforma social de los Estados.

Durante los años 1988 y 1989, la OPS, auspicia reuniones y talleres en los países miembros, con el propósito de intercambiar experiencias sobre el desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud (SILOS). Unos de los elementos fundamentales debatidos en estos talleres fueron los factores que articulaban, favorecían y obstaculizaban la introducción de la participación comunitaria en la salud (OMS 1990). .

El no logro de la consigna “Salud para todos en el año 2000”, permitió el despertar de la conciencia política colectiva sobre el trasfondo político neoliberal, privatizador de estas propuestas. La privatización de la salud develada en los estados que asumieron estos modelos y sus efectos nefastos en la salud de los pueblos, fue detonante de posturas beligerantes para alcanzar nuevos esquemas y rumbos de desarrollo social, siendo nuestro país, protagonista principal de esta irrupción social, a tal efecto el proceso constituyente y la redacción y puesta en marcha de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela de 1999. (CRBV 1999), define en el marco del humanismo, la construcción de una democracia social y un Estado de justicia y de paz, corresponsable y garante de equidad, plantea una nueva mirada de la participación comunitaria como derecho social.

Como medio necesario para afianzar el protagonismo de la población y las comunidades en labores conjuntas con los organismos del Estado, se

obliga al mismo Estado y a la sociedad, en referencia al Artículo 62 de la Constitución Bolivariana, a facilitar que el pueblo participe en la formación, ejecución y control de la política y la gestión pública, así mismo, reconoce y facilita la acción de instancias de participación protagónica, cogestión, autogestión y cooperativismo.

Se hace necesario incorporar la participación de la comunidad donde implique la confrontación de expectativas y prioridades entre la gestión pública y el actor social que hace vida en la misma; donde exista una adecuada reforma en el sector salud que permita abrir el camino hacia una verdadera descentralización privilegiando la democratización y modernización, para así generar cambios donde la comunidad sea un nuevo sujeto del sistema de la salud.

La Misión Barrio Adentro es la concreción de la Atención Primaria de Salud como prioridad de la política de salud del Ministerio del Poder Popular para la Salud,, para dar respuestas a los problemas de salud como necesidad social, bajo los principios de equidad, universalidad, accesibilidad, gratuidad, pertenencia cultural, participación, justicia y corresponsabilidad social, contribuyendo a mejorar la calidad de salud y vida.

La visión está centrada en un modelo de Gestión Pública, que garantiza un desarrollo humano sustentable con la satisfacción de las necesidades sociales de la población, fundamentado en los principios de atención primaria del Sistema Público Nacional de Salud.

Analizando lo anterior nos percatamos de que la Misión Barrio Adentro es la respuesta del Estado Venezolano para la solución de las principales necesidades sociales y de salud, conformándose como el punto de partida para el desarrollo de la Red de Atención Primaria Integral, prevista en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, y en el Proyecto de Ley Orgánica de Salud (OMS 1990).

En nuestra labor diaria nos hemos percatado, que el concepto de APS (OMS 1978) (CRBV 1999) y la concepción de la Misión Barrio Adentro se desconocen, en su enfoque filosófico, estratégico, como nivel de atención y como escenario de formación del talento humano en salud, con su estructura del Consultorio Popular, los Centros de Diagnostico Integral, Servicios de Rehabilitación Integral y Hospitales del Pueblo.

El presente estudio trata de un recurso metodológico que utilizaremos a los fines del presente trabajo, que nos ha parecido útil y necesario, con el objeto de contar, a grandes rasgos, con una visión de la historia contemporánea del país adecuada a los objetivos planteados, en la gestión de salud de la misión de mayor importancia del proceso bolivariano, consideramos conveniente comentar que el nuevo marco constitucional plantea grandes líneas de transformación en los planos económico, político y social que, de manera general, hemos tratado de abordar en esta investigación. Se trata de un tema de importancia en la medida en que la participación ciudadana, en general, pero especialmente en el sector salud, por ser centro de la política social del gobierno venezolano en los últimos años, es tema de extraordinaria vigencia, bastante polémica y de indudable actualidad.

Propuesta Guía para la Tesis.

Inmersa en un escenario mundial que hace a las sociedades cada vez más complejas e interdependientes, la sociedad venezolana vive a su vez un proceso de transformaciones en todos los órdenes que puede ser caracterizado como transición entre la continuidad de viejos modelos de organización social y política, y la emergencia de nuevos modos de construcción de una democracia participativa y protagónica basada en la justicia social, como eje de la recomposición de los campos económico,

socio-político, cultural , educativo, sanitario. Entre los derechos sociales, la CRBV, consagra el derecho a la salud y el deber de participar de forma activa en la gestión de la salud. Participar de forma solidaria en la vida política, civil y comunitaria se define como un deber ciudadano. La Constitución establece la transferencia progresiva de la gestión de los servicios públicos a las comunidades y grupos vecinales organizados, incluyendo los servicios de salud, y explicita la participación de las comunidades y de la ciudadanía en la formulación de los presupuestos y planes y en la ejecución, evaluación y control de los programas y servicios públicos. Estos derechos y deberes sientan las bases para que la participación se convierta en la transferencia de poder a las comunidades. En las actuales circunstancias de la realidad social, política y administrativa del país, la participación comunitaria debe ser entendida como un proceso amplio de intervención de los sujetos y grupos organizados en la toma de decisiones para modificar sus condiciones de vida, democratizar la atención, alcanzar una distribución más equitativa de los recursos y elevar el grado de responsabilidad de todos los actores involucrados en el mantenimiento de la salud colectiva. Para poder construir las oportunidades de salud en Venezuela se hizo necesario cambiar la perspectiva de abordaje rentista y modernidad, asumiendo nuevas propuestas en donde debe procurarse una integración en los diversos niveles de atención con relación al espacio territorial. Se requiere de más y mejores centro de atención primaria que de grandes hospitales, se necesitan más médicos generales integrales que especialistas y más expertos en salud pública que diseñen propuestas novedosas para la sociedad.

La respuesta a estos retos se ha materializado en la concreción de la Misión Barrio Adentro, la cual fue iniciada en el primer trimestre del año 2003 en el Municipio Libertador del Distrito Metropolitano de Caracas donde se establece un acuerdo entre la Alcaldía del Municipio Libertador y la

República de Cuba, como parte del “Convenio Integral de Cooperación” entre ambos países con miras a implementar un plan de salud en los Barrios de Caracas.

En esta investigación La Misión Barrio Adentro es asumida como el escenario predominante para la vinculación sociedad estado que promueve la participación protagónica de la comunidad en salud ,buscando el fortalecimiento de la atención en salud desde la base del movimiento social, la cual se concibe como medio para poner al alcance de todos los individuos, familias y comunidades la Atención Sanitaria, de forma que resulte aceptable y proporcionada a sus recursos y con su plena participación.

La importancia de la presente investigación radica en alcanzar el conocimiento sobre los espacios de participación y concertación entre los distintos actores que hacen trabajo comunitario y el personal con responsabilidad en la conducción de las políticas públicas, como estrategia para generar una apertura real en la participación comunitaria en los espacios de salud.

Otro indicador de importancia es la posibilidad de rescatar la experiencia del observador participante y miembro de los primeros profesionales en salud vinculados al nacimiento de la Misión Barrio Adentro en Venezuela y de organización en el proyecto docente asistencial de la formación de especialistas venezolanos en la Misión Barrio Adentro. a fin de aportar recomendaciones, producto del análisis de los resultados obtenidos, que puedan servir de base para enriquecer el proceso de participación social y comunitaria en la gestión pública de salud que se le brinda a la población.

También es de gran importancia conocer el grado de modalidad de participación, los niveles y los valores básicos de integración de las

comunidades en el proceso sanitario, a fin de proponer alternativas de soluciones factibles y la influencia de los actores y grupos sociales identificados de la comunidad en las acciones de salud dirigidas por la organización sanitaria.

Así mismo, se aspira, aportar ideas para una mejor gerencia en la gestión pública sanitaria, a través del conocimiento de la situación de salud bajo el principio de la participación protagónica, tomándose para el análisis la participación de personas conocedoras de la realidad social.

El trabajo de campo de esta investigación se fundamentó en la observación y la entrevista para la captación de la información aportada por la señora Fermina , miembro del comité de salud de su comunidad y vocera ante la misión Barrio Adentro de la Parroquia de San Francisco de Asís, del Estado Aragua así como lo aportado por cuatro integrantes médicos del postgrado de medicina general integral, que forman parte del proceso de formación de especialista de médicos venezolanos, incorporados a la Misión Barrio Adentro

Este trabajo consta de cuatro capítulos. En el capítulo I se explica la metodología, se describen sus etapas y el desarrollo de la investigación, la revisión teórica, la investigación de campo con la observación participante y las entrevistas a los informantes claves y los procedimientos seguidos en este estudio para recoger la información.

En el capítulo II correspondiente al marco referencial se describen algunos estudios relacionados con el tema, desde el panorama nacional como internacional. Así mismo se realiza un abordaje teórico en cuanto a los lineamientos que sustentan y justifican la participación comunitaria, en el proceso de la reforma en salud, así como los fundamentos constitucionales y los principios básicos de la atención primaria de salud y se hace referencias a la Misión Barrio Adentro en Venezuela. El capítulo III se refiere al problema

donde se plantea la participación de la comunidad como acción para mejorar el proceso de la planeación y la toma de decisiones, en la Misión Barrio Adentro en Venezuela identificando a los actores sociales y grupos sociales que realizan acciones a favor de la gestión de salud, la creación de espacios de negociación, el desarrollo de procesos participativos e identificación de valores de la salud.

El capítulo IV análisis e interpretación de los resultados de las encuestas aplicadas y de la entrevista desarrollada, y finalmente se presentan una serie de conclusiones y recomendaciones.

Objetivos de la Investigación.

Objetivo General.

- Aportar a la Comprensión de los espacios de la participación de la población en las políticas públicas identificadas con los programas de salud.

Objetivos Específicos.

- Caracterizar los mecanismos de participación que se han generado en torno de la Misión Barrio Adentro.
- Explicar los factores que generan la dinámica de la contextualización del orden político de la participación en salud.
- Caracterizar los componentes de la dimensión asistencial apropiados por la participación de la comunidad.
- Diagnosticar la funcionalidad y la estructura de la Misión Barrio Adentro como mecanismo de participación en salud.

CAPITULO I

METODOLOGIA

En la construcción de la democracia participativa y protagónica, la participación y el protagonismo de la ciudadanía en la gestión de salud en las comunidades, nos guía en el encuentro de nuestro objeto de estudio, allí encontramos la delimitación en su contexto socio histórico y en relación con la recién aprobada Constitución Nacional donde lo observado, es decir la comunidad organizada, sus protagonistas y sus condicionantes socio culturales y el observador, el investigador también autor, son parte del proceso de conocer y de intercambiar saberes para acercarnos a la realidad concreta, no sin antes buscar interrogantes, episodios, historia, como síntesis de los múltiples determinantes que dieron vida a este proceso. Lo objetivo y subjetivo va en busca del autor, así como él con su caja de herramientas metodológicas da fuerza a la racionalidad investigativa, sin perder lo subjetivo de todo proceso de aprendizaje, como lo expresara Bergamin, citado por Morin, (1997:39): “Si me hubieran hecho objeto sería objetivo. Como me han hecho sujeto soy subjetivo”.

Ubicado el objeto de estudio y el tema correspondiente, nos planteamos el asunto del método y las técnicas a utilizar. Lo cuantitativo y lo cualitativo no se excluyen, se complementan en el intento de aproximarse a la captura y reconstrucción de todo hecho social como tal, históricamente determinado, culturalmente construido. Aunque se puede, y se debe, en algunos casos, de hechos sociales particularmente para su investigación, dar prioridad o exclusividad a una u otra opción, en esta investigación se optó por tratar de

incorporar al proceso de captación e inducción cuestiones tanto de orden cualitativo como cuantitativo.

I.1. Desarrollo de la Investigación

Recorrido de observación y captación.

Llevamos a cabo la revisión bibliográfica sobre el tema objeto de estudio, expuesta en el capítulo correspondiente, que incluyó visitas a: Universidad de Carabobo (UC), Universidad Central de Venezuela (UCV), Universidad Bolivariana de Venezuela, Instituto de Altos estudios (IAES).(MSDS), Ministerio de Salud y Desarrollo Social, Coordinación Nacional de Barrio Adentro. Asimismo, consultamos las principales bases de datos electrónicos igualmente relacionadas con la materia, tales como Organización Panamericana de la Salud (OPS), INDEX MEDICUS, Ministerio de Salud y Desarrollo Social (MSDS), Ministerio de Planificación y Desarrollo Social (MPDS), Misión Barrio Adentro. Efectuamos consultas con investigadores o expertos que han trabajado o están trabajando sobre los temas objeto de esta investigación, algunos con publicaciones sobre el área. El material documental obtenido lo procesamos cuidadosamente, avanzando de manera sucesiva en el arqueo, detección, selección, lectura, organización, clasificación, interpretación, análisis y síntesis, incluyendo material escrito, visual, audiovisual y electrónico.

Partiendo del análisis documental, que comprende el análisis bibliográfico y de contenido, efectuamos progresivamente el estudio descriptivo y comparativo, con el objeto de producir, a partir del método inductivo-deductivo, las conclusiones que nos aproximarán a la comprensión del tema en estudio.

En un primer momento procedimos a la organización de la información, a través de una revisión constante y sistemática de la literatura nacional e internacional sobre el tema. Revisión que abarcó la búsqueda en medios especializados, la utilización de la red telemática y consultas y entrevistas con especialistas en los tópicos tratados. Esta información fue confrontada con la realidad de los hechos y el examen discriminado de sus contenidos. Se trata de utilizar tanto el pensar reflexivo como el razonamiento lógico (Sánchez A., 1979:88). Como señala este autor, la investigación documental

"abstrae las características no esenciales que ofrecen los hechos, fenómenos o datos registrados en documentos y generaliza en base a las características fundamentales. La investigación documental requiere de la inducción-deducción, del análisis-síntesis. Es un trabajo que requiere de la creatividad y de la atención".

Una primera tarea permanente de recolección de datos se realizó desde antes de formalizar el proyecto de investigación para la realización de la tesis, ya que ha sido un esfuerzo de acumulación de información, donde han confluído la actividad constante y sistemática de lecturas, análisis, intercambios y debates de ideas y propuestas, con el trabajo diario, desarrollado a través de labores docente-asistenciales y administrativas, así como tareas políticas. La permanencia en la coordinación del postgrado de la especialidad de Medicina General Integral me permitió estar en contacto permanente con los actores y responsables de la gestión de salud de la Misión Barrio Adentro, en gran parte del territorio Nacional, con las distintas aproximaciones de la realidad político social, que esto implica.

Compartimos con el Prof. Freddy Bello, el tutor de la presente tesis, la apreciación sobre la dinámica que viven los investigadores sociales y las actividades que ellos desarrollan. En todos ellos la elaboración y procesamiento de la información y su transformación en conocimiento, responde a una articulación dialéctica tanto en lo cuantitativo como en lo

cualitativo, integrado finalmente en un todo muy dinámico, avanzando desde lo sencillo hasta lo complejo, desde lo particular hasta lo general. Es así como nos hemos centrado en el marco del método dialéctico-histórico para la explicación de los fenómenos históricos, políticos y sociales.

En el proceso de conformación, intento definir el tema a investigar, dedicándonos a una sistemática acumulación de información que nos permitió consolidar nuestra hipótesis a desarrollar en el trabajo de investigación, por medio de la orientación destinada a construir a través del procesamiento y organización de los datos para dar explicación a las dimensiones de la participación de la población en las políticas públicas identificadas con los programas de salud que se expresan en la Misión Barrio Adentro. A partir de una clara comprensión de la necesidad de ilustrar, explicar y fortalecer nuestras apreciaciones en torno a los objetivos propuestos en el proceso de investigación, hemos orientado la búsqueda hacia la indispensable evidencia de los fenómenos más significativos en donde la misión se involucra con la red social o tejido comunitario participativo alejando a sus componentes de la autoridad del médico y se re-socializa, confrontando el espacio comunitario con el espacio hospitalario, desarrollado en áreas marginales y de poco acceso, asumiendo una cultura de solidaridad, generando un producto el cual se constituye en un comité de salud que es el gestor de la Misión Barrio Adentro en la construcción de una expresión del colectivo con el fin de obtener una síntesis dialéctica entre los factores económico-sociales e histórico-políticos, constructores de las propuestas universales presentes en la conciencia de la sociedad y las exigencias concretas de bienestar, decisivas en la formación de las demandas reales de la población, canalizadas en conquistas reivindicativas y convertidas hoy en derechos como consecuencia del proceso en construcción en Venezuela..

Razones por las cuales nuestro trabajo de organización y análisis documental estuvo sometido a la constante exigencia de integrar la información proveniente de escenarios distintos pero complementarios, sumándose también la demanda de interpretación, rasgo cualitativo del conocimiento que apunta hacia la identidad y la naturaleza de los fenómenos (Goode y Kath, (1976); Bosch, (1972); Sabino, (1978); Ramírez, (1983)).

I.2. Conformación de la visión teórica

En cuanto a la revisión teórica concentramos nuestro esfuerzo en tres grandes vertientes: lo filosófico-epistemológico, vinculado al porqué y a la concepción de la realidad que hemos seleccionado como objeto de estudio, la segunda vertiente se refiere al sistema de conceptos que orientan la aprehensión de las situaciones y el tratamiento analítico de ellos, claro está, vinculado con la visión filosófica expresada que viene de indicarse y la tercera se nutre de experiencias de investigaciones sobre el tema de estudio en nuestro contexto histórico social

Primera vertiente.

Lo filosófico-epistemológico nos llevó a una primera selección y agrupación de referencias vinculadas a los fundamentos de la epistemología, la filosofía y la ontología, sobre las dinámicas de las sociedades, en este caso modernas y la permanente deriva sobre la realidad, su conocimiento y su transformación histórica como consecuencia de la acción del hombre en sociedad, en esta primera vertiente se tratan productos teóricos aportados por los siguiente autores:

Carlos Marx. (1884: XXXII), expresa la siguiente afirmación:

“Mientras el hombre no se haya reconocido como ser humano y por consiguiente, no haya organizado el mundo humanamente, su naturaleza social solo se manifestará bajo la forma de la alienación siendo su sujeto, el hombre, un ser extraño a si

mismo''.... ''Son los hombres que hacen la historia y no al revés''.
''La Historia no hace nada, no libra lucha alguna: son los
hombres que hacen todo.''

La participación protagónica como estrategia para la transformación de la sociedad venezolana solo puede dinamizarse sobre un actor social consciente en su papel en la sociedad y del carácter histórico de esta participación. Un individuo enajenado difícilmente puede asumir un rol histórico.

Las comunidades como expresión de la sociedad reproducen su tejido de relaciones sociales las cuales son dinámicas y por lo tanto cambiantes.

En este sentido una referencia al historiador marxista Antonio Gramsci. (1929:40-50), nos revela la relación entre el pensamiento de Marx y la concepción histórica de Gramsci, ambas posturas se conjugan para una percepción dinámica de nuestro objeto de estudio, la participación protagónica para la transformación social:

''La respuesta más satisfactoria es que la "naturaleza humana" es el "complejo de las relaciones sociales", porque incluye la idea de devenir: el hombre deviene, cambia continuamente al cambiar las relaciones sociales, y porque esa respuesta niega al "hombre en general". Efectivamente, las relaciones sociales son producidas por diversos grupos de hombres que se presuponen, cuya unidad es dialéctica, no formal'

Al asumir el proceso de salud enfermedad y la práctica médico asistencial como hecho histórico social, susceptibles de ser transformados por el hombre como actor social, se asume la participación protagónica en nuestras comunidades como la construcción de la historia del proceso salud y enfermedad en la sociedad y la demanda de atención social, en un nuevo escenario socio histórico.

Michel Foucault. (1976:197-.209, arqueólogo de la historia contemporánea, nos revela en la presente cita una referencia clara de este proceso:

“la medicina forma parte de un proceso histórico y de un sistema de poder y que es necesario sacar a la luz los vínculos que existen entre medicina, la economía, el poder y la sociedad para determinar en qué medida es posible rectificar o aplicar el modelo de desarrollo médico social concebido en el siglo XVIII y XIX ...”

La cita anterior nos deja ver, no solo el carácter histórico del hecho social, sino la diversidad de factores que concurren para su generación, es por ello que traemos a colación la presente referencia de Edgar Morín (1990:144), que nos ilustra la necesidad de visualizar nuestro objeto de estudio mas allá de la reacción causa efecto.”

“En principio, la idea de complejidad incluye la imperfección porque incluye la incertidumbre y el reconocimiento de lo irreducible...La complejidad no es un fundamento, es el principio regulador que no pierde nunca de vista la realidad del tejido fenoménico en la cual estamos y que constituye nuestro mundo.”

En el campo de la salud, asumimos la confrontación de los productos de la sociedad en función de unos procesos dinámicos y complejos los cuales tienen vida por las relaciones que se establecen entre los hombres en ámbitos socio espaciales particulares Esta síntesis de nuestra percepción teórico metodológica adquiere un reforzamiento en el siguiente planteamiento del Dr. Rigoberto Lanz.(1988:57):

“En la medida en que un espacio social puede identificar cierta comunidad real, en esa medida se logra la primera condición del auto gobierno: capacidad autónoma de gestión, prioridad a los intereses colectivos (“voluntad general”).

Al entrelazar la percepción filosófica de la dialéctica de la historia con la transformaciones impactadas por las luchas sociales. orientadas en función de los procesos sociales para la construcción de un modo de vida,

impactado tanto por lo ideológico, lo económico, lo político, lo cultural, lo científico tecnológico, que reproduzca las condiciones existencial-bienestar, es decir de la salud de los miembros de una sociedad, recurrimos para su aprehensión y análisis de nuestro objeto de estudio a experiencias y productos en el campo de salud, desde estudios de América Latina.

Segunda vertiente.

La segunda percepción teórica a la cual recurrimos para conformar nuestra visión se nutre de aportes que tratan de la realidad latinoamericana en vinculación con la percepción epistemológica que viene de indicarse. Para ello nos apoyamos en un grupo de investigadores, identificados con la salud, la planificación, la gestión y las políticas públicas. Entre estos autores tenemos:

Bernardo Kliksberg (1989:132) y Pedro Luis Castellanos (2004:68), los cuales relacionan la realidad latinoamericana y la gestión en el campo de la salud en función de grupos sociales que demandan atención y participación. Al respecto Kliksberg nos indica:

“Están surgiendo en América Latina nuevas formas de asociación social, de recreación del tejido social. Los espacios democráticos son el hábitat propicio para el desarrollo de esas diferentes formas de cohesión y articulación. Una de las demandas centrales correlativas al nivel creciente de articulación social es la legitimación del concepto de que existe una deuda social apremiante.”.....una de las variables que es posible abordar con ciertas posibilidades de lograr algunos resultados significativos es el mejoramiento de las capacidades de gestión, para la implementación de las políticas y programas sociales”

En concordancia con este planteamiento Pedro Luis Castellanos, nos refiere:

“La exclusión y las inequidades sociales, y su consecuencia la pobreza, son reproducidas por mecanismos perversos que caracterizan las relaciones económicas, políticas y sociales de

nuestras sociedades. Dejadas a su libre evolución se reproducirán más y más. Para romper esta dinámica se requiere políticas sociales fuertes y efectivas ``.

Planteamiento este que a su vez, nos conecta con la percepción que hemos asumido de la salud como fenómeno social que claramente se ve expresada, desde el contexto latinoamericano, por los planteamientos del medico investigador social Jaime Breilh (2003: 120-140)

``La salud humana y los ecosistemas son objetos que incluyen procesos de carácter biológico socialmente determinados. Cuando pensamos sobre dicha determinación social de la salud, si queremos cuidar una perspectiva dialéctica que no recaiga en el determinismo biológico ni en el determinismo histórico, tenemos que trabajar las relaciones "social-biológico" y "sociedad-naturaleza", de tal manera que ninguna de las partes pierda su presencia en la determinación...La salud colectiva latinoamericana eslabonó la construcción integral del objeto salud, con una práctica integral de transformación. No la transformación de "riesgos "aislados, o "factores determinantes", sino la incidencia sobre procesos de determinación que implican modos históricos estructurales...En América Latina, la reflexión sobre una teoría crítica de la salud ha ligado tres elementos interdependientes: la salud como objeto; la salud como un concepto metodológico; y la salud como un campo de acción. Nuestra reiterada propuesta ha sido que no es posible desarrollar un contenido progresista en cualquiera de esos tres elementos, si los otros dos no se transforman simultáneamente``.

Desde el contexto nacional implicado por la educación, la Ciencia y la Salud, en el marco de lo informacional, referimos el texto de Jerónimo Sosa (2006:213).

``Lo que en el campo de la salud y la calidad de vida, como bases fundamentales para el bienestar y la dicha del ser humano; entendemos significa la necesidad de construir y asumir con sentido de urgencia y de pertinencia social, una concepción de la formación de profesionales en ciencias de la salud para un

contexto de la práctica, centrada en la salud y el mundo de la vida, y no en la enfermedad y la hegemonía del enfoque médico.’’

Esta percepción de la salud no solo apoya una visión teórica, también nos orienta sobre la construcción técnica y metodológica para abordar en sitio nuestro objeto de estudio.

La participación en programas de salud como hecho político e histórico social, se identifica con los mecanismos y actores de la participación que se da con cualquier otro tipo de programa de orden social ya sea político, social, cultural, es decir la participación como instrumento para la transformación social requiere de un sujeto participante, educado, formado, desalienado, para aspirar la efectividad de los programas sociales. Al respecto el pensador y educador Paulo Freire (1970:160-180), nos indica:

’’El diálogo verdadero es el único camino hacia la liberación de todos los hombres: “Nuestra convicción es aquella que dice que cuanto más pronto se inicie el diálogo, más revolución será” (162). Al prohibir a las masas la participación como sujetos de la historia el pueblo “se encuentran dominadas y alienadas” (165). En el sistema dominador los pensamientos vienen de un “señor”, mientras la pedagogía del oprimido ofrece los de un “compañero” (168). Este diálogo debe ser un “encuentro de los hombres para la pronunciación del mundo” (174).

Tercera vertiente.

La integración de los aportes epistemológicos, teóricos contextuales y lo metodológico nos guíaran a la observación directa sobre el terreno y el tratamiento de las realidades empíricas como documentales, a fin de estructurar nuestro análisis.

Para abordar el trabajo de identificación de nuestra fuente de información y de caracterización de los datos a organizar, clasificar y analizar, nos hemos apoyado en las orientaciones aportadas por dos grupos de investigadores del

campo social e identificado a su vez con los trabajos de campo en comunidades.

El primer grupo lo integran: Franco Ferraroti. (2003:48) y Strauss y Corbin . (2002:124).

Al asumir, la Historia de Vida como herramienta metodológica, referimos a Ferraroti:

“las historias de vida en la reconstrucción de “la cultura, la historia, la tradición de una comunidad, de un grupo o de una capa social”, es memoria, dentro de ciertos límites, y expresa adecuadamente la primera fase de las historias de vida en la pura y simple “ampliación de los horizontes”, para el cual a partir del caso individual se construye el caso general.”

Los resultados del análisis de los productos tanto de la Historias de vida como el conjunto de entrevistas realizadas y los documentos tratados, nos condujo a la aspiración de construir o aportar datos para la construcción de teoría fundamentada, así la referencia de Strauss y Corbin nos apoyaría para esta actividad:

“La teoría fundamentada es un método de análisis cualitativo de las entrevistas que se realizan en profundidad o semiestructuradas..... es un procedimiento que consiste en la codificación dada por el investigador a través de palabras de cada uno de los incidentes, ocurrencias o sucesos expresados por los entrevistados o situaciones observadas y permiten posteriormente agruparlos en categorías, conceptos o constructos para establecer las diferencias y semejanzas con respecto a una u otra categoría que el investigador identifique.”

Si el hombre hace la historia también construye su espacio y medio ambiente. Este hombre debe estar consciente, sin embargo, tener

consciencia, de su ser y que hacer y así aprender la dinámica diaria en su comunidad. Nos hemos valido de dos autores, que han tratado la causalidad social en función de la salud, no individual sino comunitaria y el pensamiento del hombre como una construcción colectiva.

Tal es del caso de la profesora e investigadora María Cristina González(2005:151) en su trabajo El Discurso Médico. Representaciones Sociales, donde refiere los resultados de un trabajo de campo sobre las comunidades y su pensamiento colectivo:

“Las representaciones no son simples hechos, son hechos de palabra, de discursos y de prácticas sociales por lo tanto ellas provienen de sujetos sin reducirse a una subjetividad, y poseen una subjetividad sin reducirse a objetos sencillos o cosas. Por esta razón, nacen y se reproducen incesantemente y su lugar privilegiado esta ubicado en lo semiótico, en los discursos, en las creencias, en los mitos. A partir de las RS, podemos precisar las claves que estructuran y legitiman los registros de significación. Aún cuando las representaciones son producidas por el hombre en interacción éstas no son inherentes al ser, contribuyen a constituirlo a pesar de que cada individuo tiene su propia existencia.”

Por otro lado, nos apoyamos con los trabajos del doctor e investigador Freddy Bello, en su trabajo Socio Antropológica(s) de la Pobreza ante la Enfermedad (La comunidad y sus mecanismos de acción) (1998) y Marginalidad y Sociedad. Barrios Urbanos de Valencia. (1980). En los cuales se presenta el tratamiento de datos primarios de la ciudad comunitaria en función de fomentar el desarrollo de la teoría fundamentada. Ambos trabajos vinculan la relación Salud Sociedad y en el caso de Socio Antropológica (s) de la Pobreza ante la Enfermedad, se refiere a las comunidades y su respuesta como colectivo al problema de salud y en caso de Marginalidad y Sociedad. Barrios Urbanos de Valencia, centra su atención en la salud como fenómeno social complejo, cuyo foco de atención es objeto de las ciencias sociales (sociología).

Referencias textuales en el primero de los textos, en pág. 156.

“a nivel urbano y suburbano el único bien que posee el pobre es su trabajo y su vivienda; para ambas adquisiciones es necesaria la presencia de buenas condiciones físicas. Es así como la salud se nos presentaría como un bien determinante de la productividad de cada individuo. La percepción de la enfermedad como incapacidad para el desempeño del trabajo físico, permitirá observar que la presencia de patologías no es sinónimo de ausencia de salud o generadora de la condición de enfermo

La segunda referencia identificada por el Dr Witremundo Torrealba en el prólogo de la obra *Marginalidad y Sociedad. Barrios Urbanos de Valencia*:

“La marginalidad, ciertamente, afecta en uno u otro aspecto, a la mayoría de los venezolanos. Por ello, constituye una de sus más dramáticas realidades. Sin querer desconocer el indiscutible progreso que el País ha alcanzado, en todos órdenes y niveles, durante los últimos 40 años de vida y particularmente durante los 4 lustros de régimen democrático, la verdad es que la situación socio económica de la mayor parte de la población venezolana no se compagina, ni con los recursos económicos de que se ha dispuesto y todavía se dispone, ni con la cantidad y calidad de los recursos humanos que ha podido desarrollar la Nación en las últimas 4 décadas.”

Los tres contextos el epistemológico-ontológico, el teórico y el teórico metodológico serán integrados en función del análisis de los resultados.

I.3. El desarrollo de la Investigación y el Trabajo de Campo. Observación Participante y Entrevista a Informantes Claves.

La investigación de campo la llevó a cabo el autor en el período 2004-2009, lapso en el cual participó de manera activa, como miembro en unos

casos, coordinador en otros, o en calidad de expositor o conferencista, en numerosas actividades relacionadas directamente con el tema objeto de estudio sobre Participación en Salud y la Gestión Pública de la Misión Barrio Adentro en Venezuela.

La entrevista a informantes claves, pertenecientes a la promoción de médicos especialistas de medicina general integral de la Misión Barrio Adentro y a la líder comunal del comité de salud de la organización comunitaria seleccionada, fue el instrumento que decidimos utilizar como parte de la aproximación al tema en estudio. Como la define Arias (2004:71): “La entrevista, más que un simple interrogatorio, es una técnica basada en un diálogo o conversación ‘cara a cara’, entre el entrevistador y el entrevistado acerca de un tema previamente determinado, de tal manera que el entrevistador pueda obtener la información que requiere” .

Optamos por una entrevista semi-estructurada, esto es, que aun cuando teníamos una guía de preguntas, el entrevistador podía realizar otras no contempladas inicialmente. La totalidad de las entrevistas fueron llevadas a cabo por el investigador de manera personal. En la mayoría de los casos utilizamos un grabador y en algunos casos se tomaron imágenes (video o fotos), aunque cuidamos que el uso de estos recursos interfiriera lo menos posible en la fluidez o espontaneidad de las respuestas del informante. En todos los casos llevamos un registro de cada entrevista, que incluyó, además de las respuestas verbales, anotaciones sobre las características del entrevistado, y aun de las circunstancias y el contexto en los que se realizaba el procedimiento.

En el proceso de escoger médicos especialistas de medicina general integral de la Misión Barrio Adentro procedimos en primer lugar a una pre-selección que alcanzó 13 médicos ,que luego fueron clasificados y seleccionados según algunas de las características que nos parecieron

importantes a los fines de la investigación: por lo menos dos años de experiencia en actividad como graduandos y que tuviesen alguna representatividad real, es decir que fuesen expresión de una actividad de participación de alguna comunidad concreta y con reconocimiento en la localidad; que respondieran en alguna medida a los criterios de participación ciudadana que definimos en esta investigación; que la actividad que llevaban a cabo se efectuara con pertinencia y aceptación, referida ésta a la calidad de vida; que pertenecieran a diversos municipios del Estado Aragua ; que constituyeran preferiblemente experiencias de actividades desarrolladas en sectores populares; que no fuesen controladas por o dependieran de partidos políticos, instituciones u organismos gubernamentales o privados, lucrativos o religiosos. Aunque tales características nos permitían obtener información útil a los fines planteados en la investigación no estaban exentas de limitaciones e insuficiencias. Es pertinente señalar que el grupo seleccionado lo obtuvimos directamente del conocimiento de experiencias comunitarias en salud que durante los últimos diez años reseñamos en el presente Estado y en todo el territorio nacional, o conocimos mediante referencias de otras personas, grupos, o instituciones. Es obvio que no se trata de una muestra representativa de la población, y que el propósito no es el de mostrar estadísticas y cuantificar la población en estudio. “En una búsqueda cualitativa, nos preocupamos menos con la generalización y mas con lo específico y abarcador de la comprensión, sea de un grupo social, de una organización, de una institución, de una política o de una representación” (Minayo, 1997). Se trata de una investigación que establece como prioritario lo cualitativo, que en nuestra opinión se corresponde más con los objetivos del presente estudio y con el método empleado.

Las cuatro médicos de medicina general integral tienen las siguientes características: todos desarrollaban su trabajo en consultorios populares y reciben tutoría junto al especialista de la misión cubana en sectores

populares; en cuanto a su distribución geográfica: se ubican en la Región Central, en el Estado Aragua, sobre el tiempo de graduado todos alcanzaban al menos dos años en cuanto a su vinculación-dependencia con instituciones: tienen una beca estudio con el MSDS a través del Instituto de Altos Estudios en Salud (IAES).

La entrevista, que denominamos “informante clave”, a la dirigente comunal de la parroquia de San Francisco de Asís del Estado Aragua, a profundidad, fue, rigurosamente seleccionada de manera que pudieran suministrarnos toda la información posible requerida. Entre sus características establecimos: que fuesen conocedora de la experiencia comunitaria respectiva desde su inicio, en la cual el informante hubiese cumplido un rol importante en la promoción, organización, planificación y realización de sus actividades. Construimos con la informante, una relación que ocupó un accionar de búsqueda de intercambios de saberes y diálogos permanentes, para una mejor relación investigador e informante.

El material recogido a partir de las entrevistas (notas manuscritas, grabaciones, videos, etc.) lo registramos minuciosamente y luego lo resumimos. Posteriormente, organizamos la información por áreas temáticas, de acuerdo a las preguntas formuladas y a las respuestas obtenidas, apegados a los objetivos de la investigación. Arribamos entonces a una “tipificación de los discursos” de acuerdo a la técnica adoptada (Minayo, 1997:167-175).

Aunque este estudio aspira el manejo del análisis hermenéutico-dialéctico, que se distancia del “análisis de contenido” y el “análisis del discurso” compartimos con Minayo (1997:212) la siguiente afirmación:

“En lo que respecta al instrumental práctico para el trabajo empírico, nuestro que el abordaje dialéctico no lo ha elaborado. Debe, entonces, apropiarse de la experiencia funcionalista y fenomenológica y, al incorporarla, superar las premisas y

supuestos.....siendo que la “visión dialéctica” privilegia las contradicciones y el conflicto; el fenómeno de la transición, del cambio; el movimiento histórico, y la totalidad y la unidad de los contrarios”.

Se trata entonces de vincular el análisis de los hechos en la perspectiva histórica, económica, social, política y cultural, con la utilización de técnicas que recojan de los actores seleccionados información directa sobre los acontecimientos en su desarrollo.

CAPITULO II

RESULTADOS DEL ANALISIS TEORICO DE LA INVESTIGACION

II.1. Referentes teóricos epistemológicos del asunto objeto de estudio.

En el presente capítulo procederemos, en primer lugar, a presentar el producto de la revisión bibliográfica sobre el tema, algunas consideraciones sobre la temática obtenido en lo poco que hay de esta novedosa experiencia que se ha gestado en Venezuela producto de la voluntad política y la ayuda solidaria y complementaria de la República de Cuba en donde se dan las primeras directrices para la conducción de esta gestión de salud integral, y novedosa. Sin embargo en la región latinoamericana, y en otras regiones del norte de África se conoce de la presencia de los cooperantes internacionalistas médicos cubanos que desarrollan programas de salud pero que no tiene el nivel ni la magnitud que lo desarrollado en nuestro país. Luego presentamos la base conceptual del estudio donde exponemos la definición de los términos claves utilizados, tales como: Estado, participación, ciudadanía, salud, democracia, política social; comentamos la participación social y su relación con el Estado, en particular sobre la formación de políticas públicas, la participación ciudadana y la gestión en salud, los alcances, mecanismos, niveles, finalidades e instrumentos de la participación, para concluir con una breve contextualización y reflexión sobre la pertinencia de usar estas nociones en la nuestra realidad .

II. 2. Lectura Analítica Documental.

Procederemos ahora a presentar una síntesis de la bibliografía sobre el tema, en primer lugar sobre las experiencias internacionales, particularmente las de América Latina; luego, la correspondiente a Venezuela.

En la literatura internacional hemos conseguido valiosa información de experiencias sobre participación de la comunidad en salud y gestión pública, en la cual privilegiamos las ocurridas en Latinoamérica, escogidas preferiblemente entre aquellas que acontecen en el mismo lapso del presente estudio, es decir, a partir de los años noventa del siglo XX. Así, obtuvimos un grupo de trabajos de México, Cuba, Colombia, Brasil, Argentina, Bolivia, Uruguay y Chile, que comentaremos a continuación.

La casi totalidad de los trabajos hace referencia al impacto de la política neo-liberal en esos países y la organización comunitaria que se desarrolla en cada uno de ellos -unas con más, otras con menos éxito.

En cuanto a **Colombia**, durante la segunda mitad de la década de los noventa se ha desarrollado un movimiento de participación en salud que, iniciado a nivel local, ha cobrado características nacionales, con un claro perfil de defensa de la salud como derecho, y de oposición a la violencia que signa ese país. (Torres, 2004).

En **Cuba** las experiencias han estado impulsadas desde el gobierno central, dadas las características del sistema político y sanitario de ese país, y se encuentran vinculadas a la propuesta de la OPS-OMS, primero de Atención Primaria en Salud, luego los denominados “Municipios Saludables” (Sanabria, 2004).

En el caso de **México** encontramos varios trabajos que presentan experiencias de participación ciudadana o comunitaria en salud. Unos vinculados a la política del gobierno en la capital mexicana (Laurell, 2002), otros promovidos desde labores de investigación o extensión universitaria (Solano, 1999), y algunas experiencias locales autónomas, como la experiencia de Chiapas (Molina, 1992).

Por su parte, en **Brasil**, desde los años de la dictadura (1964-1984) se gestó un movimiento de participación social en salud que formó parte de la resistencia popular al régimen. A partir del advenimiento de la democracia, en 1985, alcanzó dimensión nacional e inclusive conformó una organización popular en salud que presentó y obtuvo representantes al congreso de ese país. Tal desarrollo se ha vinculado por una parte a organizaciones políticas, como el caso del PT (Partido de los Trabajadores), y por otra parte ha contado con la influencia de intelectuales y académicos organizados en una asociación denominada Asociación Brasileña de Salud Colectiva (ABRASCO), con bastante autonomía y en ocasiones en oposición a lo partidista y al Estado (Dos Santos, (2000); Pinto, (1998); Abrantes, (1999)). Mención especial amerita la experiencia de participación ciudadana que se ha dado en **Porto Alegre**, una de las referencias de mayor significación en el Continente, y de las pocas que se conozcan a nivel mundial, donde la participación de la población ha sido determinante para provocar un cambio radical en la planificación, organización, gestión de las actividades de carácter social y aún en lo cultural, en la vida de la gente.

Marta Harnecker (2003:392) formula algunos comentarios sobre esta valiosa experiencia:

“Este proceso subvierte el concepto de ciudadanía tradicional, que es una ciudadanía individual y meramente vinculada a derechos, y transforma esa ciudadanía en una ciudadanía colectiva, vinculada a demandas y al control monetario del Presupuesto del estado; una ciudadanía que se realiza en tensión con el estado, controlando y decidiendo al lado o junto con el estado..... Por el contrario, se forma un núcleo de poder fuera del estado, fuera del ejecutivo y fuera del legislativo, y por eso pienso que se trata de una experiencia altamente positiva y altamente revolucionaria.”

Como apreciamos, no se trata de una experiencia de Participación Ciudadana en Salud en el sentido estricto, de atención médica o asistencial: se trata de una propuesta global, integral, que tiene que ver con la calidad de vida, con el bienestar, que abarca

simultáneamente atención médica, educación, ambiente, trabajo, vivienda, recreación, lo que en definitiva es realmente salud.

En **Argentina** se reseñan experiencias en las ciudades de Buenos Aires, Córdoba, Tucumán y especialmente en Rosario. En esta última ciudad se ha desarrollado una importante trayectoria de participación ciudadana vinculada a la experiencia de su alcaldía, que alcanza ya más de diez años de trayectoria; tutelada por esa institución, ha permitido importantes niveles de autonomía a la participación popular con logros significativos (Fein, 2004). De más reciente data, en los últimos cuatro años aparece en Buenos Aires la experiencia de los “piqueteros”, organización popular de izquierda que gira en torno a los desempleados denominada Movimiento Barrios de Pié (MBP, 2004) y su inserción en el campo de salud con una propuesta de capacitación para la lucha por la defensa de la salud como derecho y bien público.

En relación a **Bolivia**, es importante destacar el nuevo marco legal a partir de 1994, que incluye la Ley de Participación Popular, la Ley de Descentralización Administrativa y la Ley de Municipalidades, entre otras. En parte,

”Como efecto de este marco legal se ha producido la participación en la gestión de salud de nuevos actores (comunidad, municipio), profundización de los mecanismos de organización de la comunidad, planificación participativa, control social, apropiación de la salud como derecho, incorporación de prácticas y costumbres interculturales” (Salcedo, 2004:7).

De manera semejante, la Alcaldía (Intendencia) de Montevideo (**Uruguay**) ha logrado durante una decena de años el desarrollo de una exitosa experiencia de gestión en salud con importante y activa presencia de organizaciones comunitarias, en las cuales la población ha desarrollado sus propios mecanismos de asociación (Fernández G., 2004).

En **Chile** también encontramos diversas experiencias de participación de la comunidad reseñadas en diferentes trabajos de investigación y artículos publicados en revista nacionales (Escobar, (2001); Palma, (1994)). Exponen experiencias de participación comunitaria promovidas por el gobierno central a partir de la caída de la dictadura (1989) y otras impulsadas desde los sectores populares, en algunos casos con presencia de activistas políticos de organizaciones progresistas, o desde espacios académicos universitarios como tareas de extensión. Al igual que en Brasil, la participación comunitaria en salud jugó un papel importante de resistencia durante la dictadura, al lado de numerosos grupos comunitarios de derechos humanos, educación y otros.

Aunque de difícil obtención de literatura y sistematización, también se han producido en los últimos años experiencias de participación de la comunidad en otros países latinoamericanos como **Perú**, donde destaca la existencia del “Foro Social en Salud”, con alcance nacional. **Ecuador** presenta experiencias significativas en sectores populares. En **Paraguay** se vinculan más bien al movimiento campesino.

Cabe destacar una iniciativa de carácter continental que ha impulsado la OPS: creación de “Municipios Saludables” y “Escuelas para la Salud”; más recientemente también las “Ciudades Saludables”. Se trata de una propuesta que avanza en la línea de desarrollo de la Atención Primaria en Salud y los Sistemas Locales de Salud (SILOS), en la cual la participación de la comunidad se señala como elemento central y motor fundamental de la propuesta. El informe de la OPS denominado “La Salud en las Américas” (1998:220-7) reseña experiencias en casi todos los países de la región. No conocemos si se ha producido una evaluación de los logros de este proceso.

Aunque no pertenece al ámbito latinoamericano -aunque sí al denominado hispanoamericano-, no podemos dejar de reseñar un excelente

libro sobre participación social en salud referido a la realidad española: “La Participación Comunitaria en Salud: Mito o Realidad?” (Aguilar, M. J. (2001), donde la autora expone el resultado de una investigación llevada a cabo en España, en Castilla de La Mancha específicamente, desde 1986, que recoge la experiencias de participación comunitaria en el sector salud, relacionadas con la constitución e implantación de los Consejos de Salud de Zona. Recoge los aspectos históricos y conceptuales de la participación, la experiencia en esa localidad y los factores causales de logros y fracasos en el marco de una propuesta metodológica de excelente diseño. En sus conclusiones expresa:

”La pretensión del estudio no es otra que mostrar no sólo hasta qué punto se cumple o no con una directiva o normativa vigente, sino dar cuenta de las posibilidades reales del desarrollo pleno del derecho que todo ciudadano tiene a participar en la toma de decisiones que le afectan, empezando por su propia salud. Hemos podido comprobar que no basta con disponer de mecanismos y ámbitos institucionalizados para la participación, aunque sin ellos tampoco se puede pensar en su consolidación”.

”Es preciso situarse en un contexto socio-político que permita ciertos márgenes de participación democrática y en un sistema de salud que crea realmente en la necesidad de contar con los propios ciudadanos para su adecuada gestión. Pero ello solo no basta. De nada, o de muy poco, sirve modificar ciertas estructuras administrativas si no se intentan modificar paralelamente las actitudes de quienes tienen que impulsar los cambios (agentes sanitarios y comunidad). Y todo ello también será insuficiente si las personas no son capaces de percibir que con su participación activa puede mejorar su calidad de vida. ”

En un intento de resumir los contenidos de la bibliografía reseñada sobre experiencias de participación comunitaria en salud en el contexto latinoamericano en los últimos años, podemos puntualizar algunas nociones preliminares:

1. En casi todos los países latinoamericanos se vienen produciendo experiencias de participación ciudadana en salud con muy diversos

niveles de desarrollo. Ello evidencia la importancia de los movimientos sociales autónomos, también en el sector salud, aunque es necesario profundizar la investigación y sistematización de este proceso y estas experiencias, y evaluar sus alcances y perspectivas.

2. En la mayoría de las experiencias de participación en salud se aprecia la presencia de instituciones gubernamentales o académicas que las promueven o apoyan. En algunos casos, lo hacen organizaciones político-partidistas.

Por otra parte, sin embargo, se desarrollan numerosas iniciativas, con grados diversos de autonomía respecto al Estado y a los partidos políticos, que avanza, y en algunos casos han obtenido logros importantes (Briceño, 1998) en la lucha por la defensa de la salud como derecho, como bien público y obligación del Estado. Se han desarrollado movimientos de base, planteados como crítica del poder, como organización democrática, como mecanismo para transformar el sector salud, y en general como parte del proceso de construcción de ciudadanía en Latinoamérica, todo lo cual son signos claramente esperanzadores en medio del progresivo deterioro social de nuestros pueblos. Como señala acertadamente Bernardo Kliksberg (2001:8), refiriéndose a la “América Latina actual”:

”Un continente paradójico. Rico en procesos democratizantes, y pobre en oportunidades concretas para la mayor parte de sus habitantes. Pleno en leyes cada vez más avanzadas, y por otro lado, cada vez más retórico cuando se confrontan las mismas con las realidades cotidianas de miseria, y desamparo de vastos sectores que dejan en mera letra las leyes. Un Continente de gran potencial humano y cultural, pero donde sus habitantes solo completan cinco años de educación. El Continente marcado por un estigma que afecta cada una de las expresiones de su desenvolvimiento, el ser la región más desigual del planeta. No parece haber duda que en donde hay participación social activa de la comunidad los logros y beneficios favorecen tanto las políticas, las instituciones, y contribuyen a mejorar la calidad de vida de las

comunidades. Esto sin embargo supone una planificación, ejecución y control de planes y programas no solo para, sino sobre todo de y con la comunidad como actor protagónico. ”

Para concluir las referencias bibliográficas, comentaremos lo que sobre el tema de la participación ciudadana en salud hemos encontrado respecto a Venezuela.

Es obligante señalar la escasa elaboración teórica y la poca investigación o incluso la ausencia de una simple descripción de experiencias que obtuvimos -al menos en la revisión que hicimos-. Para el análisis de la década de los noventa, destacaremos tres publicaciones que representan enfoques y propuestas diferentes sobre la participación ciudadana en salud: en una se expone la propuesta de los “Municipios Saludables”, iniciativa del gobierno nacional conjuntamente con la OPS, inspirado en la estrategia de Atención Primaria en Salud, que comienza en 1994(MSAS, 1999); en otra, un grupo de experiencias comunitarias apoyadas o avaladas por instituciones o empresas en una iniciativa conjunta del Banco Mundial (BM,1993), Banco Interamericano de Desarrollo(BID,1998) y el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD,2004), que colocan el énfasis en el carácter técnico-administrativo de la participación comunitaria (IESA, 1999). Finalmente, en otra publicación, encontramos otro enfoque en una ONG denominada Coordinadora Nacional de Participación Comunitaria en Salud (CONSALUD Participación Comunitaria), nacida en el Distrito Federal (hoy Distrito Capital), que reivindica su autonomía respecto al Estado y su independencia respecto a los partidos políticos (CONSALUD, 2001).

Las experiencias locales de participación de la comunidad en el área de la salud, aunque con poca sistematización, y sin recoger la variedad y multiplicidad de lo acontecido en la década de los noventa, reporta algunos

materiales escritos: en Aragua, los Núcleos de Atención Primaria - NAP (1994); en Lara, la experiencia de FUNDASALUD (1994); en Sucre, la creación de las Organizaciones Comunitarias de Salud - OCS (Mendoza, 2004); en Caracas, la realización de eventos locales y nacionales de organización comunitaria (SUSALUD, 1998); sobre los Comités de Salud y la experiencia de Barrio Adentro (Álvarez, 2004; MSDS, 2004), y en Carabobo, la experiencia sobre participación comunitaria y la relación Universidad-comunidad desde la Dirección de Extensión y Servicios a la Comunidad (DESCO, 2002).

II.3. Bases Contextuales. Precisando Conceptos-Ubicando Contextos.

II.3.1. Contextualización del Orden Político Social. Nuevo Estado Social y de Justicia.

Venezuela es un país que cuenta para el 2009, con una población de 30 millones de habitantes de acuerdo al censo 2001 (INE, 2001). De una población esencialmente rural dispersa casi 90 por ciento, (hasta la década de los 50 del siglo XX), dedicada fundamentalmente a actividades agropecuarias, se transformó en una población predominantemente urbana y concentrada 87 por ciento (en el año 2002), con gran movilidad, impulsada por el incremento de la explotación petrolera.

La transición que vive el país se da en una trama que conjuga diversas formas de crisis. Unas, como la crisis económica y social en la que se superponen herencias de las décadas de los años ochenta y noventa, la incidencia negativa de factores políticos nacionales e internacionales en la economía nacional, con especial contundencia desde comienzos de 2001, y la magnitud de la crisis económica mundial particularmente agravada a partir del derrumbe de la Torres Gemelas en septiembre de 2001. Otras, como la crisis política pone en escena variadas dimensiones y diversas expresiones, entre ellas: el debilitamiento de las viejas lógicas de partidos políticos, la emergencia de nuevos actores políticos en el seno de la sociedad, la

emergencia de plurales formas de asociación y participación vinculadas a la solución de problemas cotidianos de la gente, la aparición de los sectores populares tradicionalmente excluidos en la arena política asociada a la innegable re-construcción de su subjetividad político-democrática y de la asunción de sus derechos políticos.

Grandes concentraciones humanas se ubicaron en la periferia de las ciudades altas y medianamente pobladas, en zonas denominadas “marginales”, en donde existen precarias condiciones de vivienda, alimentación, salud, educación, así como, alta inseguridad. Se han incorporado a las Instituciones del Estado como obreros o empleados, sin embargo, en su mayoría ocupan espacios en la denominada “economía informal” o “buhonería”. (INE, 2001). Es pertinente recordar que nuestra sociedad se ha constituido históricamente como una sociedad profundamente polarizada por la opulencia de pocos y la miseria de muchos, caracterizada, en consecuencia, por la pobreza y la exclusión social.

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

Según investigaciones apuntaladas por Méndez Castellanos (1997), el 80 por ciento de la población venezolana (estrato IV y V) se encontraban en estado de pobreza y el 47 por ciento de estos correspondían a pobreza

extrema crítica y estructural, lo cual significa carencia de los medios materiales, culturales y espirituales necesarios para el disfrute de una vida plena y derechos humanos fundamentales, tales como alimentación, vivienda, salud, educación y recreación adecuados. Así mismo, el 20 por ciento de la población tenía acceso al 80 por ciento de los bienes producidos por el petróleo, alcanzando condiciones de vida “suntuosas” en oposición con aquellos densos sectores pobres de la misma.

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

De ahí el sentido del viraje que imprime el proyecto de una nueva sociedad sin exclusiones contenido en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela y que plantea la reconstrucción del país como tarea de todos los sectores, estatales y sociales. Tarea que en el campo económico comporta la asunción del desarrollo económico endógeno como generación de riqueza social traducida en la disminución de la brecha de las desigualdades sociales y de la iniquidad de oportunidades tanto para el acceso de los venezolanos al mercado laboral como a bienes materiales y culturales. Y, en tal sentido, la revitalización del papel del Estado como parte fundamental de las condiciones que requiere dicho desarrollo, entre las cuales también cuentan la elevación del nivel y calidad del aparato productivo nacional y la inversión sostenida en ciencia, tecnología y educación. Por esto, merece atención especial el giro que representa la

propuesta sobre el nuevo modelo de desarrollo de la sociedad venezolana, contenido en las Líneas generales del Plan Nacional de Desarrollo Económico y Social de la Nación, 2001-2007, la cual traduce el mandato constitucional de conducir al país hacia la maximización del bienestar colectivo, que se exprese en la ampliación de la democracia, mayor seguridad social, crecientes fuentes de trabajo, alto valor agregado nacional, mejor nivel de vida para la población y mayor soberanía del país. MPPS(2001:13). Esta estrategia se sustenta en un modelo endógeno de desarrollo, generando soluciones para afrontar la coyuntura y el despegue del desarrollo integral pleno a largo plazo, con justo y equitativo bienestar social, contando con la activa participación de las comunidades.

Teniendo presentes los preceptos constitucionales, el nuevo modelo de desarrollo nacional contempla como dimensión fundamental el equilibrio político que a su vez contemplaría la solución pacífica y civilizada de los conflictos de intereses centrada en el respeto al derecho de los ciudadanos, frente a una gestión pública que deberá ser la expresión del consenso como base de la legitimidad del Estado, así como la participación corresponsable y democrática de todos los sectores, en todos los ámbitos y en cada momento del porvenir. MPDS (2001:15-16). En tal sentido, se enfatiza la puesta en práctica del principio de participación ciudadana, que no sólo amplía el ejercicio de la democracia, sino que es un requerimiento funcional que garantiza una mayor gobernabilidad a un Estado que cada día debe dar respuesta a una realidad compleja, con un alto grado de diversidad. MPDS (2001:19), pues la participación ciudadana deviene en un mayor y mejor control de la sociedad sobre los asuntos que le conciernen directamente, permitiendo al estado la puesta en funcionamiento de mecanismos de ajuste de sus políticas en beneficio de todos. En correspondencia con esto se establecen como objetivos fundamentales del equilibrio político: consolidar la estabilidad social, desarrollar el nuevo marco jurídico institucional y contribuir

al establecimiento de la democracia participativa y protagónica, para lo cual es necesario desarrollar la capacidad estratégica de regulación y gestión del Estado, una gestión pública que actúe en base a resultados y no de procedimientos, una alta capacidad de negociación y concertación del Ejecutivo, fortalecer el Estado de derecho, una organización administrativa ágil y transparente, garantizar la participación ciudadana, construir el Estado Federal Descentralizado y establecer sistemas de rendición de cuentas (MPDS 2001:20)

II.3.2. Neoliberalismo, Reforma y Salud. El Contexto de lo Político-Económico.

Desde finales de la segunda guerra mundial hasta inicios de la década de los años setenta, se inicio un período de marcada y prolongada recesión, caracterizada por el descenso del crecimiento económico, aumento del desempleo y sobre todo caída de la tasa de ganancia. Dichos acontecimientos impulsaron la expansión del capitalismo en el mundo, que además del mercantil también incursionó en las esferas política, social e ideológica.

Fue a partir de los años setenta, cuando irrumpe el Neoliberalismo como un conjunto de medidas económicas y programas de orden socio político, propuesto por el economista norteamericano Milton Friedman (1972), quien presento un conjunto de recomendaciones como salida a la crisis financiera y dirigidas a la creación de condiciones para la total movilización internacional del capital.

El modelo neoliberal inició su hegemonía mundial a partir del llamado consenso de Washington, 1980, donde el conocido grupo multilateral conformado por el Fondo Monetario Internacional (FMI), el Banco Mundial y la Organización Mundial de Comercio, acordaron tres recomendaciones: austeridad fiscal, privatización y liberación de los mercados. (Stiglitz 2003).

Según Pedro Luis Castellanos (2004), el principal fracaso de las reformas neoliberales fue el incumplimiento de las metas para alcanzar mejores condiciones de vida de las poblaciones, siendo que no solo fallaron en mejorar esta situación sino que en la mayoría de los casos la empeoraron.

Entonces la salud se convirtió en una mercancía regulada por los principios de oferta y demanda, en función de la capacidad adquisitiva de la población acentuándose la estratificación social de los servicios.

Las reformas del sector salud fueron parte de procesos de Reforma del Estado, que surgen en el marco del llamado consenso de Washington (programas de ajuste estructural). Se centraron en aspectos de financiamiento y eficiencia de los sistemas de salud, y su objetivo era disminuir el tamaño del Estado y ampliar la participación del sector privado en salud. Los temas centrales como APS, modelo de atención, formación de recursos humanos, fueron marginados. Los planteamientos básicos de dicha propuesta comprendían: La salud es una responsabilidad individual y pertenece al ámbito de lo privado, debe resolverse en el marco de la relación individuo-familia e iniciativa privada y el Estado solo debe garantizar asistencia mínima a aquellos que fracasan en satisfacer sus necesidades básicas.

Las consecuencias de la política neoliberal, en Venezuela fueron entre otras: La reproducción e incremento de las brechas sociales., la descentralización sin distribución del poder, la privatización de los servicios, el incremento en la dependencia de insumos básicos (entre otros, los medicamentos esenciales), fragmentación de la política: curativo vs preventivo y el quiebre de la solidaridad y fortalecimiento del individualismo.

El dilema es acercar el poder al ciudadano y ello exige reconocer relaciones de fuerzas entre cuerpos vivos, organismos sociales identificables en presencia y permanente evolución. Exige reconocer la existencia de

cuerpos con identidad socio-territorial para que, en tanto que interlocutores con el poder nacional y promotores del desarrollo, sean capaces de municipalizar los mecanismos impulsores del desarrollo y avanzar en una auténtica descentralización. (León Villalba,1996).

La existencia de la población sin acceso real a los servicios de salud, la disponibilidad limitada de recursos agravada por la sostenida crisis económica, las demandas crecientes de la población cubierta por los servicios, requiere traducir el discurso en acciones concretas más eficientes y eficaces, de acuerdo a las características y posibilidades de cada lugar, para que la población eleve la calidad de vida gracias a una existencia social y económicamente productiva, lo que impulsa a efectuar amplios y profundos cambios en el sistema de salud, mediante la utilización eficiente de los recursos del sector para fortalecer la capacidad operativa y resolver los problemas prioritarios.

Asimismo, la desproporción entre las necesidades y demandas cada vez mayores, ante los recursos limitados, constantes o decrecientes, debe tener respuesta para encontrar fórmulas que eviten el dispendio de recursos. Es necesario transformar a las unidades productoras de servicios de salud en una auténtica red de servicios, lo que potencializaría y ampliaría la capacidad resolutoria, gracias a cambios en la organización, que redundan en mayor funcionalidad e incremento de la calidad de atención (OMS, 1990).

A finales de la década de los 60, tomando este periodo como referencia histórica, el estado del bienestar entra en crisis tanto para Venezuela como para América Latina, es indudable que en el país con la bonanza de la renta petrolera, el sector salud se mantiene con logros, reflejados para esa fecha, en la disminución de indicadores importantes, especialmente referidos a la mortalidad general e infantil. Se desarrolló una infraestructura hospitalaria y tecnológica de punta,

sofisticada en relación al desarrollo y condiciones geográficas. El auge petrolero posibilitó el progreso tecnológico a pesar de la pobreza y la muerte prematura. Se desarrollo un sector salud marcado por una exagerada burocracia.

En la década de los 70, se consolida la política de desarrollo o del “gran viraje “, continúan los ingresos petroleros exorbitantes, se contribuye a la ampliación de la infraestructura hospitalaria y ambulatoria y la creación de módulos de servicios, incorporando el “desarrollo comunal” como prestación de servicio social a las comunidades en las zonas populares. La cobertura de programas de atención médica y preventiva, aumenta. Así mismo, se instaure el desorden administrativo, la ineficiencia en la gestión pública, se politiza la administración y la formación de los recursos técnicos (clientelismo político) proliferando en poco tiempo el fenómeno de la corrupción.

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

El porcentaje de la pobreza ubicado entre 40 por ciento en los 80 paso a un 60 por ciento a los finales de los 90 (INE 2001). Hay un deterioro en las actividades preventivas en salud, observándose incrementos en enfermedades transmisibles y prevenibles, como la tuberculosis, malaria, dengue, así también se observa una disminución de las actividades de consultas y seguimiento de casos, evidenciándose una pérdida en la capacidad de respuesta por parte del Estado hasta esos momentos, obligando a dar respuesta, con programas o acciones compensatorias coyunturales que no logran

frenar el deterioro en la salud. Este panorama configura todo un proceso de disminución de la calidad de salud y no hay respuestas a los problemas por falta de una política pública de salud envolvente y integral.

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

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

La necesidad de mejorar la situación sanitaria de los países más afectados, la Organización Mundial de la Salud en la Asamblea anual en el año 1977, decidió que la principal meta social de los gobiernos era.... “alcanzar para todos los ciudadanos del mundo en el año 2000 un grado de salud que les permitieran llevar una vida digna y económicamente productiva”. “Salud para todos en el año 2000 “, estableciéndose que la atención primaria de salud era la clave para alcanzar esa meta (OMS1978).(OMS,1990).

II.4.- La Misión Barrio Adentro.

II.4.1. Antecedentes de Barrio Adentro:

En Venezuela, para finales de 1982, se aprueba un plan de acción, para la aplicación de la estrategia propuesta por la Asamblea de la Salud (Resolución WHA 35.23), OMS (1990). y se crea la Comisión Nacional de Atención Primaria de Salud, adscrita a la Dirección General de Salud, que para ese momento, es el ente ejecutor de las políticas sanitarias a través de las direcciones regionales de salud, generando movimientos en la estructura y funciones para avanzar en políticas desconcentradas, con la participación comunitaria y el uso de tecnologías apropiadas(MSDS,1998).

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

La atención primaria de salud (APS), descrito en Alma Ata (1978), representa un avance en lo social, reconoció la equidad en salud, como la cobertura a toda la población con asistencia proporcionada a las necesidades de las mismas. Pero la atención primaria de salud mucho más que una simple extensión de los servicios básicos de salud; involucra factores sociales y de desarrollo y si se aplica de manera apropiada influirá en el funcionamiento del sistema salud.

Su forma viene determinada por los objetivos sociales, tal como el mejoramiento de la calidad de la vida y la obtención de beneficios sanitarios óptimos para el mayor número posible de individuos; y esos objetivos se alcanzan con la aplicación de medidas sociales, como la aceptación de una mayor responsabilidad en materia de salud por parte de las comunidades y los individuos, su activa participación en el esfuerzo para alcanzarlos. En

consecuencia, la atención primaria de salud y los esfuerzos de la comunidad con miras al desarrollo social y económico tendrán en general mayores probabilidades de ser eficaces cuando se apoyen mutuamente. (OMS 1978). De esta manera, APS enfatizó en la estrecha relación entre salud y desarrollo en los grupos más empobrecidos de la comunidad, expresando que era necesario aumentar los presupuestos nacionales hasta que toda la población accediera a una atención de salud básica.

Igualmente, APS además del sector sanitario, involucra el esfuerzo de todos los sectores del desarrollo comunitario, particularmente educación, industria alimentaria, vivienda y servicios públicos, entre otros. En opinión de (González M.1999), APS dirige la mirada hacia los principales problemas de salud de las comunidades, y en su esencia pretendió un grado máximo de auto responsabilidad y participación comunitaria en la planificación, evaluación y control de la gestión en salud.

El primer esfuerzo importante, es a partir de 1994-95 cuando se iniciaron los Núcleos de Atención Primaria (NAP) en el estado Aragua. (Martínez, Peña, Villasana.1991). Para constituir un NAP, la población debía organizarse y participar en la consecución de locales y otros recursos básicos, así como comprometerse a participar en los programas de salud que se iban a desarrollar. Bajo el lema de “Salud para todos, participando todos”, para el año 2000 la gobernación del estado había desarrollado cien NAP constituidos por una enfermera o enfermero auxiliar y un médico o médica con el apoyo de su respectivo comité de salud. Los esfuerzos e intentos por cristalizar lo que se había programado en APS solo se concretó en varios estados del país como el estado Trujillo, el estado Mérida y en el estado Aragua, siendo en este último estado donde se logró iniciar la creación de los Núcleos de Atención Primaria (NAP), los cuales le dan respuesta a los requerimientos sanitarios en poblaciones pequeñas, con la

incorporación de un médico para atender a 250 familia. Desde el año 1991 se desarrollan los “Núcleos de Atención Primaria” (NAP).

El programa de trabajo de los NAP incluyó tanto atenciones médicas curativas básicas como acciones de prevención ante problemas prioritarios, con énfasis en el grupo materno-infantil. Las comunidades tenían la posibilidad cada año de decidir si se renovaban los contratos del personal. Aunque se tenía como referencia que un NAP debía tener capacidad para vincularse a unos 2.500 habitantes, en realidad el objetivo no era ofrecer cobertura universal y sólo llegó a alcanzar un cuarto de la población de uno de los estados venezolanos. Los NAP tampoco alcanzaron articularse con los otros niveles de atención ambulatoria y hospitalaria y se desarrollaron en un ambiente nacional de restricción de recursos para la salud y de procesos de deterioro creciente de la red de servicios públicos. La experiencia de los NAP se fue debilitando y sucumbió ante el compromiso limitado del personal médico, el debilitamiento de los inicialmente procesos de selección y seguimiento rigurosos y del papel de las comunidades y la carencia de recursos.

La experiencia de los Núcleos de Atención Primaria (NAP), es promovida por la Corporación de Salud del Estado Aragua (Corposalud), organismo que se crea con el proceso de descentralización sustituyendo la Dirección de Salud del Ministerio de Sanidad. (Feo, 1998). En cada NAP ubican un médico y un auxiliar de enfermería, que deben “crear el NAP” con participación de la comunidad. Crean el Comité de Salud, se consigue el local para su funcionamiento, aportado por los pobladores o por las instituciones locales, y comienzan a funcionar. Los médicos son evaluados por las propias comunidades donde trabajan. Una reunión de vecinos, convocada por el médico-NAP de la comunidad y el Coordinador de la zona al cumplir un año de trabajo, hace las veces de referéndum sobre la acción e integración de ese médico a su lugar de trabajo, 40 o 50 vecinos reciben una

boletera contentiva de cuatro preguntas muy sencillas. Si una abrumadora mayoría expresa quejas sobre el médico, es removido inmediatamente del programa de los NAP. Para 1993 ya existían 34 NAP distribuidos en seis Municipios del Estado, atendiendo una población aproximada de 85.000 personas. (Feo, O.1998).

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

Venezuela, no cuenta con un Sistema Público Nacional de Salud, debidamente estructurado y que funcione como tal. Es decir, que todos sus componentes (instituciones de los diferentes niveles y las redes de servicios de atención) estén debidamente interconectadas y que interactúen, vertical y horizontalmente. Que cuenten con elementos normativos que regulen su funcionamiento adecuado.. Es necesario reconocer que existen, en cantidad insuficiente y con calidad heterogénea, instituciones y redes de servicio de salud (de Atención Primaria, de Especialidades Ambulatorias, de Hospitales y de Emergencia) que corresponden a cada uno de los niveles de atención integrantes del sistema nacional de salud en los países avanzados. Es Imperativo, por tanto crear dicho sistema, en las condiciones de cantidad y calidad necesarias y darle la indispensable articulación estructural y funcional a todos sus componentes, a fin de lograr la mayor y mejor cobertura e integralidad a los servicios prestados, de manera que los numerosos programas de salud que se tienen o se puedan establecer, cumplan su cometido de brindar salud de la más alta calidad con equidad a toda la población. (MSDS, 2002)

En los años cincuenta, la falta de acceso a la atención médica para las poblaciones rurales pobres condujo a la Organización Mundial de la Salud al desarrollo de conceptos sobre el servicio médico básico y la medicina simplificada, que contenía los elementos básicos del cuidado médico preventivo y curativo que encontraron más adelante su inserción en la declaración de Alma Ata.

Los puntos claves recogidos en Alma Ata apuntaban al alcance de la meta de 'Salud para todos' que, junto a la estrategia de APS (OMS 1978), fomentaron la atención médica de primer nivel, de carácter universal pero limitada a la atención ambulatoria. Sin embargo, la transformación rápida de la atención en salud según estos conceptos sólo resultaba exitosa cuando se acompañaban de mejoras en las condiciones sociales.

Aunque la declaración de Alma Ata fue criticada porque su concepto de cooperación no reconocía la existencia de conflictos de intereses entre los actores sociales (Corposalud, 1999), nunca antes la relación íntima entre la salud y el cambio social se había demostrado con tanta profundidad. La Declaración generó un amplio espacio de debate y la construcción de una nueva mirada sobre los problemas de salud colectiva. El reforzamiento del derecho a la salud para todas y todos y sus principios estratégicos de equidad, universalidad, interdisciplinariedad, intersectorialidad, participación social y desarrollo de tecnologías apropiadas y aceptadas culturalmente (OMS1978).

Plantearon un desafío para los sistemas de salud de los países con recursos medios o bajos, que asumieron con entusiasmo tales postulados. Desafortunadamente, en las décadas que siguieron a la Declaración de Alma Ata la economía neoliberal de debilitamiento de las instituciones públicas suplantó esta visión en casi todo el mundo. En menos de una década de la adopción de la Declaración, la OMS fue sobrepasada como jugador

dominante en la formulación de políticas en el sector salud por el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional (FMI).

Los años ochenta y noventa coincidían en América Latina con el crecimiento de la marginalidad y desigualdad social, con la migración del campo a la ciudad debido al empobrecimiento del empleo rural y el desarrollo de los monocultivos industriales, y con la consecuente urbanización rápida de las metrópolis (Tejada, 2003). Se produjeron distorsiones del concepto y la práctica de la atención primaria en salud, cada vez más alejados del espíritu original de la “salud para todos” (López, 1991) y se dio prioridad a la estrategia de contención de gastos en el sector público. Esta influencia fomentó una dirección uniforme a las reformas de los sistemas de salud en América Latina, incluyendo a Venezuela, y limitó los avances en la instrumentación de la APS.

Sin embargo, por encima de esas interferencias y en seguimiento a la Declaración de Alma Ata, entre 1978 a 1990 se desarrollaron reformas curriculares en las escuelas y facultades de medicina de América Latina. En toda Venezuela, durante esa época el movimiento de APS contó con un fuerte apoyo en el interior de las universidades (OMS 1978). Mientras tanto, a nivel político el apoyo fue tan débil que no permitió ni trasladar los cambios a las instituciones de salud ni mantener el espíritu y la práctica de las reformas curriculares dentro de la academia. Ese movimiento académico se extendió por toda América Latina, donde en cada caso ha tenido una historia particular.

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

En 1998, por medio de una elección popular, se conforma una Asamblea Nacional Constituyente que elabora un nuevo texto constitucional. En la CRBV de 1999, los temas de la salud y lo social adquieren características completamente distintas y novedosas, alrededor de cincuenta artículos se refieren a la participación ciudadana. Estado Social de derecho y de justicia, participación ciudadana, universalidad y equidad, en cuanto a los derechos sociales. En cuatro artículos (83 al 86) están las definiciones fundamentales sobre salud como derecho social, responsabilidad del Estado de garantizarla a todos los habitantes del país, participación comunitaria, financiamiento y funcionamiento del sistema de salud, seguridad social y principios que regirán el sistema de salud definido como único, participativo, nacional y de salud integral.

A partir de 1999, Venezuela empezó a dar un nuevo empuje a la APS, pero esta vez desde el interior del sistema de prestación de atención en salud a través del Modelo de Atención Integral (MAI) de Salud y poco después con el desarrollo del Plan Estratégico Social (PES), que recoge los principios constitucionales del derecho a la salud, la equidad y la solidaridad. En 1999 se implanta el MAI, que brinda atención preventiva y curativa a todas y todos los miembros de cada familia en el mismo momento en que reciben la atención, lo cual elimina las barreras de división del trabajo por días y especialidades en los establecimientos de salud ambulatorios. En consecuencia, esta estrategia disminuye las oportunidades perdidas y mejora el rendimiento y la calidad de los servicios. Con esta visión renovada que rescata el espíritu de Alma Ata, la APS recobra vigencia como instrumento válido para promover la salud. La Misión Barrio Adentro, expresión de la APS, sólo es posible porque se sustenta en una política económica y social integral, que apunta al desarrollo completo de las personas y las comunidades, donde el desarrollo nacional se enlaza con la cooperación internacional solidaria. Estos esfuerzos son coherentes con la Carta Social de las Américas de la Organización de Estados Americanos (OEA, 2005),

que propone que: “Todas las personas tienen derecho a la atención y protección integral de su salud, entendida la misma como parte del derecho a la vida y, en consecuencia, como un derecho humano de carácter inalienable e irrenunciable”. Los Estados asumirán el firme compromiso de asegurar a sus poblaciones el acceso permanente e ininterrumpido al sistema público nacional de salud, conforme a los principios de equidad, universalidad, solidaridad, gratuidad, calidad y eficiencia tendentes a la promoción, protección, conservación, restitución de la salud.

El Estado reconoce la participación protagónica del ciudadano, como actor corresponsable en la planificación, ejecución y control del sistema público de salud y, en consecuencia, se comprometen a promover la participación comunitaria en el desarrollo de los programas y servicios destinados al control de los agentes biológicos y sociales que ocasionan riesgos a la salud. El conjunto de las misiones sociales que se desarrollan en Venezuela constituyen una estrategia integral de atención primaria de salud y la práctica tanto de la Carta de Ottawa(OMS 1986) sobre promoción de la salud como de la más reciente Carta de Bangkok (2005) sobre la promoción y protección social de la salud y con la Declaración del Milenio adoptada por las Naciones Unidas en septiembre de 2000, cuyos diez Objetivos de Desarrollo del Milenio (ONU 2001, ONU,2002) definen los principales elementos de la agenda mundial para el siglo XXI.

II.4.2. Historia de Barrio Adentro.

Documentos del Ministerio de Salud y Desarrollo Social (MSDS 2004) señalan como embrión de la Misión Barrio Adentro la actuación del personal médico cubano durante la tragedia del Estado Vargas en diciembre del año 1999. Trabajo de carácter humanista en los sectores populares afectado por el desastre, acercando la atención en salud a los espacios donde se desarrolla y acontece la vida de la gente, lo inició un nuevo modelo de

gestión en salud respaldado por la democracia participativa desde la base del movimiento social, creándose una poderosa fuerza de transformación de la salud pública en el país. Pero no es hasta el mes de marzo del año 2003 en que por iniciativa del alcalde Freddy A. Bernal Rosales del Municipio Libertador (CNAP 2004, MBA 2004, CNAP2004, MSDS2004, Presa Velásquez M, Hernández C. 2004) y con la anuencia (Bernal F. 2004) del Presidente de la República Bolivariana de Venezuela se establece un acuerdo entre la referida Alcaldía y la República de Cuba, como parte del “Convenio Integral de Cooperación” entre ambos países (MSDS 2004) con miras a implementar un plan de salud en los barrio de Caracas, donde se encuentran las clases más desposeídas. Fue concebido inicialmente como el “Plan Barrio Adentro” y se relaciona con un Plan Integral de Desarrollo de las Comunidades (MSDS 2004, CNAP 2004, MBA 2004).

Ante esta situación, se plantea la necesidad urgente de contar con servicios de salud orientados principalmente a la promoción y prevención con un enfoque familiar y comunitario, para evitar las enormes pérdidas de capital humano, así como la carga insostenible para los servicios de tratamiento, resultantes de la falta de medidas eficaces para combatir las enfermedades evitables: transmisibles y no transmisibles, los traumatismos y los accidentes.

El Médico del Consultorio Popular de Barrio Adentro, cuyo objetivo de la profesión es el desarrollo de una medicina profesional y preventiva, es un prestador de servicios diferente, por ello necesita un programa de especialización diferente para apropiarse de competencias que lo distingan del conjunto de profesionales del sector salud y lo conviertan en un reconocido especialista de Medicina General Integral y en un modelo para el desarrollo de las actividades de la Atención Primaria de Salud.

La mayoría de las personas, y por tanto familias y comunidades, creen comprender lo que es salud, pero les resulta difícil expresarlo. Al

preguntarles, seguramente tendremos una respuesta enmarcada desde lo más simple, como por ejemplo, “salud es estar sano, o salud es no estar enfermo” (Álvarez Sintés R. 2001) (tienden a decir lo que no es salud); hasta las definiciones más complejas, como la de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que la define como el perfecto estado de bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de enfermedades. Se afirma también, que el goce del grado máximo de la misma que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social.

Está demostrado que en las determinantes del estado de salud de las personas, solo el 10 % depende de los servicios de atención médica. Por ello se hace necesaria una reorientación del concepto de salud, y se impone convencer a las personas, familias y comunidades que el enfoque correcto es el que se basa en la salud positiva. Habría que procurar concientizar a toda la población, de la necesidad de la responsabilidad personal en cuestiones de salud.(Álvarez Sintés R. 2004).

En consonancia, se han generado entendimientos y usos extraños del concepto de salud pública; el más aceptado y actualizado (Sánchez S, Amaro . (2001), Álvarez S, R.(2001), es el de Milton Terris, destacado salubrista norteamericano, quién afirma que:

“es la ciencia y el arte de prevenir las dolencias y las discapacidades, prolongar la vida y fomentar la salud y la eficiencia física y mental, mediante esfuerzos organizados de la comunidad para sanear el medio ambiente, controlar las enfermedades infecciosas y no infecciosas, así como las lesiones, educar al individuo en los principios de la higiene personal, organizar los servicios para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades y para la rehabilitación, así como desarrollar la maquinaria social que le asegure a cada miembro de la comunidad un nivel de vida adecuado para el mantenimiento de la salud”.

Muy en consonancia con estos conceptos y para cumplir su misión los Programas de Barrio Adentro se interrelacionan y establecen redes con organizaciones sociales comunitarias, cooperativas, microempresas, las demás misiones y planes del gobierno, Comités de Tierra, Hogares y Multihogares, Consejos comunales y Organizaciones Políticas. En estos momentos están establecidos los programas (MSDS 2004) siguientes:

- Salud
- Alimentación
- Educación Popular
- Economía Social
- Cultura y Comunicación
- Deporte

II.5. La participación Protagónica. Mecanismos de Participación que se han Generado en la Misión Barrio Adentro.

II.5.1. Caracterización y Niveles de Participación.

La propuesta, es la concepción de la salud como un derecho social responsabilidad del Estado en contra de la salud como un bien de consumo responsabilidad del mercado. Los retos y desafíos planteados ante esta realidad en el marco del estado de derecho y justicia consagrados en la constitución de 1999, es garantizar el disfrute de los derechos sociales de forma universal y equitativa para responder a las necesidades sociales alcanzando la equidad como nuevo orden de Justicia Social. En donde se privilegie a la educación de calidad para todos, promoción de la calidad de vida, Atención especial para la población en condiciones de pobreza,

vivienda y ambiente seguro, seguridad ciudadana y acceso pleno a la cultura para todos. (MSDS 2002.).

Las bases para la nueva política de salud están centradas en:

- Universalidad y gratuidad: Salud como derecho social
- Integralidad: Cambio del modelo médico dominante centrado en la enfermedad y el hospital.
- Intersectorialidad: Viraje de la acción sobre los síntomas y pasar a actuar sobre las causas.
- Acción sobre los determinantes de la salud.
- Participación y solidaridad: Salud como espacio para el desarrollo de ciudadanía.

De esta manera se hace necesario, confrontar las políticas neoliberales para garantizar el derecho a la salud, mediante las estrategias de enfrentar y resolver la deuda social existente y cerrar las brechas sociales, construir y consolidar el Sistema Público de Salud previsto en la Constitución y la articulación con la construcción de una nueva sociedad con un individuo protagonista y constructor de los espacios de participación.

Entre las metas institucionales que se fija el Estado, en el marco del plan estratégico social (MSDS (2002.)), enfocadas para la consolidación de salud con calidad vida, están las siguientes:

1. Integrar el sistema público nacional de salud y desarrollo social, en una estructura intergubernamental y desconcentrada.
2. Rescatar el rol de los recursos humanos en su función pública y adoptar formas de contratación únicas vinculadas al logro de los objetivos del sistema.

3. Dirigir la gestión hacia un desempeño organizacional relacionado con la satisfacción de necesidades y el impacto en reducción de brechas sociales.
4. Adoptar un modo de atención, capaz de garantizar respuestas oportunas, equitativas, integrales y de calidad a toda la población, promoviendo buenas condiciones de vida y bienestar.
5. Garantizar inversiones suficientes para el desarrollo de la política de salud y desarrollo social, asignadas en forma equitativa.
6. Crear los espacios y mecanismos para la participación social en la gestión del sistema de salud y desarrollo social en los distintos ámbitos de gobierno.

Es una estrategia que en la actualidad ésta siendo aplicada en muchos países con una concepción que traslada y transfiere competencias y poder de decisión, privilegiando la eficacia de los servicios y su financiamiento.

La Constitución de la República Bolivariana de Venezuela en su Art. 83 (CRBV1999), establece que, “la salud es un derecho social fundamental, obligación del estado, que lo garantizara como parte del derecho a la vida”.

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

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

- 1.- El derecho a la vida, entendido como la básica protección de la vida de las personas por parte del estado y de la sociedad en su conjunto.
- 2.- El derecho al bienestar y a la calidad de vida, entendido como la realización de los proyectos de vida de las personas en las mejores

condiciones posibles y con todos los medios disponibles.

3.- El derecho a la atención, en términos de la atención y prevención de las enfermedades que atentan contra la realización de la vida.

4.- El derecho a la participación ciudadana en salud, entendida como el favorecimiento del ejercicio de la ciudadanía y la autonomía, en términos del poder de decisión y de acción, individual y colectiva, en todo lo relacionado con la salud.

Dada su importancia en el desarrollo de la vida de las personas y comunidades, la salud adquiere rango de relevancia pública con supremacía dentro del marco de políticas públicas y sobre toda acción que pueda contribuir a generar capacidades, medios y condiciones para garantizarla, provengan del sector gubernamental o privado lucrativo o no lucrativo.

La relevancia pública de la salud, supone que toda acción de salud y de interés para la salud debe funcionar desde la lógica de la regulación pública, quedando el interés particular supeditado al interés superior de todos los ciudadanos y ciudadanas, salvaguardados en las orientaciones y disposiciones que establezca el estado a través de sus instituciones. La aplicación de ese principio implica la participación corresponsable de la sociedad, la familia y las personas de todos los poderes públicos y de las instituciones privadas en la consecución de los objetivos nacionales para ser efectivos el derecho a la salud.

La Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (CRBV 1999), introduce una nueva concepción de salud, entendida como expresión de condiciones de vida y resultado de sus determinaciones sociales.

Exposición de Motivos, Capítulo V, De los Derechos Sociales y de las Familias:

Se garantiza para todos la seguridad social, la cual debe responder a los conceptos de solidaridad, universalidad, integralidad, unicidad, participación y eficiencia. La salud, asociada indisolublemente a la calidad de vida y al desarrollo humano, constituye un derecho social fundamental que el Estado garantiza a partir de un sistema sanitario de servicios gratuitos,

definido como único, universal, descentralizado y participativo. Asimismo, consecuente con el principio de corresponsabilidad, la Constitución promueve la participación ciudadana en la formulación y ejecución de las políticas y planes de salud, a fin de lograr un ambiente sano y saludable.

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

La universalidad del derecho a la salud, reduciendo el déficit de atención e impactando sobre las inequidades, exige dentro de esta nueva definición (OMS: 1990).

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

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

y todas.

3.- Reorientar el modo en que los servicios de salud se planifican, ordenan y funcionan, de tal forma que el eje de su actuación sea responder a las diferentes configuraciones individuales y colectivas de calidad de vida y salud, articulándose entre ellos y dentro de su territorio de acuerdo a las características y formas de expresión de estas necesidades por género, etapas de la vida, territorios y extractos sociales, y problemas de mayor impacto en la salud de la población. (OMS1990).

Las definiciones fundamentales sobre salud como derecho social, responsabilidad del Estado de garantizarla a todos los habitantes del país, participación comunitaria, financiamiento y funcionamiento del sistema de salud, seguridad social y principios que regirán el sistema de salud definido como único, participativo, nacional y de salud integral:

Artículo 83. *La salud es un derecho social fundamental, obligación del Estado, que lo garantizará como parte del derecho a la vida. El Estado promoverá y desarrollará políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios. Todas las personas tienen derecho a la protección de la salud, así como el deber de participar activamente en su promoción y defensa, y el de cumplir con las medidas sanitarias y de saneamiento que establezca la ley, de conformidad con los tratados y convenios internacionales suscritos y ratificados por la República.*

Artículo 84. *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, integrado al sistema de seguridad social, regido por los principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, integración social y solidaridad. El sistema público nacional de salud dará prioridad a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades, garantizando tratamiento oportuno y rehabilitación de calidad. Los bienes y servicios públicos de salud son propiedad del Estado y no podrán ser privatizados. La comunidad organizada tiene el derecho y el deber de participar en la toma de decisiones sobre la planificación, ejecución y control de la política específica en las instituciones públicas de salud*

Artículo 85. *El financiamiento del sistema público nacional de salud es obligación del Estado, que integrará los recursos fiscales, las cotizaciones obligatorias de la seguridad social y cualquier otra fuente de financiamiento que determine la ley. El Estado garantizará un presupuesto para la salud que permita cumplir con los objetivos de la política sanitaria. En coordinación con las universidades y los centros de investigación, se promoverá y desarrollará una política nacional de formación de profesionales, técnicos y técnicas y una industria nacional de producción de insumos para la salud. El Estado regulará las instituciones públicas y privadas de salud.*

Artículo 86. *Toda persona tiene derecho a la seguridad social como servicio público de carácter no lucrativo, que garantice la salud y asegure protección en contingencias de maternidad, paternidad, enfermedad, invalidez, enfermedades catastróficas, discapacidad, necesidades especiales, riesgos laborales, pérdida de empleo, desempleo, vejez, viudedad, orfandad, vivienda, cargas derivadas de la vida familiar y cualquier otra circunstancia de previsión social. El Estado tiene la obligación de asegurar la efectividad de este derecho, creando un sistema de seguridad social universal, integral, de financiamiento solidario, unitario, eficiente y participativo, de contribuciones directas o indirectas. La ausencia de capacidad contributiva no será motivo para excluir a las personas de su protección. Los recursos financieros de la seguridad social no podrán ser destinados a otros fines. Las cotizaciones obligatorias que realicen los trabajadores y las trabajadoras para cubrir los servicios médicos y asistenciales y demás beneficios de la seguridad social podrán ser administrados sólo con fines sociales bajo la rectoría del Estado. Los remanentes netos del capital destinado a la salud, la educación y la seguridad social se acumularán a los fines de su distribución y contribución en esos servicios. El sistema de seguridad social será regulado por una ley orgánica especial*

Asimismo, se incluye un conjunto de artículos que favorecen expresamente la participación ciudadana o comunitaria: participación del pueblo en la formación, ejecución y control de la gestión pública (Artículo 62); medios de participación del pueblo: elección, referendo, consulta popular, revocatoria del mandato, iniciativa legislativa, cabildo abierto, asamblea de ciudadanos cuyas decisiones serán de carácter vinculante (Artículo 70);

rendición de cuentas; honestidad y participación en la Administración Pública, que debe estar al servicio de los ciudadanos (Artículo 141); derecho de los ciudadanos a ser informados oportuna y verazmente por la Administración Pública (Artículo 143); se crea el Consejo de Planificación Estatal con participación de las comunidades organizadas -en cada estado- (Artículo 166); Consejo Local de Planificación Pública -a nivel municipal- con representantes de organizaciones vecinales y de la sociedad civil organizada (Artículo 182); participación de las comunidades y ciudadanos en la ejecución, evaluación y control de obras, programas sociales y servicios públicos -en los estados y municipios- (Artículo 184); participación de representantes de la sociedad organizada en el Consejo Federal de Gobierno -nacional- (Artículo 185).

Todos estos mecanismos favorecen la participación ciudadana en el sector salud, creando el marco jurídico que lo promueve.

El marco legal establecido por la Carta Magna ha permitido la formulación de una propuesta de Ley Orgánica de Salud, pendiente de aprobación por la Asamblea Nacional, la cual recoge las orientaciones de política y establece las normas para su institucionalización (IAES. 2005).

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

Al Estado Nacional también le corresponde constitucionalmente ejercer la rectoría en salud, a través del Ministerio con las competencias en esa materia. En consecuencia, al MPPS le corresponde definir las políticas de salud, proveer conjuntamente con los otros entes responsables involucrados, los recursos indispensables para la instrumentación de las políticas; evaluar y controlar la ejecución de las

mismas y aplicar los mecanismos correctivos cuando éstas no se ejecuten (CRBV, 1999, IAES. 2005).

II.5.2. Antecedentes Históricos

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

La mayoría de estas experiencias sucumbieron o sobrevivieron en un ambiente muy adverso que impidió el desarrollo de sus potencialidades. A comienzos de los años ochenta, el Ministerio de Salud promovió la conformación de comités de salud en el marco de las estrategias entonces denominadas de medicina comunitaria. Esta iniciativa se impulsaba desde las direcciones regionales de salud. Eran comités constituidos por los distritos sanitarios, de los cuales dependían, y estaban guiados por las directrices de la Dirección de Bienestar Social del Ministerio de Salud. El énfasis de su trabajo era de carácter preventivo y de apoyo en la realización de actividades tales como los censos sanitarios o las campañas de vacunación.

En algunas experiencias, sobre todo en las que se incorporaron organizaciones de la población y comunidades religiosas de base, los

comités tuvieron beligerancia en reclamar servicios de salud y lograron la instalación de dispensarios médicos locales con aportes de las comunidades y personal del Ministerio de Salud. Sin embargo, el funcionamiento fue siempre muy deficitario y las relaciones con el personal médico muy difíciles, debido a personal, faltaban con frecuencia al trabajo, rotaba con mucha frecuencia y exigía remuneraciones especiales por trabajar en zonas consideradas “de riesgo”. Estas experiencias se deterioraron en pocos años por falta de recursos y por su limitada capacidad de resolución de problemas. En algunos casos se absorbieron con posterioridad por proyectos comunitarios de las alcaldías.

A finales de los años ochenta, el Ministerio de Salud promovió la conformación de las Juntas Socio sanitarias y Socio hospitalarias en el contexto de las políticas de reforma del sector salud y de “recuperación” de costos. Estas juntas estaban constituidas de forma mixta por personal del Ministerio y de las gobernaciones y de representantes institucionales de las comunidades, y su papel era impulsar los aportes comunitarios de recursos y controlar su buen uso.

En un contexto en el que predominaba el deterioro creciente de la red de servicios por el déficit creciente del financiamiento público, esta medida fomentó el desarrollo de fundaciones y otras formas de organización que captaban y gestionaban recursos aportados por la población mediante el pago de cuotas o de servicios. Estos pagos se convirtieron en una barrera importante de acceso a la atención en salud para la población de menores recursos. Más que promover la participación social, las juntas contribuyeron a enmascarar el proceso de abandono por parte del Estado de su responsabilidad con la salud de las poblaciones.

El impacto negativo de las políticas de privatización sobre la calidad de vida de la mayoría de la población y en particular de los más pobres fue de tal envergadura que en febrero de 1989 se produjo una insurrección de estas

poblaciones, conocida como El Caracazo. (Feo, Siqueira, (2004), que descompuso los cimientos de la sociedad. A partir de entonces la indignación popular se fue traduciendo de forma progresiva en organización y se canalizó en un amplio movimiento social. Hasta que el proceso constituyente no llegó a crear las condiciones favorables, las experiencias de participación en salud no estuvieron vinculadas a un proceso de construcción de ciudadanía. El mismo proceso constituyente, por su carácter ampliamente participativo y democrático, que involucró a todos los sectores de la sociedad venezolana, fue un proceso de apropiación de las comunidades y de sus organizaciones sobre sus derechos sociales y políticos y sobre sus responsabilidades en la construcción del nuevo Estado. La organización y el sentido de participación como expresión del poder de la población se acentuaron con los conflictos políticos de 2002 y 2003, cuando la movilización social se constituyó en un pilar fundamental para la estabilidad del país. Esta base de población organizada y consciente de sus derechos y deberes constituye uno de las bases fundamentales sobre los cuales se desarrolla la Misión Barrio Adentro.

II.5.3.- Percepción Teórico Epistemológica de la Participación desde la Misión Barrio Adentro.

La participación como elemento constitutivo de orden teórico metodológico de la MISION BARRO ADENTRO hace de ella un proceso político ideológico de intervención en el marco social de la promoción de un nuevo estado de derecho y de justicia.

La participación comunitaria involucra a individuos, grupos, organizaciones de la sociedad civil y sus interrelaciones con el Estado y los gobiernos locales. Velásquez (citado por Behm (1997), advierte diversos niveles de participación comunitaria. Ellos son: informarse como elemento clave para la gestión democrática; la consulta de inquietudes, necesidades y expectativas como fuente de criterios para tomar decisiones; la decisión, o

sea la posibilidad y capacidad de intervenir en la decisión final; el control de la ejecución de las decisiones y la gestión, o sea como agentes activos con condiciones para el manejo autónomo de determinados ámbitos de la vida colectivo.

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

Esta nueva forma de participación, se plantea en medio de un cuadro general difícil, en donde ejerce influencia el pesimismo frente a un futuro democrático, la desconfianza frente a los partidos políticos como expresión de intereses colectivos, el incremento de la población en situación de pobreza, la globalización como hecho ineludible, el surgimiento del municipio como instancia importante para la conquista de mejores niveles de vida y como fuente de articulación de la gestión vecinal, pública y privada en la vida local. En este contexto, la participación, es decir, los diversos mecanismos e instancias que posee la sociedad para incidir en las estructuras estatales y las políticas públicas, requieren de cambios significativos, en la cultura y la conducta política de las autoridades y de la población en general.

La participación comunitaria, representa una ruptura con el Estado clientelar que ha caracterizado al país por años. Ella, permitirá superar la idea generalizada de exigir del Estado todos los derechos sin contrapartida en materia de deberes, mediante la conquista de la ciudadanía en la cotidianidad. Por otra parte, resulta necesario lograr la confluencia de todos los actores sociales locales sobre planes y proyectos específicos de carácter estratégicos a ser ejecutados en torno al municipio como lugar de encuentro de las iniciativas públicas, privadas y de la comunidad, a partir de una información veraz y completa sobre los asuntos municipales. (OMS 1990,

Tejada. 2003)

La participación es una categoría fundamental y se considera como un "proceso inherente de cada hombre y mujer para hacer aportes decisivos para la vida en común, ya sea para cambiar o mejorar una situación" (Heller, A. (1982). Esta noción supone formar parte de una organización en la que se actúa con libertad, se interviene en las decisiones, se respeta a los demás, hay igualdad y responsabilidad de las elecciones y sus consecuencias. De acuerdo con Hopenhayn (1988), algunas de las motivaciones para participar están referidas a ganar control sobre la propia situación; acceder a mejores y mayores recursos; integrarse a procesos de desarrollo de los cuales las personas han sido excluidas; y aumentar el grado de autoestima gregaria. En síntesis, estas motivaciones nos remiten, según Hopenhayn, a "la voluntad de cada cual de ser menos objeto y más sujeto" .

De acuerdo con Behm (1997), participar implica compartir y ceder el poder, y ello se manifiesta desde la negociación de la participación hasta el control de la situación. La participación efectiva debe ser: activa, consciente, responsable, deliberante, organizada y sostenida. La participación para la toma de decisiones que atañen a la vida en común de los diversos grupos sociales que tejen la sociedad, es un viejo anhelo del trabajo social, cuyos orígenes pueden identificarse en el enfoque desarrollista que ofreció las condiciones políticas para que surgiera el desarrollo de la comunidad; luego identificamos perspectivas contestarías al *status quo* enraizadas en lo que conocemos como la reconceptualización y el trabajo social alternativo, que dan una perspectiva clasista a la participación social, pero sin posibilidades de realización desde la esfera estatal, sino en una práctica militante.

Después del predominio de los años sesenta y setenta, con el control político-ideológico de la participación desde la perspectiva socialdemócrata y social cristiana, son escasas las experiencias que se identifican como

decisiones gubernamentales; por ejemplo puede mencionarse la iniciativa en dichos gobiernos sobre procesos de participación social en el campo de la salud desde el Ministerio de Sanidad. Por otro lado, en la Ley Orgánica de Régimen Municipal (LORM ,1978), se incluye un capítulo relativo a la participación de la comunidad, lo cual constituye el marco de referencia en materia de participación.

En esta Ley, se expresa la participación de las comunidades en materia propia de la vida local a través de tres vías de participación.

- 1) Mediante el flujo de información que le deben suministrar los municipios y distritos sobre sus actividades y con finalidad de promover la participación (Art. 168 y 169).
- 2) Por medio del fortalecimiento y desarrollo de Asociaciones de Vecinos, las cuales se constituirán en órganos con personalidad jurídica propia y estarán orientadas a la defensa de los intereses colectivos (Arts. 170 al 174)
- 3) Por medio de la conformación de Parroquias que no son más que “demarcaciones de carácter local creadas con el objeto de descentralizar la administración municipal, promover la participación ciudadana y mejorar la prestación de servicio. (Arts. 32 al 35) Sin embargo, se le ha dado en los últimos tiempos gran importancia a la participación comunal en los asuntos pertinentes a la vida local, a través del Reglamento Parcial N° 1 de la LORM referente a las Asociaciones de Vecinos.

En el artículo 5 se especifican dos conjuntos de atribuciones que resulta necesario resaltar:

- 1) Las que tiene que ver con la función planificadora, como por ejemplo la proposición a los organismos centrales, sectoriales y regionales, de planes y programas para el mejoramiento de los servicios públicos y, además, la solicitud de áreas destinadas a servicios públicos de diversa índole como los educacionales, asistenciales, recreativos y de

infraestructura

- 2) Las que van dirigidas a las tareas de control, como la vigilancia por el fiel cumplimiento de las normas y ordenanzas, la fiscalización sanitaria, de la prestación de servicios públicos, etc.

Estas atribuciones resumen las posibilidades de la participación de la comunidad organizada en la planificación y gestión de los gobiernos locales, encontrándose legalmente clara y sustentada la relación gobierno - ciudadano, tanto en LORM como su el Reglamento. La participación puede ocurrir en los procesos previos (de planificación), durante la ejecución de una determinada obra, servicio, etc., o en forma posterior a través de la vigilancia del cumplimiento de sus competencias por parte de los órganos municipales.

Es decir estaba legalmente establecido, pero era letra muerta.

A partir de la década del 70, en el ámbito internacional, se empiezan a cuestionar los modelos convencionales de planificación y desarrollo y como consecuencia y las insuficiencias de dichos modelos para resolver los problemas de pobreza, desempleo y desigualdades sociales comienzan a surgir planteamientos sobre la necesidad de orientar la planificación hacia una nueva estrategia de desarrollo. Como una de las líneas principales de cuestionamiento, podemos mencionar a los modelos de planificación del desarrollo llevado a cabo por las Naciones Unidas, en cuyo ámbito surge una serie de informes entre los cuales merecen especial mención:

La estrategia “agro política” de Freidman y Douglas propuesta en 1975, cuyo fundamento es la integración del desarrollo social y urbano.

La proposición de Sachs, en 1976, sobre el “ecodesarrollo”, la cual combina las estrategias de necesidades básicas con una ética ambientalista, focaliza la tensión en los aspectos rurales del desarrollo.

El análisis de Sthor, (1981:16), donde se plantea que las décadas dominadas por estrategias de desarrollo “desde arriba” no llegó a armonizar las disparidades entre niveles de vida. Por el contrario, las desigualdades en general aumentaron, tanto en el ámbito social como territorial. También señala Sthor que en el desarrollo “desde abajo”, al proponerse el desarrollo completo de los recursos humanos y naturales de cada región y la satisfacción de sus necesidades básicas, debería superar los efectos negativos del “desarrollo desde arriba” el patrón de tal estrategia, debería ser mas descentralizado y difuso que el actual.

En tal sentido expresa, varias categorías, de estudio, las cuales son: La necesidad de que tal desarrollo sea de origen endógeno. La necesaria focalización de ese desarrollo hacia el hombre. La satisfacción de las necesidades básicas de la población. La desconcentración y la descentralización.

La Democratización y una participación desde la base y no desde el estado “hacia abajo.”

Estableciendo de esta manera que el desarrollo de las sociedades del tercer mundo contemporáneo debe significar necesariamente un proceso real de participación, es decir de democratización y socialización del poder (Sthor, 1981:14):

La noción de participación, según Pitter (1981), se distingue dos grandes enfoques:

La interpretación “Liberal”; dirigida a reformar la democracia representativa, apuntalándose siempre en las relaciones capitalistas. Siendo su objetivo esencial el de mejorar la calidad de la democracia, sus principales acciones conducen a cortar los obstáculos burocráticos para la participación, desestimular el hermetismo gubernamental y procurar un

mejor nivel de información a la ciudadanía, para que esta pueda expresar sus preferencias antes de que las decisiones fueren tomadas y la Interpretación “Radical”, que engloba a los teóricos y activistas que cuestionan y buscan sustituir la democracia representativa por otro sistema, en muchos casos por la denominada “democracia participativa”. Esta tendencia aboca por el traspaso de “control a manos de la comunidad”, lo cual implicaría una redistribución total del poder. El sello común y predominante de este enfoque es el desafío a las estructuras de gobierno existentes.

Según Pearse y Stiefel (1979), definen la participación como “los esfuerzos organizados para incrementar el control sobre los recursos y las instituciones reguladoras en situaciones sociales, por parte de grupos y movimientos de los hasta entonces excluidos de tal control.”

Otros autores, en vez de polarizar su visión en dos tipos extremos, distinguen diversos grados de participación.

El investigador Pateman (1999), define tres tipos de situaciones:

La Pseudo Participación que es aquella donde las autoridades someten a consulta un asunto, para dar la impresión de ser condescendiente, pero de hecho la decisión ha sido tomada a priori. La Participación Parcial, cuando dos o más partes se influyen mutuamente en un proceso de toma de decisiones, pero el poder definitivo de decidir lo tiene sólo una de esas partes y la Participación Total, cuando cada grupo o individuo tiene igual influencia en la decisión final.

Arnstein (1980), basándose en estudios específicamente urbanos “propone una tipología de ocho grados de participación, desde el nivel más bajo que denomina “manipulación” hasta el más alto de “control comunitario”, agrupados en tres grados.”

Finquielevicj y Rovere (1993:19) distinguen tres tipos de interacciones sociales:

Modelo Asistencial: es aquel en el cual la comunidad participa solamente como beneficiaria pasiva, ejemplo los subsidios y los programas sociales. Modelo “Asistencial Participativo”, en este el Estado cumple el rol principal con relativa participación de la comunidad y Modelo “Participativo”, en este modelo tanto el Estado como la Sociedad Civil juegan roles significativos, relativamente equilibrados en importancia. Juntos, el Estado con sus organizaciones, servicios y recursos económicos, y la Sociedad Civil, con su capacidad de trabajo, tratan de implementar soluciones a los problemas urbanos. Este modelo está ganando terreno en América Latina desde mediados de la década de los setenta, dando origen a una nueva forma de planificación participativa.

Para Montero (1986:16), la participación es: ejecutar o estar involucrado (a) en algún acto o fenómeno de carácter social, en el cual otras personas están presentes de la misma manera (cursos, fiestas, reuniones etc.).

La Organización Panamericana de la Salud, considera que en muchos programas que se desarrollan en Latinoamérica y El Caribe, se evidencian dos tendencias en términos de participación: en una la comunidad es considerada como un recurso indispensable para el éxito del programa, pero en el mismo plano, que otros recursos humanos. (OPS (1990).

En la otra tendencia la comunidad es generadora y conductora de todo el programa y los agentes externos son concebidos como recursos al servicio de la comunidad. Al respecto, esta organización considera que la primera no es participación comunitaria, en todo caso sería colaboración de la comunidad, mientras que la segunda tendencia la interpreta en los

siguientes términos: “Participación es el proceso mediante el cual los individuos y las familias asumen responsabilidad por su propia salud y bienestar y el de la comunidad y desarrollan la capacidad de contribuir al progreso propio y al de la comunidad.” (OPS (1990).

En la opinión de Moreno y otros, (1988:20), esta definición refleja un enfoque individual y no precisamente comunitario. Ellos consideran que:

“Para que la participación sea verdaderamente comunitaria, el énfasis debe ser puesto en la misma comunidad como un todo, como una estructura que supera la suma de los individuos que la componen, y que las tendencias arriba descritas, excluyen el concepto de comunitariedad”.

En la década de los ochenta y noventa se argumenta la participación social especialmente relacionada con un concepto de salud que se base en un proceso de construcción social (OMS, 1990).

En el segundo quinquenio de los años noventa, encontramos iniciativas gubernamentales que empiezan a considerar la participación comunitaria en asuntos que atañen a la salud.

Una de las novedades de la CRBV de 1999, es su invocación a la participación: el artículo 70, que trata esta materia, habla inclusive del “protagonismo del pueblo en el ejercicio de su soberanía”. Esta participación se quiere canalizar no solo en la materia electoral, invitando a la gente a que vote o que forme parte de las mesas de votación, sino tomando parte en los referendos y hasta convocándolos. Se puede leer el artículo 62 el interés de la Constitución en que los ciudadanos participen en lo social. Igualmente el artículo 6 establece el carácter democrático y participativo del gobierno y las entidades políticas que la componen, así mismo el artículo 132 en cuanto a los deberes de los ciudadanos en participar en la vida política, civil y comunitaria del país, al igual que el artículo 67 referentes a los derechos de los ciudadanos en asociarse con fines políticos, mediante métodos

democráticos de organización.

II.5.4. La presencia ideológica en el discurso y la programación de la Misión Barrio Adentro.

En los últimos siete años en el país las respuestas sociales en su conjunto han sido claras y evidentes. Los distintos sectores sociales se han involucrado en sus espacios propios y han generado una respuesta por parte de los actores sociales, que ha contribuido a la conformación de un discurso sobre la integración y la solidaridad. que a predominado en el accionar de la misión barrio adentro.

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

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

La respuesta a estos retos se ha materializado en la concreción de la Misión Barrio Adentro, la cual fue iniciada en el primer trimestre del año 2003 en el Municipio Libertador del Distrito Metropolitano de Caracas donde se establece un acuerdo entre la Alcaldía del Municipio Libertador y la República de Cuba, como parte del “Convenio Integral de Cooperación” entre ambos países con miras a implementar un plan de salud en los Barrios de Caracas. (Alvarez, Barcos y otros. 2005, MBA.2003)

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

Las características que la definen son la siguiente:

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

La Misión Barrio Adentro se propone una Red de Atención Primaria de Salud con servicios dotados de capacidad resolutive para el logro de calidad de vida y salud, respondiendo a las necesidades sociales y en interacción con las otras redes sociales, mediante acciones de protección de la vida, educación para la salud, prevención, manejo de enfermedades, restitución y rehabilitación de la salud, actuando sobre los determinantes de la salud de las personas y las comunidades según sus territorios sociales.(MBA.2003).

CAPITULO III

LA MISION BARRIO ADENTRO Y LA SALUD EN LA FORMACION DE UN NUEVO ESTADO.

Para comprender la MISIÓN BARRIO ADENTRO, su dinámica y su identificación como generadora o impactadora de otras misiones, en función del desarrollo de una nueva sociedad, debemos explicar los elementos constitutivos de ellas y las concepciones de estos elementos.

III.1. La Salud como Base para el Estado Promotor de Bienestar.

Los esfuerzos del Estado mediante las políticas públicas, están puestos en transformar las condiciones de calidad de vida y aumentar la inclusión de la población venezolana, conquistando la universalidad de los derechos sociales con equidad. Desafío que pasa por un proceso de construcción de ciudadanía, otorgarles legitimidad, para que puedan tener una participación protagónica en los asuntos públicos para conformar actores sociales conscientes de sus derechos y de sus deberes. A partir del proceso constituyente de 1999, se lleva a cabo una reforma constitucional, que cambia radicalmente la concepción de la participación en el Estado venezolano, ya que cambia su carácter jurídico constitucional, pasando a ser un *Derecho Social Fundamental*, responsabilidad del Estado y vinculado con el derecho a la vida.

Desde la década de los 80 en América Latina, se han venido desarrollando serios debates acerca del tema de la participación comunitaria y el rol del Estado, para promoverla. Los planteamientos que justificaron las propuestas de Reforma del Estado. (Bresser, I. y Cunill, N. 1999), se enmarcaron en la definición de políticas públicas orientadas a la rearticulación de las relaciones entre el Estado y la sociedad civil, en la cual

la participación ciudadana se concibe como un medio para profundizar la democracia. En Venezuela dicho proceso, en la práctica no logro concretar una real participación de los ciudadanos en la toma de decisión sino su colaboración en la ejecución de algunas tareas o la prestación de un servicio. Este panorama comienza a cambiar con la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (CRBV 1999), en la cual se fundan las políticas públicas sobre la participación ciudadana en la gestión pública, con un rol preponderante del gobierno nacional para su promoción.

Como medio necesario para afianzar el protagonismo de la población y las comunidades en labores conjuntas con los organismos del Estado, se obliga al mismo Estado y a la sociedad. (CRBV 1999) (Art. 62) a facilitar que el pueblo participe en la formación, ejecución y control de la política y la gestión pública, así mismo, reconoce y facilita la acción de instancias de participación protagónica, cogestión, autogestión y cooperativismo.

Se hace necesario incorporar la participación de la comunidad donde implique la confrontación de expectativas y prioridades entre la gestión pública y el actor social que hace vida en la misma; donde exista una adecuada reforma del Estado que permita abrir el camino hacia una verdadera descentralización privilegiando la democratización y modernización, para así generar cambios donde la comunidad sea un nuevo sujeto del sistema político social.

En el marco del cambio socio político que esta en proceso en el sistema de salud en Venezuela, basado en la participación comunitaria, se hace necesario preguntar cuales son las condiciones que se dan para la participación comunitaria, surgiendo estas interrogantes. ¿Cuáles son los actores claves en la participación de la gestión pública en salud en la misión Barrio Adentro? ¿Cuáles son los grupos formales en dicha participación en la misión Barrio Adentro? ¿Cuál es el grado de pertinencia de los actores en la

participación en la Misión Barrio Adentro? ¿Cuál es el grado, tipo y nivel de participación de los actores y grupos sociales?

Se plantea estudiar la participación en la gestión pública en salud en la Misión Barrio Adentro, específicamente en cuanto a la identificación de los actores sociales, la creación de espacios de negociación, el desarrollo de los procesos participativos en el marco de la construcción de los comités de salud como expresión de instancia de beneficio colectivo.

Inmersa en un escenario mundial que hace a las sociedades cada vez más complejas e interdependientes, la sociedad venezolana vive a su vez un proceso de transformaciones en todos los órdenes que puede ser caracterizado como transición entre la pervivencia de viejos modelos de organización social y política, y la emergencia de nuevos modos de construcción de una democracia participativa y protagónica basada en la justicia social, como eje de la recomposición de los campos económico, socio-político, cultural , educativo y sanitario.

Entre los derechos sociales, la Constitución consagra el derecho a la participación de forma solidaria en la vida política, civil y comunitaria. La Constitución define el Consejo Local de Planificación Pública (CRBV 1999) como el espacio de participación ciudadana en la planificación y gestión local, establece la transferencia progresiva de la gestión de los servicios públicos a las comunidades y grupos vecinales organizados y explicita la participación de las comunidades y de la ciudadanía en la formulación de los presupuestos y planes y en la ejecución, evaluación y control de los programas y servicios públicos. Estos derechos y deberes sientan las bases para que la participación se convierta en la transferencia de poder a las comunidades. En las actuales circunstancias de la realidad social, política y administrativa del país, la participación comunitaria debe ser entendida como un proceso amplio de intervención de los sujetos y grupos organizados

en la toma de decisiones para modificar sus condiciones de vida, democratizar la atención, alcanzar una distribución más equitativa de los recursos y elevar el grado de responsabilidad de todos los actores involucrados en el mantenimiento de la democracia colectiva.

Lo importante es lograr conocer los espacios de participación en la gestión de salud y concertación entre los distintos actores que hacen trabajo comunitario y lograr una apertura real en la participación comunitaria. Conocer el grado de modalidad de participación, los niveles y los valores básicos de integración de las comunidades en la problemática de salud, a fin de proponer alternativas de soluciones factibles y realistas.

Así mismo, aportar ideas para una mejor estrategia en la gestión pública, a través del conocimiento de las políticas públicas bajo el principio de la participación protagónica, tomándose para el análisis la participación de personas conocedoras de la realidad social.

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

Se hace imperativo, ante la propuesta de las mejoras de la prestación de servicios médicos en manos privadas, a la acción de un Estado involucrando, a los actores sociales a una política integradora. Para poder construir las oportunidades de salud en Venezuela se hizo necesario cambiar la perspectiva de abordaje rentista y modernidad, asumiendo nuevas propuestas en donde debe procurarse una integración en los diversos niveles de atención con relación al espacio territorial. Se requiere de más y mejores centros de atención primaria que de grandes hospitales, se necesitan más médicos generales integrales que especialistas y más expertos en salud

pública que diseñen propuestas novedosas para la sociedad, se trata de cambiar: clientelismo, ineficacia, burocracia ineficaz e ineficiente, y corrupción.

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

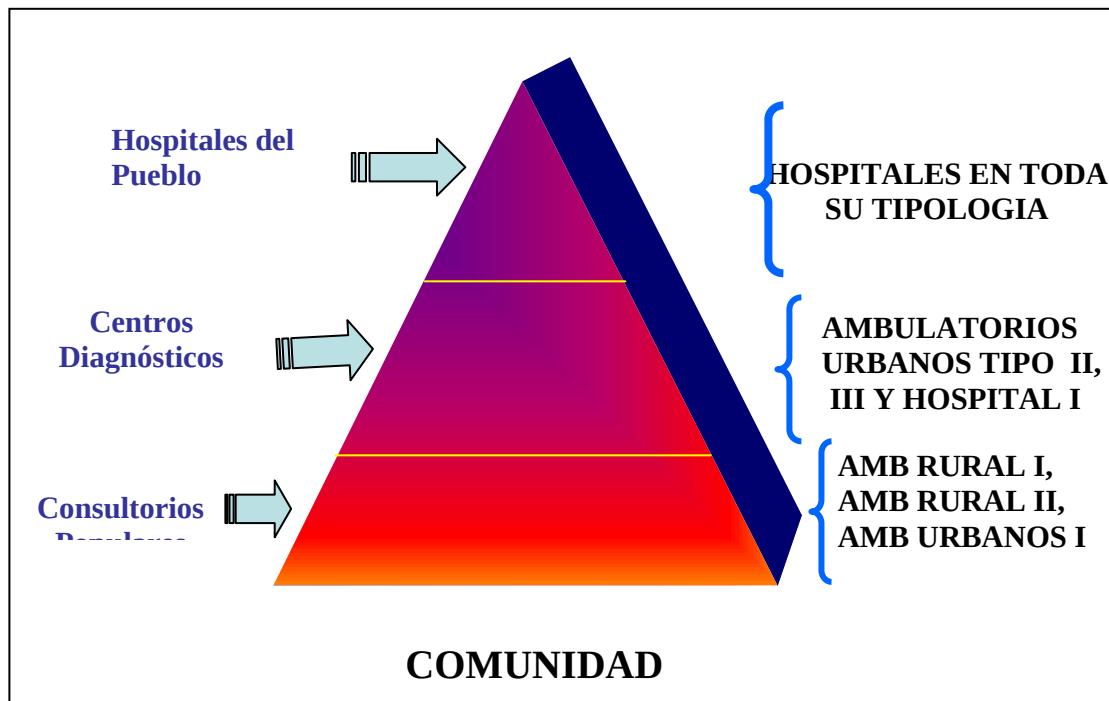
Las características que la definen son la siguiente:

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

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

(MBA 2003).

En el presente gráfico (Nº 1) se puede observar la nueva estructura de servicios en comparación con la red de servicio actual.



Fuente. Misión Barrio Adentro.2003.

Barrio Adentro, representa el primer nivel de atención de la salud en el marco de la Atención Primaria que resuelve más del 80 por ciento de los problemas sanitarios de la población en sus territorios, abordándolos en forma interdisciplinaria, desde una perspectiva integral de salud, que articula las políticas y programas sociales del Gobierno Nacional. Está integrado por los Consultorios Populares, los cuales constituyen la primera puerta de entrada al Sistema Público Nacional de Salud, también se cuenta con Centros Diagnósticos, que brindan cobertura a un porcentaje importante de la población, en todas las regiones del país, conformando la red secundaria de atención . (Álvarez S R, Barcos P y otros, 2005, MBA 2003.)

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

III.2. Objetivos de la Misión Barrio Adentro

Entre los objetivos que Barrio Adentro se plantea están los siguientes: (Álvarez S R, Barcos P y otros, 2005, MBA 2003.) (MSDS 2004).

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

III.3. Metas de la Misión Barrio Adentro

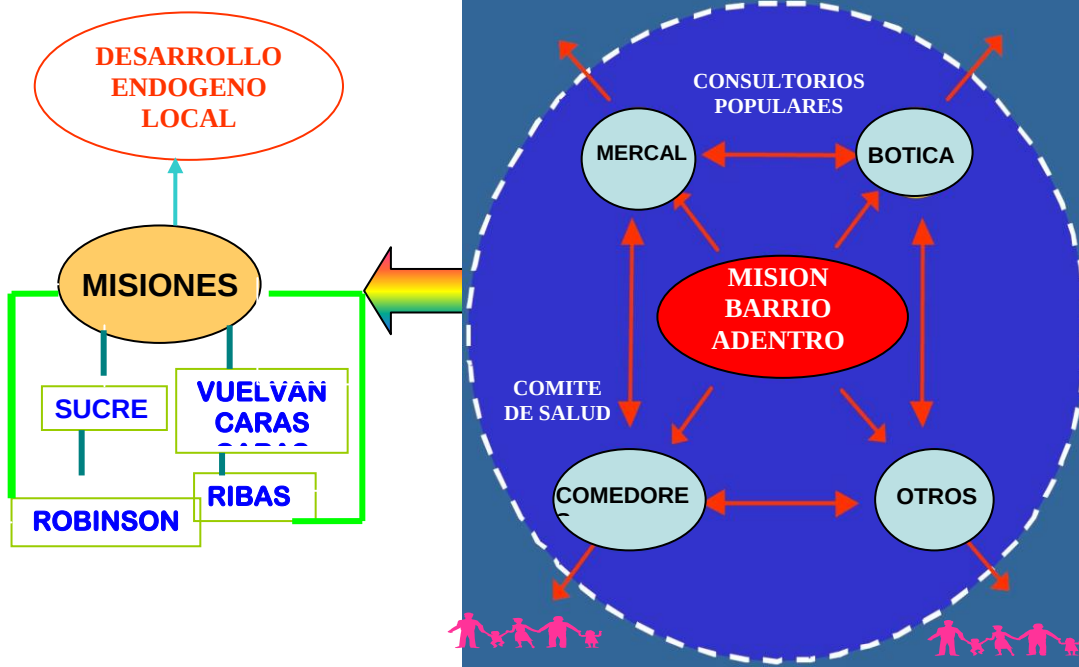
Así mismo, se plantean las siguientes metas: (Álvarez S R, Barcos P y otros, 2005, MBA 2003.) (MSDS 2004).

- Establecer la Red de Atención Primaria como plataforma del Sistema Público Nacional de Salud y como nuevo modelo de gestión pública a nivel nacional
- Lograr un médico por cada 250 familias
- Promover la salud integral de individuos, familias y comunidades
- Impulsar la construcción de las Redes Sociales bajo control comunitario
- Articular la Misión Barrio Adentro con otros programas sociales para contribuir al desarrollo, crecimiento y envejecimiento de la población con calidad de vida.
- Contribuir en la formación del recurso humano y comunitario necesario para la Atención Primaria de Salud.

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

En el presente gráfico (Nº 2) se aprecia la expresión de Barrio Adentro como la construcción de la Red Social Básica de las Políticas Sociales del Estado, donde se articula esa política social a través de las misiones.

Dimensión Conceptual de la Misión Barrio Adentro:



Fuente. Misión Barrio Adentro.

Los aspectos conceptuales donde se sustenta la Misión Barrio Adentro para darle concreción a la política de salud de Atención Primaria son: La salud como derecho social, calidad de vida, promoción de la salud, participación ciudadana, contraloría social, desarrollo local.

Planteada en estos términos, la Misión Barrio Adentro como eje articulador de las políticas sociales tiene ante sí el gran reto político y cultural de darle unicidad en la diversidad y constituir la Gran Misión de País, aportando un nuevo bloque social, capaz de plantear nuevas opciones, lo que implica el fortalecimiento de las redes sociales, la integración de las diferentes experiencias y potenciar el protagonismo de las comunidades para

contribuir efectivamente a formas de democracia con participación popular; es decir, Barrio Adentro desde la base del movimiento social.

El Plan Barrio Adentro se ha desarrollado en varias fases. Una primera de experimentación entre abril y junio de 2003 que consistió en medir el impacto y el apoyo de las comunidades, la constitución de los primeros Comités de Salud, la adaptación de los médicos y médicas cubanas y la evaluación de las enfermedades más frecuentes en cada localidad. Esta fase piloto se desarrolló en el Municipio Libertador a través del Instituto de Economía Local (IDEL) de la alcaldía de dicho municipio. Una segunda fase entre junio y agosto de 2003 que consistió en la expansión del Plan Barrio Adentro hacia diversos estados del territorio nacional. Y una tercera fase, entre septiembre y diciembre de 2003, que consistió en la extensión masiva del Plan hasta alcanzar todos los estados y el distrito capital, llegando a un total de 10.179 médicos y médicas en todo el territorio nacional, cada uno de los cuales realiza 26 actividades médicas diarias que incluyen consultas, educación para la salud, actividades de preparación de líderes comunitarios, promoción de salud, visitas directas a pacientes enfermos, es decir todo tipo de actividades relacionadas con la salud integral de las 250 familias que están a su cargo.

El 14 de diciembre de 2003, comienza una nueva fase con el nacimiento de la Misión Barrio Adentro, para lo cual el Presidente de la República Hugo Chávez Frías juramentó la Comisión Presidencial, la cual fué presidida por el Ministro de Salud y Desarrollo Social, Roger Capella e integrada por Alí Rodríguez Araque, Presidente de PDVSA, el General de División Nelson Verde Graterol, Jefe del Estado Mayor Conjunto de la Fuerza Armada, Alejandro Maya Silva, Viceministro de Desarrollo Social, Freddy Bernal, Alcalde de Caracas, José Vicente Rancel Ávalos, Alcalde del Municipio Sucre, Tamanaco Lara, Juan Carlos Jiménez y Robert Jiménez del Frente Francisco de Miranda.

En ese mismo día se inauguraron los primeros 20 Consultorios Populares o Casas de la Salud y la Vida, como primer paso para alcanzar la meta estimada de 5000 para el año 2004.

En la implementación y desarrollo de la Misión Barrio Adentro juega un papel fundamental la comunidad organizada, quien participa activamente a través de los Comités de Salud, entre otras organizaciones. Además la Misión Barrio Adentro se basa en el concepto de Salud Integral, el cual trasciende la vieja visión reduccionista, que asocia la salud exclusivamente a la Asistencia médica. Para la Misión Barrio Adentro la salud se relaciona con la economía social, la cultura, el deporte, el ambiente, la educación y la seguridad alimentaria, de allí la importancia de la organización comunitaria y la presencia de los médicos y médicas que cotidianamente viven en y con las comunidades.

III.4. La propuesta de la Salud de la Misión Barrio Adentro.

III.4.1. La salud como derecho social.

Implica la satisfacción de necesidades básicas, el desarrollo de capacidades, habilidades, aptitudes en las diferentes áreas intelectuales, deportivas, además el acceso a las oportunidades culturales, políticas y laborales, al saber, a la información, a los niveles de toma de decisión.

Es el resultado de las condiciones de alimentación, vivienda, educación, medio ambiente, trabajo, transporte, seguridad personal, empleo, recreación, libertad y acceso a los servicios, por lo cual plantea la necesidad de mejorar la calidad de vida de la población con intervenciones concretas en cada uno de esos factores.

III.4.2. La Salud y Medicina General Integral.

Compuesta por 58 especialistas en Medicina General Integral, el 16 de abril de 2003 arriba la primera brigada médica cubana al municipio Libertador y son ubicados en diez de las parroquias más pobres de Caracas (MMC 2003). Ante los resultados favorables para la salud (MSDS2004) y la amplia aceptación que tiene en el pueblo el 6 de Mayo del propio año el Plan recibe el reconocimiento y el apoyo del Presidente Hugo Rafael Chávez Frías en su programa ¡Aló Presidente!. La incorporación de especialistas cubanos fue aumentando y el Presidente Chávez decide transformar el Plan inicial en la MISIÓN BARRIO ADENTRO como la respuesta del Estado (MSDS2004) para la solución de las principales necesidades sociales y de salud de todos los venezolanos, especialmente los sectores excluidos de la sociedad (MSDS2004). A finales de septiembre de 2003 la gran experiencia acumulada en Caracas y Miranda permitió extender progresivamente los Consultorios Populares con gran rapidez a los diferentes estados del país. La avanzada de médicos cubanos se fue multiplicando sucesivamente hasta atender, actualmente, en sus casas a más de 17 000 000 de venezolanos, el 70,0 % de la población del país (Gusmao R. 2004, MBA 2004, Batista P, Reyes F 2004) y decir con orgullo que la Misión está en todos los municipios de todos los estados del país.

El domingo 14 de diciembre del año 2003 en el Barrio El Onoto, Caricuao, Municipio Libertador del Distrito Metropolitano, en el Programa Aló Presidente número 174 (Chávez Frías HR. 2003), es Juramentada la Comisión Presidencial de la Misión Barrio Adentro presidida por el Ministerio de Salud y Desarrollo Social y cuya finalidad es implantar, consolidar y extender Barrio Adentro a todo el territorio nacional, Para ello se establecen alianzas estratégicas interinstitucionales, con las Gobernaciones, con las Alcaldías y con las Comunidades Organizadas (MSDS 2004).

En enero de 2004 se suscribe el “Acuerdo Bolivariano de compromiso con la Misión Barrio Adentro” por parte de la Comisión Presidencial, y gobernadores y alcaldes bolivarianos de todo el país (MBR2004, MSDS 2004, MSDS2004).

Publicado en la Gaceta Oficial No. 37 865, de fecha 26 de enero de 2004, Decreto presidencial No. 2 745 se plantea: “La Comisión Presidencial “Misión Barrio Adentro” tendrá como objetivo la implementación y coordinación institucional del Programa Integral de prestación de Atención Primaria de Salud, estimulación e implementación de expresiones de la economía social y transformación de las condiciones sociales, económicas y ambientales de las comunidades bajo un nuevo modelo de gestión basado en principios de interdependencia, coordinación, corresponsabilidad, cooperación y de participación activa y protagónica de las comunidades organizadas” (CNAP2004, CPMBA 2004).

III.4.3. La Salud como Calidad de Vida.

Se ubica automáticamente en la urgencia de dar respuestas coherentes para la defensa de la vida de individualidades y colectividades. Tiene implicaciones en el nivel de satisfacción de necesidades sociales de los conglomerados humanos. Se trata de brindar posibilidades para que vivan en condiciones humanas aceptables, no solo en cuanto a necesidades concretas cuya solución depende de las decisiones políticas, sino también al respeto de sus tradiciones, sus formas de vida, creencias, costumbres, en fin todo aquello que forme parte de su cultura.

III.4.4. La Salud como Promoción.

Es una poderosa herramienta de transformación que toca las raíces políticas, económicas, sociales y culturales de la población, contribuyendo a elevar el nivel de conciencia ciudadana para enfrentar los retos de alcanzar

colectivamente una mejor calidad de vida. Su acción trasciende los espacios de los servicios para insertarse en la comunidad donde acontece y se desarrolla la vida, es acercarse a la gente, privilegiar lo humano, como centro de la salud; construyendo espacios de participación donde es posible realizar los propios intereses y concertar con otros las acciones que atañen a los colectivos, lo cual implica coordinación, diálogo, comunicación, intercambio, integración, suma de esfuerzos, trabajo conjunto, decisiones integrales en la búsqueda permanente de mejorar la calidad de salud y vida. Proporciona herramientas a los individuos, familias y comunidades para desarrollar habilidades y capacidades que posibiliten la autonomía, empoderándose de sus propios procesos, el reconocimiento de sus derechos sociales, de la tan necesaria autonomía. Dando cuenta así del precepto constitucional, que establece el deber de todas las personas de participar activamente en la promoción y defensa de la salud.

III.4.5. Participación Ciudadana en la Redimensión del Derecho de la Salud.

Es uno de los ejes centrales para alcanzar el desarrollo de una auténtica democracia participativa. La construcción de un nuevo orden social, plantea hoy un Estado que considere como centro de acción al individuo, se oriente hacia un desarrollo social y humano sustentable como ejercicio democrático, amplio y participativo. Requiere que los ciudadanos/as asuman un rol protagónico en la gestión pública, esto permite indicar que democratizar los servicios de salud, es asegurar que se conviertan en instancias para la participación, en función de ejercer el poder compartido con el Estado donde cada quien resguarde su espacio y naturaleza para cumplir con los intereses de la comunidad. Toda gestión pública que se precie de ser participativa e innovadora de procesos de democratización, debe involucrar en todos los planes de desarrollo a los diferentes actores/as políticos, expertos, técnicos institucionales y organizaciones sociales, siendo

aquí precisamente donde la participación se constituye en un instrumento clave para contribuir a la solución de los problemas.

III.4.6. Contraloría Social.

Es el conjunto de acciones de control, vigilancia y evaluación que realizan las personas de manera organizada e independiente, en un modelo de derechos y compromisos ciudadanos con el propósito de contribuir a que la gestión gubernamental y el manejo de los recursos públicos, se realicen con transparencia, eficacia y honradez. La contraloría social aporta los siguientes beneficios a la población: mayor conocimiento de sus derechos y obligaciones, disponibilidad de recursos, manejo de mecanismos para negociar con los gobiernos locales en relación a obras y acciones a realizar, acciones para mejorar la gestión pública, prevención de irregularidades, consolidación de procesos de autogestión. La contraloría social es una tarea cívica delicada, para lo cual no es suficiente la buena voluntad y compromiso, se requiere una capacitación básica sobre diversos temas tales como leyes y reglamentos, además el conocimiento y manejo de la intervención social. En otras palabras, educación popular.

III.4.7. Desarrollo Local.

Está orientado a estimular e incentivar soluciones creativas que se originen de las propias realidades locales y resulten por lo tanto, más congruentes con las aspiraciones reales de las personas, mediante el ejercicio de una democracia directa y participativa. El desarrollo local tiene como objetivo potenciar la participación y el empoderamiento de las comunidades en los asuntos públicos. De lo que se trata es de ampliar el máximo de posibilidades en función de la construcción de ciudadanía

Es el municipio, el ámbito territorial con mayor posibilidad para la rearticulación de las relaciones entre los ciudadanos y los gobiernos municipales, así como para la organización e integración de las comunidades, lo cual facilita una nueva dinámica entre el poder público y la sociedad y, por consiguiente de la construcción de un nuevo modelo de gestión pública que busca proporcionar mejores condiciones de vida a la sociedad.

En referencia a lo mencionado, por López y García (2003: 39, 40) señalan que esta dinámica de la gestión pública “muestra la relación estrecha que debe existir entre el municipio y comunidad”.

En síntesis, la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela reconoce el derecho del pueblo a participar en la gestión pública, fundamentada en los principios de participación, transparencia y, en especial en la vida política, civil y comunitaria como medio necesario para lograr su protagonismo y garantizar el desarrollo individual y colectivo. Para tal fin, se establece la obligación del gobierno regional y municipal de crear mecanismos abiertos y flexibles a fin de descentralizar y transferir servicios (salud, educación, vivienda, otros) a las comunidades organizadas, previa la demostración de sus capacidades para tal fin (ANC, 1999: 62, 132, 141,184).

Cabe destacar lo relativo al gobierno nacional por su cercanía con las comunidades, en este sentido, constitucionalmente se establece la incorporación de la *participación ciudadana* en el proceso de formulación, ejecución y evaluación de las políticas públicas; así mismo se ratifica al municipio como el ente gubernamental más próximo a la ciudadanía con independencia en sus decisiones y acciones, pero con mayor necesidad de trabajar en corresponsabilidad con las comunidades organizadas (ANC, 1999: Art.168,173,178).

En función de lo expresado, se asume que el gobierno municipal juega un papel fundamental para promover la participación activa de las organizaciones de base, en el diseño y ejecución de políticas públicas que respondan a los requerimientos de sus comunidades, y facilite el proceso de control social en la búsqueda de una gestión transparente.

De allí, que una de la tarea fundamental del estado venezolano en las nuevas condiciones socioeconómicas y políticas del país, es repensar su inserción en una trama compleja de actores institucionales y sociales con diferente capacidad de influencia, entre los cuales se pueden mencionar: el gobierno nacional y regional, diversas organizaciones de los sectores populares, consejos comunales, los grupos económicos, empresarios locales, sindicatos y gremios.

Para ello, el Estado venezolano a través de sus instituciones tiene la obligación de garantizar los servicios profesionales de formación y programas de asistencia técnica, así como su participación en la gestión de programas de capacitación; centrando su atención de acuerdo a sus particularidades socioculturales, valores y tradiciones (ANC, 1999: Arts. 119, 120, 121,123, 125, 166, 186).

Cabe destacar, el carácter vinculante que tienen los distintos niveles de gobierno de implementar la participación ciudadana en sus gestiones, en especial en dos sectores pilares en el desarrollo del país como son la salud y la educación (AN, 1999: Arts. 6, 55, 79, 80, 81, 84, 86, 102, 127, 168, 178, 187, 255, 294).

Lo expuesto, evidencia la relevancia que la (CRBV 1999) le confiere a la participación ciudadana como condición para la profundización de la democracia y el desarrollo económico, social y cultural del país. En este sentido, el Estado venezolano propone un conjunto de mecanismos institucionales a partir de los cuales puede hacerse efectiva la participación

individual o colectiva. No obstante, la capacitación o educación ciudadana que estimule cambios en los esquemas culturales del venezolano constituyen elementos fundamentales para avanzar o retroceder en la transformación de la gestión pública; dejando a un lado las prácticas tradicionales como el partidismo, el clientelismo político, entre otros.

En Venezuela desde el 2002 se han venido dando avances en la creación de espacios y mecanismos para la participación de los ciudadanos en los asuntos públicos, siendo el más reciente la aprobación (2006) de los Consejos Comunales, los cuales siguiendo a El Troudi, Harnecker y Bonilla (2005:49), constituyen “la expresión organizativa de las asambleas de ciudadanos en el ámbito de una pequeña comunidad. En consecuencia, mediante su promoción y fortalecimiento se estaría contribuyendo con la edificación de la democracia participativa y protagónica”. Situación similar se han dado en América Latina específicamente en Brasil, desde mediados de los ochenta como es el caso de los Presupuestos Participativos en Porto Alegre y, en materia de salud con el Proyecto Salud Mental de Belo Horizonte (Araujo, 2001), como espacios públicos que hacen posible el encuentro de las autoridades con la sociedad, a fin de que sus ciudadanos se incorporen en la formulación de propuestas y programas de inversión, en beneficio de sus comunidades.

Los Consejos Comunales, formalmente 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: Art. 6).

Estos Consejos han sido promovidos activamente por el gobierno nacional, con la articulación de instancias nacionales, quienes han coordinado acciones orientadas a la organización, capacitación y financiamiento, para la efectiva conformación de estas instancias de participación popular. Entre ellas se destacan: Ministerio de Participación y Protección Social (MPS), la Fundación para el Desarrollo Comunal (Funda comunal), la Guardia Nacional, PDVSA, Universidad Bolivariana, Ministerio de la Economía Popular (MINEP), el Instituto Nacional de Capacitación y Educación Socialista (INCES), Fondo de Desarrollo Microfinanciero (FONDEMI), Fondo Único Social (FUS), Fondo Intergubernamental para la Descentralización (FIDES), entre otros.

Desde esta perspectiva, los Consejos Comunales se crean con la finalidad de que la formulación de las políticas públicas se concreten desde la base de la sociedad, es decir, que las comunidades organizadas puedan decidir sobre diferentes opciones cual es la solución a sus demandas sociales. Esto es posible en la práctica, dado que estos Consejos reciben asignaciones directas de recursos por parte del gobierno nacional a través de distintos fondos de financiamiento.

En tal sentido, las comunidades organizadas deben convertirse en sujetos corresponsables en dar respuestas a la problemática de su realidad, a través de su intervención directa en la definición, ejecución y control de los recursos públicos. Vista así, la participación de los ciudadanos en los Consejos Comunales puede definirse siguiendo la posición teórica de Pontual (2002: 18), como “la participación de la población en la elaboración y fiscalización de la ejecución del presupuesto municipal (...) constituyendo un importante instrumento para generar posibilidades efectivas de distribución del poder y de intervención directa de la población organizada en la formulación de políticas públicas municipales”.

Para la conformación de los Consejos Comunales se consideran diferentes criterios técnicos y sociológicos, en tanto se define a la comunidad como “un conglomerado social de familias, ciudadanos y ciudadanas que habitan en un área geográfica determinada, 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 y de otra índole” (AN, 2006b: Art. 4). Por lo tanto, se prevee que los Consejos Comunales, deben ser instalados en comunidades urbanas de 200 a 400 familias, a partir de 20 en áreas rurales y a partir de 10 en comunidades indígenas.

Desde la aprobación en el 2006 de la ley que regula los Consejos Comunales, varias ciudades del país han avanzado en su conformación. A manera de referencia se ubica el caso del estado Zulia, que según para el año 2008, la Dirección de Funda comunal actualmente existen 3000 Consejos Comunales y la meta para el 2010 es crear 6000 nuevos Consejos; situación que se evidencia en la gestión por parte de las comunidades organizadas de programas y proyectos de inversión relativos a diferentes servicios y obras de desarrollo: vivienda, agricultura, ambiente, módulos de salud, rehabilitación de escuelas, transporte comunitario, entre otras.

A continuación se describe la participación ciudadana en los Consejos Comunales considerando dos aspectos claves: la toma de decisión y el control.

A) Toma de decisión

Antes de abordar el estudio de la toma de decisión como proceso clave en la dinámica política y administrativa de los Consejos Comunales, se considera pertinente definir a qué da cuenta este concejo.

Según Olmo (2002: 197), la toma de decisión puede definirse como “la acción de seleccionar, bajo ciertos criterios, entre dos o más alternativas,

para dar solución a un problema o encrucijada”. En tanto, comprende las siguientes etapas:

a) Reconocimiento del problema; b) Determinación de las posibles alternativas de solución; c) Recolección y análisis de los hechos, que conducen a aclarar el problema y, d) Decisión que contiene la solución.

Otra posición al respecto es la expuesta por Álvarez (1992), quien en su análisis sobre las políticas públicas, destaca la relevancia del proceso de toma de decisión como un aspecto clave para la formación de la agenda pública, en el cual participan diferentes actores con cuotas de poder variable, responsables de escoger los temas o cuestiones públicas y la definición del modo en que van a ser considerados.

Siguiendo estas posiciones, se destacan a continuación las características que adopta la toma de decisión en la gestión de los Consejos Comunales y, su incidencia en la participación de los ciudadanos en dicha gestión.

En Venezuela, se ha avanzado considerablemente en la creación de condiciones normativas para la participación de los ciudadanos en la formación de las políticas públicas, cuya relevancia se ubica desde la Constitución en al menos 69 artículos, así como, en otras normativas creadas.

En tal sentido, como se mencionó anteriormente el artículo 70 del texto constitucional se prevé algunos mecanismos de participación ciudadana en las decisiones públicas tales como: la elección de cargos públicos, el referendo, la consulta popular, la revocatoria del mandato, las iniciativas legislativas, el cabildo abierto y las asambleas de ciudadanos; estos últimos son considerados por Ochoa y Fuenmayor (2006: 166), como “estrategias de intervención ciudadana a nivel local, que permite a los ciudadanos decidir

y opinar sobre la escogencia y mantenimiento de los gobernantes y tomar iniciativa en la formulación de políticas expresadas en las leyes”.

Por otra parte, se promueven la creación de formas organizativas que incorporan el derecho a la participación ciudadana en la toma de decisiones públicas, a saber: mesas técnicas, comités y consejos comunitarios, los cuales abarcan diferentes áreas de interés social vinculadas mayormente con la gestión de los servicios públicos tales como agua, salud, educación, vivienda, entre otros. En tanto, comprenden decisiones que tienen mayor incidencia en el ámbito local, que si bien no tienen gran impacto en materias o asuntos de alcance nacional, favorece la organización comunitaria y con ello un cambio de cultura en los ciudadanos hacia una mayor participación en los asuntos públicos.

Al respecto, Romero (2007), señala que en Venezuela se han venido desarrollando otras formas de asociación comunitaria distintas a las organizaciones de partido, en tanto, promueven un protagonismo directo del ciudadano como es el caso del modelo de los Consejos Comunales.

III.5. Análisis de la Misión Barrio Adentro en la Redimensión del Derecho a la Salud.

Hace cinco años , el autor, estaba participando en el Programa Nacional de Formación de Profesionales del Sector Salud a través de la Misión Barrio Adentro y ocupaba la Coordinación Nacional del Postgrado de Medicina General Integral, que se dicta a los médicos venezolanos que participan como especialistas en la Misión Barrio Adentro y se intentaba ajustar el modelo curricular de dicha especialidad desarrollada en Cuba con la definición del modelo profesional médico , para el nuevo Sistema Público de Salud, con miras a proceder a definir las competencias que permitieran la

determinación y selección de los contenidos, su agrupación en unidades curriculares y la conformación de los programas analíticos, cuando se puso en evidencia la necesidad del conocimiento de los conceptos Atención Primaria de Salud y Barrio Adentro con el objetivo de presentar un diseño curricular que responda a las necesidades sociales del país.

En tal sentido, se analiza el concepto de atención primaria de salud (APS) y el de Barrio Adentro desde la perspectiva de médicos que laboran en Consultorios Populares de la Misión Barrio Adentro como punto de partida de que ambos conceptos se desconocen y lo que es peor, ambos términos se distorsionan pues cualquier profesional o técnico del sector salud, sin haberlo leído, estudiado, analizado y debatido, se considera autorizado para aceptar como válidos sus enfoques y opiniones; lo cual contribuye a tergiversar las actividades y acciones inherentes a la APS y al Programa de Salud de la Misión Barrio Adentro apartándose en teoría y práctica del tratamiento científico que esas actividades requieren. Se describen actividades básicas explícitas en la clásica Declaración de Alma-Atá conjuntamente con las desarrolladas por el equipo de salud del Consultorio Popular, así como una valoración clínico epidemiológica de esas actividades y su aplicación por el equipo de salud, cuyo quehacer en los últimos años se ha afianzado en la ejecución de una atención médica integral para dar respuesta al encargo social en las actuales circunstancias en que se debate la sociedad venezolana por construir el Sistema Público Nacional de Salud (SPNS) y formar el talento humano adecuado.

III.5.1.- Bases Conceptuales

La clásica definición de Atención Primaria de Salud en Alma Ata, 1978, (Lemus L, E R, Borroto, C R.2001) plantea que es: “La asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptables, puestas al alcance de todos los

individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de responsabilidad y autodeterminación. La APS forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto del sistema nacional de salud con los individuos, la familia y la comunidad”. Son sus principales actividades, bien expuestas en la Declaración, en su artículo VII, punto 3 y que son las siguientes:

1. La educación sobre los principales problemas de salud y sobre los métodos de prevención y de lucha correspondientes.
2. La promoción del suministro de alimentos y de una nutrición apropiada.
3. El abastecimiento adecuado de agua potable y saneamiento básico.
4. La asistencia maternoinfantil, con inclusión de la planificación de la familia.
5. La inmunización contra las principales enfermedades infecciosas.
6. La prevención y la lucha contra las enfermedades endémicas locales.
7. El tratamiento apropiado de las enfermedades y los traumatismos comunes.
8. El suministro de medicamentos esenciales.

Actualmente en la dinámica sanitaria mundial, las actividades básicas de APS mantienen su vigencia para contribuir a modificar la situación de salud de la población. Al hacer un análisis (Lemus L, E R, Borroto, C R.2001) para implantar la APS, es obvio que el concepto y sus principios no han sido adecuadamente entendidos en la totalidad de los países, lo que se aprecia en la desarticulación entre la práctica y la teoría existente en múltiples lugares en el proceso de aplicación de esta estrategia.

Constituye la función principal y el núcleo central del Sistema Público Nacional de Salud, así como del desarrollo social y económico global de la comunidad”. Sus características son (MBR 2004):

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

La Red de Atención Primaria de Salud en Venezuela (MBR 2004) “son todos los servicios dotados de capacidad resolutive para el logro de calidad de vida y salud, respondiendo a las necesidades sociales, en interacción con las redes de las otras políticas públicas, y actuando sobre las determinantes de la salud de las personas y de las comunidades. Atiende primero y a lo largo de la vida, lo que exige una organización de trabajo coherente con este compromiso utilizando la tecnología apropiada y una estrecha coordinación con el resto de las redes de atención”.

La Misión Barrio Adentro es la concreción de la Atención Primaria de Salud como prioridad de la política de salud del Ministerio de Salud y Desarrollo Social para dar respuestas a las necesidades sociales de la

población, especialmente la excluida, bajo los principios de equidad, universalidad, accesibilidad, gratuidad, transectorialidad, pertenencia cultural, participación, justicia y corresponsabilidad social, contribuyendo a mejorar la calidad de salud y vida” (CNAP 2004).

La Visión (MBA 2004) está centrada en un “modelo de Gestión Pública, que garantiza un desarrollo humano sustentable con la satisfacción de las necesidades sociales de la población, fundamentado en los principios de atención primaria del Sistema Público Nacional de Salud.

Analizando lo anterior nos percatamos de que la Misión Barrio Adentro es la respuesta del Estado Venezolano para la solución de las principales necesidades sociales y de salud, conformándose como el punto de partida para el desarrollo de la Red de Atención Primaria Integral, prevista en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, y en el Proyecto de Ley Orgánica de Salud (MSDS 2004).

Coincidimos con expertos internacionales (Lemus L, E R, Borroto, C R.2001, Martínez C S. 2003) ya que en nuestra labor diaria nos hemos percatado de que el concepto de APS y la concepción de la Misión Barrio Adentro se desconocen, con frecuencia por desconocimiento integro del significado de APS, Consultorio Popular, Centro de Diagnostico Integral, Servicio de rehabilitación integral y Hospital del Pueblo en su enfoque filosófico, estratégico, como nivel de atención y como escenario de formación deL talento humano en salud.

III.5.2. Estructura operativa de la Misión Barrio Adentro: Consultorio-Comunidad.

De esta manera la Misión Barrio Adentro trasciende la atención a las personas, familias, colectivos y comunidades con problemas de salud en los sectores más pobres del país y se convierte en el gran acontecimiento para la construcción del nuevo modelo de atención y gestión en salud teniendo

como fundamento la democracia participativa y protagónica. Se concibe como el eje articulador de todas las políticas sociales y en tal sentido se plantea como objetivo (MSDS 2004, MSDS2004):

III.5.2.1. Objetivo General:

- Construir redes sociales orgánicas que permitan el posicionamiento comunitario de las instituciones del Estado para elevar la calidad de vida de los habitantes de los Barrios.

III.5.2.2. Objetivo Específicos:

- Crear redes de salud, alimentación, economía social, educación popular, cultura y comunicación, deporte y recreación.
- Desarrollar programas de atención integral
- Contribuir con las tareas de las organizaciones comunitarias.
- Coordinar estudios socio económico y socio políticos de las comunidades.
- Contribuir a nuevos espacios que hagan viable la confluencia de las comunidades y las instituciones del Estado.

Para el cumplimiento de estos objetivos establece como prioridad el desarrollo local de las comunidades, vinculando los grandes componentes que determinan la salud:

- Servicios de salud: Privilegiando la APS y los Consultorios Populares
- Educación popular: Donde la escuela juega un papel determinante y donde se operativizan las Misiones Robinson, Ribas y Sucre.
- Economía social: En ella intervienen el banco del Pueblo, Banco de la Mujer, Cultivos urbanos, entre otros.

- Consolidación urbana: Constituye la política de titularidad de las tierras. Intervienen el Plan REVIVA, AVISPA, CONAVI, FUNDABARRIOS, entre otros.
- Seguridad alimentaria: Se enfoca a fortalecer la rentabilidad económica y la responsabilidad social que garanticen el acceso a los alimentos de la población de menores recursos. Intervienen: MERCAL, PEDEVAL, Comedores Populares y Cocinas Comunitarias, entre otras.
- Recreación: Involucrando a todos los grupos de edad y de población.
- Deporte: Creación de redes deportivas comunitarias y atención a los diferentes grupos de edades.
- Cultura y Comunicación: Revaloriza los espacios comunitarios para el fomento de un nuevo orden de relaciones sociales entre los ciudadanos y su comunidad.

La participación de estos sectores está determinada por su interés, integración e involucramiento para impulsar la Misión, a objeto de dar respuestas inmediatas y oportunas que requieren procesos que planteen la reconstitución de vínculos socio afectivos, la revalorización ético moral y la urgencia de proyectos participativos para el desarrollo local.

Nos detendremos en explicar lo denominado como Programa de Salud y que abarca los citados Consultorios Populares, Centro de Diagnostico Integral, Servicio de Rehabilitación integral, Centro Médico de Diagnóstico de Alta Tecnología (CMDAT) y Hospital del Pueblo.

III.5.2.3. Consultorios Populares:

Puerta de entrada al Sistema Público Nacional de Salud, primer nivel de atención. Son los ambientes físicos existentes en las comunidades acondicionados y dotados con los recursos humanos y materiales necesarios

para brindar la atención médica gratuita a toda la población. Son establecimientos de salud que se dedican a la atención de sectores previamente establecidos, con una cobertura de un médico, preferiblemente especialista de medicina general integral, por cada 250 familias, (entre 1 250 y 1 500 personas aproximadamente) y otro personal de salud conformado por una enfermera y un promotor social (MSDS 2004, MSDS2004). Presta atención integral de primer contacto con las comunidades, con carácter ambulatorio las 24 horas del día. Actualmente se cuenta con 6.711 consultorios populares.

Por cada Consultorio Popular se prevé establecer un Centro de Encuentro Comunitario que se denominará “Casa de la Vida y la Salud”, donde funcionará el Comité de Salud, que prestará apoyo al equipo de salud. Igualmente allí los miembros del Comité recibirán formación y capacitación como promotores Comunitarios de Salud (Álvarez S R, Hernández C G, Peña D LM, Barcos P I, Yasells G A.A.2004). En el área de influencia del Consultorio y en armonía con los mercados populares de la Misión Mercal se han establecido las Boticas Populares para el apoyo a la población en el suministro de alimentos y medicamentos a bajo costo. El trabajo de los galenos y las enfermeras no se circunscribe a los 6 mil 711 Puntos de Consulta y Consultorios Populares, sino que se adentra en el seno de la comunidad y en especial de los hogares para brindar una asistencia médica verdaderamente integral. En los consultorios populares trabaja un equipo de trabajo conformado por el medico especialista de Medicina General Integral , la enfermera, el comité de salud, estudiantes de medicina que todos en conjunto ayudan a cambiar el modo y estilo de vida de una población realizando actividades de atención primaria de salud, como la promoción de salud a través de charlas educativas, festivales por la salud.

El especialista de Medicina General Integral ubicado en estos Consultorios Populares brinda una atención médica con las características siguientes:

Integral: pues considera la unidad de los aspectos preventivos, curativos, lo biológico, lo psicológico y lo social, así como las condiciones del ambiente físico, los cuales están en interacción con el individuo y su colectividad y condicionan el proceso salud – enfermedad.

Sectorizada: ya que se responsabiliza al médico del Consultorio Popular con un número determinado de familias (250) y de habitantes (entre 1250 y 1500). Dispensarizada: dispensariza a toda la población, incluyendo a los individuos sanos, ya que éstos merecen una atención activa y controlada periódicamente.

De primer contacto: Ya que el Consultorio Popular es la puerta de entrada para la prestación de servicios de salud en la APS dentro de la Misión Barrio Adentro.

Continuada: En estos momentos el médico del Consultorio Popular atiende a la población asignada en su domicilio, en las casas que se convirtieron en consultorio, las cuales también se convirtieron en centros de entrega gratuita de medicamentos, realiza el ingreso en el hogar y, en ocasiones, acompaña al paciente al ingreso hospitalario. En la constitución del Sistema Público Nacional de Salud, conseguirá realizar el ingreso en la Clínica Popular (RCP2004), Centro Diagnóstico Integral y en el Hospital del Pueblo y podrá determinar la conducta a seguir con el paciente ingresado, es decir, atención médica ambulatoria y hospitalaria.

Coordinada: Pues coordina, regula y sistematiza el seguimiento a las personas, familia y comunidad bajo su atención en el primer nivel de atención.

Accesible: Se garantiza la atención a personas que viven en barrios urbanos y rurales y a toda la población que solicite el servicio. Se presta atención médica integral gratuita, especializada y cercana a su hogar. La mayor distancia a caminar por una persona para llegar a verse con el especialista en Medicina General Integral en el Consultorio Popular no rebasa el kilómetro.

En equipo: Existe una estructura asistencial, docente, investigativa y administrativa encargada de jerarquizar, coordinar y controlar el trabajo del Consultorio Popular, lo hace a su vez parte de un equipo mayor en las dimensiones verticales y horizontales ya que se ofertan interconsultas con otras especialidades, por ejemplo: Medicina interna, gineco-obstetricia, pediatría, oncología, hematología pediátrica, cirugía, dermatología, ortopedia y traumatología, neurocirugía, entre otras.

Esta responsabilidad recae en la coordinación del municipio, donde se crean grupos de trabajo, por parroquia, como estructura integradora de un conjunto de médicos, líderes comunitarios y promotores comunitarios de salud. Se encarga de coordinar el trabajo entre los médicos y entre ellos, la Clínica Odontológica y el Servicio de Optometría y Óptica. El Consultorio Popular se vincula con el Frente de Luchadores Sociales Bolivarianos “Francisco de Miranda” y de esta manera, el médico general integral, desde la comunidad forma parte de un equipo multidisciplinario e interdisciplinario que con participación comunitaria se relaciona estrechamente con los representantes de la comunidad. La más alta expresión de estos logros es la creación de los Comités de Salud, 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 (CNAP (2004). participando activamente en el Análisis de la Situación de Salud, concebido como uno de los instrumentos más importantes para el trabajo y la solución de los principales problemas de salud de la comunidad. Se considera a la

comunidad, no como un recurso utilizable para garantizar mejores niveles de salud, sino como sujeto de cambio o transformación en términos de un mejor proyecto de vida y unas metas determinadas.

Resulta importante destacar como la participación social y comunitaria ha contribuido al trabajo en la atención primaria de salud, fundamentalmente en el trabajo del Consultorio Popular promoviendo acciones integrales dirigidas a las personas, la familia, la comunidad y al ambiente para promover el bienestar total de la población dando un apoyo irrestricto a la Misión Barrio Adentro y comprometiéndose a impulsar el control social sobre el servicio de salud, esto último a partir de las acciones de un amplio voluntariado organizado en cada región y en cada localidad (MSDS2004).

Programa de trabajo del consultorio popular

El cometido de la atención primaria de salud es alcanzar un adecuado estado de bienestar físico, mental y social en personas, familias, colectividades y comunidades con una amplia participación de los actores sociales, tanto intrasectoriales como extrasectoriales, a través de acciones de promoción, prevención, diagnóstico temprano, tratamiento y rehabilitación; esto se logrará en los servicios que sean capaces de garantizar la equidad, eficiencia, efectividad y la mayor calidad científico-técnica de las actividades que desarrollen.

El Programa de Trabajo del Consultorio Popular es el programa base del Sistema Público Nacional de Salud que se está construyendo y las acciones se desarrollan en las parroquias urbanas y rurales, principalmente con población excluida, que son atendidas por médicos de la Misión Barrio Adentro donde se desarrollan las funciones de:

- Atención Médica Integral
- Educativa y Docente
- Investigativa

- Gerencial

Cada equipo de salud (en estos momentos un médico general integral, un promotor comunitario de salud, un líder comunitario y un Luchador Social del Frente “Francisco de Miranda”) está subordinado administrativamente al médico del Consultorio Popular, quién a su vez se subordina al Coordinador Municipal de la Misión Barrio Adentro.

Cada Consultorio Popular desarrolla su labor en “duos” de consultorios, de acuerdo con la cercanía de la población a la que brindan atención, trabajan estrechamente unidos, de manera que si un médico u otro integrante del equipo se ausenta por algún motivo, su población no deja de recibir la atención en salud

El médico del Consultorio Popular, y el resto de los integrantes del equipo, generalmente viven en el área de trabajo establecida para la atención, el médico en módulos contruidos al efecto o en locales adaptados, cedidos por la propia comunidad o en las casas vecinales. Compartiendo la vida de la familia y del barrio del lugar donde se atiende a la población.

Junto con la historia clínica individual se trabaja con la historia de salud familiar (HSF), cuyo objetivo es recepcionar información relacionada con el control biológico, higiénico, epidemiológico y socioeconómico de la familia y sus integrantes. La HSF se confecciona a cada núcleo familiar y ambas permanecen en el Consultorio Popular como medio de control de una serie de datos relacionados con la familia y sus integrantes.

El equipo de salud organiza su trabajo con el objetivo de satisfacer las necesidades de la población que atiende. Por tanto, la labor que realiza no puede estar enmarcada en horarios rígidos y esquemas inflexibles. Se labora en consulta médica y en actividades de enfermería cuatro horas diarias, de lunes a viernes, alternando las semanas: desde las 8:00 hasta las 12:00

horas las semanas pares y las impares en horario de la tarde de 13:00 hasta 16:00 horas. En las sesiones contrarias se efectúan visitas al hogar y la comunidad. La mañana del sábado se dedica a las actividades docentes o de investigación.

Además se detectan problemas para los que se elabora un plan de acción con la comunidad con miras a mejorar el suministro de agua, controlar los vectores, incrementar la cultura sanitaria, formar promotores comunitarios de salud, controlar de los pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles, incrementar el control a gestantes y puericultura, incorporar ancianos a la sociedad, así como limpieza e higienización de la acumulación de desechos sólidos en la comunidad.

El equipo del Consultorio Popular desarrolla el ingreso en el hogar, que consiste en la atención médica domiciliaria continua a pacientes que necesiten de un seguimiento diario de su enfermedad y que no requieran necesariamente por su diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, de su permanencia en el hospital, pero sí de su aislamiento o reposo domiciliario (Alvarez S R. 2001, Alvarez S R. 2001).

Se cuenta con de un sistema de regionalización que permite referir a los pacientes a instituciones de segundo y tercer nivel para la remisión de pacientes que lo necesitan. Se envían a los CDI mas cercanos al consultorio popular y al Hospitales regional, lo cual permitirá interrelacionar los distintos niveles de atención garantizando la aplicación de todos los adelantos científico-técnicos de la medicina, lo que propicia que la atención de segundo y tercer nivel sea un complemento de la del primer nivel.

Las actividades se programan teniendo en cuenta a la familia como unidad básica (enfoque familiar), pero sin olvidar las acciones individuales a realizar en el niño, adolescente, adulto, embarazada, puérpera, anciano y en

el trabajador de forma integral y de acuerdo con los problemas de salud de la comunidad.

La dispensarización y el análisis de la situación de salud (ASS) son dos elementos fundamentales en el trabajo del Consultorio Popular (Álvarez S R. 2001, Álvarez S R. 2001): el primero es el registro, agrupamiento y control de las personas y familias a él asignadas: personas supuestamente sanas, en riesgo, enfermas y discapacitadas, esta acción facilita la observación permanente y dinámica de personas y grupos con el objetivo de controlar riesgos y daños a la salud individual y colectiva. El segundo representa un enfoque de la situación de salud poblacional a partir de los perfiles de morbilidad y mortalidad, elementos socioeconómicos y de organización de los servicios como eje conductor de su desarrollo, con un enfoque multisectorial, resultado de la acción de los diferentes actores sociales en la identificación de los problemas y permite al equipo de salud y su comunidad conocer y analizar los problemas sanitarios así como elaborar planes e implementar acciones que le ayuden a solucionar los mismos con el fin de lograr un mejor estado de salud de la población. El ASIS constituye un ejemplo del más alto grado de participación comunitaria para mejorar la salud de la comunidad, lo cual es un instrumento importante en el trabajo del equipo de salud para dirigir sus pensamientos y actividades diarias en el análisis de los problemas existentes para buscar las soluciones.

El impacto social, en los Consultorios Populares se puede resumir en:

1. El elevado grado de satisfacción de la población por los servicios que recibe, además de las magníficas relaciones médico – persona – familia – comunidad en la población atendida que los coloca en inmejorables condiciones para convertirse en educadores de la comunidad.
2. Se brinda atención médica integral gratuita, especializada y cercana al hogar de las personas. La mayor distancia a caminar por una persona

para llegar a verse con el especialista en Medicina General Integral en el Consultorio Popular no rebasa el kilómetro.

3. Se ofrecen de manera inmediata y gratuita los medicamentos que necesita el paciente (103 medicamentos que brindan cobertura al 95,00 % de las enfermedades más frecuentes en Venezuela).
4. Se brinda atención en servicios de odontología, optometría y óptica de manera gratuita y se incluye la entrega de lentes (espejuelos).
5. La aceptación de la medicina natural y tradicional como terapia para la solución de algunos problemas de salud. Se ha logrado un acercamiento a las costumbres, rituales y utilización de “medicina verde” por los oriundos de la zona y a la vez su vinculación a la medicina tradicional indígena, mediante su estudio y aplicación.
6. La significativa contribución en la reducción de:
a) Tasa de mortalidad infantil, Tasa de mortalidad materna y Tasa de mortalidad en menores de 5 años .
7. La dispensarización de la población atendida por en los consultorios populares es superior al 90 %.
8. Tendencia decreciente de los ingresos hospitalarios por complicaciones agudas de enfermedades.
9. Atención integral al alta precoz del paciente egresado del hospital.
10. La captación temprana de la embarazada por encima del 73 %, lo cual ha permitido aumentar la atención prenatal.
11. El parto institucional elevado al 100 %.
12. Incremento del nivel inmunitario de la población. Todos los menores de dos años protegidos con el esquema venezolano de vacunación.
13. La prevalencia de las enfermedades crónicas no transmisibles es superior, lo cual es expresión de un mejor conocimiento del estado de salud de la población.

14. El aumento del control de las enfermedades infecciosas. Se redujeron enfermedades como la de Chagas, Dengue, Tuberculosis, Leptospirosis y Cólera.
15. El incremento del número de mujeres examinadas para la detección temprana del cáncer de mama, bucal y de piel.
16. La elevación del número de hombres examinados para la detección temprana del cáncer de próstata, bucal y de piel.
17. El descenso del índice de bajo peso al nacer en relación, con la población general.
18. El incremento de la lactancia materna exclusiva hasta el cuarto mes.
19. El crecimiento sostenido en la creación y funcionamiento de los círculos de abuelos, niños, adolescentes y embarazadas.
20. El incremento de la práctica sistemática de ejercicios físicos como elemento para promover la salud, así como de terapia y de rehabilitación de numerosas enfermedades. Se cuenta con especialistas en cultura física.
21. Los positivos resultados en las acciones relacionadas con la planificación familiar y la educación sexual.
22. La implementación del ingreso en el hogar y que debe haber contribuido a la descongestión en servicios hospitalarios de los casos cuyos tratamientos no requieren de la atención de un segundo o tercer nivel de complejidad, así como la reducción de la estadía hospitalaria, mediante un más rápido egreso de los mismos.
23. La modificación positiva de los hábitos higiénicos de la población.
24. La activa participación de gran parte de la comunidad que brinda respuestas a nivel de barrio, han acogido a los médicos y garantizan su seguridad.
25. La incorporación de trabajadores sociales voluntarios al trabajo diario en los Consultorios Populares.

26. El impulso al proceso de organización social en los barrios que se atienden en los Consultorios Populares.
27. La Constitución del Comité de Salud.
28. Existe un plan de docencia que permite la superación profesional permanente del médico del Consultorio Popular.

III.5.2.4. Odontología:

Las Clínicas y los Puntos de Consulta de Estomatología (Odontología) son espacios físicos dotados con unidades dentales completamente equipadas y atendidas por profesionales que brindan atención gratuita en salud bucal. Funcionan en una proporción de una por cada cuatro puntos de consulta o consultorios populares y actualmente se brinda asistencia odontológica en 3 mil 019 sillones agrupados en mil 601 locales de consultas.

III.5.2.5. Ópticas Populares:

Las Ópticas Populares son centros en los que un personal especializado en Optometría y Óptica practica la evaluación de las ametropías del paciente y entregan los lentes de forma gratuita. Actualmente prestan servicios 459 Ópticas Populares distribuidas en toda la geografía venezolana, incluyendo una móvil en el Amazonas.

III.5.2.6. Centro de Diagnostico Integral (CDI):

Se establecen en el segundo nivel de atención, con una proporción de una clínica por cada 50 000 habitantes (12). Son establecimientos de salud con una alta capacidad resolutive, reciben a los pacientes referidos por los

Consultorios Populares, y donde laboran médicos especialistas en medicina general integral, de otras especialidades y odontólogos. Cuenta con otros servicios de apoyo y equipos de diagnóstico de alta tecnología. Prestan atención de emergencia las 24 horas del día, y atención ambulatoria durante 12 horas total y absolutamente gratis (MSDS 2004, MSDS2004, MSDS2004). Los centros cuentan con instalaciones modernas y son puestas al alcance de todos los venezolanos, a fin de que puedan acceder de manera gratuita, a una atención médica garantizada durante todo el año. Por cada cuatro CDI hay un centro dotado con quirófano y ambulancia. Prestan servicios que incluyen terapia intensiva, apoyo vital, electrocardiograma con servicio de urgencia de cardiología, consultas, otras urgencias médicas, oftalmología clínica, laboratorio clínico, ultrasonido, endoscopia, Rayos X, análisis por Sistema Ultramicroanalítico (SUMA) y servicios de observación a pacientes. Uno de cada cuatro CDI cuenta con salón de operaciones para servicios de cirugía (CDIQx). Servicios Diagnósticos: Laboratorio Clínico y Sistema Ultramicroanalítico (SUMA): Conjunto de actividades destinadas a la realización de pruebas de laboratorio. La tecnología SUMA permite realizar estudios inmunoquímicos para la detección de anticuerpos contra virus (VIH, Hepatitis B y C, Dengue), así como diagnósticos pre o postnatales de anomalías congénitas fetales y errores innatos del metabolismo. Radiología: Conjunto de actividades destinadas a la realización de pruebas radiológicas simples. Endoscopia: Conjunto de actividades destinadas a la realización de pruebas endoscópicas del tracto digestivo superior. Ultrasonido: Conjunto de actividades destinadas a la realización de pruebas ultrasonográficas. Electrocardiografía: Conjunto de actividades destinadas a la realización de pruebas para medir la actividad eléctrica del corazón. Servicios Asistenciales Clínicos – Quirúrgicos. Consulta General: Conjunto de actividades destinadas a la atención a pacientes que asisten al centro para consulta médica no urgente o de seguimiento. Consulta de Urgencia: Conjunto de actividades destinadas a la atención a pacientes que asisten al

centro en busca de atención urgente. Consulta de Oftalmología: Conjunto de actividades destinadas a la atención de pacientes que asisten al centro en busca de asistencia oftalmológica no urgente o urgente. Apoyo Vital: Conjunto de actividades destinadas a la atención de emergencias individuales o colectivas de pacientes con peligro vital inmediato, que asisten al centro con alteración de sus funciones vitales. Terapia o Cuidados Intensivos: Conjunto de actividades destinadas al cuidado intensivo y progresivo del paciente grave proveniente de otros servicios de urgencias del centro (Consulta, Apoyo Vital, Observación o Cirugía) en la unidad o área de terapia intensiva. Observaciones: Conjunto de actividades destinadas a la atención de pacientes que requieren hospitalización de corto tiempo de localización.

Centro Médico de Diagnóstico Integral con Quirófano (CDIQx): Tiene las mismas características de un CDI, pero cuenta además con quirófano. Al equipo médico se le suman profesionales especializados en Cirugía, Traumatología y Anestesiología. Además de es la sede del centro coordinador en el proceso de formación y superación integral de los Recursos Humanos de la Salud. (Álvarez S R, Hernández C G, Peña D LM, Barcos P I, Yasells G A.A. (2004). Contando con los grupos básicos de trabajo: equipo itinerante, docentes de pre y postgrado, internista, gineco-obstetra, pediatra y psicólogo o trabajador social (MSDS2004). Por Decreto Presidencial número 3 133, publicado en la Gaceta Oficial número 38 026 de fecha lunes 20 de Septiembre de 2004 se crea la Red Centro de Diagnostico integral y los Servicios de Rehabilitación integral. (RCP 2004)).

III.5.2.7.- Salas de Rehabilitación Integral (SRI):

Son espacios que prestan servicios de fisioterapia y rehabilitación de lunes a sábado. Allí se atienden patologías como bursitis, artritis, fracturas,

esguinces y luxaciones articulares, dolores de espalda, hernias discales, desgarros musculares, espolones. De igual manera se les presta atención a pacientes con accidentes cerebro vascular, otorrinolaringología, restitución de tejidos, cicatrices y quemaduras recientes, trastornos del lenguaje, tartamudez y disfonías.

Son instituciones de salud donde se brindan de forma gratuita para el paciente servicios de rehabilitación de manera ambulatoria a la población, que están equipadas con tecnología seleccionada por sus mostrados resultados en el tratamiento rehabilitador, con garantía de los medicamentos e insumos requeridos y con un equipo de trabajo formado por especialistas médicos y tecnólogos de la salud que de manera integral aseguran la calidad de la atención.

En estos centros se aplica la Medicina Física y Rehabilitación, que es la especialidad médica encargada de brindar asistencia rehabilitadora a las personas con deficiencias y discapacidades motoras, de la comunicación, psicoeducacionales, viscerales, deformantes, generalizadas, locales y otras, con el objetivo final de restaurar las potencialidades perdidas a consecuencia de la lesión sufrida.

Servicios:

Consulta Médica: Conjunto de acciones encaminadas a realizar una valoración integral del paciente así como determinar el tratamiento que este debe seguir. Gimnasio: Mecanoterapia: Uso con finalidad terapéutica de los implementos mecánicos. Se incluye en esta categoría la mesa de tracción cérvico lumbar eléctrica, junto con el resto de los equipos mecánicos con que cuenta la sala. Kinesiterapia: Uso con finalidad terapéutica del movimiento. Se incluye en esta categoría: Movilizaciones o Kine pasiva, Ejercicios o Kine activa-asistida. Ejercicios o Kine activa-resistida, Ejercicios o Kine activa-

resistida – asistida, Ejercicios libres, Ejercicios en Grupo o Técnicas grupales.

Masoterapia: Uso con finalidad terapéutica del masaje. Cultura Física Terapéutica: Bajo esta categoría quedan incluidos aquellos ejercicios que se realizan básicamente a grupos, aunque puedan ser individualizados, con objetivos comunes, principalmente dirigidos a personas sanas, con factores de riesgo o enfermedades crónicas no transmisibles, pudiéndose emplear otras técnicas complementarias que induzcan estilos de vida saludables y propiciando su aprendizaje para que el paciente lo sistematice en la comunidad de donde proviene. Ej. Ejercicios para obesidad, HTA, etc. Electroterapia: Tratamiento con equipos cuya esencia terapéutica está dada por la acción de la electricidad en sus diferentes modalidades al ser aplicadas sobre la superficie corpórea para un fin específico.

Magnetoterapia: Uso con finalidad terapéutica de los campos magnéticos producidos artificialmente. Incluye la cama magnética y el equipo de magnetoterapia de mesa.

Laserterapia: Uso con finalidad terapéutica del laser.

Termoterapia Superficial: Uso con finalidad terapéutica del calor superficial. En estos momentos se incluye en esta categoría solamente las lámparas electromagnéticas.

Termoterapia Profunda: Uso con finalidad terapéutica del calor profundo, producidos por equipos de alta frecuencia. En estos momentos se incluye en esta categoría la micro onda. Ultrasonoterapia: Uso con finalidad terapéutica del ultrasonido. En estos momentos se incluyen en esta categoría equipos generadores de ultrasonidos multifrecuencia y equipos de terapia combinada. Electroterapia: Uso con finalidad terapéutica de la corriente eléctrica. En estos momentos se incluyen en esta categoría equipos de

electroterapia de baja y media frecuencia y equipos de terapia combinada. Terapia Combinada: Uso combinado con finalidad terapéutica del ultrasonido y la corriente eléctrica. Hidroterapia: uso con finalidad terapéutica del agua.

Las SRI están dotadas con tinas para el tratamiento de miembros superiores (maniluvios) y miembros inferiores (pediluvios).

Medicina Natural Tradicional: diferentes modalidades de tratamiento que habitualmente se aplican en esta sección, como es la acupuntura, moxibustión, dígito-puntura, electropuntura, sangría, ventosas, microsistemas, masajes y ejercicios tradicionales. Terapia Ocupacional: Actividades de la Vida Diaria, Ejercicios de Coordinación, Ejercicios de Relajación y Ejercicios Funcionales.

Defectología: El conjunto de técnicas a realizar en los pacientes que son tratados en estos servicios son: Psicoterapia, Técnicas de relajación, Ejercicios fono articulatorios, Todos los funcionalismos, Instauración de la respiración, Ejercicios para la voz, Tratamiento psicopedagógico y Educación familiar. Podología: Corte de uñas, Tratamiento de hiperqueratosis, Tratamiento de verrugas plantares, Cura de lesiones y Masaje Podálico. Junto a los CDI, alcanzan hasta la fecha en funcionamiento 503 Centros de Diagnóstico Integral (CDI), 545 Salas de Rehabilitación Integral (SRI).

Hasta la fecha cubren una población de 18 millones de personas, entre ambos. Tanto los CDI y las SRI cuentan con todos los equipos necesarios para darles una respuesta inmediata a los pacientes que así lo requieran.

III.5.2.8.- Más allá de la Atención Primaria.

III.5.2.8.1.Centro Médico de Diagnóstico de Alta Tecnología (CMDAT):

Centros dotados con equipos diagnósticos de tecnología de punta, 35 centros para todo el país, un CAT por cada 500.000 habitantes. Es una Institución de salud con tecnología médica de punta, con un equipo de trabajo de médicos, enfermeros, tecnólogos e ingenieros de máximo nivel, dotada de equipamiento moderno y no invasivo, en la que se ofrecen servicios especializados de Imagenología, Cardiología, Gastroenterología y Laboratorio Clínico. En este centro se brindan consultas y se realizan complementarios como la Resonancia Magnética (RM), Tomografía Computarizada (TAC), Mamografía de Rayos X (Mx), Densitometría Ósea (Dx), Ultrasonido Tridimensional (US-3D), Video-Endoscopia (VE) y exámenes de Laboratorio Clínico que incluyen la tecnología SUMA. Todos estos servicios son totalmente gratuitos para el paciente. Los servicios de diagnósticos especializados comprenden las siguientes técnicas:

Resonancia Magnética (RM): Conjunto de actividades destinadas a la obtención de imágenes mediante un equipo de Resonancia Magnética para brindar información diagnóstica. La RM se considera uno de los exámenes de elección para el estudio de las enfermedades intracraneales en general, siendo su mayor ventaja en el estudio de las tumorales, degenerativas, anomalías congénitas, lesiones vasculares y las enfermedades de la mielina. Estudios simples y contrastados de tórax, sistema cardiovascular, aparato digestivo, tracto urinario, sistema osteomioarticular y sistema nervioso. Tomografía Computarizada: Conjunto de actividades destinadas a la obtención de imágenes por estudios simples o contrastados de tórax, sistema cardiovascular, aparato digestivo, tracto urinario, sistema

osteomioarticular o sistema nervioso, mediante el uso de un equipo de tomografía Axial Computarizada de 64 cortes.

Rayos X: Conjunto de actividades destinadas a la realización de pruebas radiológicas simples o contrastadas.

Mamografía de Rayos X: Conjunto de actividades destinadas al pesquizaje, diagnóstico, seguimiento y tratamiento de lesiones tumorales de mamas, mediante la obtención de imágenes radiográficas de alta definición.

Densitometría Ósea: Conjunto de actividades destinadas a la obtención de imágenes de todo el cuerpo en el estudios de la osteopenia y la osteoporosis.

Ecocardiografía: Conjunto de actividades destinadas a la obtención de imágenes mediante estudios no invasivos del corazón y los grandes vasos, utilizando técnicas de Ecocardiografía de modos Monodimensional, Bidimensional o Tridimensional, Doppler, Eco-Stress farmacológico, Eco-Transeofofágico y otros.

Video-Endoscopia: Conjunto de actividades destinadas a la obtención de imágenes por videoendoscopia, para estudios y/o procedimientos asistenciales del tractus digestivo superior (Esófago, Estómago y Duodeno) e inferior (Colón y Recto).

Electrocardiografía: Conjunto de actividades destinadas a la realización de pruebas para medir la actividad eléctrica del corazón.

Laboratorio Clínico y Sistema Ultramicroanalítico (SUMA): Conjunto de actividades destinadas a la realización de pruebas de laboratorio a pacientes procedentes de cualquier nivel asistencial. El laboratorio clínico permite realizar estudios en sangre, orina, heces fecales y otros líquidos que brindan información para el diagnóstico, pronóstico, seguimiento y pesquizaje de afecciones agudas o crónicas (Anemias, fiebres bacterianas o virales,

Diabetes Mellitus, enfermedades renales crónicas, dislipidemias, hepatopatías, infecciones urinarias o parasitismo intestinal). La tecnología SUMA permite realizar estudios inmunoquímicos para la detección de anticuerpos contra virus (VIH, Hepatitis B y C, Dengue), así como diagnósticos pre o postnatales de anomalías congénitas fetales y errores innatos del metabolismo.

III.5.2.8.2. Hospitales del Pueblo:

Constituyen el tercer nivel de atención. Son los establecimientos de salud de mayor complejidad para recibir a los pacientes referidos de los niveles primario y secundario. En ellos se presta atención médica por parte de especialistas. Cuenta con equipos de diagnóstico y tratamiento de alta tecnología (MSDS 2004, MSDS2004).

III.6.-Experiencia con los médicos cubanos

Como nos habremos podido dar cuenta, desde su inicio, la Misión Barrio Adentro cuenta con la acción solidaria de médicos cubanos (MSDS2004) que brindan una atención integral. Este médico general integral (Especialista de Medicina General Integral) con más de cinco años de experiencia profesional, lleva a cabo una práctica centrada en la promoción de salud, prevención de enfermedades y otros daños a la sanidad, curación y rehabilitación en la persona como ser biopsicosocial, en la familia y en la comunidad en interacción con el ambiente. Estas acciones se conjugan con la activa participación de las comunidades, que no solo ayudan a los médicos (MSDS2004, MBA 2004) sino que han desplegado múltiples actividades sanitarias y todo ello al lado del desarrollo de otras misiones educativas y productivas.

El aumento cuantitativo de los recursos e indicadores de salud en la República Bolivariana de Venezuela a punto de partida de la Misión Barrio Adentro posibilitó un cambio cualitativo en el modelo de atención que venía desarrollando el Ministerio de Salud y Desarrollo Social, surgió, entonces, una nueva forma organizativa de atención primaria en Venezuela: el médico general integral en los Consultorios Populares habilitados en las propias viviendas de la comunidad, programa que como ya expresamos, se fue extendiendo paulatinamente a toda la nación hasta alcanzar en menos de un año de puesta en marcha la cobertura a 17 millones de venezolanos, el 70, 0 % de la población (Gusmao R. 2004 , MBA 2004, Batista P, Reyes F. 2004).

En el mes de febrero del año 2004, en el Estado Aragua, en la sede del Instituto de Altos Estudios de Salud Arnoldo Gabaldón, un grupo de médicos cubanos fundaron la Coordinación Docente del Postgrado de Medicina General Integral. El autor de este trabajo comenzó a integrarse a este grupo como representante en la coordinación académica, en el postgrado dirigido a médicos venezolanos, que comenzó a dictarse en toda Venezuela a un número de aproximadamente 1950 médicos. Estos médicos comenzaron a trabajar conjuntamente en los Consultorios Populares con los médicos cubanos, y formaron parte del primer grupo de especialistas formados para Barrio Adentro I. El inicio del primer curso se desarrollo desde el 14 de Julio de 2004 hasta el 31 de Marzo de 2007, en los diferentes estados del país, siendo los estados con el mayor número de participantes Zulia, Carabobo y Aragua. El 10 de Abril de 2007, se realizó el acto de grado del primer grupo de 1.013 especialistas en Medicina General Integral venezolanos. Las experiencias vividas junto a los médicos cubanos como los venezolanos, permito al autor tener una visión integral de los alcances de la Misión Barrio Adentro, en todo el país.

III.7. Formación Académica en la Misión Barrio Adentro

Se ejecutan los programas Formación de Promotores Comunitarios de Salud (Álvarez S R, Hernández C G, Peña D LM, Barcos P I, Yasells G A.A. (2004), Especialización en Medicina General Integral (Sánchez M, Cubillán S, Requena M, Valera L, Nuñez N, Álvarez Sintés R, Machado T JR. 2004) y el Programa Nacional para la Formación de Profesionales del Sector Salud a través de la Misión Sucre: Formación del Médico Integral Comunitario y Formación en Enfermería Integral.(MES 2003).

III.7.1.- Especialidad en Medicina General Integral

Desde inicios de la década de los 80 se comienza la formación de médicos familiares en Venezuela y posteriormente con el establecimiento de la Misión Barrio Adentro se pone de manifiesto la necesidad del cambio en el perfil profesional del médico a desempeñarse en el necesario SPNS basado en los principios de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela por lo que el programa diseñado está dirigido a la formación del médico especialista que necesita la población, trabajando en el barrio y con el barrio, capaz de contribuir de manera decisiva a resolver los problemas de salud de la comunidad (individuo, familia, colectividades y ambiente); con una alta preparación científico - técnica y humanista. De ahí que hayamos colocado como primer escalón en el diseño los determinantes básicos del currículum: las necesidades y recursos tanto de la sociedad como de los Médicos Familiares y Médicos Cirujanos. Nótese que hablamos de necesidades y recursos de ambos porque unas y otros resultan importantes en este diseño. Poco ganaríamos con conocer las necesidades de salud de la comunidad si no supiéramos con que recursos cuenta o esta dispuesta a emplear en la atención de las mismas (experiencia de la Misión Barrio Adentro), igualmente, además de conocer las necesidades y motivaciones de los Médicos Familiares y los Médicos Cirujanos por trabajar en la Atención

Primaria de Salud es necesario identificar sus recursos: formación previa, intereses, actitudes, valores, condiciones de vida, etc., para saber en que nivel sitúan sus expectativas, y si éstas, además de justas, son susceptibles de ser alcanzadas, y que experiencia debe proporcionarles el escenario docente para ello.

Como parte de la estrategia del Ministerio de Salud y Desarrollo Social tendente a formar especialistas en Medicina General Integral ((MES 2004, Sánchez M, Cubillán S, Requena M, Valera L, Nuñez N, Álvarez S, Machado T JR, 2004, Alvarez S R, 2004) y bajo los lineamientos que sustentan la construcción del Sistema Público Único Nacional de Salud establecido en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela se acomete el proceso de diseño del programa de postgrado. Con ello será posible egresar un especialista con mayores competencias para brindar la atención que se prestará en los Consultorios Populares. Este propósito demanda una nueva estrategia de formación académica de postgrado en la República Bolivariana de Venezuela.

La pertinencia social que debe tener el profesional que se forme así como la articulación entre la docencia, la investigación y extensión (integración docente - asistencial o modelo docencia – servicio), el cultivo de una elevada sensibilidad social en los educandos y egresados y su profunda identificación y compromiso con la sociedad de la cual provienen y en la cual deben desempeñarse una vez formados, para contribuir con el establecimiento y desarrollo del “estado social de derecho y de justicia”, previsto en la constitución de la República Bolivariana de Venezuela. El diseño presenta un currículum flexible y permite al egresado como Especialista en Medicina general Integral continuar su formación académica en maestrías y doctorados. En todos los Estados de la República Bolivariana de Venezuela se comenzó a ejecutar el programa del postgrado como parte de la municipalización, y el autor de este trabajo abogamos por el término de

“parroquialización” de la universidad, ya que en nuestro caso se trata de llevar la universidad a la parroquia. Teniendo en cuenta el lugar de residencia de los médicos residentes estos serán ubicados en cada uno de los Estados de la República Bolivariana de Venezuela. El Consejo Académico Bolivariano del Estado se encargará de la supervisión metodológica junto al Ministerio de Salud y Desarrollo Social. El educando estará en contacto con todos los objetos de transformación hacia los que se dirige el trabajo en la Atención Primaria de Salud (APS) coherentes con las competencias declaradas en el programa del postgrado. Se combinan cuatro ejes conductores de formación que se insertan y analizan en cada módulo a partir del desarrollo del conocimiento y las habilidades que a cada uno les corresponden. Estos ejes son:

- ✓ Ético humanista
- ✓ Comunicación
- ✓ Investigación
- ✓ Enfoque integral clínico epidemiológico y social

Componentes principales del sistema de aprendizaje en Barrio Adentro:

1. Actividades presenciales

Educación en el trabajo: principal forma de organización de la enseñanza basado en un sistema de actividades presenciales que transcurren en el Consultorio Popular , el Centro Diagnostico Integral, el Servicio de Rehabilitación integral y el Hospital del Pueblo en presencia y bajo la dirección de profesores tutores con miras a elevar la eficiencia del aprendizaje. La asistencia es de carácter obligatorio para asegurar la adquisición de las competencias necesarias al egresado.

Tutorías: Cada residente está asignado a un Consultorio Popular (que atiende a 250 familias, aproximadamente 1200 habitantes) según

corresponda, y será atendido por un tutor, quien de manera permanente se desempeña junto a él, brinda una atención individualizada y lo asesora, guía y ayuda en el empeño de alcanzar los modos de actuación del especialista en Medicina General Integral .

Proceso Docente Educativo en Barrio Adentro:

Todo proceso docente-educativo tiene como propósito esencial el logro de un conjunto de transformaciones en la personalidad del estudiante involucrado en dicho proceso. Estas transformaciones se refieren al desarrollo o a la adquisición de conocimientos, habilidades, hábitos, convicciones, actitudes y otras propiedades y rasgos de la personalidad.

Los elementos de la personalidad se estructuran e integran en modos de actuación que caracterizan a cada individuo como persona. Las personas que siguen determinado régimen de formación profesional y ejercen una determinada profesión adquieren un sistema de modos de actuar. Así el médico, como profesional, actúa tanto en el orden intelectual como en el orden práctico, de una manera específica que lo diferencian del ingeniero, del economista o del historiador.

El médico que egresan las universidades venezolanas dispone de modos de actuación que no les permite desarrollarse cabalmente en la APS, el desarrollo de las especialidades médicas y odontológicas, de campo de acción restringido, no se ha programado acorde con las necesidades cuantitativas y cualitativas de la población. Esto ha determinado, que el ejercicio de la profesión se centrara en estos especialistas, ubicados en los hospitales públicos de segundo y tercer niveles de atención, estatales y privados, nunca suficientes para atender la enorme demanda de la población.

Con anterioridad a esta situación, los egresados de las escuelas médicas atendían indistintamente los padecimientos de los niños, adolescentes, adultos jóvenes y mayores, de uno y otro sexo; llevaban el control pre y postnatal de las embarazadas, atendían partos eutócicos, controlaban niños sanos, adelantaban las políticas de promoción de salud, prevención de enfermedades y de saneamiento ambiental, definidas por el estado venezolano. Residían en los poblados o zonas donde se desempeñaban como profesionales, compenetrándose con los pobladores y las situaciones que quebrantaban su salud.

Asumir la formación del médico general integral, en el contexto de las tendencias mundiales actuales en salud, no plantea la desaparición o subestimación de los especialistas tradicionales. Por el contrario, hoy es sabido que uno y otro tipo de profesional son parte de una única y mejor solución en la calidad de vida y salud de una sociedad. El reto está en lograr un adecuado balance en la formación y desempeño de ambos. El sistema de enseñanza y aprendizaje de la especialización en Medicina General Integral está diseñado para lograr transformar los modos de actuación del médico general a los del especialista.

Desde un punto de vista conceptual se puede considerar la función docente como el conjunto de actividades destinadas a la reproducción cultural y a la transformación de las personas. La docencia es la actividad central de la función y eje del proceso de formación, capacitación y actualización de los miembros de la comunidad académica, profesores, y residentes, cuyo núcleo es el proceso de enseñanza aprendizaje.

Los implicados en el proceso docente educativo deben estar identificados con la ideología de este programa de formación. No creemos prudente aceptar que especialistas de otras instituciones asuman tareas docente-educativas en nuestro currículo sin estar debidamente impuestos e identificados con la estrategia, postulados y

metodología del nuevo Sistema Público Nacional de Salud y nuestra Universidad en la parroquia. Ello exige estar previamente familiarizados con el diseño que proponemos.

III.7.2. Formación del Médico Integral Comunitario

El Programa tiene como basamento legal lo expresado en el:

Artículo 83 de la Constitución de La República Bolivariana de Venezuela, donde se indica que “la salud es un derecho social fundamental, obligación del Estado que lo garantizará como parte del derecho a la vida... y promoverá y desarrollará políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios” (CRBV 1999) .

Las políticas del Ministerio de Educación Superior dirigidas a: mejorar la equidad en el acceso y en el desempeño de los estudiantes mediante estrategias que permitan aumentar la cobertura en diversas regiones, propiciando que el proceso educativo se realice:

Brindando oportunidades mas cercanas a la población (para los autores del trabajo “parroquialización” de la universidad) y de menos recursos económicos.

Ofreciendo calidad y pertinencia de sus programas académicos.

Creando nuevas instituciones, extensiones o programas en regiones desatendidas.

Promoviendo y apoyando instituciones orientadas a la adopción de estrategias que utilicen la didáctica investigativa y las tecnologías informáticas y comunicativas para el logro de los procesos educativos abiertos, flexibles y permanentes, que permitan ampliar las posibilidades de acceso a la universidad (Lanz Rodríguez C, 2003).

El Plan de Desarrollo Económico y Social de la Nación, donde se señala: “La Educación Superior esta orientada a consolidar las competencias como ciudadanos y trabajadores, para contribuir al desarrollo del país...” (Alvarez Sintés R,2004.).

Bajo esta perspectiva, la formación de los profesionales del sector salud, permitirá:

- Dar respuesta al encargo social.
- Hacer realidad los principios de la municipalización de la universidad (Lanz Rodríguez C.2003) . Insistimos en que para el autor del trabajo en realidad se alcanza una “parroquialización” de la universidad de ciencias médicas o de la salud.
- Atender la demanda del Ministerio de Salud y Desarrollo Social de formación de los nuevos profesionales para constituir el equipo de salud en armonía con el interés nacional, de construir SPNS y transformar el modelo de gestión en salud de acuerdo con los principios de equidad, integración, universalidad, solidaridad y calidad de los programas y servicios que presta el sector público a toda la población (Alvarez SR, 2004)
- Formar progresivamente los profesionales de la salud que se requieren para fortalecer la Misión Barrio Adentro, la cual constituye la base del Sistema Público Nacional de Salud en construcción.
- Garantizar la calidad de vida a través de la aplicación de los programas de salud que el Gobierno Nacional ha impulsado para hacer posible el derecho y los principios contemplados en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (Alvarez S R. 2004) para las grandes mayorías de la población.

El Programa tiene como basamento legal lo expresado en el:

Enfoque constructivista:

Implica la participación del alumno en la definición de contenidos, es decir, en la construcción y análisis del problema de salud que se le presenta en su práctica diaria, relacionando el ser y el saber con el hacer.

Se reconoce que las experiencias de aprendizaje producen conocimientos, habilidades y actitudes constituidas que se interiorizan, conservan y aplican en forma significativa.

Modalidad flexible:

La forma principal de organización de la enseñanza será la educación en el trabajo con la presencia de los docentes en intervalos de tiempo dependientes de las necesidades docentes asistenciales.

Formación integral con régimen mixto:

La formación será integral. El régimen será mixto, con fases presenciales de aprendizaje con apoyo tutorial en el servicio: Consultorio Popular, la comunidad, los Centros diagnóstico integrales y/o el hospital y actividades basadas en el inter aprendizaje conducido por facilitadores (tutores) docentes.

Aprendizaje en servicio:

Se trata de promover procesos educativos centrados en las realidades concretas de actuación profesional, consiguiendo un fortalecimiento de sus competencias en su ámbito de trabajo, en una interrelación teórico-práctica real, que permite un aprendizaje en servicio y basado en la comunidad: Consultorio Popular, Centros diagnóstico integrales y Hospital del Pueblo.

Proceso docente con énfasis en el aprendizaje, la independencia y basado en problemas:

Se privilegiará el aprendizaje a través de la actividad docente asistencial investigativa en la educación en el trabajo mediante un enfrentamiento sistémico y sistemático con los problemas de salud de la población asignada.

El estudio y trabajo independiente del alumno será estimulado para garantizar la independencia cognoscitiva, la creatividad en la actuación y la toma de decisiones médicas con un fundamento científico en la solución de los problemas de salud individual, colectivo y ambiental.

Funciones didácticas del facilitador docente:

El aprendizaje está centrado en el alumno. El profesor se aleja de la “educación bancaria” y deja de ser la fuente básica y en ocasiones única del saber y del hacer, deja de ser el trasmisor de la información para convertirse en un orientador, en un organizador de las condiciones que favorezcan el aprendizaje y en un controlador de la estrategia y del ritmo del sistema de enseñanza aprendizaje.

Los métodos de enseñanza y aprendizaje:

Se disminuyen al mínimo indispensable los métodos pasivos memorísticos y reproductivos para dar paso a los heurísticos, de búsqueda, productivos. Se trata de aplicar métodos problémicos y estrategias que desarrollen no solo el pensamiento analítico inductivo, sino también el pensamiento sintético deductivo y el carácter original y creador, así como el desarrollo de la capacidad para la toma de decisiones.

Nuevo paradigma educativo:

Se incluyen los elementos del nuevo paradigma educativo de la educación permanente a los largo de la vida de la Comisión de J. Delors (1995) centrados en el aprender a conocer, aprender a hacer, aprender a ser, aprender a emprender y aprender a convivir.

Elementos esenciales del proceso docente educativo:

Considerando los principios enunciados anteriormente podemos afirmar que los elementos esenciales del proceso docente - educativo en este programa son:

- **La Educación en el Trabajo mediante la integración de las actividades asistenciales, investigativas, administrativas y docente-educativas.**
- **La autopreparación y autoevaluación de los alumnos.**
- **La coevaluación entre tutores y educandos.**
- **El papel orientador, controlador y evaluador de los docentes tutores.**

El modelo adoptado por el Programa Nacional para la Formación de Profesionales del Sector Salud a través de la Misión Sucre (MES 2003) contempla tres grandes planos

Plano teórico conceptual: Refleja el conjunto de saberes y conocimientos que necesita el educando para ejercer. Plano empírico operativo: El estudiante en proceso de formación tiene contacto permanente con realidades concretas de la universidad, la salud y la comunidad y se enfrenta a situaciones específicas de su acción formadora y formativa a las cuales responde. Plano de contraste: Permite al educando llegar a la síntesis producto de la confrontación entre la teoría y la práctica de su acción en contextos particulares, pudiendo avanzar constante y reiteradamente en la contraposición, complementación y contrastación de la práctica con la teoría y de la teoría con la práctica; es decir, de la persona, la familia y la comunidad al libro y del libro a la persona, a la familia y a la comunidad, permitiéndole volver a reflexionar sobre su experiencia y los aspectos teóricos estudiados, de acuerdo con la intensidad e intereses y a las exigencias de cada una de las realidades particulares donde se forma.

Estos conceptos básicos del modelo adoptado nos permiten entender los ejes de integración académica de los diseños del Médico Integral Comunitario y la Enfermería Integral.

Educación permanente a lo largo de toda la vida: Una propuesta pertinente para Barrio Adentro. Se aboga por la educación permanente a lo largo de toda la vida (Alvarez R, 1998). No defendemos la idea de un médico cirujano en el internado y dos años de posgraduado para trabajar en la red de atención primaria tanto rural como urbana sin un programa de capacitación que le permita brindar una atención medica integral y de calidad a esa población desfavorecida que tanto la merece.

El año de servicio social, que en sus inicios era en una zona rural hoy ha cambiado su ubicación y se realiza también en áreas urbanas sirviendo de puente de entrada a una residencia programada. Es de señalar que este año no se aprovecha académicamente y el desempeño de los recién egresados es muy tradicional y no suele lograrse la integración con la

comunidad y los servicios hospitalarios por lo que no contribuye al desarrollo de competencias profesionales hacia la medicina promocional y preventiva a que estamos llamados en estos momentos.

III.8. REFLEXIONES

La Atención Primaria de Salud, fortalecida con la Misión Barrio Adentro, en su aplicación tiene consecuencias a corto plazo, no solo en el sector salud, sino también en otros sectores sociales y económicos. Como política de salud busca ampliar la cobertura, elevar la capacidad resolutive y la calidad de los servicios que oferta así como la prestación de servicios, facilitar el acceso y la integralidad de la atención, estimular la participación ciudadana, integrar esfuerzos intersectoriales y transdisciplinarios y tiene como imperativo ético y político responder a las necesidades sociales de la población, especialmente la excluida, en su territorio (MBA 2004).

La Atención Primaria de Salud comprende un conjunto de procederes y servicios de promoción, prevención, curación y rehabilitación, así como la protección de grupos poblacionales específicos y la atención de problemas de salud con las tecnologías adecuadas, dirigidas a la persona, la familia, la comunidad y el ambiente. En el caso de Venezuela, la implantación de la Misión Barrio Adentro ha constituido un relevante aporte a la teoría y práctica de la salud pública mundial, como se ha reconocido por la Organización Panamericana de la Salud y otros países como Cuba, Ecuador y Brasil (MSDS 2004, Presa Velásquez M, Hernández C. 2004, Gusmao R. 2004, MBA 2004, Batista P, Reyes F, 2004).

Será necesario continuar investigando la situación relacionada con los enfermos graves que requieren medios adecuados de los cuales se dispondrá en los CDI , por ejemplo: Crisis aguda de asma bronquial, diabetes

mellitus descompensada, heridas de armas de fuego, edema agudo del pulmón, emergencia hipertensiva, deshidratación infantil, accidentes, cuerpos extraños en vías aéreo digestivas y complicaciones del parto, con el objetivo de poner en funcionamiento un sistema integrado a los factores sociales de la comunidad para la atención de urgencia de manera inmediata, próxima y regionalizada, de tipo escalonado, integrado con otros niveles de atención en dependencia de las necesidades del paciente y que incluya procedimientos que de no realizarse con la rapidez y calidad necesaria, influyen en el pronóstico y pueden comprometer la vida del propio paciente.

En estos momentos el Programa de Salud de la Misión Barrio Adentro, a nuestro entender, debe estar encaminado a desempeñar el papel rector que le corresponde en el Sistema Público Nacional de Salud, y realizar los cambios necesarios para perfeccionar el primer y segundo nivel de atención. Tiene entre sus funciones fundamentales, la promoción de salud; la prevención, la curación y la rehabilitación de enfermedades y otros daños a la sanidad; y como principal escenario, el espacio de atención primaria de salud, con su unidad básica: el Consultorio Popular y los servicios de odontología, optometría y óptica. Para ello cuenta con los Comités de Salud que tiene la misión (CNAP 2004) de integrar a los miembros de la comunidad en torno al desarrollo de estrategias de promoción de salud y calidad de vida en la búsqueda de alternativas que den respuestas a las necesidades sociales más urgentes en los territorios y en interacción con los gobiernos municipales y regionales. Las universidades formadoras de médicos cirujanos, enfermeras, odontólogos y especialistas en Medicina Familiar deben revisar el perfil de sus egresados con miras a ocupar los nuevos puestos de trabajo.

A modo de reflexión final es preciso destacar que se transita hacia un modelo de salud más democrático, en el cual se abre paso a la cooperación y responsabilidad compartida. Esto no significa que el Programa de Salud de

la Misión Barrio Adentro sea un modelo completo y acabado, concebirlo así es negarle sus características dinámicas y dialécticas y sus posibilidades de perfección. La medicina general integral, en la Misión Barrio Adentro, se pone de manifiesto con la capacidad, habilidad y experiencia técnica para aplicar el conocimiento a la solución de un problema de salud individual, colectivo o ambiental.

CAPITULO IV

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

A partir de los supuestos y objetivos que nos planteamos al comienzo de esta investigación, corresponde en este capítulo proceder al análisis e interpretación de la información recopilada y de los resultados obtenidos, tomando como orientación analítica el marco teórico formulado en el capítulo II.

La nueva constitución de 1999 (CRBV) dota a la Participación Ciudadana, y por ende a la participación en Salud de una plataforma jurídica con amplio sustento. Es la primera vez que en un texto constitucional venezolano aparecen con claridad y con una orientación definida hacia lo social conceptos como: Estado social, democracia entendida como social de justicia y de derecho, participativa y protagónica, gestión política, ciudadanía, participación ciudadana y la salud como calidad de vida.

A partir del 1999 se amplían y profundizan las posibilidades de la Participación Ciudadana, se avanza en el marco jurídico sobre Ley de Salud, Ley de Participación Ciudadana, normas o reglamento sobre participación comunitaria en salud y sobre contraloría social-comunitaria. Se crean los espacios institucionales conformados por los organismos que permiten, mediante los consejos comunales, la contraloría social y el comité de salud, generar procesos de liderazgo, que ha hecho posible el fortalecimiento de proyectos de gestión pública como la Misión Barrio Adentro dentro del marco de la solidaridad y colaboración de los hermanos de la República de Cuba.

Los resultados del trabajo de campo llevado a cabo mediante la práctica de seis entrevistas a profundidad, distribuidas de la siguiente forma: tres

dirigidas a médicas, dos a médicos y una a dirigente o líder comunal. Este grupo de testigos PRIVILEGIADOS se seleccionó en función de sus vivencias y experiencias confrontadas durante el desarrollo de la Misión Barrio Adentro , en el caso de los médicos por mas de tres años y en el caso de la dirigente comunal con una experiencia en el trabajo social, por mas de veinte años.

Con el objeto de destacar los asuntos de mayor significación para el trabajo de campo, las entrevistas a profundidad que nos toco realizar se desarrollaron cubriendo diferentes momentos, espacios, y comentarios de los entrevistados. La guía seguida para presentar la discusión y análisis de la problemática planteada se baso en la ruta de la participación y la gestión de la promoción en la salud desde la Misión Barrio Adentro como programa de desarrollo social.

V. 1. Entrevista a Fermina

Con el propósito de profundizar en la temática y buscar mas elementos, que enriquecieran la investigación en el aspecto vinculante a la vida y participación comunitaria y su relación con la gestión publica, se realizó la presente entrevista a la señora Fermina , residente de la comunidad San Francisco de Asís, identificada tanto por su comunidad como por las autoridades institucionales quien ha sido una permanente colaboradora de la gestión de salud en la parroquia, desde hace más de 20 años, es reconocida como líder y representante de la comunidad y de las instancias organizacionales como el Comités de salud ,la Junta Comunal, Barrio Adentro, Lucha contra el Dengue, Comité de Lactancia Materna.

La técnica dialógica basada en un espacio conversatorio, hizo de la entrevista la producción de información que combina la experiencia y el conocimiento del actor social y descubre la interacción social, y las relaciones

de este actor privilegiado con su practica social como resultante de su vida en el colectivo que representa.

El análisis de los resultados de esta entrevista en profundidad, requiere de su ubicación referencial en dos contextos, el primero en lo teórico metodológico y el segundo en lo histórico social.

En lo referente al primer contexto hemos tomado como marcador bibliográfico, para justificar la técnica de la entrevista a profundidad a Franco Ferraroti (1981), en su *Storia e Storie di Vita*. Laterza, Roma, donde el autor construye la tesis, “donde el individuo representa la reappropriación singular del universo social e histórico que lo rodea para conocer lo social, partiendo de una praxis individual.”.

Entre las líneas básicas de su análisis podemos enumerar las siguientes:

Es una metodología sociológica en cuanto técnica de escucha, donde los protocolos de la jornada de un hombre son parte de su historia de vida. La historia de vida como método de alto nivel implica necesariamente una historicidad no historicista, es la historia como memoria colectiva. Historia desde abajo como historia de la cotidianidad, revelación e interpretación de las prácticas de vida y de las tradiciones, no revividas sentimentalmente como mero folklore popular, sino repensadas críticamente como visiones del mundo psicológicamente reaseguradoras y al mismo tiempo constelaciones de valores cognoscitivos conectados y verificados por la experiencia de la vida de cada día, sino que se trata de entender las situaciones políticas y sociales en los distintos tiempos y ambientes, el tenor de vida de las poblaciones y el volumen de los intercambios, los idealismos y las necesidades, las manifestaciones colectivas y la realidad cotidiana, una curiosa trasmigración de conceptos y aparatos teóricos, conceptos y categorías tomados en préstamo de la sociología

La biografía como interacción de toda narración autobiográfica relata, según un corte horizontal o vertical, una praxis humana. “esencia del hombre (...) es, en su realidad el conjunto de relaciones sociales, toda praxis humana individual es actividad sintética, totalización activa de todo un contexto social. Cada vida humana se revela hasta en sus aspectos menos generalizables como síntesis vertical de una historia social. Todo comportamiento o acto individual aparece en sus formas más singulares como síntesis horizontal de una estructura social. El sistema social está todo entero en cada uno de nuestros actos, en cada uno de nuestros sueños, delirios, obras, comportamiento y la historia de este sistema está toda entera en la historia de la vida individual. Mediante su praxis sintética singulariza en sus actos la universalidad a una estructura social. Si cada individuo representa la reapropiación singular de lo universal social e histórico que lo circunda, podemos conocer lo social partiendo de la especificidad irreducible de una praxis individual. La socialidad de lo individual.

Tomando como referencia el análisis de la justificación teórico-metodológico para la realización de la entrevista individual a Fermina, se procedió a:

- Contacto inicial y sucesivos, con la actora social, para explicar los objetivos de la entrevista. Esta explicación inicial representa que Fermina, no es una entrevistada separada de la comprensión y motivación de esta investigación si no un testigo privilegiado cuya acumulación de experiencia vivenciales contempla al desarrollo de esta investigación sobre Barrio Adentro como parte de su que hacer en tanto líder de la comunidad.
- Fijar fecha y hora de la entrevista. Dar información de todo el proceso sobre el alcance y diseño de la investigación.

- Realización de la entrevista. En el mismo domicilio, en el patio trasero de la casa, la duración fue de una hora, aproximadamente de grabación.
- Se estructuró la entrevista entorno a los objetivos de la investigación: La participación comunitaria, liderazgo, identificación de grupos organizados, la gestión en salud e identificación valores en la práctica sanitaria.
- Posterior a la transcripción, se realizó la limpieza, para borrar repeticiones y otras interferencias, manteniendo toda la información expresada por la entrevistada.
- Para la interpretación y análisis de la entrevista se utilizó la técnica de identificación de las temáticas o categorías. En referencia a esta temática González, M, en la obra *Discurso Medico. Representaciones Sociales* (2005), plasma la siguiente explicación: La categorización es un procedimiento dinámico, que trata de una representación abstracta de un acontecimiento, objeto o acción/interacción que el investigador identifica como significativo de los datos. Strauss y Corbin (2002), señalan varios tipos de codificaciones: abierta, axial y selectiva. La técnica que se utilizó en esta investigación, logró aproximarse a la técnica axial en cuanto, citando a la misma autora supra, implicó el proceso en donde la codificación ocurre alrededor de una categoría enlazada a su respectiva subcategorías, buscando las líneas de sus propiedades y dimensiones para ver como se entrecruzan y vinculan. A la vez, involucró la siguiente técnica: preparación y elaboración del corpus de análisis, preparación de matrices de análisis y organización categorial o corpus temático.

Estructurando el análisis, se logró identificar las categorías, organizadas en

las siguientes temáticas:

PRIMERA TEMÁTICA: PARTICIPACION.

SEGUNDA TEMÁTICA: LIDERAZGO

TERCERA TEMÁTICA: ESPACIOS DE GESTION.

CUARTA TEMATICA: VALORES: SOLIDARIDAD Y EQUIDAD

Análisis de la Entrevista.

Lo histórico social le asigna un marco a cada una de las temáticas por lo tanto esta es una primera referencia de orden contextual para analizar el discurso de Fermina . La segunda referencia viene dada por el tratamiento, al discurso de Fermina desde lo teórico. La tercera referencia guarda relación con la manera como se presenta la cotidianidad vivida por Fermina y vista por el autor de la investigación.

Estas tres referencias vendrían a generar los elementos analíticos de nuestro discurso producto de la investigación (la entrevista en profundidad)

PRIMERA TEMÁTICA:

V.1.1.- En la Búsqueda de la Participación.

Esta primera temática la construye la señora Fermina a través de su propia experiencia personal, dentro de su comunidad, y le imprime características bien definidas, como:

.....hemos tenido mucha participación del ministerio de sanidad conjuntamente con la comunidad..... Bueno es la búsqueda de nosotros para capacitación y más de unas oportunidades nos vamos a buscarlo al

ministerio o el ministerio siempre nos los baja..... (Fermina)

Si la participación comunitaria en salud la entendemos como esfuerzo colectivo y apoyo mutuo tendríamos que referirla a la historia de la sociedad venezolana. Esta relación es referida como de una acción ejercida de arriba hacia abajo y de fuera hacia adentro. Del poder del Estado hacia el ciudadano .La participación ciudadana es “un proceso de construcción histórico y político respecto al Estado” .Fleury (1997:74).

De allí derivan las políticas públicas, la política social, la política de salud. De esta relación Estado-ciudadano surgen las políticas sociales y su vinculación con la noción de ciudadanía.

La relación Estado- ciudadano siempre esta presente, así la intervención estatal puede producirse por demandas populares y los beneficios son materializados como privilegios o concesiones y no como derechos.

El Estado de bienestar y la participación

El análisis de Sthor, (1981:16), se plantea que las décadas dominadas por estrategias de desarrollo “desde arriba” no llegó a armonizar las disparidades entre niveles de vida. Por el contrario, las desigualdades en general aumentaron, tanto en el ámbito social como territorial. Esta referencia nos remonta al Estado de Bienestar que focalizó su estrategia en ayudas pero no en verdadera participación de la ciudadanía, que ha avanzado con una propuesta protagónica, con la construcción del proyecto bolivariano a partir del año1999. Tal participación puede tener diversos alcances: como participación en los beneficios y mejora de las condiciones de vida, como esfuerzo o contribución de la gente, como participación en los servicios, en la

planificación de acciones sanitarias, o aún como cogestión y autogestión de programas de salud.

La participación y niveles de gobierno

La participación puede ser realizada en los diversos niveles de gobierno: barrial o comunal, parroquial, municipal, estatal y nacional. Todo ello sujeto a las características sociales y culturales de una comunidad y sobre todo al momento histórico y político que atraviesa el país.

..... hemos sido nosotros protagonistas de nuestro propio sector de que manera. Buscándole las respuestas verdad a una serie de problemas que hemos enumerados..... (Fermina)

Por ello, es necesario precisar que al utilizar el término participación comunitaria en salud nos estamos refiriendo a la participación de la comunidad referida a los programas de desarrollo social y a los problemas que han identificado, orientada hacia la búsqueda del mejoramiento de la calidad de vida de las comunidades. En estos términos, es apenas desde mediados del siglo XX, a nivel mundial, que le ha sido asignada importancia a la participación social, y relacionada con ella a la participación en salud, la cual se ha incrementado progresivamente. En relación a salud, la Declaración de Alma Ata (OMS1978), que define la estrategia de Atención Primaria en Salud, será un momento clave y determinante de este proceso. Este desarrollo también tiene que ver con la manera como se ha entendido históricamente lo que es salud. Es importante precisar lo que señala Sthor que en el desarrollo “desde abajo”, al proponerse el desarrollo completo de los recursos humanos y naturales de cada región y la satisfacción de sus necesidades básicas, debería superar los efectos negativos del” desarrollo desde arriba” el patrón de tal estrategia,

debería ser mas descentralizado y difuso que el actual. La necesidad de que tal desarrollo sea de origen endógeno. La necesaria focalización de ese desarrollo hacia el hombre. La satisfacción de las necesidades básicas de la población. La democratización protagónica una participación desde la base y desde el estado “hacia abajo.”

Estableciendo de esta manera que el desarrollo de las sociedades del tercer mundo contemporáneo debe significar necesariamente un proceso real de participación, es decir de democratización y socialización del poder (Sthor.1981. :14).

..... la salud no es solamente medicina, también es salud mental, salud ambiental..... (Fermina)

Se observa que existe una identificación de la salud integral y con sentido holístico que involucra otros aspectos y sus determinantes sociales, culturales, económicos y políticos. Un espacio para el ejercicio de la democracia que debe contribuir al desarrollo de un nuevo tipo de ciudadanía más activa, consciente, responsable y participativa., en este mismo sentido se ha venido logrando el empoderamiento de la comunidad organizada , con una nueva visión de la realidad social, con conocimiento del marco legal, se mantienen cifras importantes de las comunidades que conocen la constitución bolivariana y realizan contraloría social y mantienen una relación ciudadana de derecho y de deber. Se ha logrado una identificación del ciudadano con su comunidad y sus instituciones, sin miedo, con mucha fuerza y legalidad.

Se incorpora por parte de Fermina, nuevas dimensiones en el concepto de salud. Es pues un encuentro de saberes que proyecta el ideario popular y lo gesta en una praxis epistemológicamente, mas amplia y mas humana.

..... para que ustedes sean partícipes de una solución, refiere al ámbito a el momento donde uno vaya a desarrollar..... vamos a ver que podemos hacer por la comunidad pero tráeme tu una alternativa la cual nosotros podemos apoyar..... (Fermina)

Se precisa el concepto de Participación Ciudadana en los siguientes términos:...refiere a la participación política pero se aleja de ésta al menos en dos sentidos: abstrae tanto la participación mediada por partidos políticos, como la que el ciudadano ejerce cuando elige a las autoridades políticas. Expresa, en cambio, aunque con múltiples sentidos la intervención directa de los agentes sociales en actividades públicas... (OMS.1978:74).

La participación se ejerce en respuesta a necesidades concretas y la organización permite que las informaciones se estén horizontalizando, es una participación colectiva y muy dinámica.

..... como comunidad organizada, a través de esta preparación de hormiguita que hemos venido teniendo de poquito a poquito hemos descartado verdad que antes esas vivencias no la teníamos como ahora, que ahora la mayoría cualquiera tendría miedo que le digo de estar hablando aquí con usted verdad. Pero no ,ese miedo se acabó doctor , de decirle porque me a tocado de verdad muy amablemente hay quienes lo hacen agresivamente pero yo le digo simplemente caramba doctor me disculpa pero a mi me parece, yo se que el profesional es usted pero a mi me parece que esa no la es la parte más correcta que usted está haciendo y me disculpa lo primero que me dice ...usted no es profesional..... soy profesional dentro de mi comunidad, soy voluntaria de Salud de tantos años, me disculpa tengo que levantarle un informe..... (Fermina)

Se requieren trabajadores de salud más calificados para trabajar en equipo y enfrentar situaciones nuevas. Los procesos de fortalecimiento de la gerencia de la salud implican un cuestionamiento de aspectos profesionales y hábitos laborales. Los problemas para incorporar a los funcionarios de salud a nuevos esquemas de trabajo no dependen solamente de características personales, sino de los sistemas de trabajo actuales. El cambio en las instituciones públicas, no pueden partir de la negación y el descrédito de los recursos humanos sino, por el contrario, de una valorización y actualización de su función.

La contraloría social ejercida por la comunidad. Se aprecia además que hay una necesidad de formación (filosófica y social), con la cual sustentar la contraloría social. Estas herramientas cognoscitivas por supuesto deben ser debidamente preparadas con un programa adaptado a las condiciones y necesidades de los actores sociales.

La Misión Barrio Adentro trasciende la atención a las personas, familias, colectivos y comunidades con problemas de salud en los sectores más pobres del país y se convierte en el gran acontecimiento para la construcción del nuevo modelo de atención y gestión en salud teniendo como fundamento la democracia participativa y protagónica. Se concibe como el eje articulador de todas las políticas sociales.

Promover el trabajo de equipo y una cultura organizacional que valore e incentive el trabajo en el sector público de salud. Atributos relevantes son: el profesionalismo y la responsabilidad, la autonomía, el espíritu crítico, la apertura a la innovación y la preocupación por el público.

Lograr compromisos con: el Estado (renovación del sentido de servicio público), con la democracia participativa y protagónica (la voluntad colectiva y la ciudadanía como el sujeto de la acción pública), con la eficiencia (el buen uso de los recursos), y con la equidad y la eficacia (reducción de

inequidades, impacto en situación de salud, búsqueda de excelencia y mejoramiento).

La noción Participación Ciudadana recoge con mayor precisión asuntos referidos a la participación como derecho y deber y a la ciudadanía como proceso que se construye en la relación Estado-sociedad y lo vincula al desarrollo de los derechos humanos y ciudadanos. Como expresa Cunill (1997:74):..Cobra sentido una nueva expresión que se perfila desde fines de la década de los sesenta: la noción de participación ciudadana. Ella, más específica que la relativa a la participación popular e incluso deslindada de la noción de participación comunitaria, que suele referirse más bien a las acciones de autoayuda social...

Los ciudadanos participan en la toma de decisiones que le afectan, empezando por su propia salud. En el contexto socio-político en que se da la Misión Barrio Adentro, con la participación protagónica, se logra una mayor democracia y se crea realmente en la necesidad de contar con los propios ciudadanos para su adecuada gestión y la construcción de un sistema de salud que sirve para modificar ciertas estructuras y así intentar paralelamente construir las actitudes de quienes tienen que impulsar los cambios, que con su participación activa, como lo expresa y lo vivencia Fermina, pueden mejorar su calidad de vida.

SEGUNDA TEMÁTICA:

V.1.2. Alguien Hablo de Liderazgo.

Hasta la llegada de la Misión Barrio Adentro se establecía en el campo de la salud una clara diferencia entre el liderazgo comunal social y el técnico profesional. A partir de la puesta en marcha de este programa, en las comunidades se imbrican ambos liderazgos en un “que hacer” comunitario Freire, Paulo (1972), dándose una identificación de lo técnico con lo socio

comunitario y lo ideológico en función de la concepción y tratamiento de la salud como hecho social.

En esta segunda temática la señora Fermina, hace referencia a la influencia que ha tenido la autoridad sanitaria, la Misión Barrio Adentro, a través de la capacitación y como le ha ayudado en su desempeño como promotora en su comunidad.

*.....El crecimiento de nosotros a nivel vamos a decirlo de liderazgo verdad ha tenido mucho que ver con la preparación que hemos ido recibiendo a través de la dirección de salud, de la misión barrio adentro.....
(Fermina)*

*..... con la preparación que hemos tenido a través de Ambulatorio de San Francisco de Asís, verdad capacitación, mire me enorgullece la orientación de la trabajadora social, de los médicos de barrio adentro, de la dirección municipal, del municipio sanitario.....
(Fermina)*

De la misma manera que en la participación ciudadana, la dependencia del Estado se hace presente en forma vertical, en cierta medida el liderazgo también necesita de esta modalidad para su construcción del desarrollo social y deberá impulsar a la ciudadanía para que asuma el rol que ha de corresponder en la nueva actoría social.

Los líderes a cargo de la conducción de la participación de la comunidad en el programa Barrio Adentro se identifican con un nuevo liderazgo, vinculado a la formación, al aprendizaje y a la búsqueda de oportunidades para capacitarse. La creación de las misiones educativas Robinson, Sucre, Vuelvan Caras, sientan las bases para el fortalecimiento y consolidación de la formación de este liderazgo social con compromiso.

Este liderazgo se plantea como misión, revitalizar el servicio público para los desafíos de la equidad, eficiencia y eficacia, con servicios públicos de salud potentes y renovados y con una relación estrecha con los ciudadanos.

No se trata solamente de satisfacer a los ciudadanos, o de consultarlos, sino de transformar ese vínculo en un elemento clave para la calidad de la gestión, que aporte información respecto de la calidad de los servicios y estimule los esfuerzos por mejorarla.

.....tenemos aquí un núcleo de atención primaria, verdad surgió la incógnita doctor de que... Como hacemos señora Fermina?..... (Fermina)

.....El diagnostico lo organice yo..... (Fermina)

..... ellos quieren que yo vaya hasta su sector y los oriente bueno, yo los oriento..... (Fermina)

La teoría política le asigna cada vez más importancia al liderazgo, la negociación y concertación y a la gerencia en la determinación de la calidad y los resultados en salud.

El liderazgo es indispensable. No se trata, sin embargo, del liderazgo personalizado o carismático tradicional, aunque que carisma es una calidad útil; el liderazgo necesario es el que es capaz de construir consensos informados y movilizar los esfuerzos para realizarlos multiplicándose en los colectivos en todos los niveles. (León U, J . 2005).

El liderazgo es un fenómeno social que está constituido por dos elementos inseparables: el que influye y los que son influidos. Sin embargo la interrelación entre el líder y sus seguidores evoluciona constantemente tratando de adaptarse a los continuos y discontinuos cambios en el entorno

y a las nuevas condiciones mundiales. Hoy el mundo es cada vez más complejo y ésta lo hace más dependiente de los líderes

Warren Bennis, citado por León,U,J.2005, uno de los principales estudiosos del liderazgo, sostiene “no podemos funcionar sin líderes. La calidad de nuestras vidas depende de ellos. Los líderes son importantes porque son los responsables de la efectividad de las organizaciones. Las naciones no pueden progresar sin una visión común y los líderes son los que la deben proporcionar.”.

Entre las características más resaltantes que deben estar presente en el liderazgo comunal y que hemos encontrado en el liderazgo de la entrevistada Fermina, tenemos las siguientes:

Reconoce sus necesidades y sabe lo que quiere. Sabe distinguir sus necesidades personales de las de los demás, y sabe distinguir también lo que quiere de los demás. Es capaz de comprender claramente las exigencias de una situación.

Es capaz de entusiasmarse ante los demás. Evalúa sus posibilidades de manera realista. Actúa, pasa a la acción y asume riesgos. Es capaz de identificar claramente los recursos que existen en una situación y en lo que la rodea. Distingue bien los obstáculos que los demás ponen en su camino de aquellos impuestos por la misma situación. Aplica los conceptos de liderazgo participativo situacional.

Cuando un líder adopta el estilo participativo, utiliza la consulta, para practicar el liderazgo. No delega su derecho a tomar decisiones finales y señala directrices específicas a sus subalternos pero consulta sus ideas y opiniones sobre muchas decisiones que les incumben. Si desea ser un líder participativo eficaz, escucha y analiza seriamente las ideas de sus subalternos y acepta sus contribuciones siempre que sea posible y práctico.

Esto contrasta con el liderazgo asumido por el personal de salud de las décadas de los años 80 y 90, que mantenía el liderazgo autoritario. La capacidad técnica, expresada en una carrera universitaria, establecía una relación de poder, el cual influía en la toma de decisiones en forma vertical, sin el consentimiento ni la aprobación del colectivo sanitario, lo que distanciaba al equipo de salud de sus logros alcanzados en beneficio de la comunidad, convertida en receptora y no protagónica de su propio bienestar.

El papel del liderazgo colectivo, puede expresarse:

.....bueno ellos traen de repente me traen una propuesta mire señora Fermina que le parece esto?..... (Fermina)

..... el liderazgo de comité de salud o comité de tierra ,mesas técnicas, eléctricas, de agua etc.. ya buscamos más directo el bienestar no es propio para uno sino colectivo (Fermina)

..... las asociaciones de vecinos aunque estén derogadas, si las hay, pero ellas se han vuelto como le digo yo diría que rutinaria..... Exactamente perdieron la colectividad..... (Fermina)

..... hay más credibilidad, hay más respuestas directas hacia esa colectividad que espera algo bueno..... (Fermina)

La esencia del liderazgo son los seguidores. En otras palabras, lo que hace que una persona sea líder es la disposición de la gente a seguirla. Además, la gente tiende a seguir a quienes le ofrecen medios para la satisfacción de sus deseos y necesidades. El liderazgo y la motivación están estrechamente interrelacionados. Si se entiende la motivación, se apreciará mejor qué desea la gente y la razón de sus acciones.

Es evidente que los enfoques situacionales, o de contingencias, poseen enorme significado para la teoría y práctica, en realidad del desarrollo del

programa Barrio Adentro como espacio vinculante de liderazgo, tanto comunal como profesional.

TERCERA TEMÁTICA:

V.1.3. Construyendo Espacios de Gestión Participativa: La Participación Protagónica.

La gestión pública de la salud implica el control social. Es el conjunto de acciones de control, vigilancia y evaluación que realiza las personas de manera organizada e independiente, en un modelo de derechos y compromisos ciudadanos con el propósito de contribuir a que la gestión gubernamental y el manejo de los recursos públicos se realicen en términos de transparencia, eficacia y honradez. La contraloría social aporta los siguientes beneficios a la población: mayor conocimiento de sus derechos y obligaciones, así como la disponibilidad de recursos, manejo de mecanismos para negociar con los gobiernos locales en relación a obras y acciones a realizar, acciones para ayudar a la gestión pública a prevenir irregularidades, consolidación de procesos de autogestión. La contraloría es una tarea cívica delicada, para lo cual no es suficiente la buena voluntad y compromiso, se requiere una capacitación básica sobre diversos temas especialmente normativo, tales como leyes y reglamento, además el conocimiento y manejo del proceso de instrumento de investigación social.

El espacio de gestión en el programa de la Misión Barrio Adentro se constituye en un proceso para lograr aceptación de ideas, propósitos e intereses, en búsqueda del mejor resultado posible, de tal manera que todas las partes sean beneficiadas. Es un proceso dinámico y que ha estado presente en los últimos años en el hacer político en nuestras comunidades.

La entrevistada lo visualiza en esta expresión:

*..... Primero el beneficio para el sector.....
(Fermina)*

*..... Cuando nos iniciamos era todo más apático la gente....., hoy por hoy no, hoy por hoy simplemente pego panfletos aquí en la bodega en los sitios más visibles hay una reunión a cualquiera de los que uno sabe uno los llama dentro sector comunitario sin ofensas, uno los llama radio bemba.....
(Fermina)*

La participación protagónica en la gestión de la comunidad en el área de la salud, se intenta responder a las preguntas: ¿En qué se participa? y ¿con qué carácter? Para Rifkin (1979), tal participación se genera, de manera pasiva, como beneficiarios de los programas de salud y de manera activa pero limitada integrándose a actividades, o asumiendo responsabilidad en la gestión y/o ejecución de programas; más aún, se puede intervenir o no en la vigilancia y evaluación de los programas, e inclusive en la planificación: determinación de prioridades, formulación de objetivos, selección de programas, etc.

Un grupo de estudio de la OMS (OMS1990) plantea el alcance de la participación de la comunidad en tres modalidades: la más elemental, como contribución, bien sea dinero, trabajo voluntario o materiales. Otra modalidad, de mayor impacto, es asumirla como organización, para crear estructuras que faciliten la participación, y la tercera, a la que le asignan la mayor importancia, como dotación de poder, fortalecimiento o potenciación (“*empowerment*”) de grupos y comunidades, colocando el énfasis en sectores pobres y marginalizados, “desarrollando el poder de tomar decisiones efectivas concernientes a los servicios de atención a la salud, ya sea teniendo voz y voto efectivos o teniendo el control sobre esos programas”. (OMS 1984).

Otros autores (Lisk, F.1981, Oakley, P (1990) destacan el desarrollo comunitario, la intervención de las comunidades en tomar decisiones, ejecutar y evaluar programas, o de los esfuerzos organizados por grupos “hasta ahora excluidos” para incrementar el control de los recursos y lograr la reglamentación necesaria, e incluso la participación en la autogestión y/o cogestión de programas y servicios.

Como podemos apreciar, son diversas ópticas, en su mayoría complementarias, que muestran un amplio panorama sobre este asunto, que en síntesis plantea la gestión de la participación comunitaria en la planificación, programación, evaluación y control de acciones y servicios de salud, destacando la gestión en la toma de decisiones sobre problemas y programas de salud.

La Gestión comunitaria en Salud no es un problema de carácter técnico, tiene un carácter político; en consecuencia, está referido al tema del poder como el alcance fundamental.

Autores, como, Ander-Egg (1992), han expresado su opinión sobre el tema, lo plantea como una serie de seis grados: el más sencillo es la oferta/invitación a participar en la gestión ; luego se plantea como consulta a la comunidad, que puede ser facultativa u obligatoria; una tercera modalidad es la delegación de facultades o responsabilidades en algún miembro de la comunidad, y/o la elección o nombramiento de representantes; luego estaría la posibilidad de influir sobre quienes toman las decisiones, y finalmente, presenta las modalidades de cogestión (mecanismo de codecisión) y de auto-gestión, en el cual se tendría el control operacional de todo lo que se realiza.

Se trata en realidad de la manera como la comunidad organizada puede tomar decisiones, con qué grado de profundidad se produce tal gestión, en qué medida la participación deja de ser una presencia formal o simbólica,

con frecuencia manipulada, para ser un proceso real re-distribución de poder.(gestión)

El grado de intensidad en que pueda instrumentarse la gestión, a partir de la participación protagónica, dependerá entonces, del grado de organización social y política que se haya logrado en la comunidad.

.....Mire yo diría que más a la organización comunitaria y si hay grupos que si están vinculados a la salud, si los hay..... (Fermina)

.....Bueno una campaña de vacunación, voy allá abajo al ambulatorio que es lo principal que tenemos y contamos con toda la facilitación de MSDS.....(Fermina)

..... Sin enfrentamiento con las verdades y la ley en la mano..... Se puede ganar y perder, no todos podemos ganar.....(Fermina)

Rescatar el ejercicio democrático real, transita por la construcción de una democracia participativa, en la cual la ciudadanía activa, el desarrollo de la ciudadanía plena, juegue un rol protagónico.

La vinculación de la comunidad a los procesos de gestión en estos momentos ha sido muy importante, desde un primer momento han estado asistiendo a procesos de apoyo solo de carácter asistencial y luego han tomado mas protagonismo y se han equilibrados los roles o tareas.

CUARTA TEMATICA:

V.1.4. Al Encuentro de la Solidaridad y la Equidad.

En esta última temática la señora Fermina , encuentra espacio en su

quehacer de dirigente comunal, para compartir con los demás miembros de la comunidad, la satisfacción de lograr una mejor calidad de vida para su comunidad a través del trabajo colectivo y de la integración, a la vez, busca orientarse hacia prácticas sociales que le guíen por el profundo contenido humano, integrador y de servicio que constituyen esta práctica.

..... yo les voy a decir algo que aprendí en el taller la cuestión no es que nos den todo de regalo, sino que uno también se tiene que sacrificar y el simple hecho de estar aquí no es que vamos hacer las cosas fácil sino que vamos a ir canalizando que en futuro lo puedan hacer ustedes..... (Fermina)

Este párrafo nos puede dar indicaciones sobre la formación de los actores sociales en el marco de la solidaridad de la justicia social (equidad). Así el concepto político de ciudadanía puede generarse de las bases de la construcción de la categoría de ciudadano en un estado de derecho y justicia social, base que es diferente a la concepción de ciudadanía desde el campo de los estados capitalistas con democracia representativa.

La responsabilidad social. La desconstrucción social que en todas las esferas está ocurriendo en el país. Existen nuevas categorías que afloran en el ideario popular, participación sí, pero con visión responsable capaz de vencer la brecha entre gobierno y el gobernado. Un nuevo republicano más responsable de su realidad, que irrumpe con el viejo modelo capitalista de ser humano pasivo, al que se forja en la revolución.

Estos planteamientos abarcan la perspectiva del desarrollo de la ciudadanía dentro del Estado. En otra perspectiva, Nussbaun, M. (1999), plantea el reconocimiento supraestatal o internacional, fuera del Estado, de una ciudadanía cosmopolita que contraponen al patriotismo comunitarista.

Un aspecto importante que donde se tiende a identificar vida

democrática con participación solidaria de la población de nuestras comunidades puede verse reflejado en los siguientes autores cuyos planteamientos permiten también apreciar la idea planteada por Fermina, sobre esta temática. Así vemos pues como:

Agnes Heller (1982), desde los años setenta ya lo planteaba como la nueva vía al socialismo, en su artículo: “El socialismo como radicalización de la democracia”. Bresser (1999) lo plantea en la perspectiva del “control de las políticas públicas por parte del tejido asociativo: la propia sociedad civil debe aprender a controlar y pedirle cuenta a los poderes públicos por su falta de ‘accountability’ (responsabilidad de las instituciones de rendir cuenta por el manejo de lo público)”. Por su parte, Chantal Mouffe (1999) sostiene la tesis de la ciudadanía radical tanto contra el pensamiento comunitarista como contra el individualismo liberal basado en su planteamiento de “la democracia como conflicto regulado y no como consenso racional”. Debe dirigirse a superar las desigualdades y contribuir a una redistribución de la riqueza aumentando la capacidad de integración social y superación humana de los grupos y sectores de la población hasta ahora más desprotegidos.

.....si hay bastante solidaridad porque somos treinta y pico mujeres quienes estamos madres solteras y de nosotros mismos salió de que hay dos señoras que necesitan un trabajo..... (Fermina)

..... vamos a buscarle un empleo vamos a orientarla, que no solamente en una empresa se puede estancar con el capitalismo No!. Busca trabajo en una casa de familia lavando, planchando y de ahí gana sustento es humildemente de verdad de repente no es lo que usted aspira pero si por lo menos la ayuda..... (Fermina)

En la perspectiva, de identificar la solidaridad con la equidad en la vida comunitaria se plantea el siguiente concepto de ciudadanía, según D´elia, Y

(2002:21), en donde se expresa como un mecanismo de construcción de poderes que se asocia con la igualdad, donde cada persona se asume con los mismos derechos que los demás y es considerada por los otros como igual, dentro de un orden institucional plural y abierto, contribuyendo al fortalecimiento de las capacidades políticas de la sociedad para dominar sobre sus propios destinos y a la organización de respuestas que articulen en lo colectivo objetivos dirigidos a impactar en las condiciones de calidad de vida de los diferentes grupos sociales con universalidad y equidad.

Existe un nivel de identificación o descripción del trabajo capitalista. Aspecto acertado, no obstante se aprecia una necesidad de orientación más económica que política. En los dos ejemplos hay una venta de la fuerza de trabajo (compañía y servicio en el hogar). Puede la comunidad suplir esta condición? ¡Si!. Pero necesita orientación y formación. Herramientas filosóficas, educativas, bioéticas que le permitan realmente empoderarse del conocimiento para ser cada vez más libres, más humanista y más socialistas.

Por equidad, entendemos “la búsqueda de la ‘igualdad en la diversidad’; es reconocer que todos necesitamos cosas distintas en tiempos diferentes, combatiendo todo aquello que haga de estas diferencias expresión de desigualdad” (MSDS1998). Así, la solidaridad con equidad es entonces la máxima expresión de justicia, entendiendo lo justo como lo que se necesita, es decir, responder a cada uno según su necesidad dando más a quien tiene menos y menos a quien tiene más. A necesidades diferentes corresponderán respuestas diferentes (equidad vertical) y a necesidades iguales respuestas iguales (equidad horizontal). (MSDS1998).

..... Hay muchas brechas entre
nosotros..... (Fermina)

..... yo pienso que debe de ser todo igual,
vamos más hacia tu comunidad que es la donde estás

que es la que vas a estar ahí hasta que tu decidas..... como estamos horita, ya en consejos comunales, futuro que sabemos nosotros a lo mejor dentro de esta comunidad..... (Fermina)

No se trata solamente de otorgar derechos, de consignarlos o establecerlos en un marco legal; el problema es hacerlos realidad, efectivizarlos. Y esto no es una concesión graciosa de gobernantes, es un proceso en el cual cada uno de los miembros de una sociedad es corresponsable de forjar su condición de ciudadano y de construir ciudadanía. Es una decisión individual y una responsabilidad personal de participar en actividades públicas, construyendo relaciones colectivas dirigidas al bien común, al bienestar de todos.

Aún asumiendo la opción de ser ciudadano, no es ésta una vía unidireccional. A grandes rasgos, las dos modalidades prevalecientes: una concepción de ciudadanía pasiva, limitada, “mínima”, que no va mas allá de una relación paternalista o dependiente respecto al Estado, y otra concepción de ciudadanía activa, amplia, crítica, que se construye, y que reivindica una relación autónoma con respecto al Estado, que incorpora al individuo como un sujeto de derecho plenamente asumida. A esta última se ha denominado **ciudadanía plena**. La hemos compartido con fortaleza y vivencia social, en un nuevo espacio de actor social, el liderazgo de una gran mujer: Fermina Muñoz.

V.2. Entrevista a Médicos.

V.2.1. La Medicina Comunitaria en el marco de una sociedad dominada por el modelo técnico asistencial curativo hospitalario.

Estos resultados fueron obtenidos a través de una entrevista semi-estructurada guiada por tres elementos. La percepción teórica de los entrevistados, la concepción de su formación y las ideas de su práctica médica. El otro aspecto importante a analizar tiene que ver con la gestión de su liderazgo comunitario de estos profesionales de la medicina a partir de su cotidianidad como reflejo de su práctica médica.

Identificar sobre el saber y la práctica médica que se desarrolla en la Misión Barrio Adentro fue el otro objetivo de la investigación con miras a analizar y comprender las implicaciones que genera la Misión Barrio Adentro en la población.

Con el propósito de profundizar en la temática y buscar más elementos, que enriquecieran la investigación en el aspecto vinculante a la formación y al desempeño de los médicos en la Misión Barrio Adentro e interacción con el actor social, que participa en el proceso en busca de consolidar el bienestar y una mejor calidad de vida para el colectivo.

Estas entrevistas tienen como marco un diálogo permanente entre el observador y lo observado. La mirada de lo cualitativo se realiza en contacto directo con el objeto de estudio y está siempre abierta a nuevos enfoques; permitiendo una gran flexibilidad metodológica, en los testimonios sobre prácticas de vida de los actores sociales objeto de esta investigación.

Los actores sociales, anteriormente mencionados, fueron 4 profesionales de la salud (02 médicas y 02 médicos venezolanos/as, residentes del Postgrado de Medicina General Integral, que prestan servicios en la Misión Barrio Adentro.

Para obtener la información se utilizó la entrevista focalizada en profundidad (guiada), lo cual implicó una auténtica intención de

comprender al otro en su propio lenguaje y descubrir su universo subjetivo.

En este sentido el proceso de análisis fue desarrollado en la siguiente forma:

Acercamiento inicial con cada uno de los actores informantes, a fin de establecer el rapport, es decir el acercamiento necesario para lograr un clima de armonía entre todos los participantes del proceso.

Se diseñó un guión de entrevista y se realizaron, individualmente, las grabaciones a los actores/as-informantes.

Cada entrevista se realizó en horario fuera del trabajo con el fin de preservar la espontaneidad y fluidez de la misma.

En este estudio, se utilizó la técnica de análisis por temáticas o categorías. Este análisis consiste en un ir y venir de lo total (lo socio-estructural) a lo particular (lo socio-simbólico), para regresar a esa totalidad que es el discurso pero enriquecido por un examen que pone de manifiesto su organización interna es decir; la reconstrucción del relato a través de procesos de análisis y de síntesis.(Strauss, A, y Corbin, J. 2002).

Sintetizando podemos señalar los momentos cumplidos una vez finalizadas las entrevistas:

- 1.- Transcripción de los discursos. En esta primera fase, se conserva todo lo que el informante expresa. Las transcripciones se leen varias veces para proceder al segundo momento.
- 2.- Limpieza o barrido del discurso. Como su nombre bien lo expresa, significa eliminar las palabras, expresiones o textos irrelevantes así como las repeticiones.

- 3.- Ordenación de las transcripciones para obtener un relato continuo, coherente y libre de redundancias e irrelevancias.
- 4.- Categorización del discurso. Para la interpretación y análisis de la entrevista se utilizó la técnica de identificación de las temáticas o categorías. Strauss y Corbin (2002), cumpliendo la misma metodología de la informante comunitaria.
- 5.- Análisis y resumen final. Momento cíclico que debe conectar teoría-práctica-teoría, el mundo vivido contrastado con el mundo estructurado.

Esta última fase del proceso, permite regresar a los actores para compartir con ellos el resultado del trabajo investigativo.

V.2.2. Análisis de los Resultados.

Iniciamos este análisis identificando en los relatos recopilados, producto de las entrevistas a profundidad realizadas a 02 médicas y 02 médicos residentes del postgrado de Medicina General Integral, construidas en torno a: aspectos socio filosóficos de la Misión Barrio Adentro y del postgrado de Medicina General Integral, además de todo lo referente a participación comunitaria y promoción de salud. Es necesario señalar que las entrevistas recogieron vivencias en torno a la formación de pregrado para abordar la participación comunitaria además de todo el equipaje experiencial de los/as profesionales de salud en torno a su disposición para el trabajo comunitario.

Una vez cumplido el itinerario metodológico ya señalado, se procedió a precisar los espacios categoriales a fin de darle coherencia a los discursos. Orientando finalmente el análisis, en torno a las siguientes temáticas:

PRIMERA TEMATICA:

V.2.3. El Ser y el Deber Ser desde la Misión Barrio Adentro

Los modelos de gestión y atención a la salud en estos tiempos de una nueva institucionalidad, a partir de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, ha encontrado en la Misión Barrio Adentro, el abordaje constructivo para dar respuesta y sentido a la crisis de salud y ha sido una de las misiones que ha servido de plataforma y germen para la implementación del nuevo sistema público nacional de salud.

El nuevo paradigma en la visión de médicos y médicas que van a incorporarse a la Misión Barrio Adentro, involucra la reorientación de la práctica en salud, al igual que los saberes, en donde se involucra a la ciudadanía en un rol protagónico y de participación, en función de la construcción de una nueva ciudadanía. Todo esto enmarcado en la implementación de una política pública de inclusión e igualdad para la población, dando legitimidad y poder popular a la misma.

Se privilegia la formación de médicos y médicas, los cuales, a través de un proceso holístico e integral, estén inmersos en una práctica transformadora de su entorno, donde logre alcanzar una visión humanista y por ende compleja de su realidad social.

El deber ser de la formación del médico-médica de la Misión Barrio Adentro, sería, el que les permita elevar los niveles de calidad de vida, a la población atendida, mediante la transformación de sus condiciones y estilos de vida, a través de la consolidación y desarrollo de su autonomía en el marco de una verdadera democracia participativa, estimuladores y propiciadores de la participación y la organización comunitaria, como único medio para generar un genuino desarrollo endógeno, conscientes y comprometidos con su realidad social.

Por tal motivo y en función de este modelo, se implementa el postgrado

de Medicina General Integral, fundamentado en principios de formación integral, flexibilidad e integración de saberes y equilibrio entre los ejes de formación: Ético humanista, Comunicación, Investigación, Enfoque integral clínico epidemiológico y social.

Un diseño curricular con claros fundamentos de la educación andragógica, flexible, constructivista, participativa.

La forma principal de organización de la enseñanza será la educación en el trabajo con la presencia de los docentes en intervalos de tiempo dependientes de las necesidades docentes asistenciales. El medico general, es concebido como el centro del proceso educativo y el profesor, como el facilitador del proceso de autoformación y auto desarrollo que debe darse en el alumno, que lo capacitará para seguir aprendiendo durante toda su vida. (MSDS, 2003). Este deber ser de la formación del medico y medica de la Misión Barrio Adentro implica una evaluación educativa, que se expresa en actividades académicas en producciones que sirven a los participantes para auto corregirse. Fomenta el ejercicio de habilidades básicas a través de actividades interesantes y atractivas. Una evaluación de procesos es característica de un proceso formativo andragógico , debe considerar elementos relevantes: necesidades, objetivos, contenidos, actividades de enseñanza y de aprendizaje y los recursos suficientes para que sea integral. Debe ser holística, es decir incorporar al proceso del curso y contemplar diferentes momentos de evaluación: inicial, de proceso y final incorporándose las diferentes funciones tales como: diagnostica, formativa y sumativa. (MSDS2003). Debe ser integral es decir, que debe abarcar todos los ámbitos del desarrollo de los/as participante: intelectual, afectivo y social. En este sentido, al indagar en el relato de los entrevistados, encontramos:

“Yo considero que la metodología andragógica que dice el currículo es acertada, ya que ellos vienen con esa idea, como es su especialidad, y yo pienso que ellos tienen que tomar en cuenta que cada médico tiene cierta

formación en las comunidades, porque allí hay bastantes médicos que hemos hecho medicina comunitaria, que hemos trabajado en las comunidades” (Médica I)

Se aplica la evaluación formativa- cualitativa como se señala en el Diseño Curricular del Médico General Integral,, evidenciándose una aproximación entre el ser y el deber ser, incorporando la retroalimentación permanente de acciones que debe tener el proceso para que sea realmente significativo y andragógico.

La enseñanza debe dirigirse a adquirir competencias, a explorar que éstas fueron adquiridas y no a la adquisición de contenidos. Se disminuyen al mínimo indispensable los métodos pasivos memorísticos y reproductivos para dar paso a los heurísticos, de búsqueda, productivos. Se trata de aplicar métodos basados en problemas y estrategias que desarrollen no solo el pensamiento analítico inductivo, “sino también el pensamiento sintético deductivo y el carácter original y creador, así como el desarrollo de la capacidad para la toma de decisiones.” (MSDS, 2003:s/p)

La conversación de la entrevista a los médicos y médicas, en su práctica cotidiana, se distingue, dentro de un ambiente donde, son guiados por sus tutores o profesores en función del hacer humanista y social, de la práctica médica. Así cuando encontramos, los siguientes relatos:

“la fortaleza es que ellos practican la parte que te dije inicialmente, que es el humanismo, esa es la fortaleza que ellos tienen, ellos saben como llegar, claro con la experiencia que ellos han adquirido durante estos años que han tenido en este postgrado, la ética y el humanismo, creo que son los dos elementos fundamentales que tienen ellos.” (Médico I)

“bueno a nosotros ellos nos dibujan el trabajo y realizamos talleres, podemos dictar algunos talleres, los temas que podemos dar a estos miembros de la comunidad, le decimos básicamente que ellos son soldados de la salud, dentro de su comunidad. Esa es la herramienta que le estamos dando. Entonces participamos dándoles talleres, este...realizando una jornada también.” (Médico II)

“La única que he recibido y que me es tan diferente es el hecho de que ellos visitan a los pacientes en sus hogares, van directamente a la casa del paciente, hacen una planificación estratégica de cómo se debe visitar cada paciente, en que momento, en que tiempo. Algo que nosotros lo teníamos, pero que verdaderamente no lo llevábamos y que ellos si lo llevan y hay un régimen de visitas establecidas para cada paciente: embarazada, hipertenso, diabético, con algún tipo de discapacidad, desde ese punto de vista.” (Médico I)

“siento que hasta el momento, la enseñanza que me han dado me ha aportado herramientas útiles para mi desempeño, “humanidad, humildad y solidaridad.” (Médica II)

“no podría generalizar mis impresiones, pero por las experiencias vividas considero que los colegas cubanos, con los que he mantenido contacto, han demostrado como sus fortalezas: que son trabajadores, ordenados a su modo, emprendedores, activos y “comunicativos”. Y en sus debilidades: que son intransigentes, improvisados al momento de planificar y ejecutar ciertas actividades, cierto descuido en su papel de tutores, soberbios y algunas veces agresivos.” (Médica I)

Cuando hacemos referencia al Currículo Oculto estamos significando el papel que juegan toda una serie de aspectos ideológicos en la configuración de unos significados y valores de los que el colectivo docente y el mismo participante no acostumbran a ser plenamente conscientes. Dicho de otra manera, hay una estrecha relación entre el currículo y la ideología. Las relaciones específicas de poder que existen en cada sociedad tienen una prolongación en el sistema educativo. La ideología traduce una visión de mundo, una determinada perspectiva sobre las cosas, acontecimientos y comportamientos.

La Praxis Médica, que se manifiesta, en estos relatos, rompe con el paradigma del poder del discurso médico tradicional y gesta un profesional con, no solo, herramientas humanistas y comunitarias, sino con competencias precisas en su quehacer. El enfoque de su practica, se dirige en otra dirección de la estructura tradicional de formación del ejercicio médico.

El Médico y Médica General Integral es un agente de desarrollo comunitario. Debe reconocer la importancia de la organización e implicación de la comunidad en sus problemas, para la mejora de su nivel de salud, y favorecer y organizar la participación comunitaria en los procesos de toma de decisiones que se vayan dando en la dinámica del servicio de atención primaria. (MSDS, 2003:).

Los médicos y médicas entrevistadas, hacen referencia a una medicina integral y a unas acciones comunitarias que en la práctica, la integralidad sigue siendo asumida desde una acción, en donde la participación comunitaria expresa movimiento social y requiere de mayor interacción con el proceso de cambio que desarrolla la institucionalidad.

En la descripción que nos da la médica en relación a los tutores médicos cubanos, apreciamos su fortaleza en lo humanístico pero no así, cuando devela sus debilidades en la forma de establecer las responsabilidades en el campo de la gestión, en donde se puede valorar las dificultades para el manejo del recurso humano que tiene a su cargo para orientar y dirigir, a consecuencia de la falta de rectoría de su trabajo por parte de la institucionalidad que es responsable de la estructura sanitaria municipal o estatal, donde se elabora y se construye el nuevo espacio para la creación y la responsabilidad compartida.

SEGUNDA TEMATICA:

V.2.4. Lo Conceptual en la Práctica Médica de la Misión Barrio Adentro

Los cinco aspectos o temas de gran profundidad contemplado en la conversación con los médicos y medicas son los siguientes: **la salud como derecho, calidad de vida, promoción de salud, prevención en salud,**

participación ciudadana y organización comunitaria, cada uno de ellos podría referenciarse en función de una concepción identificada con una apreciación conceptual. Estos aspectos conceptuales son los más relevantes donde se sustenta la práctica médica de la Misión Barrio Adentro, para darle concreción a la política de salud de Atención Primaria.

La salud como derecho social, implica satisfacción de necesidades básicas, el desarrollo de capacidades y habilidades y aptitudes diferentes áreas intelectuales, deportivas, además de acceso a las oportunidades culturales, políticas y laborales, al saber, a la información y a los niveles de toma de decisión. Es el resultado de las condiciones de alimentación, vivienda, educación, medio ambiente, trabajo, transporte, seguridad personal, empleo, recreación, libertad y acceso a los servicios, por lo cual plantea la necesidad de mejorar la calidad de vida de la población con intervenciones concretas en cada uno de esos factores.(MSDS, 2004)

En relación a la concepción de **salud como derecho social**, se logró apreciar en los discursos de los médicos/as entrevistados/as, la concepción de la salud integral, implicada en el enunciado fundamental que constituye la base de la salud como la política social, que se concreta a través de la Misión Barrio Adentro.

La Misión Barrio Adentro, es la estrategia política de contenido social donde los planes y las políticas públicas en salud se vinculan a las prácticas organizacionales de las comunidades para promover el ejercicio de la Democracia Participativa desde el sector salud.

Los discursos significantes de los médicos/as entrevistados/as, nos revelan en algunos casos, una aproximación, de lo que implica concebir la salud desde la dimensión del Derecho Social. En este sentido, las médicas y médicos, nos expresan:

“en mi comunidad ya han ido despertando y conocen cuales son sus deberes y sus derechos, no solamente implica ayudar en la puerta o barrer el consultorio, los comité de salud tienen otra concepción, de lo que hay que hacer.” (Médica II)

“ mi incorporación al Postgrado de Medicina General Integral, me permitió formarme de una manera integral en mi carrera, viendo al individuo, no solamente de manera aislada, sino al entorno de su familia y su medio ambiente y podemos influir de una manera favorable, cambiando estilos de vida. Por supuesto, esto no lo podemos hacer nosotros solos, y que es el concurso de una serie de organismos públicos o bien privados, el equipo de salud, el ministerio, la comunidad en general, el individuo y la familia”. (Médico I)

“en mi carrera, ya conocía la APS, la categorización o clasificación de las familias e individuos por riesgos, la medicina preventiva y las visitas domiciliarias, fueron aportes importantes en mi formación de pregrado .” (Médica I)

“estos cubanos realmente se esmeran en la parte de prevención y como integran la comunidad con el consultorio Y como uno comparte con la comunidad, desde todo punto de vista, no solamente desde el punto de vista médico, sino desde el punto de vista personal, desde el punto de vista deportivo, desde el punto de vista de reuniones, de fiestas, pues de todo. Sinceramente hay una buena interacción entre el consultorio y la comunidad.”(Medico II)

Estas expresiones de los médicos y medicas entrevistadas, en relación a la salud como derecho social generan una correspondencia con los objetivos que se planteo la Comisión Presidencial de la Misión Barrio Adentro, los cuales son : primero la implementación y coordinación institucional del Programa Integral de prestación de Atención Primaria de Salud, segundo la estimulación e implementación de expresiones de la economía social y transformación de las condiciones sociales y ambientales de las comunidades y tercero la promoción y consolidación de un nuevo modelo de gestión , basado en principios de interdependencia, coordinación, corresponsabilidad, cooperación y de participación activa y protagónica de las comunidades organizadas. (MSDS, 2004)

En relación al concepto **calidad de vida**, él esta implícito en la sustentación teórica de la Misión Barrio Adentro. Se trata de brindar posibilidades para que la población excluida, vivan en condiciones humanas aceptables, no solo en cuanto a necesidades básicas cuya solución depende de las decisiones políticas, sino también al respeto de sus tradiciones, sus formas de vida, creencias, costumbres, en fin todo aquello que forme parte de su cultura. Se halla, en la urgencia de dar respuestas para la defensa de la vida de individualidades y colectividades, por tal, tiene implicaciones en el nivel de satisfacción de necesidades sociales de los conglomerados humanos. (MSDS, 2004)

Al examinar las exigencias conceptuales de calidad de vida con la práctica médica, proyectada en los discursos de los residentes del MGI, se observa una sensible formación ideológica en relación con los planteamientos teóricos, bases de las políticas sociales y de salud de la República Bolivariana de Venezuela, lo que queda evidenciado en los siguientes textos:

“yo creo que esa es la conciencia de cada quien, porque de hecho, yo creo que los médicos de este postgrado, que estamos haciendo el trabajo comunitario como es, visitando a las familias, tratando de cambiar el modo y el estilo de vida realmente de esa familia. Hay otros médicos, de otras especialidades que de repente, no tienen esa vocación de trabajo comunitario, y por tal motivo no lo hacen, o de repente van y examinan al paciente, pero no toman en cuenta que esa mujer necesita estar mejor vestida y calzada y nada mas lo ven como si fuera solamente un paciente.”
(Médico I)

“...la comunidad, a través del comité de salud, ayuda al médico y al equipo de salud que está en ese consultorio, en la búsqueda de las mujeres embarazadas, ayuda a organizar la comunidad en grupos de jóvenes y clubes de abuelos y realiza el trabajo comunitario junto con el médico... Los comités de salud son la piedra angular de este programa.... En los otros barrios, se están formando e integrarnos unos con otros... (Médica I)

La definición de calidad de vida que fundamenta la concepción teórica de la Misión Barrio Adentro, se identifica con la existencia de un parámetro o

ideal previamente definido, en la urgencia de dar respuestas coherentes para la defensa de la vida de individualidades y colectividades. Tiene implicaciones en el nivel de satisfacción de necesidades sociales de los conglomerados humanos. Se trata de brindar posibilidades para que vivan en condiciones humanas aceptables. (MSDS, 2004)

El concepto de calidad de vida, implica una formación ideológica acerca de la concepción integral del individuo, así como del concepto de ciudadanía y autonomía, concebida esta última como el pleno desarrollo de las potencialidades. Visto a través de la óptica de la equidad y la justicia social, como medio para alcanzar el mejoramiento de la calidad de vida de la población, tal como lo plantea el documento del Plan Estratégico Social, presentado por De Negri y Otros (2002.)

La calidad no podrá ser reducida por la cantidad, a pesar del trabajo en la práctica. Una población que ha quedado sin atención médica por un período importante de tiempo y que no tenía acceso a dicha atención, recibe el apoyo de especialista en medicina general integral, las veinticuatro horas al día. La relación cuántica se expresa en una relación externa respecto a la naturaleza del proceso mientras que las relaciones cualitativas van más al fondo y no tienen límite específico. La relación médico paciente se eleva y se construye en un intercambio de saberes.

En relación **al enfoque de promoción** que manejan los/as médicos/as entrevistados/as en su discurso, está construida desde el análisis de la visión creada por Leavell y Clark, correspondiente con los niveles de Prevención de la Salud, principalmente basadas en la información y a través de estrategias transectoriales y de una participación y organización comunitaria, que propicie la construcción de ciudadanía por vía del empoderamiento y así asumir su rol protagónico en la búsqueda de la

satisfacción de sus necesidades sociales y desarrollo , como lo plantea la Misión Barrio Adentro en su documento base de promoción de la salud.

Las referencias teóricas, evidenciadas en los siguientes párrafos, producto de las conversaciones sostenidas con los médicos y médicas, queda probada en las siguientes líneas:

“Hay la concepción de que la prevención, la promoción y la atención primaria de calidad pueden generar cambios suficientes para mejorar nuestro nivel de vida así como influir en el sistema de salud y la calidad de vida en general.”(Médico I)

“el eje conductor del diseño curricular es la atención primaria en salud, acreditada por nosotros en nuestros estudios de pre-grado, aquí en Aragua. Promoción y prevención de la Salud, mejor calidad de vida a partir de acciones directas en la comunidad.”(Médica I)

Desde la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, se acomete a través de los principios de equidad y la justicia social, garantizar el bienestar y la calidad de vida de la población. En tal sentido se procura establecer una nueva institucionalidad que garantice dichos principios. La Misión Barrio Adentro garantiza y está presente y direccionado para ofrecer a la ciudadanía, una política publica que satisfaga las necesidades y aspiraciones de la mayoría excluida de la población. De aquí la confrontación histórica de la nueva y vieja institucionalidad “lo nuevo que no acaba de nacer y lo viejo que no termina de morir”

EL manejo de las charlas como estrategia para implementar las actividades de promoción es una característica muy generalizada en el discurso médico de los residentes del Postgrado MGI, la misma, es reflejada en las revelaciones, que se observan, en los materiales textuales significantes de los médicos/as entrevistados/as:

“nosotros tenemos un circulo de adolescentes, donde se dan charlas... los médicos cubanos que están conmigo, nos orientan.....en la comunidad, las actividades de promoción de salud son diarias... está un

círculo de abuelos, donde hay muchos viejitos que han mejorado cuadros de tensión arterial alta, reciben charlas de como hacer dieta.... círculos de embarazadas que también tenemos .y nos reunimos semanalmente” (Médico II)

“la parte de promoción de salud: charlas, es una, tanto en el consultorio como en la visita de terreno, la formación que le inculcamos a ellos es la responsabilidad. La responsabilidad que es muy importante, así sea de manera voluntaria, pero que ellos asuman una responsabilidad frente a una comunidad”. (Médica II)

“mira la parte preventiva, más que todo la damos en las horas de las charlas, cuando estamos dando las charlas, vemos conjuntamente la parte de la prevención y la promoción. Sobre todo las enfermedades... (Médico I)

Los círculos de lectura y los análisis es una poderosa herramienta de transformación que toca las raíces políticas, económicas, sociales y culturales de la población, contribuyendo a elevar el nivel de conciencia ciudadana para enfrentar los retos de alcanzar colectivamente una mejor calidad de vida. Su acción trasciende los espacios de los servicios para insertarse en la comunidad donde acontece y se desarrolla la vida, es acercarse a la gente, privilegiar lo humano, como centro de la salud; construyendo espacios de participación donde es posible realizar los propios intereses y concertar con otros las acciones que atañen a los colectivos, lo cual implica coordinación, diálogo, comunicación, intercambio, integración, suma de esfuerzos, trabajo conjunto, decisiones integrales en la búsqueda permanente de mejorar la calidad de salud y vida. Proporciona herramientas a los individuos, familias y comunidades para desarrollar habilidades y capacidades que posibiliten la autonomía, empoderándose de sus propios procesos, el reconocimiento de sus derechos sociales, de la tan necesaria autonomía. Dando cuenta así del precepto constitucional, que establece el deber de todas las personas de participar activamente en la promoción y defensa de la salud”. (MSDS, 2004)

Otros relatos, nos guían a lo conceptual, en el enfoque de la promoción:

“se recomienda la practica de la recolección de basura, limpieza de los criaderos de aguas para evitar el mosquito, eso se hace conjuntamente con el comité de salud.... Se orientan a los vecinos de los riesgos, cuando hay alguna casa que uno consigue en mal estado..... también se le informa a los demás vecinos” (Médico II)

“el consultorio lo están remodelando y estamos trabajando en una casa., pero antes de que se iniciara la construcción, hacíamos charlas de vez en cuando en las consultas y en las visitas familiares, familia a las cuales se les visita se le dan sus recomendaciones de las cosas que debe y que no debe hacer en su casa...” (Médica II)

“... se dan charlas a grupos específicos y talleres, capacitando a los promotores de salud.” (Médica I)

En la formación permanente de la comunidad van de la mano, la charla, la orientación y las referencias teóricas, con las practicas comunitarias sobre todo aquellas que tienen que ver con la satisfacción de necesidades y su relación con el medio ambiente. La promoción de salud como bienestar o base del desarrollo social abarca tanto los ámbitos educativos como de formación política e ideológica y de condiciones ambientales y asistenciales. La percepción de la promoción social de los médicos y médicas de la Misión Barrio Adentro se asume de una manera, al menos en el discurso, como integral. Una evaluación institucional que vaya más allá del análisis del discurso podría conducirnos a la caracterización de las bondades de esa promoción en la salud y bienestar de las comunidades.

En cuanto al **enfoque de prevención**, el contenido de los discursos contemplados por los entrevistados respecto a este concepto coincide en que los procesos sociales están ligados a las bases materiales sobre las cuales se monta la vida de los actores sociales de las comunidades. Describen en su discurso, una visión de la relación de los problemas de salud que confronta la población y otras esferas de los procesos productivos en general. Estos discursos de los médicos/as y entrevistados/as refirieron concepciones que coinciden los fenómenos sociales, identificando el carácter de dichos fenómenos y ligado de la base material en la cual estos se

producen. “En estas condiciones, la salud aparece como un valor, como una función y no como un servicio con vida autónoma dentro de cualquier sociedad, en el entendido de las relaciones dinámicas entre la salud y otras esferas del proceso social.” (OMS,1998).

Esto se evidencia en los siguientes textos:

“la parte de prevención debería hacerla la comunidad.... yo creo que los promotores de salud para que ellos colaboren con nosotros, uno le da sus recomendaciones en lo que se refiere al dengue y a otras enfermedades que son transmisibles... ya que cuando un paciente llega a la consulta uno se los ha dicho a ellos, (Medico I)

“.... herramientas como vacunación, programas que pueden ser objeto de uso en los ambulatorios y otras instituciones de la red de salud, sobre todo en consulta y visitas, orientando a grupos de riesgo: lactantes, embarazadas, diabéticos, hipertensos a que reconozcan sus posibles riesgos, particulares y familiares ...” (Medica II)

En estas evidencias de los textos se aprecian imágenes, que pueden ser perfectamente incluidas en el enfoque de la Medicina Preventiva, aquellas que se refieren a las medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a visualizar su entorno y su equipamiento asistencial establecido en las comunidades y así detener su avance y atenuar sus consecuencias, una vez establecida.

“somos nosotros quienes debemos realizar la parte preventiva, con respecto a las charlas, o sea, la charla es fundamental, tanto en las actividades de consulta como en la visita...la charla es una manera de informar a la comunidad sobre un determinado tema, que ellos lo capten, lo tengan en cuenta al momento que pueda haber en la comunidad algún problema de salud.” (Medico II)

“... a la comunidad, se le da información sobre los hábitos alimenticios...hacer prevención sobre riesgos a los factores externos, ríos, corriente eléctrica, no tener objetos punzantes objetos...si es un anciano, que tiene que tener cuidado al levantarse y pararse de repente, porque le

puede producir mareos o lipotimia, o sea, se promueven todas estas cosas que parecen sencillas pero son importante...” (Medica I)

Como podemos apreciar de los textos que acabamos de describir, prevención y promoción van de la mano. La prevención en sí, implica valores, educación e información también se hace acompañar de condiciones sociales y físico ambientales. En salud difícilmente podemos hacer prevención solo con educación y promoción. Es verdad sin educación y prevención no hay formación, pero ellas son insuficientes para cristalizar.

Las condiciones materiales existenciales son necesarias para la prevención. La formación y la enseñanza vienen acompañadas de la acción.

La concepción de la prevención que descubre los contenidos de los discursos también contempla una inclinación hacia un enfoque clásico de la salud pública, es decir, con una proyección idealista, haciendo énfasis en su visión conservadora privilegiando el tecnicismo, por ejemplo:

”... Hemos realizado operativos de cáncer de cuello uterino.... la charla que también forma parte de la promoción y la prevención, cuando tenemos a los promotores y al comité de salud... actualmente estamos trabajando junto a un odontólogo y hace pesquisa de patologías bucales, hace extracciones... con la gente se conformó un puesto, de vacunación, la gente va a el consultorio y nosotros los vacunamos.... aparte hacemos pesquisa, con el apoyo de la dirección municipal, pacientes que nosotros vemos con patologías respiratoria, le mandamos hacer su citología o su BK...” (Medico I)

La Misión Barrio Adentro debe garantizar que se ha de formar un profesional de la salud capaz de desarrollar una práctica orientada a los enfoques desde la concepción colectiva. La Salud Colectiva y la Medicina Social, involucran necesariamente la interacción con otros sujetos sociales, y que por tanto, requieren de una postura más visionaria por parte del médico, quien debe ampliar sus horizontes de acción apoyándose en la visión de que le permita relacionarse de una manera mucho mas directa y contextualizada con aquellas prácticas médicas y no médicas que ayudan a

promover la salud y prevenir y tratar la enfermedad. Al así proceder podría también ampliar su campo de visión ya que, no vería solamente la enfermedad y la muerte sino que también podría mirar la salud y la vida; no solamente explicaría las causas de la enfermedad, sino que también podría interpretar las formas de vida que producen salud; no solamente analizaría la medicina determinada por el desarrollo de las fuerzas productivas, sino que ampliaría su preocupación y acción hacia las prácticas médicas o no médicas determinadas o emergentes relacionadas con la salud y la enfermedad.

El diseño curricular del Postgrado de Medicina General Integral, se plantea que la promoción de la participación comunitaria no debe quedarse en mera actitud, sino traducirse también en las actividades cotidianas del Médico/a General Integral , en donde se debe reconocer la importancia de la organización e implicación de la comunidad en sus problemas, para la mejora de su nivel de salud, y favorecer y organizar la participación comunitaria en los procesos de toma de decisiones que se vayan dando en la dinámica del servicio de atención primaria. (MMC 2003)

Creemos que el Médico/a General Integral debe conocer la existencia de todos los recursos comunitarios que puedan ser utilizados en el proceso terapéutico y colaborar a su puesta en marcha y en la asesoría que le sea solicitada, con una actitud de respeto a la autonomía de la dinámica comunitaria. (MSDS, 2003)

La Misión Barrio Adentro, como eje articulador de las políticas sociales, es la generadora de las redes sociales y tiene la responsabilidad constituir la Gran Misión de País, aportando un nuevo bloque social, capaz de plantear nuevas opciones, lo que implica el fortalecimiento, la integración de las diferentes experiencias y potenciar el protagonismo de las comunidades para contribuir efectivamente a formas de democracia con participación popular; es decir, Barrio Adentro desde la base del movimiento social. (MMC 2003).

En cuanto a la noción de *participación y organización comunitaria*, los entrevistados demuestran claramente una concepción de la Participación, que se corresponde con un modelo donde la participación tiene un carácter protagónico. Es uno de los ejes centrales para alcanzar el desarrollo de una auténtica democracia participativa. Donde hay participación social activa de la comunidad los logros y beneficios favorecen tanto las políticas, las instituciones, y contribuyen a mejorar la calidad de vida de las comunidades. El Estado como los actores sociales, juegan roles significativos, relativamente equilibrados en importancia.

La participación protagónica como una estrategia de auto gobierno puede apreciarse desde el contenido de los discursos expresados por los médicos y médicas en los textos siguientes:

” nos reunimos con la gente, por lo menos una vez al mes, podemos discutir ciertos aspectos, positivos o negativos de que les gusta y que no les gusta, del trabajo en el consultorio y en el terreno...hay un espíritu democrático, amplio, del deber ser, no en una sola línea, no solo de arriba hacia abajo, sino también de abajo hacia arriba. Nos comunicamos básicamente, hablamos de los talleres y ya pasa a ser la parte, digamos más educativa... Les estamos enseñando lo que es un médico dentro de la comunidad.”(Médico II)

“Barrio Adentro, no se ve en forma tradicional, o sea, se le ve de una manera en donde todos tienen las ganas de trabajar, si uno le deja ciertos campos, vamos a decir... cierta autonomía..... la comunidad esta integrada... ellos pueden ir explorándola y viendo que va en beneficio de la comunidad... Eso es lo que llaman la participación comunitaria (Médica I)

“la comunidad participa.... realiza actividades de apoyo en el consultorio, control de pacientes y hacen el listado de los que acuden a consulta, promueven actividades deportivas, realizan control y denuncia de casos importantes.” (Médica II)

Quando revisamos la concepción de participación que se plantea desde la Misión Barrio Adentro, hay concordancia entre el tipo de participación que se representa en el discurso de los médicos y el sugerido

por las bases conceptuales de la Misión, en su carácter de Política prioritaria de Salud del Estado Venezolano.

La participación es uno de los ejes centrales para alcanzar el desarrollo de una autentica democracia, donde ella adquiera un carácter protagónico. La construcción de un nuevo orden donde lo social, sea el centro del desarrollo. Se plantea hoy un Estado que considere como centro de acción al individuo, se oriente hacia un desarrollo social y humano sustentable como ejercicio democrático, amplio y participativo. Requiere que los ciudadanos/as asuman un rol protagónico en la gestión pública, esto permite indicar que democratizar los servicios de salud, es asegurar que se conviertan en instancias para la participación, en función de ejercer el poder compartido con el Estado donde cada quien resguarde su espacio y naturaleza para cumplir con los intereses de la comunidad. Toda gestión pública que se precie de ser participativa e innovadora de procesos de democratización, debe involucrar en todos los planes de desarrollo a los diferentes actores/as políticos, expertos, técnicos institucionales y organizaciones sociales, siendo aquí precisamente donde la participación se constituye en un instrumento clave para contribuir a la solución de los problemas. (MSDS, 2004)

Por otra parte el discurso de los médicos/as coincide en identificar y propiciar a la comunidad como un espacio social y cultural que comprende un saber vivir, una experiencia existencial, un conocer practico que es necesario reconocer con respecto al saber científico medico y a la vez con la gerencia y la toma de decisiones, que tendrían que ver con el bienestar de la comunidad.

Los entrevistados manifiestan propiciar la participación de la comunidad, dónde la comunidad se le considera con respeto “al saber universal” del médico, a la toma de decisiones que tienen que ver con su bienestar.

. “en el comité de salud hay un grupo de personas que lo integran y están encargados del mantenimiento del consultorio, si es alquilado, se encargan de pagar la mensualidad de ese consultorio, nos consiguen inclusive la parte de papelería y nos llevan merienda, agua, café. Son atentos y serviciales. (Médico II)

“...Integrar a la comunidad con la practica médica y que las mismas comunidades nos permita participar, en la búsqueda para solucionar sus problemas, tanto de salud como incluso algunos problemas sociales, ... (Médica I)

”.... se hizo la parte de limpieza del local, la comunidad lo pintó, cada uno de nosotros apoyó, para que el consultorio este en las condiciones en que esta en la actualidad... conjuntamente con los cubanos, se colocó estantes para colocar las medicinas, las historias, entre nosotros mismos, yo aporte con papelería y material de escritorio, el otro llevó pintura, el otro llevaba el martillo, los clavos, etc. Y así se fue forjando el consultorio” (Médica II).

Es una responsabilidad del colectivo el tener una vida saludable, independientemente del contexto socio-histórico que le rodea. Esta postura, como ya fue comentada anteriormente, se debe a una posición crítica de los participantes, sin la existencia de contradicciones conceptuales y epistemológicas entre el ser y el deber ser de la Misión Barrio Adentro, visto desde la pertinencia socio política de la verdadera orientación ideológica del diseño curricular del Postgrado de Medicina General Integral. No es suficiente una participación de carácter motivacional sino que ella debe considerar lo organizacional, como base para asumir los lineamientos de un auto gobierno comunal en la promoción consolidación y gestión en salud.

“..... se forma el comité de salud.... El comité de salud, se encargan de atender los pacientes y organizar los pacientes, para ser visto por consulta... se hacen los círculos de abuelos, ellos también nos ayudan, acuden a sus ejercicios. También nos informan si hay cualquier familia con un niño enfermo, que la mamá no lo quiera traer para que el doctor, visite la casa”. (Médica I)

“....También hay grupos, con los hipertensos y diabéticos y en las prenatales en la propia consulta de atención que se les organiza a ellos y a los lactantes y niños menores de un año... hay club de abuelos donde

siempre se les da charlas, se les toma la tensión antes de ir a deporte, se les ha hablado de los factores de riesgo de las enfermedades que pueden sufrir , que son propios de su edad... (Médico II)

“en la comunidad se hizo un operativo de cedulação y jornadas médicas no. Se hicieron operativos se saneamiento donde se hizo recolecciones de basura y, limpieza de patios para eliminar criaderos de dengue. Se logró incorporar gente que eran reacios para la parte médica y se hablo con los pacientes y logramos que acudieran y de hecho hoy hay una de ellas que colabora dentro del consultorio.” (Médica II)

“ planificamos visitar las casas, las charlas, las actividades recreativas y allí participan un grupo que esta permanentemente, colaborando con nosotros en todas las actividades con la comunidad. También se organizan y se rotan y colaboran con nosotras,.” (Médica II)

“...como forma de participación directa con la comunidad, se crearon los comité de salud, otro, son los círculos de abuelos, otro, el circulo de adolescentes, el circulo de las embarazadas y otro que esta en formación el circulo de los niños para cuando lleguen las vacaciones”. (Médico I).

TERCERA TEMATICA:

V.2.5- EL paradigma del modelo formativo.

Las tendencias mundiales de mayor actualidad en relación con los procesos formativos y en correspondencia con los postulados de la Organización Mundial de la Salud en relación al perfil del profesional, señalan la superación pedagógica en la Educación Medica, como un requisito esencial en los procesos en función de su pertinencia, haciendo énfasis en la necesidad de una atención integral e integradora con la comunidad.

La Atención Primaria es la estrategia para asumir con la mayor responsabilidad tomando en cuenta a la población donde están los consultorios populares de la Misión Barrio Adentro. Los programas que se implementan en función de los postulados de Alma-Ata, encarnan el abordaje integral y se identifican con los procesos de la salud colectiva .El médico de Medicina General integral debe asumir este reto e identificarse con estos principios.

A continuación se presenta una serie de cinco expresiones o relatos que giran en torno a la integralidad.

“vamos a trabajar dentro de la comunidad... en la mañana con la parte curativa en el consultorio y en la tarde vamos a trabajar en el terreno realmente con la parte preventiva... Lo podemos definir como medicina integral...creemos en la integración curativo-preventivo....” (Médico II)

“...Barrio adentro es donde se inicia la unificación del Sistema Público Nacional de Salud, se va a tomar en cuenta al individuo y la comunidad. Una relación entre estilos de vida y beneficios en el proceso salud enfermedad.” (Médica II)

“la comunidad, es el eje de la misión barrio adentro y el norte de todos los médicos que estamos en barrio adentro... debemos integrar la comunidad y hacer un equipo. El médico no lo decide todo, sino que el médico y la comunidad, forman un equipo en beneficio de la comunidad” (Médico I).

“abordar a las comunidades, la familia y al individuo, donde se le hace una historia médica familiar, luego una dispensarización y se clasifican por grupos a las familias y al individuo ves si corresponde al grupo II, al grupo I, grupo III y grupo IV.” (Médica II)

En 1981, la Organización Mundial de la Salud, adopto la estrategia mundial de salud para todos en el año 2000, en ella se planteaba “todos los habitantes de todos los países alcancen como mínimo un nivel de salud que le permita trabajar productivamente y participar activamente en la vida social de la comunidad en que viven”.

Los tres objetivos principales de la estrategia eran. Promover estilos de vida saludable.. Prevenir las afecciones prevenibles. Fomentar la rehabilitación de aquellos cuya salud ha sido dañada.

Cada uno de estos objetivos implicaba una nueva visión de los contenidos y de los métodos apropiados para la educación y capacitación de los profesionales al cuidado de la salud, y en última instancia una gestión

docente a la altura de esta exigencia sociales.El Postgrado de Medicina General Integral consolida su funcionamiento en la medida que se integra a la Misión Barrio Adentro.

En los actuales momentos se requieren de médicos comprometidos con las necesidades más indispensables de la población excluidas. Deben orientarse los recursos y orientarlos a la consolidación de la mayor cobertura y buscar la mejor accesibilidad de la población a los servicios de salud. El equipo de salud debe concebir su papel de organizador y motivador para integrar a la comunidad en la búsqueda de recursos que permitan elevar la calidad de la población.

El objetivo de formar médicos, mejor capacitados fue explicitado en Alma Ata en el año 1978, guardando plena correspondencia con la meta de Salud para todos en el año 2000. Muchas han sido las declaraciones en respuesta a esa estrategia, ejemplo de ella están la carta de Ottawa en 1986, así como las declaraciones en las cumbres mundiales de educación médica realizadas en la década de los 90 muchos han sido los cuestionamientos y recomendaciones sobre la educación médica, lo que se ha concretado en la realización de una serie de reformas en este campo, no obstante es criterio del autor, que ha tenido lugar mas por estar en correspondencia con las tendencias educativas actuales, que por objetivos verdaderamente comprometidos con las sociedades donde se han producido; ejemplo de ello es observado en los cambios docentes que algunas universidades de importancia en este campo han realizado en relación con el “enfoque centrado en el profesor”, o en el basado en la “resolución de problemas” así como la tendencia del currículo orientado hacia la comunidad. No obstante el cambio que exige la sociedad contemporánea acerca de las competencias que debe portar un medico, debe conllevar a cambios más profundos en la concepción de la Formación Médica en correspondencia con las tendencias contemporáneas de la práctica pedagógica y respondiendo de forma esencial y sistémica al encargo que exige la sociedad actual al subsistema

de Educación Médica Superior. La Misión Barrio Adentro, debe avanzar al encuentro de los postulados básicos de todo proceso formativo de postgrado. La formación educativa debe tender al ser, hacer, conocer y convivir.

El proceso de formación de profesionales vinculados a la Misión Barrio Adentro en la actualidad exige de una conducción que considere como requisito esencial el carácter integral, problematizado y holístico, a la vez enfoque sistémico y dinámico, valorando como componente de aprendizaje los problemas de la comunidad, que deben ser resueltos con el concurso de todo el equipo de salud.. Esta realidad impone el reto para los actores principales y médicos en formación, ya que la asimilación de los contenidos en el que aprende, debe tener lugar en el marco de desarrollo de las competencias necesarias y suficientes que permitan el desempeño esperado en la solución de los problemas que afrontará en su práctica profesional. El empoderamiento y la integración con la comunidad refuerza la socialización necesaria y abordar una epidemiología crítica y de enfoque social. El abordaje hacia “el terreno”, configura una práctica docente integradora que persigue y va en busca de respuesta a los modos de vida y a la calidad de vida.

La medicina integral tiene dentro de sus objetivos la medicina familiar en la visita familiar y a través de la dispenserización, que ofrece la práctica con una adecuada información dentro de la estrategia participativa.

La responsabilidad de la formación continúa contextualizada para los médicos generales integrales representa una de las más seguras señales de compromiso liberador y revolucionario. No puede haber ningún avance sin considerar las competencias profesionales que deben guiar a la formación integral y de postgrado en aquellas que conviene tener y desarrollar, Contribuir a establecer una clara visión de la misión barrio adentro y de las competencias básicas para el mejor desempeño de los profesionales que la

integran es una de las principales funciones en la actualidad de la educación superior

La formación de este médico debe darse en un ámbito integrador multi, inter y transdisciplinario con el concurso de las ciencias básicas, clínicas, sociales, epidemiológicas y humanísticas necesarias; en un escenario de estudio-trabajo, que vincule al educando tempranamente con el individuo sano y enfermo, en todas las etapas del desarrollo de su ciclo vital, y en el contexto de la familia, la comunidad y el ambiente; con dominio de lo epidemiológico y lo ambiental y de los factores de riesgo individuales y colectivos; con pensamiento crítico; sensibilidad y solidaridad para con sus semejantes y, en general, con la vida y la autonomía del ser humano, de tal manera que, ó resuelva correcta y prontamente los problemas que se le presenten, ó los refiera oportunamente y adecuadamente a aquellos niveles del sistema de salud que corresponda. (MSDS, 2003)

Las acciones preventivas que se dan en la estrategia pedagógica de la Misión Barrio Adentro, deben abordar los procesos de conocimientos de los componentes de la triada ecológica para minimizar el daño. Es necesario trascender hacia una dinámica de análisis de la salud y la enfermedad, como un hecho bio-sico-social donde tengan cabida los aspectos culturales y subjetivos a fin de privilegiar la palabra de los/as otros/as y sus necesidades sociales mas sentidas.

Identificar los condicionantes que influyen en el perfil epidemiológico de los colectivos humanos/a, va mas allá de la relación causal pobreza enfermedad si se aspira superar el abordaje de la salud por la atención a la enfermedad desde la pobreza. Es decir asumir a la salud desde la atención a la enfermedad independientemente desde el espacio social de referencia seguiría siendo una percepción de la salud desde la patología.

Ese amplio e inexplorado mundo experiencial que tanto hace falta indagar para humanizar los saberes y las practicas en salud. Bajo este nuevo

paradigma, debe nacer una atención en salud que se nutra permanentemente del mundo simbólico de los otros/as para ajustar y adoptar las medidas preventivas de educación y fomento de la salud, acordes con la complejidad que encierra la salud individual y colectiva. Transectorialidad que obliga a utilizar todos los recursos de la comunidad en la búsqueda de la equidad y la justicia social; principios que orientan la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela.

En este sentido, nuestros/as hablantes expresan:

“...el trabajo lo hacemos, en la mañana las consultas curativas, pacientes para la atención del médico que está en la mañana pasando la consulta... por mas que uno quiera hacer prevención, promoción de salud en el momento de la consulta, a veces no puedes, sino que entonces, en la tarde, las visitas a los hogares y se realiza la dispensarización, y todo lo que se refiere a la promoción y a la prevención de salud lo hacemos en la tarde.... (Médico II)

“...integra la comunidad con el consultorio es lo que más obtenemos con la visita en las tardes.... hay una buena interacción entre el consultorio y la comunidad. He aprendido como los cubanos realmente se esmeran en la parte de prevención y como uno comparte con la comunidad, desde todo punto de vista, no solamente desde el punto de vista médico, sino desde el punto de vista personal, desde el punto de vista deportivo, desde el punto de vista de reuniones, de fiestas, pues de todo. ” (Médica II).

“el trabajo comunitario es muy gratificante y siempre será corto el tiempo que se le dedica a lo preventivo y lo social... la consulta curativa, nos quita demasiadas horas y uno no puede enteramente cumplir con la parte de la comunidad...” (Médica I)

A partir de la noción de que la Salud Pública trata con problemas de salud de poblaciones y que la Epidemiología es una disciplina básica del campo de la Salud Pública, se sustenta la tesis de que el objeto de estudio y de trabajo de la Epidemiología son los fenómenos de salud de poblaciones. Esto conduce a la necesidad de discutir el concepto de poblaciones humanas y, sus consecuencias prácticas para la investigación epidemiológica. La idea central es que lo poblacional constituye un nivel organizativo de la realidad,

diferente al individual y que demanda abordajes conceptuales y metodológicos diferentes.

El saber y la práctica médica que se está desplegando en la Misión Barrio Adentro está marcada por una fuerte asociación entre , el enfoque y la práctica clínica, el modelo preventivista, la epidemiología como estudio de las enfermedades y riesgos en poblaciones y una Salud Pública que prioriza las intervenciones sobre individuos, el colectivo y el ambiente. Tanto la mirada individual como colectiva no son excluyentes. La una es subsidiaria de la clínica y la otra esta orientada hacia la transformación de las condiciones de vida y los perfiles de salud de las poblaciones con énfasis en la promoción de la salud.

CUARTA TEMATICA:

V.2.6.- Comunicación Transformadora.

La Misión Barrio Adentro, se concibe una apropiación del saber en salud que se traduce en comunicación y en relaciones sociales que marcan la inclusión de toda la población servida. La deuda social tiene respuesta concreta en el accionar de los médicos generales integrales. Este nivel comunicativo, permite que se concrete la horizontalidad en los procesos interactivos, los cuales son en ultima instancia, la condición sine qua non para garantizar no solamente el éxito de programas de este tipo; si no de una acción comunicativa transformadora.

La comunicación en salud, dominante en el programa de la Misión Barrio Adentro, permite relaciones abiertas y consensuadas. El proceso, al ser bidireccional permite hay acuerdos que se generan entre las partes, por lo tanto, existen criterios procedimentales para la toma de decisiones t para el desarrollo de acciones generadores de bienestar para la comunidad. Un ejemplo de esto que se ha planteado, lo tenemos de nuestros interlocutores

“...parte del trabajo, estar pendiente del funcionamiento del circulo de abuelos, ellos llegan bien temprano, entonces se chequean la tensión y se

les vigila por ejemplo, el desayuno y se le dan consejos de como mejorar la alimentación y ofrecerles, un régimen dietético que corresponda a su edad. Darles charlas en relación a la diabetes y a las cifras altas de colesterol y los peligros que esto representa. Se hace hincapié en los hábitos de higiene para que mantengan el cuerpo limpio y sano. Bañarse y cepillarse. Otro círculo importante es el círculo de las embarazadas, se hacen comentarios de la parte nutricional de la embarazada, como debe cuidar su embarazo, porque es importante asistir a la consulta médica, darle charlas y recordar los peligros de las enfermedades de transmisión sexual. El círculo de adolescentes, es muy dinámico pero es difícil, aquí tenemos que ver todo lo que implica las drogas, embarazo precoz, enfermedades de transmisión sexual, violencia. Debemos dejar que ellos se socialicen y se organicen como grupo. Entonces, son ellos mismos los que van planificando cuales son las charlas que uno les va ir dando a la semana y que ellos mismos cumplan con el horario preestablecido aparte del deporte, que tenemos un grupo de cubanos que se encargan de la parte deportiva y que son también los que hacen la parte de la bailoterapia y el deporte con los viejitos” (Médica I)

“Lo realmente novedoso del programa es la forma de clasificar la población, según el riesgo, llamado por los médicos cubanos: “dispensarización”. Sin embargo, es un trabajo que aquí nosotros lo realizábamos en los ambulatorios Tipo I, etc.” (Médico I)

“... nosotros tenemos médicos cubanos como tutores, que es un médico que esta con nosotros todo el día, tratando de enseñarnos estrategias para manejar y controlar situaciones para mejorar las condiciones de la comunidad. Pero esto no depende del médico cubano ni de nosotros, sino del concurso de todos los involucrados: la comunidad y los organismos o entes oficiales, por supuesto que deben estar prestos para la ayuda de este programa. “(Médica II)

Para aprender medicina, siempre debe de ir acompañada la teoría de la práctica, la cual ha tenido diferentes formas de ser satisfecha y ha ido evolucionando hasta nuestros días.

Implica la interacción que se establece entre quien enseña y el que aprende, interacción que es una experiencia de aprendizaje.

La medicina que se aprende es la que se hace, por lo que la formación clínica se basa en experiencias sometidas a análisis y reflexión crítica. En el postgrado, el médico general integral se incorpora al equipo de trabajo de

instituciones de salud públicas de la red te instituciones de Barrio Adentro y a través de la enseñanza tutorial, en el ejercicio de la futura actividad profesional se favorece un aprendizaje significativo. El proceso comunicativo se convierte en un pilar fundamental para lograr aproximarse a los procesos participativos en salud. (MSDS, 2003).

CONCLUSIONES

- La combinación de una revisión teórica ajustada a los acontecimientos de una nueva Venezuela no ha sido fácil, que cuenta con novedosos encuentros de la practica social participativa y protagónica y la utilización de técnicas adecuadas a la conceptualización, con un trabajo de campo en el cual se recurre a la investigación participante y la entrevista a actores seleccionados (informantes clave) fué una acertada opción de investigación cualitativa.
- La revisión bibliográfica sobre el tema no fue abundante en experiencias previas, relacionadas con la gestión pública de salud, a pesar de la experiencia in situ de personal foráneo, el cual, desarrolla un trabajo, de facilitador en nuestro país para la reconstrucción de un sistema de salud desarticulado, atomizado y en permanente crisis. Sin embargo la novedosa Constitución Bolivariana nos facilito espacios para el encuentro de definición de los procesos participativos de ciudadanía.
- Se logró revisar los conceptos de Participación Ciudadana y su aplicación al área de la salud, las características que definen a la Misión Barrio Adentro, como la misión social integradora y germinativa de los procesos sociales del colectivo, lo cual emergió como un aporte original en este campo del conocimiento con tan escaso desarrollo, y conforma una línea de investigación a impulsar.
- Quedó abierta la necesidad de encontrar mayores elementos metodológicos en la búsqueda de resultados cuantitativos que nos den una mejor aproximación de la realidad de la cobertura, alcance, logros de la Misión Barrio Adentro ,que permitan abordar y , profundizar los aspectos estructurales y programáticos de la misma.

- Se confirma que la Participación Ciudadana en la República Bolivariana de Venezuela, en los términos en que fue definida, es un hecho reciente. Se desarrolla el concepto de participación comunitaria y protagónica que toma interés y se hace presente en la búsqueda de respuesta a la problemática del colectivo, cercano a su institución de salud, y le permite al trabajador de salud mayor grado de pertinencia.

- La Participación Ciudadana en la República Bolivariana de Venezuela - se expresa como poder popular, rescatando la condición del pueblo como el soberano, a quien se rinden todos los poderes, y planteándose el control del Estado por la ciudadanía, subordinándolo a ella. La sociedad en su conjunto al rescate de lo público, en el marco de la renegociación Estado-sociedad.

-La Misión Barrio Adentro crea las condiciones para el desarrollo de la participación ciudadana en salud, y permite un ensamblaje con el Estado, a través de las normas constitucionales que crean las bases de la verdadera democracia protagónica y participativa, en donde todos somos constructores de la nueva ciudadanía y con un Estado promotor, en la perspectiva de la nueva relación Estado-sociedad generada en el país.

-Debe destacarse que la participación activa de la comunidad, junto a programas de gestión en salud como La Misión Barrio Adentro permite logros y beneficios, favorece las políticas de las instituciones y mejora la calidad de vida. Se requiere para ello planificación, ejecución y control de y con la comunidad como actor protagónico.

- Si bien es cierto que contamos con una infraestructura de centros bien dotados para la restitución y rehabilitación de la salud es necesario reforzar el papel de atención primaria de los consultorios populares. No basta con tareas centradas en la enfermedad (prevención, curación, rehabilitación). Se requiere una estrategia de promoción de salud y calidad de vida, de manera

integral, intersectorial, con logros en términos de auto-organización social y política de la población.

- La pluralidad de organismos comunitarios, favorece la viabilidad, desarrollo y permanencia de las diferentes misiones que hacen vida en el tejido social de la base comunitaria; ayuda, apoya, fortalece la gestión de políticas públicas que se dirigen al fin común de mejorar la calidad de vida. La Misión Barrio Adentro emerge como la gran catalizadora de toda la fuerza social. La participación no se decreta, no es cuestión de una ley, al igual que la contraloría social comunitaria.

- Consideramos la formación integral de las comunidades como elemento clave, los distintos programas de promoción social y de la incorporación a niveles de la educación superiores, es prioritario. Fortalecer el éxito y continuidad de nuestros procesos es necesario ya que debe asumirse con responsabilidad, y compromiso, en el momento de la salida de los facilitadores de los espacios ya consolidados. La Misión Barrio Adentro como gestión en salud, es la semilla y la plataforma donde descansa la estructura sanitaria venezolana..

-Se mantienen cifras importantes de las comunidades que conocen la Constitución Bolivariana de Venezuela y realizan contraloría social y mantienen una relación ciudadana de derecho y de deber. Se ha logrado una identificación del ciudadano con su comunidad y sus instituciones, sin miedo, con mucha fuerza y legalidad. La Participación Ciudadana en Salud no es un problema de carácter técnico, tiene un carácter político; en consecuencia, está referido al tema del poder como el alcance fundamental. La pluralidad y la tolerancia no son un discurso, son una práctica cotidiana en la vida de la gente, en sus relaciones interpersonales. Su razón de ser tiene que ver con la propia condición humana.

-Al reflexionar sobre los hallazgos más importantes, en relación al el discurso de los residentes del Postgrado de Medicina General Integral, los podríamos sintetizar en los siguientes comentarios:

-Se evidencia un saber y práctica médica basado en el enfoque bio-sico-social de la salud, es decir integrado, holístico y complejo, basado en la visión humanista y sanadora de la vida.

-Se observa, con experiencia previa en la estrategia de Atención Primaria en Salud, que hay formación, implementadas en los programas de formación (pregrado y ampliación), en lograr la conceptualización ideológica significativa de la Visión Holística e integral de la Salud.

-Se evidencia, reiteradamente, la presencia en un currículo que busca la implementación de las estrategias educativas para la formación de los Médicos Generales Integrales, que fortalece las bases conceptuales de la Misión Barrio Adentro. Así como su posicionamiento en relación a su rol histórico, como sujeto social, en la implementación de las políticas sociales y de salud del estado venezolano.

-La Salud, la promoción, la prevención, la participación y la organización comunitaria, son concebidas desde la visión integradora y compleja, que considera al colectivo como un, sujetos sociales en constante interacción e interdependencia con su entorno ecológico socioeconómico y político

ENDACIONES

- Se requiere profundizar la investigación sobre las herramientas fundamentales para el análisis de la problemática de salud en Venezuela, a raíz de la incorporación de la Misión Barrio Adentro, considerando en este estudio: lo público, lo privado, las interrelaciones de grandes corporaciones de seguros y otras entidades transnacionales, participación comunitaria como corresponsable de la gestión, el desempeño del profesional facilitador no acreditado por gremios nacionales, etc.

- Se hace necesario profundizar en la investigación sobre el concepto de Participación Ciudadana en Salud, que nos permitan su abordaje en el desarrollo de los procesos de construcción en los consejos comunales así como su ensamblaje en la construcción de las comunas en el nuevo reacomodo social de la población y el poder popular. Considerar el poco desarrollo hasta el presente, de estas nuevas instancias de participación en la incorporación en la Misión Barrio Adentro.

- Se requiere promover y favorecer la investigación cualitativa, la investigación-acción-participativa, el desarrollo de investigación aplicada en el campo objeto de esta investigación. Los espacios académicos de las Facultades de Ciencias de la Salud ,en su mayoría, tan encerrados en investigaciones biologicistas, no ofrecen desde los espacios institucionales, el desarrollo de intercambios gubernamentales, tan útiles para la creación de conocimientos y de encuentros para dar respuesta a la gran mayoría de la problemática de salud de la población excluida que no es tomada en cuenta para dar respuestas a sus problemas

- La investigación impone un esfuerzo de democratización del saber, de promover el encuentro de saberes, entre el saber científico y el saber

popular. Una vasta experiencia, toda la Historia de la humanidad realmente, muestra el potencial y la riqueza que encierra la sabiduría de la gente común y su poder transformador. Es necesario promover uno o varios tipos de capacitación para grupos comunitarios que les lleve a sistematizar sus experiencias y conocer-transformar su realidad, asumiendo los técnicos y científicos el rol de facilitadores de procesos de aprendizaje.

- Se requieren nuevos espacios de aprendizaje (el barrio, la fábrica, la calle,..), nuevos métodos de enseñanza y basados en métodos andragógicos, centrados en el estudiante y no en el docente; transformar el docente en un facilitador para el desarrollo de fortalecer el nuevo ciudadano participativo y protagónico. Una nueva concepción del proceso enseñanza-aprendizaje

- La educación en medicina debe conducir a que la sociedad disponga, un adecuado balance cuantitativo y cualitativo, de médicos generales y especialistas con formación integral. Es innegable el desarrollo del conocimiento médico , sobre la formación de nuestros profesionales, lo cual ha permitido obtener egresados altamente calificados y especializados, capaces de resolver con la mayor eficiencia, a nivel individual, problemas de salud muy complejos, pero en quienes una visión fragmentada del ser humano, constituye una limitante para su óptimo desempeño profesional.

- Es necesario hacer esfuerzos para unificar e integrar los currículos de los programas de formación de la Misión Barrio Adentro y de los programas de formación de Ciencias de la Salud de nuestras universidades. Es imperativo que nuestro país y sus instituciones dispensadoras de salud y formadoras del talento humano para el sector salud, asuman esa responsabilidad. El reto está en lograr un adecuado balance en la formación y desempeño de ambos.

-Identificamos la Misión Barrio Adentro, como política social, que se hace efectiva al contribuir a mejorar las condiciones de vida de los pobres, garantizando gobernabilidad democrática y prosperidad económica, fortaleciendo el capital social y promoviendo la inclusión social. Forma parte de la construcción de actores sociales, ejerciendo el poder democrático, participativo y protagónico. Fortalece la participación ciudadana y de los movimientos sociales, como germen para la gobernabilidad democrática, superación de las inequidades y construcción del progreso económico y social.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abrantes, R. (1999). *Participación Social en salud: un estudio de caso en Brasil*. Salud Pública de México, 41(6), nov-dic.
- Aguilar, M. (2001). *La participación comunitaria en salud ¿mito o realidad?* Madrid: Díaz de Santos.
- Álvarez Sintés R, Barcos Pina y otros. (2005). *Una interpretación de la Misión Barrio Adentro desde la perspectiva de un trabajador de salud*. Caracas. Ed. MSDS-IAES/MES-Misión Sucre.
- Álvarez Sintés R. (1998). *Educación Permanente*. Revista Cubana. Medicina General. Integral. 14.
- Álvarez Sintés R. (2001) *Hacia un nuevo paradigma para la formación en medicina social*. Association of Health Policy. Alames. Copyright.
- Álvarez Sintés R. (2001). *La Medicina General Integral en Cuba*. En Álvarez Sintés R y otros. Temas de Medicina General Integral. Vol. I. La Habana. Ed. Ciencias Médicas,
- Álvarez Sintés R. y otros (2004). *Protocolo para Dirigir, Ejecutar y Controlar el Programa de Especialización en Medicina General Integral*. Ed. IAES/Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Caracas.
- Álvarez Sintés R.(2004). *Salud Integral. Manual del Promotor*. Maracay. Ed. MSDS / IAESP,
- Álvarez, ÁNGEL. (1992). *Análisis de Políticas Públicas*. Series de Temas de Coyuntura en Gestión Pública. Centro Latinoamericano de

Administración para el Desarrollo (CLAD). Venezuela.

Ander-Egg, E. (1992). *Reflexiones en torno a los métodos del trabajo social*. México: El Ateneo

Anderson, P. (1996). *El despliegue del neoliberalismo y sus lecciones para la izquierda*. Ed Ko'eyu, 35-43. Venezuela, Caracas

Araujo, D. (2001). *Presupuestos Participativos en Porto Alegre*. Proyecto Salud Mental de Belo Horizonte. Brasil.

Arias, F. (2004). *El proyecto de investigación*. 4ª.ed. Caracas: Episteme.

Arnstein, S. (1980) *Ladder of Citizen Participation* .AIP. Journal. New Cork.

Asamblea Nacional (AN) (2004). *Estudio económico financiero del Sistema Público Nacional de Salud*. Subcomisión de Salud de la Comisión Permanente de Desarrollo Social Integral. Caracas

Asamblea Nacional (AN). (2006). *Ley de los Consejos Comunales*. Gaceta Oficial Extraordinaria N° 38.416. Venezuela.

Asamblea Nacional Constituyente (ANC). (1999). *Constitución de la República Bolivariana de Venezuela*. Gaceta Oficial Extraordinaria N° 5.453. Venezuela.

Banco Mundial (1993). *Informe sobre el desarrollo mundial 1993*. Invertir en salud. Washington: World Bank.

Batista P, Reyes F. (2004) *Difundirán hacia afuera experiencias de Barrio Adentro*. Granma. Año 40. Número 204. Pág. 1

Behm, I. (1997) *Participación Social en el Campo de la Salud*. Ed. CCSS/ CENDEISSS/UCR. Costa Rica,

Bello, Freddy. (1998) *Socio Antropológica(s) de la Pobreza ante la Enfermedad (La comunidad y sus mecanismos de acción)*. Universidad ce Carabobo. Estado Carabobo. Venezuela.

Bello, Freddy. (1980) *Marginalidad y Sociedad. Barrios Urbanos de Valencia*. Universidad ce Carabobo. Estado Carabobo. Venezuela.

Bernal, F. (2004). *Barrio Adentro, antecedentes en la capital*. Conferencia presentada en el Taller Barrio Adentro. Revolución en la Salud. República Bolivariana de Venezuela. Teatro "Teresa Carreño". Lunes 2 de Agosto.

Bertaux, D. (1993) *La Perspectiva Biográfica*. Validez Metodológica y Potencialidades.

Bosch García, C. (1972). *La Técnica de la Investigación Documental*. Caracas: FACES-UCV

Breihl, Jaime. (2003). *Epidemiología Crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad*. El Lugar Editorial, Buenos Aires, Argentina, 1a. Edición.

Bresser, I. (1999) *Lo público no estatal en la reforma del Estado*. Buenos Aires: Paidós.

Bresser, I. y Cunill, N.. (1999) *Lo público no estatal en la reforma del Estado*. Buenos Aires: Paidós.

Briceño León, R. (1998). *El contexto político de la participación comunitaria en América Latina*. Cad. Saúde Pública,14, Súpl. 2.

Castellanos, P.L. (2004). *Reflexiones Sobre Políticas Públicas de Protección Social*. Derechos humanos y participación social en el estado democrático contemporáneo en América Latina. OPS.

Guatemala.

Castellanos, P. L. (2004). *Políticas Públicas Sociales. Gobernabilidad democrática y desarrollo*. IAES Arnoldo Gabaldón. Maracay

Chávez, H. (2003). *Programa Aló Presidente número 174*. Domingo 14 de Diciembre del año 2003.

Consalud (1998). *Participación Comunitaria y Salud*. II Encuentro Metropolitano de Participación Comunitaria en Salud. Caracas: Gobernación del Distrito Federal.

Consalud (2001). *Participación Comunitaria*. Valencia, Venezuela: Universidad de Carabobo-MSDS.

Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. CRBV (1999). Gaceta Oficial Nro. 36840. Año CXXVII, mes III. Caracas.

Coordinación Nacional de Atención Primaria del MSDS. (CNAP). (2004). *Comité de Salud*. Una orientación organizativa de participación comunitaria en el marco de la “Misión Barrio Adentro”. Caracas. Ed. MSDS / Barrio Adentro,

Coordinación Nacional de Atención Primaria. CNAP (2004). *Lineamientos de Política de Salud: Misión Barrio Adentro*. Caracas. Ed. Ministerio de Salud y Desarrollo Social /Barrio Adentro,

Corporación de Salud del Estado Aragua. (Corposalud). (1999) *Plan de Salud del Estado Aragua*. .Proyecto Salud. Maracay. Estado Aragua

Cunill, N. (1997) *Repensando lo Público a través de la Sociedad*. CLAD. Caracas: Nueva Sociedad.

D'Elia, Yolanda. (2004). *Estudio sobre la Misión Barrio Adentro*. Cendes.UCV. Caracas.

D'Elia, Yolanda., De Negri, A., Huggins, M., Vega, M., y Bazó, M. (2002). *Estrategia de Promoción de la Calidad de Vida* (Documento de Trabajo) Caracas: GTZ-MSDS.

De Negri, Armando y otros. (2002) *Desarrollo de un Pensamiento Estratégico en las Políticas Públicas para la Calidad de Vida y la Salud*. Ministerio de Salud y Desarrollo Social Caracas.

Desco (2002). *Universidad-Comunidad: un encuentro necesario*. Valencia, Venezuela: Universidad de Carabobo.

Dos Santos, N. (2000). *A prática do controle social através dos conselhos de saúde*. Divulgação em Saúde para Debate. Rio de Janeiro. No. 22, pp. 71-91, dezembro.

El Troudi, H; Harnecker, M y Bonilla, L. (2005). *Herramientas para la Participación*. Editorial Servi-K, C.A, Venezuela.

Escobar A (1995). *Encountering Development: The Making and Unmaking of the Third World*. Princeton: Princeton University Press.

Fein, M. (2004). *Experiencias de gestión en salud: el caso de Rosario (Argentina)*. VI Jornadas Científicas "Arnoldo Gabaldón". Mimeo. Maracay, Venezuela.

Feo O, Siqueira C. (2004) *An alternative to the neoliberal model in health: The case of Venezuela*. International Journal of Health Services 34: 365-375.

Feo, O. (1998). *Descentralización de la Salud y la Seguridad Social*. En Salud y Seguridad Social. Construcción Colectiva de las Propuestas.

Publicaciones del Servicio Unificado de Salud del Distrito Federal.
Caracas.

Feo, O. (2003). *Repensando la Salud*. Propuestas para salir de la crisis.
Ediciones de la Universidad de Carabobo. Instituto de Altos Estudios
“Dr. Arnoldo Gabaldón”. Maracay.

**Fernández, E. (2004). *La experiencia en salud de Montevideo (Uruguay)*.
Mimeo. I Congreso Bolivariano de Participación Comunitaria en
Salud. Córdoba, Argentina.**

Ferraroti , Franco. (1981). *Storia e Storie di Vita*. Laterza, Roma

Ferraroti, Franco. (2003). *Las Historias de Vida como Método*.

Universidad Sapienza de Roma.Roma.

**Finuelevich, S. (1993) *Estrategias de Supervivencia en las ciudades
Latinoamericanas*. En Kliksberg, B (Comp) *Pobreza un tema
impostergable*.**

**Foucault, Michel. (1976) *Estrategias de Poder. Crisis de la Medicina o
crisis de la anti medicina. ¿Crisis de un modelo en la Medicina?*
Revista Centro americana de la salud, 3. Enero-Abril. pags197-
.209.**

Freire, Paulo (1970), *Pedagogía del oprimido*, Editorial Tierra Nueva y Siglo
XXI. Argentina Editores Buenos Aires.

García, S. (1999). *Ciudadanía: Justicia Social, identidad y participación*.
Madrid: Siglo XXI.

González, Maria C. (1999). *Investigación evaluativo de Núcleos de Atención
Primaria*. Representaciones Sociales. Trabajo de Ascenso (mención

publicación) para ascender a la categoría de profesora titular:
Universidad de Carabobo. Maracay, Estado Aragua.

González, Maria C. (2005) *El Discurso Médico. Representaciones Sociales*. Editorial Universidad de Carabobo. Valencia. Venezuela.

Goode, W. J. y Katt, P. H. (1976). *Métodos de Investigación Social*. México: Trillas.

Gramsci. Antonio (1929). *Textos de los Cuadernos de 1929, 1930 y 1931. Hegemonía ideológica. Crisis de hegemonía*.

Gusmao R. (2004) *Barrio Adentro es la misión más exitosa conocida en salud*. OPS. Últimas Noticias. Año 63. Número 25469. 29 de Agosto.

Harnecker, M. (2003). *Democracia y participación popular*. Ponencia presentada en el Encuentro Mundial de Solidaridad con la Revolución Bolivariana. Mimeo. Caracas

Heller, A. (1982). *El Socialismo como radicalización de la democracia*. Rev. Socialismo y Participación, 20, 32-45.

Hopenhayn, M. (1988). *La participación y sus motivos*. Revista Acción Crítica.;2(4):6.

Instituto de Altos Estudios en Salud Pública. IAES (1999). *Gobernabilidad y democracia: participación comunitaria y cambio social*. Tomo II: La Salud en Venezuela. Caracas.

**Instituto de Altos Estudios en Salud Pública. IAES. (2005). *Proyecto de Ley de Salud*.
<http://laesp.fundacite.arg.gov.ve/leydesalud.htm>..Estado Aragua, Maracay.**

Instituto de Estadística y planificación. INE (2006). *Investigación sobre el impacto social de la Misión Barrio*. Caracas.

Instituto Nacional de Estadística. INE (2005). *Informe Estadístico*. Caracas.

Kliksberg Bernardo. (1989) *¿Cómo enfrentar la Pobreza? ¿Cómo formar gerentes Sociales? Elementos para el diseño e estrategias*. CLAD. PNUD. Grupo Editor Latinoamericano.

Kliksberg, Bernardo. (2001). *El Capital Social*. Caracas: Universidad Metropolitana-Panapo

Lahera, Eugenio. (2000). *Reforma del Estado: Un Enfoque de Políticas Públicas*. En Revista Reforma y Democracia (CLAD), No. 16: 9-30. Venezuela.

Lanz Rodríguez, C. (2003) *La Misión Sucre y la Municipalización de la Universidad*. Caracas. Ed. MES / Fundación Misión Sucre.

Lanz Rodríguez, C.(2003). *La didáctica investigativa y las nuevas tecnológicas informativas y comunicativas*. Caracas. Ed. MES / Fundación Misión Sucre.

Lanz Rodríguez, R. (1988). *La Deriva Postmoderna del Sujeto. Para una semiótica del poder*. Consejo de Desarrollo Científico y Humanístico. Universidad Central de Venezuela. Caracas.

Laurell, A.C.(2002). *Salud en la ciudad de México*. Presentación en Power Point. Conferencia en el Centro de Estudios Latinoamericanos Rómulo Gallegos (CELARG). Caracas.

Lemus L, E R, Borroto, C R. (2001). *Atención Primaria de Salud y Medicina General Integral*. En Alvarez Sintés R y otros. Temas de Medicina General Integral. Vol. I. La Habana. Ed. ECIMED.

León Uzcátegui, José. (2005). *La Participación Ciudadana en Salud en Venezuela y el nuevo marco constitucional: ¿De la representatividad a la participación protagónica?* Tesis doctoral. Universidad de Carabobo. Valencia, Venezuela.

León Villalba, G. (1996). *Descentralización en Venezuela*. FIDES. Caracas, Venezuela.

Ley Orgánica de Régimen Municipal. LORM (1978) .Caracas. Venezuela

Lisk, F. (1981). *A Popular participation in Basic-need orientated development planning*. Labour and Society, 6, 3-14. .

López Grillo, L (1991). *Informe de Gestión 1987-1990*. Facultad de Medicina, Universidad Central de Venezuela. Caracas: Imprenta Universitaria. 144

López V, M y García U, A. (2003). *Capacitación del Servidor Municipal: Elemento Potencial para el Desarrollo Local*. En Revista Venezolana de Ciencias Sociales, Vol. 7, No. 1. Venezuela. pp. 32-52.

Martínez C S. 2003. *Valoración epidemiológica de las actividades de atención primaria de salud*. Rev Cubana Med Gen Integr; 19(1)

Martínez, M. Peña, H. Villasana, P. (1991). *Los Núcleos de Atención Primaria, una Propuesta para la Implantación de la Estrategia de Atención Primaria en Salud en el Estado Aragua*. Trabajo Especial realizado como requisito para el V Curso Medio de Salud Pública. Mimeo. Pp. 12.

Martínez, M. Peña, H. Villasana, P. (1994). *Núcleos de Atención Primaria. Que la gente no se enferme*. Ventajas competitivas. Mimeo.

Maracay.

Méndez Castellanos, H. (1997). *Proyecto Venezuela*. ED. Fundacredesa. Caracas,

Marx, Carlos. (1844). *Manuscrito Económicos y Filosóficos. Tercer Manuscrito*. Primera Edición.1932.

Minayo, M. C. (1997). *El desafío del conocimiento*. Investigación cualitativa en salud. Buenos Aires: Lugar.

Ministerio de Educación Superior .MES (2004). *Programa Nacional para la Formación de Profesionales del Sector Salud a través de la Misión Sucre*. Proyecto: Formación del Médico Integral Comunitario.

Ministerio de Finanzas. MDF (2005). *Ley de Presupuesto para el Ejercicio Fiscal*

Ministerio de Planificación y Desarrollo Social MPDS (2001).*Líneas generales del Plan Nacional de Desarrollo Económico y Social de la Nación, 2001-2007*,.ED. MPDS, Caracas,

Ministerio de Planificación y Desarrollo Social MPDS (2006). *Ejecución del Presupuesto asignado durante el 2003 y 2004*. Dirección de Planificación y Desarrollo DS. Caracas,.

Ministerio de Salud y Desarrollo Social (1998). *Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud en Venezuela*. Ed. MSDS. Caracas,

Ministerio de Salud y Desarrollo Social (2002.) *Plan Estratégico de Salud y Desarrollo Social 2000-2006*. (3era. Versión).Ed. MSDS, Caracas,

Ministerio de Salud y Desarrollo Social (2003). *Anuario de Epidemiología y Estadísticas Vitales*. Caracas.

Ministerio de Salud y Desarrollo Social. (2004) *Misión Barrio Adentro. Bases Teóricas*. Material Mimeografiado. Caracas. Venezuela.

Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (MSAS) (1999). *Municipios hacia la salud*. La Experiencia Venezolana. Una revolución silenciosa. 2 Tomos. Caracas: SAS – OPS.

Misión Barrio Adentro. (MBA 2004). *Coordinación Nacional de Atención Primaria.: Expresión de Atención Primaria de Salud*. Caracas. Ed. MSDS /

Misión Médica Cubana. (MMC 2003). *Misión Barrio Adentro*. República Bolivariana de Venezuela Diciembre

Molina, J. (1992). *Participación Social en Salud*. Una experiencia en Simojavel (*Chiapas*). Salud Pública de México Vol. 34, No. 6.

Montero, M. (1986) *.La Participación Comunitaria*. Edit Universidad Central de Venezuela. Caracas

Montero, M. y otros. (1988). *De la Historia de Vida al Análisis de Discurso*. Reevaluación de la Metodología Cualitativa en el Campo Sociológico. VI Seminario FLACSO. Caracas

Moreno, A. (1988) *El Aro y La Trama*. Edit Salesiana. Caracas

Morin, E. (1997). *Los Siete Saberes Necesarios a La Educación del Futuro*. Mimeo. París: UNESCO.

Morin, E. (1990). *Introducción al Pensamiento Complejo*. Gedisa Editorial.España.

- Mouffé, Ch . (1999). *El Retorno de lo Político*. Barcelona: Paidós. .
- Navarro, Pedro (2004). *Estudiantes de Medicina Integral Comunitaria se Inician en Ambulatorios*. El Nacional, 06.11.04, pág. B-17.
- Nussbaun, M.. (1999) *Los Límites del Patriotismo. Identidad, Pertenencia y Ciudadanía Mundial*. Barcelona: Paidos.
- Oakley, P (1990). *Intervención de la Comunidad en el Desarrollo Sanitario*. Ginebra: OMS. .
- Ochoa, H y Fuenmayor J. (2006). *Ni Tecnocracia Ni Populismo*. Hacia una gestión pública para la transformación en Venezuela. El poder de los expertos para comprender la tecnocracia. Universidad del Zulia. Venezuela.
- Organización de Estados Americanos. OEA. (2005) *Carta Social de las Américas: Renovación del Compromiso Hemisférico del Combate a la Pobreza Extrema en la Región*. AG/RES. 2139 (XXXV-O/05).
- Organización de las Naciones Unidas ONU. (2002). *Aplicación de la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas*, Informe del Secretario General, documento A/57/270 (31 de julio de 2002). Nueva York: Naciones Unidas.
- Organización Mundial de la Salud. OMS (1978) *Atención Primaria de Salud*. Declaración Alma – Ata. Washington, D.C.,
- Organización Mundial de la Salud. OMS (1990). *Sistemas Locales de Salud*. La Participación Social, Washington, D.C., Septiembre.
- Organización Mundial de la Salud. OMS. (1984). *Cuadernos de Salud Pública*. El Sistema Sanitario al Servicio de Atención Primaria de Salud. Ginebra.

Organización Mundial de la Salud. OMS. (1986). *Carta de Ottawa*. Canadá.

Organización Panamericana de la Salud (OPS (1990). *Participación de la Comunidad en la salud y desarrollo en las Américas*. Publicaciones científicas

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (1998). *La Salud en las Américas*. Vol. I. Publicación científica N° 569. Washington, D.C.: OPS – OMS.

Palma, D. (1994). *La Participación y la Construcción de Ciudadanía*. Univ. ARCIS. (Documento en línea). Disponible en [http//168.96.200.17/ar/libros/chile/arcis](http://168.96.200.17/ar/libros/chile/arcis)

Pateman, John. (1999). *Social Exclusion: an international perspective on the role of state*. Journal of information science 25 (6)445-463

Pearse, A. (1979). *Inquiry into participation: a research approach*. Nueva York: Instituto de Investigaciones de las Naciones Unidas para el Desarrollo Local.

Pinto, J. (1998). *Problemas e possibilidades de participação comunitária no controle das grandes endemias no Brasil*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 14 (2),19-37.

Pitter, H. (1981) *La Noción de Participación* En Moscovici, S. Psicología Social

Pontual, P. (2002). *Construyendo una Pedagogía Democrática del Poder*. Series Antologías: Participación Ciudadana. México. CESEM.

Presa Velásquez M, Hernández C. (2004). *Misión Barrio Adentro: La Revolución en la Salud*. Revista América XXI. ; 11 (5)

Ramírez, R. (1983). *El Diseño de la Investigación Dialéctica*. Caracas:

Rifkin, S. (1979) *Participación de la Comunidad*. Ginebra: OMS.

Romero, J. (2007). *La Reforma Política*. Diario Panorama. 03 de mayo de 2007.

Ruiz, Andrés E: 2005. *Formación de Médicos Sociales*. Universidad Bolivariana de Venezuela. 13 de Enero. pág. 6.

Ruiz, J. (1989) *La Decodificación de la Vida Cotidiana*. Métodos de investigación Cualitativa. Universidad de Deusto. Bilbao.

Sabino, C. (1978). *Métodos de Investigación*. Una Introducción Teórico-práctica. Buenos Aires: El Cid.

Salcedo, H. (2004). *El Caso de Bolivia*. Taller de Consulta: Participación Ciudadana en salud en el Cono Sur. Buenos Aires, 8-9 marzo 2004.

Sanabria, G. (2004). *Participación Social en el Campo de la Salud*. Rev. Cubana de Salud Pública: 30 (3).

Sánchez L, Amaro. (2001). *La Salud Pública en Cuba*. En Alvarez Sintés R y otros. *Temas de Medicina General Integral*. Vol. I. La Habana. Ed. ECIME

Sánchez A, B. (1979). *Métodos de Investigación*. Caracas: Eneva-Colección Universitaria. Escuela de Sociología y Antropología-UCV.

Sánchez M, Cubillán S, Requena M, Valera L, Nuñez N, Álvarez Sintés R, Machado T JR. (2004) *Plan de Estudio de la Especialidad en Medicina General Integral*. Macrocurrículo.y Microcurrículo. Ed. MSDS. Caracas.

Solano, S. (1999). *La Participación Ciudadana en el Gobierno Local*. México.

Sosa, G. (2006). *Un médico más cercano al hombre y a la salud. La formación para la praxis desde una perspectiva Socio crítica*. Editores Clemente. Valencia. Estado Carabobo. Venezuela.

Sthor. (1981). *Antecedentes Teórico-Empíricos de La Participación*. En Moscovici, S. Psicología Social II. Edit. Paidos. Argentina.

Stiglitz, J. (2003). *El Malestar en la Globalización*. Cuarta reimpresión. ED Taurus, Colombia .Bogotá,

Strauss, A, y Corbin, j. (2002). *Base de la Investigación Cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Edit. Contus. Antioquia. Colombia,

Taylor, S. y Bogdan, R. (1986) *Introducción a los Métodos de Investigación Cualitativa*. Edit.Paidos. Buenos Aires.

Tejada D. (2003) *Alma Ata: 25 años después*. Revista Perspectivas de Salud 8.

Torres, M. (2004). *Participación Comunitaria y Experiencias Exitosas de Gestión en Salud en América Latina: El Caso de Bogotá*. Conferencia. Mimeo. XI Jornadas Científicas IAES, Maracay.

ANEXO 1

ENTREVISTA A FERMINA

Entrevista realizada por a la Sra. Fermina .

Líder Social de la parroquia San Francisco Asís del Municipio Zamora del Estado Aragua..

JO: Fermina, luchadora social, para nosotros constituye una persona muy importante en el desarrollo de la participación comunitaria en salud, en el Municipio Zamora del Estado Aragua. El objetivo de entrevistar a Fermina es para hablar de algunos aspectos relacionados con su experiencia como líder de la comunidad y conocer sus impresiones de cómo las comunidades se integran con la institucionalidad pública de la salud y a la misión barrio adentro.

J.O: Fermina, si tu tendrías que hacer un balance de la participación comunitaria hacia la salud en tu comunidad. Como lo harías?. Como fue? Como ha sido ? Nos puedes hablar de algunas experiencias, tu crecimiento personal y el crecimiento de la comunidades ?.

FM :El crecimiento de nosotros a nivel vamos a decirlo de liderazgo verdad ha tenido mucho que ver con la preparación que hemos ido recibiendo a través de CorpoSalud verdad, desde el año 99 nosotros aquí en nuestro sector hemos tenido mucha participación del ministerio de sanidad conjuntamente con la comunidad hemos estado muy enlazados verdad, de que manera? Bueno es la busqueda de nosotros para capacitación y mas de unas oportunidades nos vamos a buscarlo al ministerio o el ministerio siempre nos los baja a nosotros

verdad, a través de talleres verdad, a través de primeros auxilios, es la capacitación pues que hemos ido recibiendo espontáneamente también cada uno de nosotros en el papel que uno juega dentro del sector.

Un papel, bueno digamos que en la casa siempre hay un jefe que es el manda el que ordena que es el que hace verdad, en este caso hemos sido nosotros protagonistas de nuestro propio sector de que manera? Buscándole las respuestas verdad a una serie de problemas que hemos enumerados verdad, llámese agua, luz, habita verdad porque tenemos muy claro que la salud no es solamente medicina ,también es salud mental, salud ambiental verdad ya través de identificar esta problemática en nuestro sector es lo que nos conllevado ya digámoslo así en el sentido pues de ahora ir nosotros hacia el ministerio que hay para nosotros?.

JO: Ustedes han hecho diagnósticos en la comunidad?

FM: Por lo menos horita tenemos lo poco que las mesas de trabajo que tuvimos hicimos un diagnostico de viviendas verdad, fueron cinco días de trabajo aquí en mi casa con comité de tierra y comité de salud ambos comités involucrados verdad, de que manera lo hicimos? Bueno lo hicimos primero a través de unas planillas del censo en el sector luego ahí clasificamos el problema principal que en ese entonces fue vivienda y habita porque?, bueno porque nos falta todavía para consolidar nuestro sector 9 casitas, las personas a través del trabajo que hemos venido desarrollando desde hace tiempo hasta ahora, querían una mejora para el sector en el sentido de habita eso nos conllevó hacer este diagnostico que quieren? Como lo quieren? Quienes van hacer las personas que van a estar involucradas en eso? Verdad y lo primero que hicimos fue el censo directo económico, social verdad, y ver la capacidad de cada quien para pagar dicho crédito hacer el estudio de quien realmente requiere exoneración porque viene una exoneración también por allí verdad, ese es con relación a vivienda y habita verdad, mejor calidad de vida para el sector verdad, de allí surgen muchas preguntas por lo menos nosotros tenemos aquí un núcleo de atención primaria, verdad surgió la incógnita doctor de que.. como hacemos señora Fermina? Para que el espacio que tenemos aquí funcione las 24 horas, que nos orienta usted?, nosotros colaboramos con usted, cual es la manera de involucrar nosotros estas personas acá?, bueno ellos traen de repente me traen una propuesta mire señora Fermina que le parece esto?

El diagnostico lo organice yo. En mi casa, con mesas trabajo de 10 personas. Específicamente en Maritza Rondón, verdad porque ya no tengo mucho espacio verdad, por mi problema de salud el cual ya le ido informando verdad, entonces alla otras comunidades que ha visto el desarrollo en Maritza Rondón ,entonces ellos quieren que yo vaya hasta su sector y los oriente bueno, yo los oriento con la preparación que

hemos tenido a través de Ambulatorio de San Francisco de Asís, verdad capacitación ,mire me enorgullece la orientación de la trabajadora social Lennys Cordero, del Director Municipal, del municipio sanitario.

JO: Fermina puedes identificar algunos líderes que han promovido este despertar de la comunidades. Podrías sistematizar de lo general a lo particular Lo político, lo religioso, lo sanitario, lo comunitario?

FM: Hugo Chávez Frias. Es mi líder digámoslo así mi estímulo que me afianzó más a mi trabajo comunitario.El liderazgo religioso si hay una que otras cosas allí pero no del todo como uno espera como comunidad organizada. Puesto que el es el párroco por decirlo así , que da la misa los domingos verdad y orienta a el pueblo , que se deja orientar

Con relación a los evangélicos porque nosotros tenemos la vivencia de aquí de los evangélicos en nuestro sector también el pastor de esa iglesia está vinculado.Hay excelentes médicos es como todo yo lo identifico así de esa manera y se lo digo de verdad con toda esa sinceridad, si tenemos buenos médicos con buena calidad verdad pero así como también los hay buenos ,hay médicos que siempre se sobresalen en alguna que otra cosita e allí que entra la parte fundamental de nosotros como comunidad organizada, a través de esta preparación de hormiguita que hemos venido teniendo de poquito a poquito hemos descartado verdad que antes esas vivencias no la teníamos como ahora , que ahora la mayoría cualquiera tendría miedo que le digo de estar hablando aquí con usted verdad. Pero no,ese miedo se acabó doctor , de decirle porque me a tocado de verdad muy amablemente hay quienes lo hacen agresivamente pero yo le digo simplemente caramba doctor me disculpa pero a mí me parece, yo se que el profesional es usted pero a mí me parece que esa no la es la parte más correcta que usted está haciendo y me disculpa lo primero que me dice ...usted no es profesional..... soy profesional dentro de mi comunidad, soy voluntaria de Salud de tantos años, me disculpa tengo que levantarle un informe.

JO: Has sentido que hay en la comunidad un nuevo liderazgo ‘?

FM: Si, organizado si y de hecho bueno, para muestra un botón,, verdad ahora ya como estamos consolidados digámoslos en comités de salud ya esta gente a nivel superior que uno siempre llama verdad, ellos llaman a uno, mira chica comunícate con todos los enlaces

institucionales de los sectores tal y tal y tal.....para que ustedes sean partícipes de una solución , refiere al ámbito a el momento donde uno vaya a desarrollar ahí de la información que nos den verdad.

Mire yo diría que más a la organización comunitaria y si hay grupos que si están vinculados a la salud, si los hay.Si hay algunos que, no digamos en esa fuerza que uno quiere como comunidad organizada pero si las hay, de repente uno que le digo vieron mal a uno, pero uno va y les pide apoyo mire queremos esto como no vamos a ver que podemos hacer por la comunidad pero traeme tu una alternativa la cual nosotros podemos apoyar

Siempre el grupo comercio, las empresas privadas, los pequeños establecimientos de aquí, nosotros vamos y pedimos un aporte que le digo,llámese víveres, dinero en los que sea, bueno esta demás decirlo gracias a ese Dios poderoso a estado con nosotros, han respondido siempre.

Bueno una campaña de vacunación, voy allá abajo al ambulatorio que es lo principal que tenemos y contamos con toda la facilitación de CorpoSalud.

Y buscar, después bueno ahí canalizamos buscar el refrigerio, dentro de este mismos comercio al cual nos rodea.Llamamos a los bomberos y enseguida están los bomberos aquí siguen respondiendo.Los bomberos trabajan y participan o sea es la vivencia doctor verdad, que yo he tenido a través de estos largos años porque yo horita estoy ejerciendo como le dije el curso de vuelvan caras y yo en vez de ir fíjese usted lo que hice en vez de ir a CorpoSalud que hay ahí todo como uno dice todo el engranaje nada Fermina al cuerpo de bomberos a ver que es lo que pasa voy hasta allá, cuando llego allá bueno, buenos días! buenos días! mi nombre es Fermina .. caramba señora Fermina yo soy el teniente Uzcategui, caramba yo quería hablar con usted, ah en que podemos servirle en estos momentos, bueno mire quiero una charla de primeros auxilios para mi curso verdad, usted es enlace institucional de comités de salud yo la he visto en varias oportunidades por ahí usted es voluntaria de Salud. Bueno yo quiero la participación de ustedes, también que se integren con nosotros, buenísimo si

ya es que me habían hablado de usted, bueno dígame que es lo que tengo que hacer? Y vamos yo tengo los instructores y vamos hasta allá, o sea no hubo ningún recelo

JO: Hay una evolución entre asociación de vecinos y comités de salud?

FM: *Existen todavía las asociaciones de vecinos aunque estén derogadas, si las hay, pero ellas se han vuelto como le digo yo diría que rutinarias porque ellas se engranan en el lado político que a ellos más les conviene ve?, en cambio nosotros el liderazgo de comité de salud o comité de tierra ,mesas técnicas, eléctricas, de agua etc.. ya buscamos más directo el bienestar propio para uno sino colectivo si le dieron a todo...Y pasan más a lo individual, han perdido lo colectivo. Exactamente perdieron la colectividad. Si lo hemos pasado a ocupar su liderazgo. Con más poder que la asociación de vecinos, hay más credibilidad, hay más respuestas directas hacia esa colectividad que espera algo bueno de uno por lo menos yo se lo digo en mi vivencia ... en mi vivencia porque? Bueno porque si yo no tengo algo en mi mano yo no lo puedo ofrecer en cambio las asociaciones de vecinos no, las asociaciones de vecinos se convirtieron en burocracia, se convirtieron en burocracia porque ellos ofrecían pero no directo a la comunidad ellos ofrecían para tener a la gente ahí clavadita vota por este, vota por este y nada, doctor tenemos que..*

Colectivizar todo doctor, todo, y ahora vamos a tener más fuerza todavía a través de los consejos comunales

Bueno aun con todo lo que estamos haciendo,doctor si hay cierta rivalidad entre las alcaldías y los mismos gobernadores verdad. Porque ellos no aceptan del todo esa parte imponente de comunidad organizada porque ya hemos ido a varias sesiones de cámara, hemos tenido sesiones y ellos se

oponen y eso no es así, eso no es así y a la final tienen que morir en lo que nosotros como líderes organizados proponemos

Me ha tocado vivir eso, de hecho sin ir muy lejos me llamaron a una sesión de cámara, yo me quede loca pues y el por que yo estaba allí pues y me llamó la misma esposa del Alcalde, porque resulta que yo era coordinadora de una casa de la mujer que se abre aquí en villa de cura entonces todas nos vemos involucradas porque ella fue presidenta honoraria para ese entonces cuando se decide elegir la directiva, cambian la directiva tu, tu, tu, que eso? Y el pueblo no cuenta? Son mujeres zamoranas pues hice un comentario en una reunión y parece ser que eso llego a oídos de la doctora y bueno me tocó a mi abordar pues, que vamos hacer? Que vamos hacer pues yo exijo aquí delante este colectivo una reunión de nuevo, una elección nueva porque si estamos acabando con la antigua república que había vamos a seguir continuando en lo mismo tu tu y tu porque me caes bien, porque ese es hermano, porque ese es primo, porque es mi familia no, todos tenemos derecho a la participación no vamos a excluir a nadie y todos nos vemos involucrados verdad en la situación porque todas somos mujeres y todas somos zamoranas, ahí hizo acto de presencia el alcalde y se dirigió muy respetuosamente de verdad , caramba señora Fermina me gustaría hablar con usted, como no alcalde usted sabe donde ubicarme, pero estamos horita discutiendo otra parte, son la mujeres de Zamora no es la señora Fermina que es la líder allá en Maritza Rondón tienes razón y allí salieron polémicas, que si porque esta señora convoca esta reunión, bueno es mi nombre, el que está en juego es mi reputación porque yo no puedo ofrecerle un crédito a usted doctor si yo no tengo todos los recaudos y todas la requisición del banco para poderle decir a usted si! Porque entonces vamos a seguir cayendo nada mas en la mentira vamos a seguir engañando al pueblo, yo estoy en contra de todo eso vamos a decir vamos a tapar el sol con un dedo

no doctor, acordémonos que los rayitos siempre se escapan y tratar de hacer las cosas lo mejor posible eso es lo que quiere nuestro presidente.

JO: Como ha sido para ti el proceso de negociación, en conseguir las cosas, llegar a acuerdos con los políticos, con los alcaldes, con tu misma comunidades?

FM: *Bueno yo negocio de la manera siguiente, me ofrece que te digo esa matica que es factible para el sector vamos a organizarnos, luego pero primero el beneficio para el sector ... de esa manera lo hemos manejado, mira Fermina quiero que me trabajes la campaña, perfecto me mantengo imparcial, que me ofreces para la comunidad? Porque yo jamás he pedido para mí, la comunidad, que trae para la comunidad, bueno Fermina tantos talleres te los paga digamos el partido, este una jornada de X relacionado al sector, vamos hacer un saneamiento ambiental y ponemos la logística, perfecto vamos a dale porque esas son mis palabras, vamos a darle pues ,porque Sin enfrentamiento con las verdades y la ley en la mano. Se puede ganar y perder, no todos podemos ganar. Cuando nos iniciamos era todo más apático la gente. Voy a ver mi novela Fermina yo no voy para ese taller, chévere 5, 10, hoy por hoy no, hoy por hoy simplemente pego panfletos aquí en la bodega en los sitios más visibles hay una reunión a cualquiera de los que uno sabe uno los llama dentro del sector comunitario sin ofensas uno los llama radio bamba verdad la señora aquí se pone de hablar con la comadre se puso hablar con la otra vecina, esa lleva la información a la otra y la otra la lleva a la otra cuando yo me doy a dar cuenta ya tengo allá afuera 10 personas, mira Fermina es verdad que va la reunión de que es la reunión? Es factible? Si es factible, vengan porque es importante para ustedes no para la señora Fermina ok y lo he logrado de verdad como ya le expliqué antes vamos rumbo a estos consejos comunales la mayoría de estas personas confía, en nuestro trabajo.*

JO: Que tipo de intercambio o relación tienes tu con el centro de salud? Como lo haces? Lo haces porque te llaman? Tu vas voluntariamente? Te llaman para planificar?

FM: *Voluntariamente, sin presión, yo creo que soy al revés yo creo que me van a sacar de allá, que hay por ahí que hacer mija pero quedate quieta. Nosotras participamos en una mesa de trabajo que se dieron allá en residencias verdad, en la cual la doctora Marrero, Jefa del Municipio, llamó a todas esas comunidades organizadas a planificar , viene una jornada de charlas, de salud, vacunación y ella quería planificar con nosotros.*

Eso que se dio en esa oportunidad, ahora de hecho lo esperamos, por lo que he conversado con el nuevo director, porque ahí no se están dando esa participación directa. Cuanto invierte el gobierno nacional que le digo por comprar una caja de vacuna? Por decirle algo, cuanto le cuesta a la nación esto? Y no era como antes que uno estaba desarticulado bueno si llevo mi muchacho a vacunar que si destapan una vacuna del sarampión por decirle algo y la vecina no va No!, vamos a ver cuanto costó esa vacuna al gobierno?

Uno busca que le digo, uno planifica una jornada que le digo de citología y bueno vamos hablar allá y tenemos el médico de familia que está en el NAP, y está el de la alcaldía, todo nos lo ofrecen.

JO: Barrio Adentro, que relación tienen ustedes con Barrio Adentro?

FM: *Mire, vamos a decir que en Barrio Adentro bien verdad, si con los cubanos verdad porque... hay el intercambio con ellos en la comunidad, aquí directos tenemos porque al principio en el ambulatorio se presentó ,porque no se podía estar allí porque era una estructura bien cómoda y que ellos no era para estar en una estructura demasiado cómoda, como yo*

todavía en ese entonces, estábamos en la capacitación primero, verdad y yo vengo de todas esas charlas que el doctor nos daba allá en centro de Salud

Con la coordinación de verdad con la que está nueva he tenido contacto, sí porque ellos vinieron hasta aquí a visitarme y hacerme unas cuantas preguntitas también, que necesitaban de un trabajo, pero si hemos tenido esa relación doctor de verdad, de verdad y yo le digo, buenísimo, si la mayoría de la gente si esta de acuerdo es más quieren ese Barrio Adentro directo ahí, ellos quieren ese Barrio Adentro completo que el médico se quede allí eso es lo que la gente a querido y en este diagnostico de vivienda que nosotros hicimos en las observaciones que le pusimos a las planillas la gente quiere Barrio Adentro, en la comunidad en todas, porque tenemos la experiencia aquí en Fátima que empezó al igual que yo y que fui yo la del protagonismo como dicen de darles las charlas de comités de salud a través de lo que me enseñó el doctor en el ambulatorio y yo les dije pero bueno organicense conformen ese comité de salud y vamos a organizarnos usted es capaz de darnos el taller señora Fermina,, palante es pa ya fueron mis palabras, que le cuento doctor que ese fin de semana vino un carro 15 personas vamos Fermina para que nos des el taller y la capacitación y que es lo que vamos hacer, convocamos a una reunión, una asamblea general enseguida elegimos ustedes están de acuerdo vamos a trabajar aquí están las planillas fui a CorpoSalud con la doctora Juana Contreras en ese momento necesito la autorización para esto, como no Fermina aquí tiene tu estas bien centrada en lo que estas haciendo no tengo que orientarte, al tener eso usted las trae aquí que se registren, eso si, si hay después la suerte, bueno le hecho un cuento y se queda loco usted, ellos formaron primero consejo comunal que la señora Fermina que fue la que los enseñó y ya tienen un sello ya aprobado ya ellos fueron a discusión de proyectos por consejo comunal y ellos van en la otra culminación del gabinete móvil con el presidente porque ellos ya tienen el oficio y la invitación por el destacamento

21, ellos entran horita en el presupuesto, entonces le digo yo que el alumno supero a la maestra, bueno eso para mi doctor es una satisfacción porque me he dado cuenta que este trabajo de hormiguita que de dirigente soy en nuestro sector de verdad ha sido fructífero porque no solamente es en Fátima es también en Peñón, tenemos la molinera si nos ponemos a enumerar, bueno no terminamos, aunque hay algunas debilidades ,que hay que creer en ello son muy sensibles y si creo en la gente.

JO: Tu crees en la solidaridad ?

FM: Si la creo doctor, aunque hay algún momento determinado discriminan a uno pero yo creo que ya de un tiempo a esta parte no, de repente uno consigue yo hablando con mis hijos un cangrejo pero si la hay aunque la mayoría de la gente quiera el bienestar propio saco la cuenta porque nosotros horita estamos viendo cooperativismo en el curso y si hay bastante solidaridad porque somos treinta y pico mujeres quienes estamos madres solteras y de nosotros mismos salió de que hay dos señoras que necesitan un trabajo ya directo, entonces yo les dije yo les voy a decir algo que aprendí en el taller la cuestión no es que nos den todo de regalo, sino que uno también se tiene que sacrificar y el simple hecho de estar aquí no es que vamos hacer las cosas fácil sino que vamos a ir canalizando que en futuro lo puedan hacer ustedes solas entonces ahí la señora me dice que nos va a dar usted? Si usted tampoco tiene nada entonces le dije amor... que si tu no amas a nadie como vas a darle tu respuesta detrás mi me toca la otra y dice eso es correcto! Fermina vamos a recogerla entre nosotras mismas y por lo pronto le resolvemos a la señora la necesidad que tiene que en ese momento era la comida y entonces le dije yo y después que se le acabe la comida? Que va hacer la señora, vamos a buscarle un empleo vamos a orientarla, que no solamente en una empresa se puede estancar con el capitalismo No!. Busca trabajo en una casa de familia lavando, planchando y de ahí gana sustento es humildemente de verdad de repente no es lo que

usted aspira pero si por lo menos la ayuda a solventar hasta que se le de algo mejor entonces viene y me dijo tienes toda la razón chica tu eres casada?, si y divorciada también tengo nueva pareja pero gracias a misma aquí está y me ha tocado luchas feas aquí en mi sector pero le puedo decir con toda la satisfacción del mundo doctor y con todo el amor lo he logrado... porque hoy por hoy la gente ha visto repuesta en la señora Fermina, y eso es de lo que momento digo, bueno me achanto pero después no bueno horita tengo las baterías puestas, con todo lo que salga doctor

JO: La equidad la vez aquí ,en esta comunidad?

FM: Muy poco la equidad si es verdad .Hay muchas brechas entre nosotros, porque aquí horita que es la otra señora que es la que anda con nosotros aquí en la Meca ella tiende mucho a la parte de alcaldía y yo lo veo así de esa manera no debería tanto hacia la alcaldía porque? Porque el alcalde que está horita es el que está de turno pero vendrá otro o mejor o peor o sea yo pienso que debe de ser todo igual, vamos más hacia tu comunidad que es la donde estás que es la que vas a estar ahí hasta que tu decidas y no directamente una alcaldía, porque fíjese usted como estamos horita, ya en consejos comunales, futuro que sabemos nosotros a lo mejor dentro de esta comunidad va haber un presidente por los vientos que se ven eso es lo que yo me imagino a través de todas las transformaciones que han vivido paulatinamente, o sea no estamos excepto de eso, entonces yo pienso que debería ser mas equitativo, centrado

JO: Que es participación comunitaria para ti?

FM: Ja ja ja participación comunitaria yo creo que es esto que esta haciendo usted para mi horita esto es una participación directa que usted me está dando al expresar todas mis vivencia verdad y entregar todo a mi comunidad de esa manera (llora)es que tenia amor doctor mucho amor o será pues que

yo nací con eso y lo descubrí aquí y quizás fue que no tuve esas herramientas para estudiar lo que verdaderamente yo quería ser pero en ayudar a los demás en esa participación todo lo que yo sé enseñárselo a los demás eso es lo más grande que yo he tenido hasta ahora y que anteriormente yo sufría más pero ahora yo estoy más clara y me siento consolidada total, me gusta es que eso es algo tengo por dentro doctor que yo misma no sabría definírselo.... y estoy siempre en movimiento yo no puedo estar tranquila y advirtiéndole note como he estado el neurólogo me lo dijo y de aquí me voy a mi curso y de voy y hablo le explico y le digo que cuando usted me llamo andaban dos compañeras mías ¡y hasta a ti te llama el gobernador! Y entonces yo le digo esto es para que vea esto es a lo que me ha llevado la participación comunitaria esto es participación y por eso le digo por eso creo en la gente porque si hay esa transformación lo que pasa es como todo doctor una hormiguita poco a poco a lo mejor esto que yo estoy construyendo en mi sector no lo voy a ver totalmente realizado pero si mis metas, si mi hija que tiene 15 años a lo mejor en un futuro se va de aquí cuando yo ya no esté. Me han excluido en algunas cosas que me disculpa la expresión y, lo primero que dicen Fermina es una pendeja ese es el termino de ellos, esa no va para el baile eso lo que tiene no es de ella eso no es, yo nací así, así soy nada voy hacer yo con meterle un embuste a esa gente y en lo que yo de la vuelta en la esquina viene otro y dice lo contrario de mi, no me gusta utilizar a la gente. El voluntariado anda junto a la participación, andan a la par, pero caemos otra vez en lo mismo hay quienes hacen como le digo el individualismo y se aprovechan de lo otro eso es lo que ocurre dentro de todo los .Si hay gente que si hoy por hoy si lo que tenemos la luz el agua estas cosas eso lo logró la señora Fermina con la otra señora Margarita yo no se si usted tuvo la oportunidad de conocerla ella hizo un trabajo también para la universidad y ellas lo decían la mayoría de la gente esta comunidad es lo que es gracias a ella! Y más bien ahora no consigo los medicamentos porque Lenny fue una de las persona que me dijo conchale

señora Fermina quédese tranquila yo iba donde estaba Maite y mire doctora no tiene remedio de fiebre eso no es pa ti! Cuando tu me hablas de eso es la gente que tu vas ayudar.. ah bueno llévese esto mucho cuidado a veces eran las dos o tres de la mañana , señora Fermina tiene remedio y me quedaba era uno se lo voy a dar ella lo necesita yo mañana lo puedo conseguir y así me siento satisfecha por eso porque la gente reconociendo el trabajo el esfuerzo que yo he puesto en esta comunidad y no crea que de momento me quiero ir pero los conoces ,ya sabes que de repente vas a la puerta y le tocas y si Fermina ven hay credibilidad en lo que yo estoy haciendo entonces el otro día me dice bueno Fermina es que el poder está es en la palabra tuya, cumple tu palabra y ahí tienes poder verdad, hoy por hoy lo tengo, ja ja ja.

JO: Gracias, Fermina por tu valioso tiempo. Mucha suerte y muchos éxitos.

ANEXO 2

Guía de la Entrevista a

Médicos y Médicas Integrantes del

Postgrado de Medicina General Integral

de la Misión Barrio Adentro.

GUIA DE ENTREVISTA

1. Datos personales: nombre, ubicación geográfica, edad, sexo.
2. Tiempo de graduado y en el postgrado: comienzo, ¿por qué?, ¿cómo?
3. Objetivos que se proponen. Deber ser de la práctica médica.
4. Actividades realizadas, monitoreo y evaluación con médicos cubanos
5. Incorporación a la comunidad. Características
6. Relación con instituciones (públicas y privadas): apoyos o no, recursos que han logrado de ellas.
7. Factores que han incidido en los logros, en el trabajo comunitario.
8. Influencia o impacto que ha tenido la Constitución del 1999 (CRBV) en ustedes como integrantes de la Misión Barrio Adentro
9. ¿Qué significa para ustedes Participación Ciudadana o Comunitaria en Salud?
10. ¿Qué significa para ustedes Atención Primaria en Salud en Salud?
11. Balance de los resultados obtenidos en su postgrado.

ANEXO 3

Lista de entrevistados

Médicos y Médicas Integrantes del
Postgrado de Medicina General Integral
de la Misión Barrio Adentro.

Entrevistado	Ubicación Geográfica	Organismo al cual pertenece	Informante (entrevistado)	Edad	Sexo
Medico I	Aragua: Municipio Girardot	MSDS. Misión Barrio Adentro	Medico Postgrado MGI 4 años de graduado	32	Masculino
Medica I	Aragua: Municipio Mariño	MSDS. Misión Barrio Adentro	Medica Postgrado MGI 3 años de graduado	30	Femenino
Medico II	Aragua: Municipio Linares Alcántara	MSDS. Misión Barrio Adentro	Medico Postgrado MGI 5 años de graduado	38	Masculino
Medica II	Aragua: Municipio Libertador	MSDS. Misión Barrio Adentro	Medica Postgrado MGI 4 años de graduado	36	Femenino

NOTAS:

1. Los Médicos y médicas laboran en los Consultorios Populares de la Misión Barrio Adentro.
2. Ubicación geográfica: Estado Aragua. Región Central.
3. Tipo de Instituciones: Consultorios. Barrio Adentro I
4. Las entrevistas se realizaron en las localidades donde se llevaba a cabo la experiencia asistencial y docente. En la mayoría de los casos se entrevistó al informante en más de una oportunidad.

ANEXO 4

PROGRAMAS DE FORMACION DEL RECURSO HUMANO EN BARRIO ADENTRO.

COMPONENTES

FORMACIÓN DEL ESPECIALISTA EN MEDICINA GENERAL INTEGRAL (MGI). (Responsable Misión Barrio Adentro).

INTRODUCCION

Formación ésta que responde a las necesidades sociales que plantean el reto de superar la exclusión social y la iniquidad de los sectores tradicionalmente desasistidos de la sociedad venezolana.

Este diseño se concibe como una estrategia de la Misión Barrio Adentro que permitirá, a partir de la formación del especialista en Medicina General Integral, lograr que este alcance las competencias profesionales necesarias, (conocimientos, habilidades, destrezas, actitudes y valores) para desempeñarse en las instituciones y Redes de servicios de salud del primer nivel de atención de un Sistema Público Nacional de Salud. Esto, para garantizar al individuo, la familia, la comunidad y el ambiente protección a la vida, educación sanitaria, promoción de la calidad de vida y salud; prevención, diagnóstico precoz, tratamiento y manejo oportuno de las enfermedades; rehabilitación física, mental y social de las secuelas de enfermedades, a quien lo requiera; al mismo tiempo que instrumento, conjuntamente con los demás integrantes del equipo de salud, la ejecución de las políticas epidemiológicas y de saneamiento ambiental establecidas por el Estado Venezolano, a fin de lograr el mayor bienestar de las ciudadanas y los ciudadanos.

Atendiendo a las bases, criterios y pautas para el diseño curricular de los estudios de postgrados en Venezuela, los criterios pedagógicos y curriculares de este proyecto están basados en principios de formación integral, flexibilidad e integración de saberes y equilibrio entre los ejes de formación. (Ético humanista, Comunicación, Investigación, Enfoque integral clínico epidemiológico y social)

Por otra parte, la formación de este especialista es expresión del nuevo espíritu de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela y del proceso de perfeccionamiento a que esta sometido el Ministerio de Salud y Desarrollo Social que reivindica el lugar que debe ocupar dentro del Sistema Público Nacional de Salud (SPNS).

En el diseño del plan de formación del especialista en Medicina General Integral Venezolano se cumplieron las bases, fases y etapas que se presentan a continuación.

Bases:

- ✓ Fundamentación científica
- ✓ Función de la Universidad Bolivariana de Venezuela en la sociedad
- ✓ Diagnóstico necesidades sociales
- ✓ Proceso desarrollo aprendizaje

Fases:

1. Diagnóstico de necesidades
2. Formulación de objetivos
3. Selección de contenidos
4. Organización del contenido
5. Selección actividades de aprendizaje
6. Organización actividades aprendizaje
7. Sistema de evaluación

Etapas:

1. Fundamentación. Expresa por qué es necesario este nuevo currículo.
2. Perfil profesional: En el encontramos la delimitación del perfil: ético moral, profesional y ocupacional. Expresa el para qué queremos este diseño curricular, la necesidad social de este egresado.
3. Estructura curricular: Nos expone como esté estructurado el currículo, la pertinencia y organización de los contenidos.

4. Evaluación curricular: Pone de manifiesto cuanto es necesario este currículo para la satisfacción de las necesidades sociales de la población venezolana.

Las fuentes de información utilizadas fueron:

- ✓ Constitución de la República Bolivariana de Venezuela
- ✓ Documentos rectores del Ministerio de Salud y Desarrollo Social
- ✓ Documentos rectores del Ministerio de Educación Superior
- ✓ Documentos rectores de la Universidad Bolivariana de Venezuela
- ✓ Sistema de Formación vigente para la formación de Médicos Familiares en Venezuela
- ✓ Currículos para la formación de Médicos Familiares en otros países.
- ✓ Programa de Especialización en Medicina General Integral de Cuba.
- ✓ Situación higiénica - epidemiológica del país.
- ✓ Morbilidad y mortalidad en Venezuela.
- ✓ Criterio de expertos
- ✓ Grupos focales

Durante el desarrollo del trabajo se adoptó un enfoque en sistema, realizando un análisis integral del funcionamiento de este nuevo especialista en la “Misión Barrio Adentro”, su papel en la construcción del Sistema Público Nacional de Salud y la actual estructura con que se cuenta para su formación

I. JUSTIFICACIÓN DEL PROGRAMA DE ESPECIALIDAD EN MEDICINA GENERAL INTEGRAL

I. A.- PERTINENCIA SOCIAL

La educación impartida en las universidades nacionales (y en todos los niveles del sistema educativo) Y otras instituciones de educación superior (IAESP, por ejemplo), debe ser un instrumento idóneo para contribuir a superar las desigualdades descritas, que nos estigmatizan como una sociedad profundamente injusta y poco solidaria, pese a la profusa cantidad de recursos de los cuales hemos dispuesto y aún disponemos como país.

En el contexto socio-económico-cultural descrito, el Ministerio de Salud y Desarrollo Social se ha propuesto asumir a través de una Comisión Técnica Asesora, la elaboración del diseño curricular del Médico General Integral que apunta hacia la formación de un médico con competencias en medicina integral (entre otros profesionales muy necesarios para lograr el desarrollo sostenible y sustentable que debe darse en el país). Este médico ha resultado muy útil en otras latitudes como lo sería entre nosotros, en la tarea de proveer salud con calidad de vida y equidad a todos y todas y, de esa manera, contribuir a resolver, de una vez por todas, los ingentes problemas que en materia de salud aún confronta la mayoría de la población venezolana.

I.A.1- Aspectos Político-Normativos

En el Capítulo IV, artículos 83 y 84 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (3), se establece que la salud es un derecho social fundamental y que el Estado tiene la obligación de garantizarlo como parte del derecho a la vida, para lo cual creará y gestionará un Sistema Público Nacional de Salud (SPNS), que dará prioridad a la promoción de la salud, la prevención, diagnóstico, tratamiento y manejo oportuno de la enfermedad así como a la rehabilitación física, mental y social de quien lo requiera. Igualmente, en el artículo 85 de dicha Constitución se expresa: “en coordinación con las universidades y los centros de investigación, se promoverá y desarrollará una política nacional de formación de profesionales, técnicos y técnicas”. Por lo tanto, es un mandato constitucional garantizar a todas las personas el derecho a la salud integral y formar profesionales capacitados para conformar el equipo de salud que atienda integralmente a la persona, la familia, la comunidad y el ambiente, en el ámbito de las redes de Atención Primaria, de Especialidades Ambulatorias, de Hospitales y de Emergencias.

La Ley Orgánica de Seguridad Social, el Proyecto de Ley Orgánica Salud y el Plan Estratégico Económico y Social 2001-2007, desarrollan los preceptos constitucionales relativos a la seguridad social y la salud, considerada esta última, elemento fundamental de la primera, que el Estado debe garantizar obligatoriamente a la totalidad de sus habitantes.

Al Estado Nacional también le corresponde constitucionalmente ejercer la rectoría en salud, a través del Ministerio con las competencias en esa materia. En consecuencia, al MSDS le corresponde definir las políticas de salud necesarias; instrumentar su ejecución por los Entes descentralizados (estados regionales, municipios, alcaldías y parroquias); proveer conjuntamente con los otros Entes responsables involucrados, los recursos indispensables para la instrumentación de las políticas; evaluar y controlar la ejecución de las mismas y aplicar los mecanismos correctivos cuando éstas no se ejecuten o su ejecución se distorsione en cualesquiera de los ámbitos de la descentralización. Así mismo, a ese ministerio le corresponde, en nombre del Estado, estructurar y organizar el Sistema Público Nacional de Salud, ejercer su rectoría, supervisar y evaluar su funcionamiento adecuado. Constitucionalmente, el SPNS será “intersectorial, descentralizado, participativo e integrado al sistema de seguridad social y regido por los principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, integración social y solidaridad”. Todo esto implica que en la estructura y el desarrollo del SPNS habrá Niveles y Redes de Atención, con capacidad instalada y resolutive adecuadas a la diversidad y calidad de los servicios que deban prestarse.

La estructuración, fortalecimiento y desarrollo del Primer Nivel de Atención exige un esfuerzo particular, por ser éste el más atrasado y débil de todos pero el más inmediato a la población. En este nivel se debe completar la construcción y dotación de las instituciones requeridas (Consultorios y Clínicas Populares), para atender a la base poblacional a cubrir por unos y otras, que según información divulgada por funcionarios de salud pudiera ser bien de 1.250 y 12.500 habitantes ó de 2.500 y 50.000 habitantes, por consultorio y clínica, respectivamente. Reacondicionar estructuras existentes que no satisfagan los requerimientos técnicos actuales; proveer, conjuntamente con los Entes descentralizados, el personal profesional

y técnico capacitado necesario para su funcionamiento adecuado y oportuno, así como, impulsar la constitución y funcionamiento del equipo de salud que trabaje en las instituciones y con la comunidad. En este primer nivel está previsto resolver el 85 % de las situaciones de salud que se presenten, a través de la estrategia de APS.

De acuerdo a la base poblacional total a ser cubierta (25 millones de habitantes), se requiere en todo el país, adecuadamente distribuidos y dotados con capacidad instalada y resolutive, entre 10.000 a 20.833 Consultorios Populares, en los cuáles se desempeñen igual número de médicos con formación integral, así como, entre 500 y 2083 Clínicas Populares donde actúen los especialistas básicos (internistas, pediatras, gineco-obstetras), siempre en el primer nivel de atención. Resaltamos que existe un número importante de estructuras y servicios de salud en inadecuadas condiciones de funcionamiento, que reacondicionadas y debidamente dotadas, puedan constituir la base inicial para satisfacer las estimaciones referidas.

Todas las instituciones y redes del primer nivel de atención, dotadas con la capacidad instalada y resolutive necesarias, incluidos los profesionales que hayan alcanzado competencias pedagógicas, podrán ser acreditadas como escenarios para la formación del personal requerido para el óptimo funcionamiento del primer nivel de atención del SPNS.

I.A.2.. La formación y el desempeño de médicos integrales que requiere la Venezuela actual. Una aproximación cualitativa.

El médico con formación integral es un profesional definido por la Federación Mundial de Educación Médica (Edimburgo, 1988), como necesario para dispensar APS en el Primer Nivel de Atención de un Sistema Público de Salud. Esta profesionalización se ha materializado en el mundo desde hace varios años. Nuestro país no asumió en su oportunidad su formación y desempeño, lo cual es una de las razones por las cuales no ha sido posible dispensar salud con calidad y equidad a la totalidad de la población, a través de la APS. El MSDS ha establecido en diferentes oportunidades que requiere dichos médicos, en una relación de 1/1.250 habitantes o 1/2.500, para desempeñarse en Consultorios Populares, lo cual significa, como

hemos expuesto, que requerimos 20.833 o 10.000 de dichos profesionales, respectivamente, a fin de poder cubrir los 25.000.000 de habitantes que tiene el país actualmente. Un déficit de tal magnitud exige que todas las Escuelas o Programas de Grado de Medicina de las Universidades Nacionales existentes o que puedan crearse, deben mancomunar esfuerzos y recursos para poder satisfacer esa demanda en el mas breve plazo posible, dado el imperativo ético y la obligación constitucional que tienen todas las instituciones dispensadoras de servicios salud, las formadoras del talento humano necesario en ese sector y, en general, todos lo líderes de la nación, de garantizarle salud integral con la mas alta calidad y con equidad a la totalidad de la población, tanto mas cuanto que, se trata de un derecho social fundamental, íntimamente vinculado al de la vida.

La formación de este médico debe darse en un ámbito integrador multi, Inter y transdisciplinario con el concurso de las ciencias básicas, clínicas, sociales, epidemiológicas y humanísticas necesarias; en un escenario de estudio-trabajo, que vincule al educando tempranamente con el individuo sano y enfermo, en todas las etapas del desarrollo de su ciclo vital, y en el contexto de la familia, la comunidad y el ambiente; con dominio de lo epidemiológico y lo ambiental y de los factores de riesgo individuales y colectivos; con pensamiento crítico; sensibilidad y solidaridad para con sus semejantes y, en general, con la vida y la autonomía del ser humano, de tal manera que, ó resuelva correcta y prontamente los problemas que se le presenten, ó los refiera oportunamente y adecuadamente a aquellos niveles del sistema de salud que corresponda. Debe conocer los principios y relaciones psicodinámicos y psicosomáticos que se dan en las personas y los grupos humanos durante el proceso salud-enfermedad; desarrollar habilidades de psicología de grupos, liderazgo, comunicación y organización comunitaria; con conocimiento crítico de las políticas de salud definidas por el estado venezolano; de la estructura organizativa, operatividad y normas del SPNS y de los objetivos generales inmediatos y mediatos del Modelo de Atención Integral (MAI). En fin, un médico orientado a la salud de las personas, las familias y las comunidades y no sólo para las enfermedades, actuando siempre como catalizador del progreso de la persona, las familias y las comunidades.

El educando es concebido como el centro del proceso educativo y el profesor, como el facilitador del proceso de autoformación y autodesarrollo que debe darse en el alumno, que lo capacitará para seguir aprendiendo

durante toda su vida. El proceso educativo estará dirigido a adquirir y desarrollar competencias (conocimientos, habilidades, destrezas, actitudes y valores) para su desempeño profesional y la actividad evaluadora a evidenciar, no sólo si aquellas se adquirieron sino también, que los procesos utilizados son los adecuados y, en caso contrario, ajustarlos permanentemente. En la selección de los aspirantes, ha de dársele peso a mecanismos basados en atributos no cognoscitivos (perfiles de personalidad, interés, motivación al logro, altruismo, sensibilidad individual y colectiva), que deben ser cultivados y desarrollados a través del proceso educativo.

El egresado, ha de poder comunicarse fluidamente con el individuo, la familia, los grupos sociales organizados y la comunidad, promoviendo la educación en salud de todos (as). Así mismo, este profesional debe saber comunicarse desde el primer nivel de atención con las otras instancias del sistema de salud y diseñará y ejecutará proyectos de investigación cualitativa y formativa, vinculados con su trabajo, con la finalidad de conocerlo mejor y transformarlo positivamente.

Por otra parte, el Estado Venezolano (MSDS), ante la necesidad social de disponer de un médico especialista con formación integral, ha generado una carrera administrativa para dicho profesional, con mecanismos y requisitos claramente establecidos respecto al ingreso, promoción, ascenso, egreso, basados en la preparación recibida durante los estudios de grado y avanzados, la experiencia adquirida por el desempeño, el volumen de su trabajo, la responsabilidad que implique el ejercicio profesional. De todo ello dependerá la remuneración que reciba y la seguridad social que disfrutará, equiparables a aquellas de los demás especialistas médicos. Su eventual preparación pedagógica, le permitirá desempeñarse como formador de nuevos profesionales y proseguir su desarrollo académico por la vía de maestrías y doctorados.

B.-PERTINENCIA INSTITUCIONAL.

En el presente diseño curricular se ha puesto el énfasis en que el educando se vincule desde el inicio de su formación con el trabajo que ha de realizar como profesional (estudio-trabajo) y con las necesidades en salud y calidad de vida de la población considerada en su contexto político, económico y cultural, tal como lo exige la institución. Desde ésta perspectiva, la

formación lo vinculará profundamente, como estudiante y como profesional, con el individuo, la familia, la comunidad y el ambiente y, de manera muy especial, con aquellos sectores más desasistidos y tradicionalmente excluidos del disfrute de derechos fundamentales, como el de la salud.

El deterioro de la salud conlleva a un deterioro del Índice de Desarrollo Humano (IDH). Por tal razón, en el Plan de Desarrollo Económico y Social de la Nación 2001-2007 (PDESN 2001-2007), se plantea como objetivo alcanzar la justicia social, entendida ésta en parte, como la democracia y equidad social en campos tan sensibles como el educativo y la salud, con la finalidad de mejorar la calidad de las condiciones de vida de la población.

II.- FUNDAMENTACIÓN DEL PROGRAMA

II.1. La formulación del especialista en MGI se hizo a partir de:

- La Programación Especial de Formación de Recursos Humanos en Salud y Desarrollo Social del MSDS.
- Lo expuesto sobre Diseño Curricular del Ministerio de Educación Superior, que establece los principios que deben fundamentar los Programas de Postgrado para su consideración y aprobación.
- Lo expuesto en el documento Bases, Criterios y Pautas para el diseño curricular de los Postgrado en el cual se establece los requerimientos necesarios de satisfacer el conocimiento y formación de los profesionales; el carácter flexible e integrador del diseño curricular; el carácter integral y dialógico del proceso de formación; la pertinencia social que debe tener el profesional que se forme así como la articulación de la docencia, la investigación y extensión, a fin de que estén en función del desarrollo integral sostenible y sustentable del país; el cultivo de una elevada sensibilidad social en los educandos y egresados y su profunda identificación y compromiso con la sociedad de la cual provienen y en la cual deben desempeñarse, una vez formados, para contribuir con el establecimiento y el desarrollo del “Estado Social de Derecho y de Justicia”, previsto en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela.
- La necesidad de que las Unidades Curriculares (contenidos y prácticas de formación que permitan alcanzar las competencias a desarrollar durante todas y cada una de las fases del proceso formativo) se estructuren según los ejes definidos en el diseño curricular del MGI, Criterios y Pautas para el

diseño curricular de los Postgrados. Esto es: los ejes (Ético humanista, Comunicación, Investigación, Enfoque integral clínico epidemiológico y social) todo en consonancia con la pertinencia social que deben tener las prácticas formativas en: docencia, investigación e inserción social que se realicen, en el contexto de las exigencias de la realidad individual, familiar, comunitaria y ambiental del país.

- La necesidad de que, tanto los diseños curriculares elaborados, como el desempeño pedagógico de los formadores, estén en función de la capacitación integral de los educandos, el equilibrio de los ejes de formación definidos, la articulación flexible entre los saberes y, de éstos con la docencia, la investigación formativa y la inserción social; en concordancia con las funciones propias de una institución universitaria. Todo ello en contexto, porque ningún proceso de formación de personal de salud, auténtico y responsable, podrá darse de espaldas a la compleja realidad de salud de la sociedad y sin el conocimiento científico de la misma.
- La necesidad de asumir la salud integral del individuo, la familia, la comunidad y el ambiente como un derecho inalienable del ser humano, indisolublemente vinculado al derecho a la vida. Ello en absoluta concordancia con las tendencias mundiales actuales más avanzadas, que promueven el deber de garantizar salud de alta calidad con equidad a todos y todas. De todo esto se desprende el imperativo ético de formar profesionales para el sector salud, entre ellos, el médico general integral, según lo propuesto por la Federación Mundial de Educación Médica (Edimburgo, 1988), para poder instrumentar en la práctica, la política de “Salud integral, con calidad y equidad para todos”, definida por la Organización Mundial de la Salud (Alma-Ata, URSS, 1978), a través de la estrategia de Atención Primaria de Salud (APS); recomendaciones éstas que nuestro país, entre muchos otros del mundo, no asumió en su oportunidad. Esto a pesar de esfuerzos infructuosos adelantados en algunas facultades de medicina de universidades nacionales, tendientes, tanto a reformular los diseños curriculares existentes, a fin de poder atender lo establecido en el Modelo de Atención Integral (MAI) definido por el estado venezolano (MSDS); así como atender el creciente deterioro de la salud en densos sectores de la población, ubicados en los estratos III, IV y V de nuestra sociedad, literalmente excluidos del disfrute de sus derechos fundamentales, el de la salud entre ellos. Esta situación contrasta con la existente en todos los países europeos y en Canadá, Costa Rica, Cuba y el

Sur de Brasil, en el continente americano, que sí asumieron, tanto la estrategia de APS como la formación del médico con formación integral o del médico de familia. Todos estos países exhiben hoy y desde hace décadas, mejoras significativas en los indicadores de salud y la calidad de vida de sus correspondientes poblaciones.

- El hecho históricamente comprobado de que la medicina, como muchas otras ciencias, ha alcanzado un considerable desarrollo científico-técnico y, con ello, elevados niveles de descripción, comprensión y explicación del ser humano integral, tanto en su aspecto individual como colectivo. Esto ha incidido, a su vez, en el mejor conocimiento de la multideterminación biológica, psicológica, social y ambiental del proceso salud-enfermedad, con lo cual se ha alcanzado una mayor y mejor capacidad resolutive para promover salud y calidad de vida, prevenir, diagnosticar y curar enfermedades así como rehabilitar las secuelas físicas, mentales y sociales producidas por las mismas, a nivel personal, familiar y comunitario.

III. PERFIL O MODELO DEL PROFESIONAL

El perfil profesional es el modelo, las características, conocimientos y habilidades que debe poseer un egresado, expresado en un documento en forma de objetivos terminales. Dentro de sus funciones está la de constituir una imagen contextualizada de la profesión en un momento y lugar, orientar la determinación de los objetivos curriculares, servir de referencia para la valoración de la calidad de la formación, y servir de base para la elaboración de clasificadores de cargo.

El Modelo del profesional está estructurado en tres perfiles:

- Ético moral
- Profesional
- Ocupacional

III.1 Perfil ético moral:

- ✓ Evidenciar su disponibilidad para trabajar en cualquier lugar de servicio, así como en cualquier otro país y situación, y supeditar sus

intereses personales a los sociales, de acuerdo con las necesidades sociales y a las orientaciones del Ministerio de Salud y Desarrollo Social.

- ✓ Esto presupone el desarrollo de valores unidos al humanismo y a la democracia participativa -tales como disponibilidad, asertividad, comunicabilidad, incondicionalidad, abnegación, sacrificio y solidaridad- que deben adquirirse o perfeccionarse durante toda la carrera.
- ✓ Es importante también que el egresado de Medicina General Integral conozca y utilice las diferentes manifestaciones del arte en la rehabilitación y tratamiento de diferentes afecciones o trastornos psiquiátricos y psicológicos.
- ✓ Incrementar constantemente su capacidad para leer, comprender, comunicarse, traducir y escribir en un idioma extranjero.
- ✓ Procurar la participación consciente, activa y permanente de la población en el Análisis de la Situación de Salud (ASS), como ayuda eficaz y esencial que favorece y hace más efectivo el desarrollo de los programas de salud.
- ✓ Saber incorporar los adelantos tecnológicos en el ejercicio de la Medicina, sin perder sus principales valores que colocan al ser humano y sus problemas como lo más importante de la práctica médica.

III.2 Perfil profesional:

III.2.1 Atención médica integral

- ✓ Identifica las características de la salud individual y colectiva de su población, mediante el análisis de la situación de salud de la comunidad, familias y grupos organizados, según corresponda.
- ✓ Brinda atención médica individual y continua a las personas, familias y grupos organizados a él asignados mediante acciones de promoción de salud, prevención de enfermedades y otros daños a la salud, de diagnóstico y tratamiento oportunos y de rehabilitación, con participación activa de la comunidad y sus organizaciones.
- ✓ Detecta factores de riesgo ambientales.

- ✓ Coordina y ejecuta acciones inherentes a la profilaxis higiénico epidemiológica en su radio de acción.
- ✓ Brinda atención médica de urgencia a la población en la comunidad, el ambulatorio, la clínica popular y el hospital.
- ✓ Realiza interconsultas con otros especialistas.

III.2.2 Función educativa y docente

- ✓ Forma y capacita a los líderes de la comunidad para desarrollar acciones de promoción y educación para la salud.
- ✓ Ejecuta acciones de promoción y educación para la salud en su comunidad.
- ✓ Participa en actividades de formación de recursos humanos en el campo de la atención primaria de salud y la medicina familiar.

III.2.3 Administración

- ✓ Coordina el trabajo del equipo de atención primaria de salud.
- ✓ Ejerce la administración del Consultorio Popular.
- ✓ **Realiza las acciones administrativas que permitan el cumplimiento de los programas del Ministerio de Salud y Desarrollo Social.**
- ✓ Establece la interrelación correspondiente con los diferentes niveles de atención del Sistema Nacional Público de salud.
- ✓ Realiza coordinaciones intersectoriales para la solución de problemas de salud identificados en la comunidad.

II.2.3 Investigación

- ✓ Aplica el método científico a la solución de problemas de salud individuales, colectivos y ambientales de su comunidad.
- ✓ Coordina el proceso de análisis de la situación de salud de su comunidad y planifica, de conjunto con la comunidad, las acciones de salud encaminadas a la solución de los mismos.
- ✓ Ejecuta o colabora en investigaciones.

- ✓ Utiliza las tecnologías de la información y las comunicaciones para su superación profesional y la investigación científica.

Especiales

- ✓ Ejecuta las actividades que se dispongan por el Ministerio de Salud y Desarrollo Social ante situaciones especiales (catástrofes naturales y otras.

IV. Perfil Ocupacional

- ✓ Los perfiles de cargo relacionados con la atención a las personas, familias y grupos organizados.

V. Perfil del egresado

El egresado de la residencia de Medicina General Integral, poseerá los conocimientos teóricos, metodológicos y técnicos, así como habilidades, destrezas y actitudes que le permitan:

VI. 1. PLANIFICAR PROGRAMAS DE ATENCIÓN A LA SALUD

1. Identificar necesidades de salud a través de la obtención, procesamiento y análisis de los datos de morbi-mortalidad de la comunidad bajo su cuidado, tomando en cuenta los condicionantes de daño.
2. Establecer la prioridad de los programas de acuerdo a criterios de magnitud, trascendencia, vulnerabilidad y factibilidad.
3. Elaborar programas de atención médica dirigidos a grupos etáreos de ambos sexos, que ataquen las afecciones de los diferentes aparatos y sistemas; transmisibles o no transmisibles; en fase de riesgo, de daño o de secuela.
4. Organizar sus actividades médicas en conjunción con los demás integrantes del equipo de salud.
5. Coadyuvar en las acciones de salud que realizan el médico familiar y el médico sanitarista en pro de la salud de la familia y la comunidad.

VI.2 PROMOVER Y PREVENIR

1. Aplicar las medidas de promoción de salud y protección específica de acuerdo a la determinación de riesgos y daños en los individuos, las familias y las comunidades.
2. Obtener la información epidemiológica de reporte obligatorio y comunicarle a la instancia responsable.

VI.3 DIAGNOSTICAR

1. Distinguir normalidad o anormalidad en las áreas biológica, psicológica y social del individuo, la familia y la comunidad.
2. Aplicar el concepto de historia natural de la enfermedad a la clasificación e interpretación de los problemas de salud individuales, colectivos y ambientales.
3. Aplicar parámetros antropométricos, biotipológicos, conductuales y culturales de acuerdo a cada paciente.
4. Elaborar el diagnóstico integral; individual, familiar y comunitario de los principales problemas de salud del país.
5. Obtener e interpretar información y efectuar un análisis nosológico y etiológico con base en las reglas de la semiología.
6. Integrar los signos y síntomas en síndromes aplicando los conocimientos de la fisiopatología.
7. Elaborar hipótesis diagnósticas y con base en ellas, obtener información complementaria de tecnología, útil en la comprobación del diagnóstico nosológico y etiológico.
8. Registrar metódicamente la información recabada en el expediente clínico.
9. Referir los pacientes a otros profesionales que ameriten la participación en el expediente clínico.
10. Realizar el seguimiento del paciente referido para ratificar o rectificar el diagnóstico.
11. Identificar el riesgo específico del grupo familiar.

12. Certificar estados de salud e incapacidad de acuerdo a la legislación y reglamentación sanitarias vigentes.
13. Reconocer muerte clínica y registrarla en el certificado de defunción de acuerdo a las normas establecidas.
14. Tipificar lesiones y muerte de acuerdo al Código Penal.
15. Ubicar los diagnósticos de acuerdo a la clasificación internacional de enfermedades.
16. Ejecutar los procedimientos médico-quirúrgicos de la competencia del médico general integral:
 - Punción raquídea
 - Atención de parto normal.
 - Agudeza visual
 - Fondo de ojo
 - Rinoscopia anterior y posterior
 - Laringoscopia indirecta
 - Examen ginecológico
 - Citología cervicovaginal
 - Test de Schiller
 - Tacto rectal

VI.4 TRATAR

1. Elaborar el plan de tratamiento de acuerdo al diagnóstico, al contexto socio-cultural del paciente, la disponibilidad de recursos y los valores éticos de la profesión.
2. Referir oportunamente a pacientes que ameriten medidas terapéuticas rehabilitatorias que están fuera de su alcance.

3. Prescribir los medicamentos útiles en el manejo de los padecimientos, valorando la presentación, dosis, vía de administración y los riesgos inherentes.
4. Ejecutar los procedimientos médico-quirúrgicos de la competencia del médico general integral:
 - Medición y registro de constantes vitales.
 - Hemostasis superficial
 - Instalación de venoclisis
 - Rehidratación
 - Punciones, desbridaciones y sondajes
 - Anestesia local
 - Sutura de partes blandas
 - Maniobras de reanimación
 - Manejo urgente del politraumatizado
 - Inmovilización y vendaje de fracturados
 - Traqueotomía, laringoscopia e intubación endotraqueal.
 - Lavado gástrico

VI.5 COMUNICACIÓN Y DIDÁCTICA

1. Mantener los hábitos de estudio y actualización constantes de los conocimientos médicos.
2. Realizar los procedimientos de búsqueda y obtención de información bibliográfica.
3. Analizar críticamente las publicaciones científicas.

4. Utilizar los procedimientos didácticos en la educación para la salud, en el desarrollo de la comunidad y en la capacitación de otros integrantes del equipo de salud.

VI.6 INVESTIGACIÓN

-  Aplicar el método científico en la investigación biomédica, psicomédica y sociomédica.

Desde un enfoque integrado e integrador de saberes y prácticas, se espera también contribuir a formar y desarrollar competencias que le permitan al especialista de Medicina General Integral:

-  Favorecer la constitución de equipos de trabajo
-  Pensar y reflexionar críticamente
-  Establecer y posicionarse ante el conocimiento de, la explicación de y la intervención en una determinada realidad.
-  Generar resultados que se expresen en el logro de objetivos sociales
-  Prever tendencias y actuar frente a ellas, manejando información sobre los cambios y desarrollando las capacidades de actuación que estos exigen.
-  Manejar y comprender a través de equipos inter y transdisciplinarios, un marco explicativo amplio de la salud y sus determinantes sociales
-  Gestionar y liderizar instituciones complejas con un manejo y uso eficiente y transparente de los recursos públicos.
-  Movilizar recursos, conocimientos, información y actores a favor de la construcción de la salud y el bienestar social.
-  Ser funcionario competente (saber ser, saber pensar y saber hacer) en los temas relacionados con el análisis, diseño, validación en la práctica, operacionalización y seguimiento de políticas públicas, de planes y programas sociales.
-  Organizar, dirigir y realizar las acciones médicas indicadas en casos de emergencia colectiva.

- ✚ Contribuir a desarrollar y consolidar valores éticos, compromiso, habilidades, capacidades y destrezas para el manejo de herramientas que les permitan facilitar la toma de decisiones enmarcadas en el proceso de transformación requerido.
- ✚ Promover el desarrollo de alianzas estratégicas entre universidades y gobiernos locales y regionales, de manera de incorporar a otros actores en los procesos de desarrollo del capital intelectual del sistema de salud.
- ✚ Participación crítica en la formulación y gestión de las políticas públicas en el área de salud, con el manejo de criterios y herramientas teórico-metodológicas para comprender, aprehender, comprometerse, liderar y operacionalizar de forma efectiva y pertinente las políticas públicas de salud y desarrollo social y el plan estratégico social
- ✚ Recursos formados y preparados para desarrollar programas de educación permanente en servicio, bajo el enfoque de educación continua.
- ✚ Capacidad para conducir el diseño y la ejecución de investigaciones operativas en políticas, sistemas y servicios.
- ✚ Estrategias de educación continua estructuradas y llevadas a la práctica con las universidades y otras instituciones del país.

VIII COMPETENCIAS PROFESIONALES

Considerando los conocimientos, habilidades, destrezas, actitudes, valores y modos de actuación del profesional a formar se decidió la formación basada en competencias profesionales. Esto implica organizar procesos de enseñanza / aprendizaje orientados al fortalecimiento del saber, saber hacer y saber ser, y su movilización para enfrentar nuevas situaciones. El programa propuesto permite una relación directa entre las competencias requeridas y los contenidos conceptuales, procedimentales y actitudinales.

VIII.1 Competencias en el ser:

1. Actitud proactiva.
2. Habilidades para ser un comunicador tanto de manera formal como informal.

3. Habilidad para comprender y asumir entornos cambiantes y dinámicos.
4. Gran disposición al cambio.
5. Habilidades para trabajar en equipo, pero también capacidades para tomar decisiones autónomamente.
6. Capacidad para tomar decisiones adecuadas frente a múltiples opciones.
7. Alto sentido de responsabilidad individual.
8. Capacidad para socializar y comprender valores organizacionales.
9. Capacidad para trabajar en función del logro de resultados.
10. Capacidad para la Identificación con los objetivos y valores de la organización y la sociedad.
11. Comprometido en procurar el mantenimiento y la recuperación de la salud de sus pacientes, sin distingo de sexo, raza, condición económica o social, política o religiosa.
12. Respetuoso de los principios de la ética médica: beneficencia no maleficencia, autonomía, justicia.
13. Respetuoso de los derechos humanos.
14. Respetuoso de la vida y la dignidad humana.
15. Respetuoso de la libertad del enfermo.
16. Consciente de sus capacidades y responsable por sus actos.
17. Fundamentado científicamente de manera permanente.
18. Competente en su acción individual y en el trabajo en equipo.
19. Competencia para ejercer un rol mediador entre las necesidades y problemas de salud y las decisiones políticas.
20. Capacidad para reconstruir el marco histórico social que determine el proceso salud / enfermedad.

21. Competencia para tomar decisiones y generar respuestas correctas.
22. Capacidad para la negociación.
23. Competencia para asesorar técnicamente.
24. Capacidades para desarrollar roles articuladores en y fuera del espacio
25. de trabajo.
26. Capacidades para promover formas organizativas que generen valores sociales desde los procesos de trabajo.
27. Competencia para desarrollar procesos de planificación, gestión y evaluación de manera participativa.

VIII.2 Competencias en el saber:

La acción del médico debe estar fundamentada en sus conocimientos científicos y técnicos, sean estos en el campo biológico, psicológico o social, pues son estos conocimientos los que sustentan la práctica y diferencian al médico del empírico. Por lo tanto para su adecuado desempeño el médico debe *saber (conocer)*

1. La estructura y funcionamiento normal del ser humano, bio-psico-social, desde sus interacciones moleculares, biológicas, bioquímicas, biofísicas, a nivel subcelular, celular, orgánico, sistémico y total del cuerpo humano, en todas las fases de su ciclo vital, desde su desarrollo embriológico, hasta la senectud.
2. La estructura y funcionamiento patológico del ser humano, bio-psico-social, desde sus interacciones moleculares, biológicas, bioquímicas, biofísicas, a nivel subcelular, celular, orgánico, sistémico y total del cuerpo humano, en todas las fases de su ciclo vital, desde su desarrollo embriológico, hasta la senectud.
3. La relación del ser humano, bio-psico-social con el medio ambiente, sus dimensiones biológicas, bioquímicas, biofísicas, a nivel subcelular, celular, orgánico, sistémico y total del cuerpo humano, en todas las fases de su ciclo vital, desde su desarrollo embriológico, hasta la senectud.

4. Reconocer las áreas de conocimiento complementarias que le permitan interpretar los procesos de la salud y la enfermedad desde el punto de vista de su comportamiento social:
5. El impacto de la acción del medio ambiente y del hombre sobre la salud.
6. La estructura y funcionamiento de los servicios de salud.
7. El impacto de la enfermedad individual sobre la salud pública.
8. Competencia para resolver problemas en su proceso de trabajo.
9. Comprensión de la acción social y sanitaria en su conjunto y en el del entorno.
10. Competencia para intercambiar experiencias y aprender de los otros.
11. Capacidades para reconocer e identificar recursos y Competencias socialmente disponibles y ponerlos al alcance de las políticas de salud.
12. Capacidad para generar, producir y articular conocimientos diversos.
13. Capacidad para recuperar el conocimiento ante problemas nuevos.
14. Comprensión de un marco conceptual amplio del proceso salud/ enfermedad, que dé cuenta, explique y describa las causas que determinan las condiciones y características de la salud ambiental y poblacional.
15. Capacidad para articular y conjugar más de un área de conocimientos en la explicación de una determinada realidad sanitaria.
16. Capacidad para interactuar en entornos complejos y restrictivos.
17. Actitudes para resolver problemas de gestión en salud.
18. Actitudes para tomar decisiones en equipo autónomamente basándose en la información y conocimiento útil y apropiado.

VIII.3 Competencias en el saber hacer:

Las facultades de medicina garantizarán que el egresado, con base en una sólida fundamentación básica y clínica, esté en capacidad de *saber hacer*:

1. Una historia clínica completa, que incluya la anamnesis, el examen físico, y la impresión diagnóstica.
2. Solicitar e interpretar adecuadamente las pruebas de laboratorio, imágenes diagnósticas adecuadas al nivel de complejidad en el cual se desempeña.
3. Establecer un diagnóstico de manejo adecuado.
4. Establecer una conducta terapéutica adecuada, identificando con claridad el nivel de atención en el cual debe ser atendido el paciente.

VIII. 4 Competencias Generales

-  Comprensión de un marco conceptual amplio del proceso salud/ enfermedad, que dé cuenta, explique y describa las causas que determinan las condiciones y características de la salud ambiental y poblacional.
-  Habilidades para comunicar políticas y asesorar sobre su impacto en los objetivos de salud.
-  Capacidad para articular y conjugar más de un área de conocimientos en la explicación de una determinada realidad sanitaria.
-  Habilidad para prever tendencias y explicaciones de problemas de salud complejos.
-  Habilidad para interactuar en entornos complejos y restrictivos
-  Actitudes para resolver problemas de gestión en salud.
-  Actitudes para tomar decisiones en equipo autónomamente basándose en la información y conocimiento útil y apropiado.
-  Manejo de conocimientos sobre los problemas de salud y patologías más prevalentes identificadas en el perfil epidemiológico de la población venezolana.
-  Manejo y comprensión de las funciones esenciales de la salud pública.
-  Capacidad para articular estrategias de intervención en la promoción, prevención curación y rehabilitación.

- ✚ Comprensión del concepto de promoción de la salud.
- ✚ Manejo del pensamiento epidemiológico como habilidad para hacer visibles los problemas de salud y el impacto de una actuación no oportuna.
- ✚ Capacidades para analizar la situación de salud y sus determinantes con énfasis en los aspectos que reflejan inequidades.
- ✚ Conocimiento del sistema sanitario desde diferentes áreas del saber.
- ✚ Manejo de conocimientos básicos en ciencias sociales, políticas, biológicas y económicas.
- ✚ Comprensión de los problemas básicos que enfrentan las organizaciones públicas de salud.
- ✚ Capacidad para manejar una perspectiva multisectorial de las políticas sociales y de salud.
- ✚ Comprensión de los procesos de reforma y descentralización en salud.
- ✚ Manejo de una concepción dinámica del sistema sanitario.
- ✚ Conocimientos específicos para generar intervenciones y estrategias innovadoras en salud.

VIII. 5 Competencias Específicas

- ✚ El egresado será capaz de atender los principales elementos que afecten a la salud en la comunidad donde labore, en los niveles de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación
- ✚ Efectuará el diagnóstico de salud de la comunidad donde labore
- ✚ Conocerá la organización y funcionamiento de la infraestructura sanitaria responsable de proporcionar asistencia médica
- ✚ Contribuirá a la resolución de los problemas epidemiológicos del país de acuerdo con lo expresado en los planes estatal y nacional de salud.

-  Proporcionará educación prenupcial, atención prenatal, del parto eutócico, del puerperio y la lactancia, así como de las complicaciones más comunes de estas etapas, tanto en el área urbana como en la rural
-  Proporcionará atención a los diferentes grupos de edades: recién nacido, lactantes, preescolares, escolares, adolescentes, adultos y ancianos.
El egresado del programa de Postgrado en Medicina General Integral es un profesional de la medicina que responde a las necesidades y problemas que actualmente se viven en nuestra realidad nacional, impregnado sólidamente de la metodología científica, conocedor de la historia de su pueblo y de la idiosincrasia de sus habitantes, capaz de hacer promoción de salud, protección específica, diagnóstico, tratamiento, limitación del daño y rehabilitación
-  Además de que tenga posibilidad a lo largo de su proceso educacional, de ligar estrechamente el estudio al trabajo a través de aprender-haciendo; es decir, que al mismo tiempo que se asista a clases, le sea posible realizar acciones médicas específicas en la comunidad, en las familias y en los individuos, empleando los recursos posibles y necesarios, donde quiera que éstos se encuentren (laboratorios, casas de la salud y la vida, clínicas populares, consultorios, escuelas, clubes, hospitales, la comunidad, el hogar mismo, entre otros).

XI PROCESO DOCENTE

El desarrollo de todo proceso docente tiene como propósito esencial el logro de un conjunto de transformaciones en la personalidad del educando involucrado en dicho proceso. Estas transformaciones se refieren a la adquisición, desarrollo o reorganización de los conocimientos, habilidades, hábitos, convicciones, actitudes y rasgos de la personalidad. Las competencias genéricas estarán orientadas por una serie de actitudes, las cuales se constituyen en el eje transversal de todo el proceso educativo, por cuanto se refieren a las competencias actitudinales a promover en todos los grupos:

-  Reflexionar, criticar y accionar en la transformación personal y social.
-  Potenciar la conformación de equipos para participar del proceso de toma de decisiones en función del logro de objetivos comunes.

-  Promover una cultura de trabajo orientada por resultados.
-  Promover la movilización social y la concertación de actores en torno a los problemas que afectan el bienestar y el desarrollo humano integral.

XI.1 Principios científico pedagógicos

XI.1.1 Enfoque constructivista:

- ✓ Implica la participación de los especialistas en la materia y los residentes en la definición de contenidos, es decir, en la construcción y análisis del problema de salud que se le presenta en su práctica profesional diaria, relacionando el saber con el hacer.
- ✓ Se reconoce que las experiencias de aprendizaje producen conocimientos, habilidades y actitudes constituidas que se interiorizan, conservan y aplican en forma significativa.

XI.1.2 Modalidad flexible:

- ✓ La forma principal de organización de la enseñanza será la educación en el trabajo con la presencia de los docentes en intervalos de tiempo dependientes de las necesidades docente asistenciales.

XI.1.3 Formación integral con régimen mixto:

- ✓ La formación será integral. El régimen será mixto, con fases presenciales de aprendizaje con apoyo tutorial en el servicio: Consultorio Popular, la comunidad, la Clínica Popular y/o el hospital y actividades basadas en el inter aprendizaje conducido por facilitadores (tutores) docentes.

XI.1.4 Aprendizaje en servicio:

Se trata de promover procesos educativos centrados en las realidades concretas de actuación profesional, consiguiendo un fortalecimiento de sus competencias en su ámbito de trabajo, en una interrelación teórico-práctica real, que permite un aprendizaje en servicio. Basado en la comunidad.

XI1. 5 Proceso docente con énfasis en el aprendizaje, la independencia y basado en problemas:

- ✓ Se privilegiará el aprendizaje a través de la actividad docente asistencial investigativa en la educación en el trabajo mediante un enfrentamiento sistémico y sistemático con los problemas de salud de la población asignada.
- ✓ El estudio y trabajo independiente del residente será estimulado para garantizar la independencia cognoscitiva, la creatividad en la actuación y la toma de decisiones médicas con un fundamento científico en la solución de los problemas de salud individuales, colectivos y ambientales.

XI.1.6 Funciones didácticas del facilitador docente:

- ✓ El aprendizaje está centrado en el residente. El profesor se aleja de la “educación bancaria” y deja de ser la fuente básica y en ocasiones única del saber y del hacer, deja de ser el trasmisor de la información para convertirse en un orientador, en un organizador de las condiciones que favorezcan el aprendizaje y en un controlador de la estrategia y del ritmo del sistema de enseñanza aprendizaje.

XI.1.7 Los métodos de enseñanza y aprendizaje:

Se disminuyen al mínimo indispensable los métodos pasivos memorísticos y reproductivos para dar paso a los heurísticos, de búsqueda, productivos. Se trata de aplicar métodos problémicos y estrategias que desarrollen no solo el pensamiento analítico inductivo, sino también el pensamiento sintético deductivo y el carácter original y creador, así como el desarrollo de la capacidad para la toma de decisiones.

XI.1.8 La evaluación:

- ✓ Se realizará la evaluación práctica y teórica. Se trata de evaluar la actuación del residente en las condiciones del aprendizaje en el servicio durante la actividad asistencial - investigativa - administrativa – educativa y no solo en las actividades que utilizan como forma de organización de la enseñanza la conferencia, el seminario o el taller.

- ✓ Se trata de valorar como el residente integra los procesos cognoscitivos y el hacer en la actuación profesional real y concreta en su puesto de trabajo, como desarrolla su competencia y va adquiriendo su desempeño profesional.

XI.1. 9 Nuevo paradigma educativo:

Se incluyen los elementos del nuevo paradigma educativo de la educación permanente a los largo de la vida de la Comisión de J. Delors (1995) centrados en el aprender a conocer, aprender a hacer, aprender a ser, aprender a emprender y aprender a convivir.

XII SISTEMA DOCENTE

Lo integran los escenarios en los cuales se va a realizar la formación del especialista y la estrategia docente que se va a seguir.

XIII LUGARES DE FORMACIÓN:

El principal escenario de formación serán los consultorios Consultorios Populares y la Comunidad, pero habrá estancias y rotaciones por las Clínicas Populares y los espacios hospitalarios necesarios.

XIV ESTRATEGIA DOCENTE:

Es presencial en el Consultorio Popular con rotaciones por las Clínicas Populares o los Hospitales del Pueblo. Estará no menos del 70 % del fondo de tiempo en la atención primaria de salud, por lo que éste es el principal escenario de formación.

FORMACIÓN EN MEDICINA INTEGRAL COMUNITARIA (MIC).

(Responsable Misión Barrio Adentro).

Se fundamenta en el paradigma emergente del ejercicio de la medicina, en la enseñanza en el primer nivel de atención médica

Descripción de los niveles de atención médica

Primer nivel

- Primer contacto con el sistema.

↗ Atención a la mayoría de los problemas de salud.

↗ Atención médica generalmente ambulatoria.

↗ Acude toda la población.

↗ Participación de especialidades básicas.

SEGUNDO NIVEL

↗ Debe acceder la población que no resuelve en el primer contacto, entre un 15 y un 20%.

↗ Participan más especialidades médicas.

↗ Acciones diagnósticas y terapéuticas más complejas e invasivas.

↗ Atención hospitalizada y ambulatoria.

TERCER NIVEL

↗ Accede la población que no resuelve sus problemas de salud en los dos niveles anteriores, entre 3 y 5%.

↗ Atención a un mínimo de problemas de salud.

↗ Atención médica de alta complejidad, invasiva y costosa.

↗ Utilización de alta tecnología.

Alta especialización

Transformar la Comunidad en verdadero sujeto-objeto de las acciones de salud: los cuatro componentes individuo, familia, comunidad y ambiente.

FORMACIÓN MÉDICA EN BARRIO ADENTRO

➤ Centrado en la salud del individuo, la familia y la comunidad.

➤ Predomina la intervención socio psicológica, con resolutiveidad clínica y epidemiológica, con la tecnología apropiada.

➤ Práctica médica preventiva, paciente atendido en su integridad socio-psico-biológica.

- Tendencia a la satisfacción integral del paciente.
- Menor grado de incumplimiento del paciente.
- Pesquisaje activo con la participación del individuo, la familia y la comunidad.
- Participación individual y social máxima.
- Alta importancia al modo individual al enfrentar los problemas de salud.

El médico como investigador

Médico que realiza investigaciones orientadas a la solución de los problemas de salud de la comunidad.

Análisis de la Situación de Salud

El médico como Persona

- Prestigio social condicionado al desempeño individual diario.
- Poder médico más compartido con el equipo de salud, el paciente, la familia y la comunidad y otros sectores sociales
- Valores compartidos entre médico y paciente facilitado por la comunicación.

El médico y su formación

- Formación en todos los espacios de la comunidad.
- Formación que capacita para afrontar problemas médicos indiferenciados en etapas tempranas y solucionarlos con acciones integrales.
- Activo en la construcción de sus competencias.

FORMACION DEL PROMOTOR DE SALUD COMUNITARIA (SALUD FAMILIAR). (Responsable Misión Barrio Adentro).

LAS ACTIVIDADES DEL PROMOTOR DE SALUD

Visita Domiciliaria y Consulta

Las principales actividades a realizar por el Promotor de Salud en las visitas al hogar son las siguientes:

EN LA ATENCION A LA MUJER

- Captar o notificar al equipo de salud la existencia de gestantes y puérperas en el área de atención.
- Visitar a las gestantes y puérperas para enfatizar en el cumplimiento de las indicaciones del equipo.
- Visitar las inasistentes a consultas tanto de embarazadas como de puérperas.
- Instruir a las gestantes sobre la importancia de los antianémicos, la vacunación contra el tétanos, la psicoprofilaxis y las ventajas de la lactancia materna.
- Movilizar hacia la Unidad de Salud aquellas mujeres que cumplen los requisitos para la detección temprana del cáncer de cervix.
- Insistir en el cumplimiento de la vacunación de acuerdo al esquema de inmunización.
- Orientar medidas sobre higiene personal y ambiental.
- Brindar información sobre métodos anticonceptivos.
- aconsejar y apoyar las medidas encaminadas a evitar el embarazo en la adolescencia.
- Informar sobre la importancia del autoexamen periódico y del examen anual de las mamas por parte del personal de salud.

EN LA ATENCION AL NIÑO Y ADOLESCENTE

- Captar o notificar al equipo de salud la presencia de recién nacidos o lactantes en su área de atención.
- Colaborar en el control de recién nacidos normales y de riesgo.
- Realizar visitas de seguimiento a los egresados por enfermedad diarreica aguda (EDA) o por infección respiratoria aguda (IRA) (principalmente a los menores de 4 años, y con mayor énfasis en los menores de uno).
- Visitar familias para recordar consultas o por inasistencias a las mismas.

- Cooperar en el cumplimiento del Programa de Vacunación.

Y se orientará sobre:

- Control médico periódico
- Higiene personal y ambiental.
- Medidas de protección sobre accidentes.
- Esquema de vacunación.
- Cumplimiento de indicaciones médicas.
- Preparación higiénica de los alimentos.
- Prevención de EDA e IRA.
- Creación de hábitos higiénicos.

En la Primera visita al recién nacido:

Lo ideal es que ésta se realice en las primeras dos semanas de nacido, de no ser esto posible se hará en el curso de la primera semana de su estancia en el área de atención.

Realizará las siguientes actividades:

- Observar la higiene del niño en el hogar. Se insistirá en la importancia de la lactancia materna; en caso de que esta no sea posible, se orientarán medidas específicas con los utensilios y artículos de uso personal del recién nacido.
- Chequear la vacunación del recién nacido y comprobar si ha sido inmunizado en correspondencia al esquema nacional.
- Orientar a la familia sobre la importancia de la consulta de puericultura (de ser posible se verificará la asistencia anterior y el turno siguiente).
- Medidas para evitar accidentes en el hogar.

En la Segunda Visita:

Esta debe ser realizada en los primeros 45 días después del nacimiento.

En ella se verificará la asistencia a consulta de puericultura y el cumplimiento de lo indicado por el equipo de salud.

Se orientará sobre:

- Lactancia materna.
- Higiene del niño.
- Como evitar la Gastroenteritis.
- Accidentes en el hogar.

En las Visitas Siguientes:

- Verificar asistencia a consulta.
- Chequear vacunación

Orientar Sobre:

- Higiene del niño.
- Alimentación: si ya se indicó la ablactación.
- Medidas preventivas de los accidentes.
- Brindar educación para la salud sobre: (Ver Unidad IX, Módulo 1: Atención a Grupos Específicos).

EN LOS ADOLESCENTES

- Orientar y chequear la asistencia a la consulta programada.- Visitar los inasistentes.
- Orientar sobre prevención de accidentes.
- Brindar educación para la salud sobre: (Ver Unidad IX, Módulo 1: Atención a Grupos Específicos).

EN LA ATENCION AL ADULTO

- Orientar y chequear la asistencia a la consulta programada.
- Visitar a los inasistentes a las consultas programadas.
- Importancia de la inmunización.

- Brindar educación para la salud sobre: (Ver Unidad IX, Módulo 1: Atención a Grupos Específicos)

EN LA ATENCION AL ANCIANO

- Orientar y chequear la asistencia a la consulta programada.
- Visitar a los inasistentes.
- Necesidad de la incorporación a actividades sociales, por ejemplo: asociaciones de ancianos (Ver Unidad IX, Módulo 3: Trabajo con ancianos).
- Importancia de la inmunización.
- Brindar educación para la salud sobre: (Ver Unidad IX, Módulo 1: Atención a Grupos Específicos).

EN LAS CONSULTAS

La participación del Promotor de Salud (Brigadista sanitario) en esta actividad será cuando se le oriente. En ella, cooperará con la enfermera en las siguientes diligencias:

- Peso y tallaje de las personas.
- Llamar a los asistentes a consultasegún el orden establecido.
- Preparación de los pacientes para el examen físico.
- Ordenamiento del local.
- Una labor muy importante será impartir educación individual y colectiva sobre temas de salud.

Otras Actividades:

- Preparación de materiales de curaciones e inyecciones.
- El Promotor de Salud previamente capacitado podrá realizar la toma de los signos vitales en las visitas a la familia; siendo de particular importancia el pesquiasaje de la Hipertensión arterial en gestantes y población mayor de 15 años de edad.

COMUNIDAD Y FAMILIA

MODULO 1: Comunidad.

Parece ser, que cuando la Organización Mundial de la Salud adoptó la estrategia de “Salud Para Todos en el año 2000” pocos se preguntaron: ¿Quiénes somos todos.? “Todos” somos nuestras comunidades; compuestas por gente común que raras veces participa en el desarrollo de los programas de salud, gente a las cuales muchas veces se les subestiman los recursos, aunque sean capaces de cooperar, de convencerse entre sí para cambiar de comportamiento y apoyar al personal de salud, con el cual deben colaborar activamente.

El término “comunidad” se ha venido aplicando en diferentes sentidos.

El Diccionario de Ciencias Sociales de Gould y Kolb ofrece cerca de un centenar de definiciones o conceptos.

Actualmente, entre los más utilizados podemos citar:

=> Grupo de personas que viven en la misma zona, comparten la misma organización y los mismos valores básicos.

=> Grupo de personas que comparten los mismos intereses básicos en un momento determinado.

=> Grupo de personas que constituyen el objetivo de alguna intervención.

=> Estado de lo que es común: la comunidad de nuestros intereses.

=> Grupo de familias que viven en un mismo lugar, hablan el mismo lenguaje,

tienen costumbres parecidas y los mismos intereses económicos, culturales y sociales.

=> Conjunto de individuos, familias y grupos diferentes que comparten un sitio (Parroquia, Barrio, Vereda, Municipio, etc.), una cultura y unos recursos económicos que los afectan directa o indirectamente.

ELEMENTOS QUE CONFORMAN LA COMUNIDAD

- Geográficos: Veredas, Parroquias o barrios.
- Humanos: Integrantes de la familia.
- Culturales: Costumbres y creencias propias.
- Económicas: Recursos que tiene y producen las comunidades.

- Sociales: Grupo de personas que conforman organizaciones con el propósito de apoyarse entre sí (Consejo Comunal, entre otras).

Sin embargo, para el trabajo de promoción en salud, una comunidad es más que eso; el aceptar y desarrollar la concepción de que la medicina es una ciencia social y no solo biológica (biopsicosocial) nos lleva a aceptar que una comunidad es un grupo social determinado por límites geográficos

y / o valores e intereses comunes. Sus miembros se conocen y se influyen mutuamente. La comunidad funciona dentro de una determinada estructura social y crea ciertos valores, normas e instituciones sociales.

Esta nueva conceptualización de comunidad, está fundamentada en los siguientes parámetros: demográfico (un grupo de personas), geográfico

(un lugar determinado), cultural (la misma historia, hábitos y costumbres) y además, en un parámetro social (la satisfacción de las necesidades y el poder interno para participar en la toma de decisiones)

Como vemos, esta definición acepta los parámetros geográfico, demográfico y cultural; pero agrega uno muy importante que es el social, es decir, la satisfacción de las necesidades de salud y el poder interno de participar en la toma de decisiones. Ordóñez plantea que la comunidad como “espacio social” nos da una perspectiva nueva del espacio en que se desarrolla el proceso salud enfermedad; este proceso no puede restringirse a la dimensión tradicional de la cama hospitalaria o con la estrecha visión que tiene el médico altamente especializado (quien tiende a dominar el sistema en casi todos los países); esta evolución del médico general al médico especialista en favor de la comunidad, podemos enfocarla, como una contradicción en términos de desarrollo dialéctico, de la siguiente manera:

- La afirmación: representada por el médico general del pasado, de práctica ambulatoria, tanto en consulta como domiciliaria.
- La negación: representada por el médico especialista, de práctica institucionalizada, especialmente hospitalaria.
- La negación de la negación: representada por el especialista de lo general, médico de familia, de la comunidad, de práctica también ambulatoria, interesado en la persona, familia, colectividad, comunidad y el ambiente, pero con proyecciones institucionales a los distintos niveles de atención.

Este retorno, en un plano superior de la espiral dialéctica, al médico general, pero especializado, da respuesta a las necesidades de atención de la salud a la población. Si la persona pertenece a la sociedad en el sentido más amplio

a través de la familia y comunidad, utilizar el concepto de “espacio social” significa que estamos considerando toda una variedad de fuerzas que afectan la condición humana, que influyen en la salud y la enfermedad. Esta inclusión es una necesidad en los tiempos actuales, ya que permite poder clasificar en forma adecuada cada uno de los factores, permitiendo hacer un análisis más ordenado y objetivo de los problemas de cada una de las personas, familias y comunidad.

El desarrollo social y la revolución científico técnica determinan un cambio radical en la concepción de la medicina, extendiéndola de lo individual a lo colectivo, de las ciencias biológicas a las ciencias sociales, del individuo a la familia y la comunidad y lo que es más importante, de la medicina curativa a la preventiva. El equipo de Salud Familiar Integral tiene que estar en contacto directo con la persona, familia, colectividad, comunidad y el ambiente, vinculado con las organizaciones comunales; esta relación, además de verificar el cumplimiento de las tareas de salud, involucra a las personas y la comunidad en la solución de sus propios problemas de sanidad, tanto individuales como colectivos, por ejemplo: campañas de inmunización e higiene ambiental, entre otros.

La asistencia del equipo de Salud Familiar Integral comprende la atención a la persona, su familia, comunidad y el ambiente. La identificación de necesidades sanitarias generales de la familia y comunidad y la tarea de conseguir la participación de la misma en la ejecución de los proyectos relacionados con la salud y el bienestar de la familia, ayudando a la comunidad a detectar sus propios problemas, encontrar soluciones y hacer todo lo que esté a su alcance para mejorar y proteger en forma permanente, las condiciones individuales y colectivas de salud.

El aprendizaje y la investigación en el quehacer diario dentro de la comunidad permitirá una mejor satisfacción de las necesidades sanitarias de la población (Investigación Acción Participativa - IAP -), favoreciendo el poder interno de la comunidad para buscarle solución a sus propios problemas sociales y de salud.

MODULO 2: Familia y Salud.

Introducción

Al igual que sobre el individuo y la comunidad, durante muchos años las investigaciones sobre la familia estuvieron centradas en una tradición epidemiológica, que la consideraba solo en sus aspectos patogénicos, desde la perspectiva del contagio, de su incapacidad para combatir la enfermedad, o de ambas cosas, cuando en realidad al ser esta un grupo social, esa tendencia debe incluir también la dinámica de los conflictos emocionales de

la misma, la dimensión de la dicotomía del proceso salud enfermedad y los problemas de salud que generan las crisis familiares.

A los efectos de poder organizar nuestro trabajo, encaminado al logro de la Salud Familiar integral, es necesario desarrollar acciones de promoción, protección, recuperación y rehabilitación. Para ello, preferimos utilizar como definición de familia la que considera núcleo de personas que conviven bajo un mismo techo y que pueden tener o no vínculos sanguíneos afectivos.

Cada familia cuenta con su historia natural, que se conforma en el tránsito por las diferentes y sucesivas etapas del ciclo vital. En ellas sus miembros van experimentando cambios, y por eso cada etapa de su ciclo de vida posee su propio proceso salud enfermedad y unas pautas propias y características.

No siempre el concepto de “FAMILIA” alude a una dimensión homogénea, no es igual partir conceptualmente de “familia” como la suma de sus integrantes, que considerarla como las interacciones que en ella se producen, o como el cumplimiento de las expectativas de cada integrante familiar por separado; por tanto, es cuando se divisa como un conjunto en sí misma, que adquiere relevancia para el personal de la salud (profesionales y técnicos).

En los últimos años, la cantidad de crisis familiares se han ido incrementando notablemente en el mundo y en nuestros países. Por ejemplo actualmente un elevado porcentaje de los cubanos se divorcian. En

suramérica, según las estadísticas del Instituto Colombiano de Bienestar

Familiar de las parejas que se casaron a inicios del presente siglo el 33 % ya se separaron; cifra que aumentó considerablemente si se tiene en cuenta que en los últimos 10 años, cerca del 28, 0 % de quienes contrajeron nupcias ya no están casados. La consecuencia de esto es el surgimiento de una gran cantidad y dispersión de los grupos familiares - familia monoparental o uniparental -. Afectándose el movimiento familiar y las funciones de la familia, ya que la mayoría de las mismas tienden a desaparecer tras una nueva nupcia, no estando preparadas para enfrentar esta crisis

PRINCIPIOS BASICOS DE PROMOCION Y PREVENCION DE SALUD

EN LAS PERSONAS, FAMILIAS Y COMUNIDAD

No es lo mismo promoción que prevención, aunque tienen puntos en contacto. Estos aspectos son relativamente recientes; si usted lee libros de familia, medicina y salud pública, solo en algunos muy actualizados se alude a la promoción.

Este concepto tiene que ver con muchos factores, por ejemplo: cultura, deporte, recreación, salud pública y comunales entre otros; Por lo tanto, podemos afirmar que es intersectorial ya que no compete solo a los profesionales y técnicos de la sanidad. La promoción es más que educación para la salud, es más que cambio de estilo de vida, pues implica condiciones supraindividuales que condicionan el comportamiento. De esta forma el personal de salubridad formará parte de un equipo social y no será el único responsable de modificar comportamientos. Su papel es de asesor en propiciar soluciones y crear escenarios propicios que generalmente serán más sociales que médicos.

Este tema toma auge en las últimas tres o cuatro décadas de este siglo.

La Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, celebrada en Ottawa (Canadá) en Noviembre de 1986, emitió la CARTA DE OTTAWA

PARA LA PROMOCION DE SALUD, señalándole como propósito:
“Proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma”.

Como podemos darnos cuenta, la promoción de la salud es la base para lograr mantenerla o recuperarla tanto en las personas como en las familias y las comunidades; pudiendo afirmar que propicia un mayor desarrollo social y ganancia en salud obtenidos por las personas en su vida cotidiana.

¿QUE ES UNA COMUNIDAD?

Es el territorio geográfico (parámetro geográfico), con una población determinada (parámetro demográfico), con los mismos ideales, hábitos y costumbres (parámetro cultural), cuyo cuarto parámetro está dado por el poder interno para tomar parte activa en las decisiones, en la solución de sus problemas y por la satisfacción de las necesidades de la población (parámetro social) (se recomienda estudiar el módulo I de esta unidad).

¿QUE ES UNA COMUNIDAD SALUDABLE?

Una comunidad comenzará a ser saludable, cuando sus organizaciones legales y sus ciudadanos adquieran el compromiso e inicien el proceso de mejorar continuamente las condiciones de salud y bienestar de todos sus habitantes.

Una Comunidad Saludable será aquella cuya administración deja explícita una decisión de carácter político por la salud y elabora una propuesta de como obtener que las organizaciones sociales y las instituciones locales

intervengan para acordar metas de bienestar, procedimientos y responsabilidades para alcanzarlas.

Este concepto se refiere a que las personas, las familias y la localidad están concientes de la salud y se esfuerzan por mejorarla.

TIPOS DE COMUNICACION EN EL TRABAJO DE EDUCACION EN SALUD

La comunicación puede ser directa (persona a persona) o indirecta (a través de los medios de comunicación social). Para la educación en salud, se pueden emplear los siguientes tipos:

- Comunicación interpersonal.
- Comunicación grupal
- Comunicación masiva

Estos tres tipos de comunicación tienen como propósito llevar un mensaje, pero no de forma fría y mecánica, pues el conocer no lleva necesariamente implícito una acción consecuente. La educación sanitaria debe ir más allá, al desarrollo de necesidades, motivaciones y actitudes concientes ante la promoción, conservación y restablecimiento de la salud.

COMUNICACION INTERPERSONAL

Se conoce también como comunicación cara a cara.

Ejemplo: Diálogos que se establecen en la consulta, las visitas al hogar, con los padres de los niños que asisten a la guardería o escuela y en instituciones incidentales.

COMUNICACION GRUPAL

Se conoce también como intermedia. Es la que se produce en grupos que comparten una finalidad común relacionada con la educación, el trabajo y la participación comunitaria en la solución de los problemas de salud. Se establece este tipo de comunicación cuando se emplean técnicas educativas de discusiones grupales, grupos focales, afectivo-participativas, charlas y otras.

Ejemplo: Las actividades educativas con un grupo de adolescentes con el objetivo de analizar las repercusiones del embarazo antes de los veinte años de edad.

COMUNICACION MASIVA

Es la que se desarrolla a través de los medios de comunicación masiva: radio, televisión, gráficos (palabra impresa) prensa escrita, teatro (palabra actuada), entre otros.

Ejemplo: Propaganda televisiva o radial con mensajes de salud.

Estos medios transmiten información hasta las regiones más aisladas; logran sensibilizar la conciencia pública, promover la participación social y apoyar la capacitación en favor de la salubridad.

MENSAJES BASICOS A LOS EDUCADORES DE LA SALUD EN LA ELABORACION DE LOS MENSAJES

1. Claridad del mensaje: Eliminar toda posibilidad de interpretación distorsionada de lo que se quiere transmitir. Utilizar ejemplos de la vida diaria.

2. Credibilidad: El portavoz y la fuente deben ser confiables y fidedignos.

El contenido veraz.

3. Necesidad: Tener presente lo que para el o los perceptores es más importante.

4. Puntos principales: Se deben recalcar los aspectos más importantes y nunca deben quedar ocultos detrás de información con menos importancia estratégica.

Es útil la siguiente recomendación:

- Elaborar los mensajes con participación de personas de la propia comunidad.

☐ Ejemplos:

Un promotor de salud, puede lograr una buena comunicación con una persona del barrio.

Está demostrado que los adolescentes transmiten información sexual a otros adolescentes.

Estos mensajes la mayor parte de las veces son persuasivos, ya que provienen de alguien muy cercano a ellos.

MODULO 2: Técnicas en Educacion para la Salud.

Después de haber analizado los aspectos fundamentales de la comunicación sanitaria desarrollaremos las principales técnicas utilizadas en educación para la salud:

- La Entrevista Educativa.
- La Charla.
- La Demostración.
- El Panel.
- La Mesa Redonda.

ENTREVISTA EDUCATIVA

La entrevista es una técnica de comunicación verbal directa (cara a cara) entre dos personas donde una de ellas reclama información y la otra está en disposición de ofrecerla, por tanto cualquier tipo de conversación no es una entrevista, para ser considerada como tal debe:

- ☐ Tener un objetivo previo.
- ☐ Propiciar el logro de las metas que se ha fijado el entrevistador.
- ☐ Producir un resultado nuevo.

Esto hace que la entrevista no esté determinada por un local específico o ambiente de privacidad; ambos aspectos deben ser considerados para un tipo específico de entrevista.

Para el cumplimiento de los objetivos de nuestra labor, una entrevista será toda comunicación planeada o planificada de antemano donde van a obtenerse una serie de datos que a su vez van a servir para brindar como respuesta una orientación o un consejo de salud.

ASPECTOS A DESTACAR

- Es un método de comunicación directa con la persona.
- Permite, como ningún otro método, penetrar en aspectos profundos del individuo, por ejemplo, actitudes, motivaciones, intereses, sentimientos, perjuicios, preocupaciones, conflictos y aspiraciones.
- Es una técnica para obtener y ofrecer información.
- Ambos integrantes se aportan elementos.

- Debe transcurrir de forma abierta y espontánea, aunque como expresamos anteriormente, debe ser planificada.
- Se puede desarrollar en cualquier lugar, por ejemplo: sala del hogar, centro de trabajo, consulta, etcétera.

ETAPAS DE LA ENTREVISTA

1) Etapa de preparación: Se profundiza en la situación que genera la necesidad

de desarrollar la misma. Se tendrá en cuenta:

- La situación actual y antecedentes del problema en la persona.
- Determinar los objetivos a alcanzar.
- Posibles soluciones en función de la información y cambios que nos proponemos obtener.

2) Etapa de ejecución: En ella se establecen tres fases:

a) Fase inicial o introductoria. Está dirigida a la búsqueda de un clima psicológico, de amistad y cordialidad. La forma cortés y los buenos modales del entrevistador son imprescindibles.

Si logramos que el entrevistado se convenza de la importancia de la entrevista, de seguro, ofrecerá toda la información necesaria. Por tanto, en esta fase introductoria todos los esfuerzos deben ir encaminados a lograr un relajamiento de las tensiones; para lograrlo, es preciso considerar los siguientes elementos:

1) El entrevistado necesita sentir que la conversación que sostendrá será placentera y fructífera. Para ello, el entrevistador debe mostrarse como una persona comprensiva, que está verdaderamente interesado en esa persona; el darle relevancia a lo que el entrevistado nos va a relatar es de mucha utilidad. Nunca debemos fingir, eso se detectará; es preferible suspender la entrevista para otra ocasión.

2) El entrevistado necesita ver la entrevista como un hecho importante y amplio.

3) Es necesario superar las barreras que existen en la mente del entrevistado.

Utilizar los elementos de la comunicación son de gran importancia.

Como habremos podido darnos cuenta, no siempre se establece una buena comunicación debido a barreras o perjuicios que existen:

- Por determinada enfermedad.
- Por falta de confianza.
- Por temor a confesar aspectos íntimos de su vida.

El considerar estos aspectos facilita la empatía. La efectividad de esta fase se aumenta por el convencimiento de que la actividad que se realiza es importante.

b) Fase intermedia o desarrollo: Es considerada la parte productiva de la entrevista. Una vez que nos hemos ganado la confianza del entrevistado estaremos en condiciones de pasar a recoger la información deseada y necesaria para una ulterior orientación en salud.

Las preguntas a formular y el ritmo de la conversación no responden a reglas fijas; dependen de cada caso. Sin embargo es importante tener presente los siguientes aspectos.

ASPECTOS A CONSIDERAR

1) Cuidar el lenguaje: Evitar el uso de términos que no estén a la altura del entrevistado. Recomendamos no ser protocolar ni chabacano.

2) Estimule la participación del entrevistado: no se deben formular preguntas

que se respondan con monosílabos o sugerentes de la respuesta en sí misma. Ejemplos:

- Incorrecto: ¿Usted hierve el agua que da de beber a su hijo ?.
- Correcto: ¿Qué hace usted para darle agua de beber a su hijo ?.

3) Aceptar al sujeto tal y como este es: No sancionar, enjuiciar o censurar cualquier actitud que el sujeto exprese, nuestro objetivo es conocer cuales

son las cosas que el sujeto hace, con el propósito de tratar de modificarlas o corregirlas.

4) Aprenda a escuchar: Cuando el entrevistador habla demasiado inhibe la participación del entrevistado. Tener siempre presente que lo que necesita el primero es conocer al segundo, no se interrumpirá nunca la exposición de este. Se esperará a que termine y entonces se le podrá contestar; nunca se bloqueará su exposición.

5) Aproveche los silencios: Cuando éstos se producen provocan tensión y con frecuencia conducen al “desahogo” verbal. Analice con que aspectos de la entrevista se producen ya que pueden ser índices de áreas de conflictos.

6) No sea ambicioso: No pretenda recoger toda la información en una entrevista, sobre todo si es la primera.

7) Comunicación extraverbal: No desprecie la del entrevistado ni la suya.

No solo oiga lo que le dice, sino también como lo dice. Haga saber por esta vía su interés y comprensión por lo que le dicen. Suele ser muy útil en los silencios.

8) Controle el curso de la entrevista: Deje que el entrevistado sienta la entrevista abierta y espontáneamente pero no deje que se vaya por las

“ramas”; en ocasiones será necesario retroceder, esto debemos hacerlo con mucha delicadeza para evitar lastimar al entrevistado.

Ejemplo: ¿Cómo relaciona esto con lo que me dijo hace un rato?. Ejemplo:

¿Quisiera explicarme de nuevo...?.

9) Tome notas: De ser necesario tome notas pero no lo oculte, incluso

hágaselo saber, pero no lo haga en el momento que refiera algo muy problemático para él o que dañe su moral; anótelos posteriormente (aún durante la entrevista).

c) Fase final o de cierre: Es el momento del resumen y las conclusiones.

Es importante ofrecer un breve recuento de los asuntos más importantes de lo tratado, en el siguiente orden:

Primero: Resaltando los aspectos que consideramos positivos.

Segundo: Ofreciendo sugerencias y recomendaciones para las facetas negativas que deben ser superadas. Es vital persuadirlo de ¿por qué? y ¿cómo? debe superarlas; no teniendo un carácter de sanción, todo lo contrario de ayuda.

VENTAJAS DE LA ENTREVISTA

1) Es una técnica flexible (se adapta a la personalidad y dificultades de comprensión del entrevistado); por tanto puede ser utilizada en cualquier persona.

- 2) Se logra la cooperación conciente del entrevistado (fundamental en el cambio de actitudes).
- 3) El contacto cara a cara permite apreciar la validez, precisión y sinceridad de lo que se dice.
- 4) Como ningún otro método, permite explorar áreas íntimas de la persona.

DESVENTAJAS

- 1) Alto costo, ya que al ser una técnica individual los esfuerzos están dirigidos a una sola persona.
- 2) Requiere dedicarle mucho tiempo.

RECUERDE

- ☐ La entrevista será un éxito si logra, con la participación del entrevistado, que este se haya sentido importante.

LA CHARLA Y LA DEMOSTRACION

En ambas, un conferencista expone brevemente un tema ante un auditorio que generalmente no sobrepasa las veinte personas. La diferencia entre ambas radica en que la demostración lleva implícita una representación práctica en relación a lo que se pretende lograr en el auditorio.

CHARLA EDUCATIVA

Es considerada una variante de la clase y una de las técnicas más utilizadas para desarrollar acciones educativas en la esfera sanitaria.

FASES DE LA CHARLA

Como toda actividad educativa consta de una fase de preparación o elaboración y otra de ejecución o desarrollo de la actividad.

FASE DE PREPARACION O ELABORACION

Se deben considerar los siguientes aspectos:

- 1- Selección del tema de acuerdo a las prioridades e intereses del grupo.
- 2- Estudio del material bibliográfico sobre el tema.
- 3- Confección de una guía con todos los aspectos a tratar.

4- Confección y preparación de los medios auxiliares a utilizar.

5- Ensayo de la actividad.

FASE DE EJECUCION O DESARROLLO

No debe durar más de treinta minutos, a menos que el auditorio muestre interés en continuar el tema.

Comprende:

1) Introducción: Será breve y sin disculpas, se procurará motivar al público para ponerlo en disposición de escuchar con avidez.

2) Descripción: Se irán sentando las bases de todo lo que sirva de fundamento a la confirmación. Se ofrecen los aspectos del contenido, las afirmaciones y reflexiones medulares del tema. La narración puede estar matizada por algunas reflexiones que sean realmente importantes y siempre sugeridas por los mismos hechos. La sencillez y naturalidad son aspectos importantes en esta etapa.

3) Confirmación: Se decide que el auditorio adopte o no la propuesta. Se ofrecen los argumentos racionales y emocionales. Debe procederse de la siguiente manera:

A) Argumentos que prueban la verdad del orador.

B) Premisas que inspiran confianza hacia el disertante.

C) Razonamientos que puedan poner al público en la situación psicológica que convenga para que piensen y actúen como se desea.

En los comprendidos dentro del inciso A) prima el aspecto racional; en los demás, el aspecto emocional.

Es importante buscar una conexión, “puente”, entre el mensaje y los intereses del auditorio. Las partes persuasivas de la charla las constituyen aquellos elementos que integran el “puente”. Por todo ello debemos tener en cuenta algunos aspectos que ayudan a la conexión entre el mensaje y el auditorio:

- Utilizar medios audiovisuales.
- Citar autores (pero con moderación).
- Poner ejemplos de la experiencia personal.

- Darle al auditorio algo concreto que hacer.
- Planear actividades de control ulterior.
- No incluir más de un tópico central en cada charla.
- Estudiar cuidadosamente la repetición para ayudar a esclarecer los aspectos y estimular la recordación.
- La motivación se basará en: Los valores positivos (donde se emplearán argumentos racionales) y en temores negativos (donde se emplearán las citas emocionales).
- Relacionar la charla con los intereses o aspectos que tengan significación vital para el público.

4) Resumen: Breve, precisando y recalcando los aspectos esenciales de la información ofrecida.

5) Fase final: Intercambio con el auditorio, dándole oportunidad de que hagan preguntas permitiéndole conocer el grado de interés despertado y concluir con todas las dudas evacuadas.

RECUERDE

- ☐ Para cumplir los objetivos educativos el promotor de salud debe cumplir las siguientes indicaciones:
- ☐ Estudiar el tema.
- ☐ Planear una guía.
- ☐ Preparar los medios de enseñanza.
- ☐ La exposición debe durar entre quince y veinte minutos.
- ☐ El vocabulario debe ser simple (comprensible para el auditorio).
- ☐ No dar la espalda al público.
- ☐ Mantener una actitud de complacencia ante la tarea.
- ☐ Estimular la participación de los asistentes mediante preguntas.
- ☐ Hacer preguntas de comprobación.
- ☐ Despedida y agradecimiento.

VENTAJAS DE LA CHARLA

- 1) Muy económica.
- 2) Abarca muchas personas al mismo tiempo.
- 3) Solo requiere de una sesión sobre un tópico.
- 4) Permite en poco tiempo hacer una exposición bastante completa del tópico a tratar.
- 5) Los oyentes pueden intervenir al final.
- 6) Da lugar a reuniones posteriores para fijar el conocimiento adquirido.

DESVENTAJAS DE LA CHARLA

- 1) No es un método que propicie cambios de hábitos y actitudes (aunque obviamente se obtienen resultados positivos) porque el auditorio permanece la mayor parte del tiempo escuchando pasivamente.
- 2) El perceptor mantiene una actitud pasiva.

LA DEMOSTRACION

La Demostración pudiera ser considerada una charla donde se unen la palabra y la acción con un peso fundamental en esta última. El individuo que ejecuta la demostración al mismo tiempo que explica realiza la actividad que pretende enseñar. El que funge como aprendiz, tiene la oportunidad de ver y escuchar con sentido crítico, lo que estimula el pensamiento productivo y de ahí al aprendizaje. En ocasiones y dependiendo del grupo con el cual se trabaja, la charla puede desarrollarse en forma de cuento, relato o narración.

FASES DE LA DEMOSTRACION

Las fases de la demostración son las mismas que las de la charla. Como regla, antes de concluir se repetirán pacientemente todos los pasos de la actividad y se hará hincapié en la importancia de cada uno.

VENTAJAS DE LA DEMOSTRACION

- ☐ Iguales a las de la charla.

DESVENTAJAS DE LA DEMOSTRACION

- ☐ Iguales a las de la charla.

VENTAJAS DE LA MESA REDONDA

- Las mismas del panel.

DESVENTAJAS DE LA MESA REDONDA

- 1) Las mismas del panel.
- 2) No permite conocer la reacción del auditorio (ni en vivo ni por televisión) ya que solo sus miembros interactúan entre sí.

ASPECTOS IMPORTANTES

En educación para la salud a la hora de organizar estas actividades es importante tener en cuenta los siguientes requisitos:

- Seleccionar un tema controversial.
- Organizar varios equipos para que hagan la búsqueda bibliográfica y estudien el tema.
- Entre los más capacitados seleccionar al moderador y los expositores.

EL MODERADOR ES:

- El elemento de integración del grupo.
- El indicado para esclarecer u orientar al grupo ante una situación de conflicto agudo o desacuerdo pertinaz; por ello, debe conocer el tema profundamente.

FUNCIONES DEL MODERADOR

- Presentar el tema.
- Presentar a los integrantes.
- Esclarecer u orientar al grupo.
- Garantizar el desarrollo correcto de la actividad.

Particularidades de las funciones del moderador en el Panel:

- Concederá la palabra por un riguroso orden y tomará nota de lo discutido,

para al final hacer un resumen y llegar a una homogeneidad en los planteamientos.

ESTRATEGIA PARA MEJORAR EL ESTADO DE SALUD

DE LA POBLACION

MODULO 1: Promoción de Salud.

Introducción

Actualmente no existen dudas de que el estado de salud de la población está determinado por cuatro factores:

- 1) El modo de vida de la sociedad, las condiciones de vida de los grupos y el estilo de vida de los individuos.
- 2) El medio ambiente.
- 3) Factores genético-biológicos de las personas.
- 4) Los servicios de salud disponibles.

La proporción en que cada uno de estos factores determinan la salud se estima en el 50, 20, 20 y 10 % respectivamente; el porcentaje de este último sobre la base de que exista equidad, de no existir esta sería mayor.

La promoción de salud, por su condición integral y abarcadora, resulta una estrategia apropiada para alcanzar integrar el trabajo de todos los sectores involucrados en la salubridad de la población, la familia y la persona; con el propósito permanente de alcanzar mejores niveles de bienestar.

LA PARTICIPACION ACTIVA EN LA PROMOCION DE LA SALUD IMPLICA

LA:

- Participación Intersectorial.
- Participación Social.
- Participación Comunitaria.

PARTICIPACION INTERSECTORIAL

Dada por la intervención de los diferentes sectores sociales y económicos en la producción de salud.

PARTICIPACION SOCIAL

Se refiere a los procesos sociales a través de los cuales los grupos: comunidad, organizaciones, instituciones y todos los sectores (actores sociales a todos los niveles) dentro de una zona geográfica determinada intervienen en la identificación de las cuestiones de salud a otros problemas afines, y se alían para diseñar, probar y poner en práctica las soluciones.

Vale la pena destacar como en este concepto se incluyen tanto la participación de la comunidad, como la cooperación intersectorial en las acciones de salud.

Se conocen varias modalidades de participación social:

1- Participación colaborativa: se logra una participación tutelada de la población, la cual no interviene en la detección de problemas ni en la definición de soluciones. Brinda solo la colaboración cuando se le solicita.

2- Cogestión o Gestión Conjugada: se permite a la población o a los representantes de ella intervenir en las decisiones que se tomen.

La cogestión es una manifestación de descentralización de poder y su principal obstáculo puede ser la hegemonía médica, la resistencia del personal sanitario al cambio que representa compartir su poder con otros que no tienen los conocimientos técnicos sobre el problema, tratando siempre de imponer sus criterios.

3- Autogestión: conjunto de acciones que realiza el individuo solo o con ayuda familiar, a diferentes instancias, con el propósito de solucionar sus problemas de salud; incluye cuatro niveles:

- Primero: acciones a realizar por el individuo en el cuidado de su propia salud (autocuidado).
- Segundo: cuidado a nivel de la familia, que brinda el soporte psicosocial necesario y técnicas básicas para preservar la salud y atender la enfermedad.
- Tercero: actuación de las redes sociales, apoyo de la comunidad donde la persona vive o trabaja, en la solución de los problemas de salud.
- Cuarto: el individuo acude a solicitar ayuda a las instituciones de salud.

4- Participación Negociada o Negociación: es la forma efectiva de participación social.

En ella las instancias involucradas siguen el proceso de conseguir acuerdos sobre que debe hacerse o sobre que se puede hacer para solucionar problemas sobre los que existe consenso (concertación) y posteriormente se establece la discusión que busca lograr un compromiso coherente entre los conjuntos sociales y el personal de salud, con el objetivo de conferir viabilidad y realismo a las propuestas de cambio.

PARTICIPACION COMUNITARIA

Se refiere a las acciones individuales, familiares y de la comunidad para promover la salud, prevenir las enfermedades y detectar su avance. La participación conciente se caracteriza por:

- ☐ Conocimiento interno de los problemas,
- ☐ Identificación de las necesidades percibidas,
- ☐ Acción intencional para satisfacer las necesidades; y
- ☐ Resolver problemas.

INVESTIGACION-ACCION PARTICIPATIVA

La Investigación-Acción Participativa (IAP) es una metodología clave para llevar a cabo la promoción sanitaria y la participación social dentro de la estrategia de atención primaria de la salud.

Involucra a la comunidad pues promueve su participación activa y organizada, tanto en los factores relacionados con la mejora de la salud individual, familiar y comunitaria; de igual manera en las acciones dirigidas al mejoramiento sanitario, abarcando todas las áreas de la promoción y mantenimiento de la salud.

ANEXO 5
DECRETO 2745
14 de Diciembre de 2003
CREACION COMISION PRESIDENCIAL
MISION BARRIO ADENTRO

PRESIDENCIA DE LA REPUBLICA

Decreto N° 2.745

14 de diciembre de 2003

HUGO CHAVEZ FRIAS
Presidente de la República

De conformidad con lo previsto en el numeral 11 del 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,

CONSIDERANDO

Que es prioridad del Estado sobre la base de la participación y protagonismo del pueblo en ejercicio de su soberanía, promover y desarrollar nuevos sujetos y modelos de gestión a nivel de las comunidades, los barrios y las vecindades regidos por los principios de la co-responsabilidad en la gestión a través de la implementación de procesos autogestionarios y cogestionarios en la administración y control de los servicios públicos,

CONSIDERANDO

Que la salud es un derecho social universal fundamental, siendo obligación del Estado garantizarla como parte del derecho a la vida. A través del acceso irrestricto a la atención integral de la salud de personas, familias y comunidades, a sí como mediante la promoción activa para el desarrollo de una cultura de salud fundamentada en una conducta previsiva, y en los principios de solidaridad, justicia social y equidad,

CONSIDERANDO

Que es atribución del Estado por órgano del Poder Ejecutivo Nacional ejercer la rectoría y gestión del Sistema Público Nacional de Salud, de carácter intersectorial, descentralizado y participativo, integrado al sistema de seguridad social, regido por los principios de gratuidad, universalidad, integridad, equidad, integración social y solidaridad, dando prioridad a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades, garantizando tratamiento oportuno y rehabilitación de calidad, a través de nuevos modelos de gestión,

CONSIDERANDO

Los lineamientos del Plan de Desarrollo Económico y Social de la Nación es necesario la implementación de políticas orientadas a estimular y elevar las expresiones de la economía social, la calidad de vida, el bienestar colectivo, y el acceso a los servicios.

DECRETA

Artículo 1°. Se crea la Comisión Presidencial para la Implementación y coordinación institucional del programa integral de prestaciones 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, denominado "Misión Barrio Adentro", como nuevo modelo de gestión fundamentado en principios de interdependencia, coordinación, corresponsabilidad, cooperación y de la participación activa y protagónica de comunidades organizadas.

Artículo 2°. La Comisión Presidencial "Misión Barrio Adentro" estará integrada por los ciudadanos:

- Roger Capella, titular de la cédula de identidad N° 3.491.353, Ministro de Salud y Desarrollo Social, quien la presidirá.
- María Cristina Iglesias, titular de la cédula de identidad N° 4.773.674, Ministra del Trabajo.
- Rafael Ramírez, titular de la cédula de identidad N° 5.479.706, Ministro de Energía y Minas.
- Alí Rodríguez, titular de la cédula de identidad N° 1.270.756, Presidente de Petróleos de Venezuela.
- Gral. de Div. (Ej) Nelson Benito Verde Graterol, titular de la cédula de identidad N° 4.520.243, Jefe del Estado Mayor Conjunto.
- Alejandro Maya Silva, titular de la cédula de identidad N° 6.449.588, Presidente de la Asociación Civil Barrio Adentro.
- Alejandro Andrade Cedeño, titular de la cédula de identidad N° 6.552.441, Presidente del Fondo Unico Social.
- Freddy Bernal, titular de la cédula de identidad N° 5.665.018, Alcalde del Municipio Libertador.
- José Vicente Rangel Avalos, titular de la cédula de identidad N° 4.280.499, Alcalde del Municipio Sucre.
- Tamanaco Lara, titular de la cédula de identidad N° 16.113.597, Miembro del Frente Bolivariano Francisco de Miranda de Luchadores Sociales.
- Juan Carlos Jiménez, titular de la cédula de identidad N° 10.820.486, Miembro del Frente Bolivariano Francisco de Miranda de Luchadores Sociales.
- Robert Jiménez, titular de la cédula de identidad N° 11.160.854, Miembro del Frente Bolivariano Francisco de Miranda de Luchadores Sociales.

Artículo 3°. La Comisión Presidencial "Misión Barrio Adentro", tendrá las siguientes atribuciones:

1. Formular el programa integral "Misión Barrio Adentro", para la prestación de atención primaria integral de salud, estimulación e implementación de expresiones de la economía social y transformación de las condiciones sociales, económicas y ambientales de las comunidades, el cual debe contener como mínimo:
 - Criterios y mecanismos para asegurar su efectiva aplicación a nivel nacional.
 - Criterios y mecanismos para incentivar la participación de la comunidad organizada en la Implementación del programa integral.
 - Las distintas formas de implementación del programa integral.
2. Proponer los lineamientos que regirán la aplicación del programa integral "Misión Barrio Adentro", por parte de los diferentes entes y/o órganos públicos, privados y comunidades organizadas involucradas, garantizando que dicha aplicación se realice de manera coordinada y dirigida al logro de los objetivos propuestos.
3. Proponer las acciones necesarias para la Implementación y el desarrollo del programa integral "Misión Barrio Adentro".
4. Hacer el seguimiento del programa integral "Misión Barrio Adentro", y proponer las modificaciones que fueren pertinentes para asegurar su efectividad.

ANEXO 6

ESTRUCTURA DE LA MISION BARRIO ADENTRO

1. Redes de Servicios.

La Misión Barrio adentro es la expresión de una política pública emergente de atención primaria de salud en Venezuela. Constituye el proceso de cambio participativo, protagónico y democrático, en el marco de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela que hace énfasis en la salud, bajo un enfoque integral de promoción de calidad de vida, superando el enfoque reduccionista de la asistencia médica, es el lineamiento político de salud a nivel nacional, desde la base del movimiento social.

Sus características se expresan en:

Abarcar los factores sociales y de desarrollo endógeno local. Intervenir en el mejoramiento de la calidad de vida y obtención de beneficios de salud óptimos para el mayor número de personas. Proporcionar mayor responsabilidad a los individuos y comunidades, bajo el enfoque de Democracia Participativa.

Integra los equipos de salud a la comunidad, toda vez, que requiere vivan en las propias comunidades. Presionar la necesidad de organización e implantación del Sistema Público Nacional de Salud

En el último trimestre del año de 2005, Barrio Adentro se convirtió en el eje central de la política en salud, lo que podría ayudar a solventar la fragmentación que ha caracterizado al sistema Público de atención. (MSDS-2005)

Al Plan Barrio Adentro I (BA I), se sumó el Plan Barrio Adentro II (BA II), que consiste en la creación de Centros de Diagnóstico Integral (CDI), Centros de Rehabilitación Integral (CRI) y Centros de Alta Tecnología (CAMT). Por su parte, el Plan Barrio Adentro III se amplía al nivel hospitalario

y consiste en la reparación y dotación de la totalidad de los hospitales del país. (MSDS-2005)

En relación con el funcionamiento de la red pública de asistencia a la salud, en el nivel primario de atención, el Plan Barrio Adentro (fases I y II) evidencia una importante ampliación de la cobertura de los servicios, particularmente en beneficio de los grupos sociales más desfavorecidos:

Se presentan a nivel nacional mas de 8.573 puntos de atención en Barrio Adentro I, más 300 Centros Diagnostico Integrales y 300 Servicios de Rehabilitación Integral en Barrio Adentro II. Igualmente se amplió su cobertura en relación con el número de profesionales de la salud, sumando 24.156 a los 61.560 anteriores, lo que garantiza una mayor accesibilidad y disponibilidad de los servicios públicos de salud.

Esta cobertura continúa expresando la proporción de médicos por habitantes según entidad regional, con 1 por cada 1.780. (INE 2005).

Los aportes financieros a la Misión Barrio Adentro se reconocen como una meritoria asignación de recursos para la atención primaria de salud y que, evidentemente, incrementa el gasto público en salud. (AN 2004).

En el marco de las relaciones multilaterales destacan positivamente los acuerdos de cooperación técnica celebrados con la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el mantenimiento del convenio con Cuba, que posibilita el desarrollo de la Misión Barrio Adentro (OPS 2005).

La Misión Barrio Adentro busca ampliar la cobertura de los servicios públicos de atención primaria, a través del desarrollo de un modelo de gestión participativa que responda a las necesidades sociales de los sectores más excluidos (grupos populares urbanos, rurales, pueblos fronterizos e indígenas). (INE 2006)

Entre las metas propuestas se incluyen:

- a) Contribuir a la implementación del Sistema Público Nacional de Salud (SPNS);
- b) Lograr un médico por cada 250 familias (1.200 habitantes);
- c) Promover la salud integral de individuos, familias y comunidades;
- d) Impulsar la construcción de las redes sociales bajo el control comunitario;
- e) Propiciar los espacios para el saneamiento ambiental básico;
- f) Elevar el promedio de vida de la población; y
- g) Contribuir al desarrollo, crecimiento y envejecimiento con calidad de vida de las personas.

Entre las nuevas medidas adelantadas por el Ejecutivo Nacional, vinculadas con Barrio Adentro, se reconocen como positiva aquellas orientadas a asegurar la incorporación de venezolanos en el equipo médico. (Andrés E. R. 2005).

En el año de 2004, se crea el Programa de Especialización en Medicina General Integral Integral, ofrecido por la Universidad Bolivariana de Venezuela (UBV). (Andrés E. R. 2005). Para el 2005, en el marco de la Misión

Ribas se plantea el inicio de la Formación de bachilleres para la carrera de Medicina Integral Comunitaria en seis universidades (Francisco de Miranda, Rómulo Gallegos, Rafael María Baralt, Bolivariana de Venezuela, Nacional Experimental de las Fuerzas Armadas y Nacional Experimental de los Llanos Ezequiel Zamora), denominado Programa de Formación de Medicina Integral (Andrés E. R. 2005).

Igualmente, resulta positivo el establecimiento del internado rotatorio en ambulatorios como un requisito para la culminación del pregrado de Medicina. Según Pedro Navarro (2004), integrante del Consejo de la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela (UCV), los estudiantes deberán ahora cumplir los primeros seis meses del internado en los servicios de atención primaria de salud y los seis restantes en los hospitales. Según Navarro, antes *“las dos terceras partes del internado rotatorio transcurrían en los hospitales, y menos de una tercera parte en medicaturas rurales”*.

Por último, se valora positivamente la incorporación de la estructura creada en Barrio Adentro al Sistema de Información Epidemiológica del MSDS, como unidades de reporte de las enfermedades de notificación obligatoria, lo que resulta muy valioso para las actividades de prevención en salud.(MSDS 2003)

Cuadro N° 3: Recurso humano que labora en la Misión Barrio Adentro

RECURSO HUMANO QUE LABORA EN LA MISIÓN BARRIO ADENTRO		
Especialidades	Cubanos/as	Venezolanos/as
Médicos/as con especialidad en medicina general	12.272	1.935

integral		
Enfermeras	2920	3.007
Optometristas	1480	-----
Odontólogos/as	2841	1736
Electromédicos	206	-----
Otras categorías	5840	3936
Total Barrio Adentro	25.561	10.614

Fuente: Misión Barrio Adentro. MSDS.

Los parámetros establecidos por la OPS indican que para una cobertura adecuada es necesario un trabajador de la salud por cada 1.000 habitantes. Si tomamos en cuenta este parámetro, en Venezuela la tasa se supera con creces, al sumar el número de trabajadores de La Misión Barrio Adentro, al total de trabajadores de la salud del país (85.516), tenemos una relación de 3 trabajadores de la salud por cada 1.000 habitantes).

Con base en esta data y comparándola con la del año anterior, La Misión Barrio Adentro revela un aumento de la cobertura de los servicios de atención primaria, acompañado de un aumento del recurso humano en un 39% del personal general, del 32% del cuerpo médico (15.387), 44%, del cuerpo de enfermeras (2.902) y 7% del cuerpo de odontólogos (4.427).

Cuadro N° 4: Recursos en el Sistema de Salud. Convencional y el la Misión Barrio Adentro.

	Sistema Convencional	Sistema Barrio Adentro
Médic@s en el primer nivel	1.500	13.000 (8.500 pts de consulta)
Cobertura	3,5 millones	17 millones
Establecimientos del	4.400	3.050 (5.500 en

primer nivel	(1.500 con médic@s)	construcción)
Odontólog@s del primer nivel	800	4.600
Enfermer@s y/o aux. del primer nivel	4.400	8.500
Ópticas	0	441
Actividades de Promoción y Prevención	Variables, en consultorio	En consultorio y en terreno
Entrega de medicamentos	Variable según disponibilidad	103 medicamentos de las patologías comunes

Fuente: Misión Barrio Adentro. MSDS.

2. Estructura organizativa de la Misión Barrio Adentro

2.1.- Red de atención médica de la Misión Barrio Adentro:

Son todos los servicios dotados de capacidad resolutive para el logro de calidad de vida y salud, respondiendo a las necesidades sociales y en interacción con las otras redes sociales, mediante acciones de protección de la vida, educación para la salud, prevención, manejo de enfermedades, restitución y rehabilitación de la salud, actuando sobre los determinantes de la salud de las personas y las comunidades según sus territorios sociales.

La misión barrio adentro, representa el primer nivel de atención de la salud en el marco de la Atención Primaria que resuelve más del 80 por ciento de los problemas de salud de la población en sus territorios, abordándolos en forma interdisciplinaria, desde una perspectiva integral de salud, que articula las políticas y programas sociales del Gobierno Nacional, como primer nivel de Atención de Salud, está integrado por la Red Ambulatoria existente (ARI, ARII, AUI) y por los Consultorios Populares, los

cuales constituyen la primera puerta de entrada al SPNS. La Misión Barrio Adentro se transforma en el eje de la construcción del sistema público de salud y de las políticas para transformar las políticas sociales

Garantiza el acceso a los servicios de salud de la población excluida, mediante un modelo de gestión de salud integral orientado al logro de una mejor calidad de vida.

Red de Consultorios Populares:

- Puerta de entrada al sistema.
- Territorializados, cubren a toda la población.
- Uno por 250 familias (1250 habitantes) se necesitan 20.000

Red de Especialidades:

- Conformada por los Centros Diagnósticos (CDI),
- Salas de Rehabilitación (SRI)
- y Centros de Alta Tecnología (CAT)

Está coordinada con las otras redes del sistema, siendo sus puertas de entrada las Redes de Consultorios Populares, Emergencias u Hospitales.

Red de Hospitales:

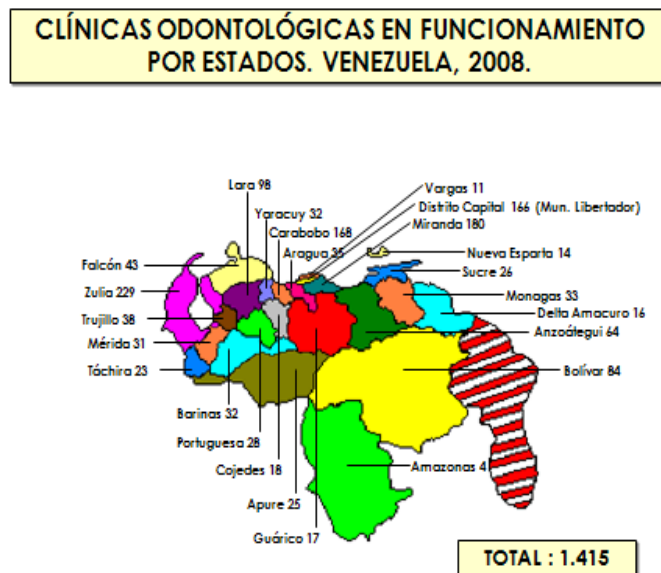
Conformada por los Hospitales del pueblo y Hospitales Especializados.

Gráfico N° 3.- Cobertura Nacional de la Misión Barrio Adentro



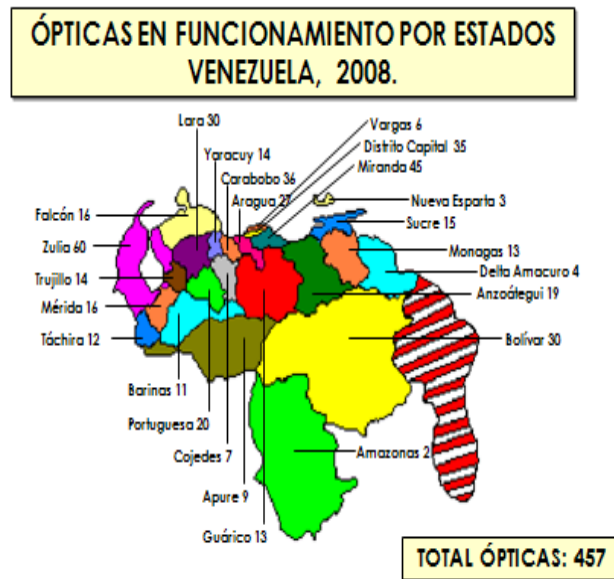
Fuente: Misión Barrio Adentro. MSDS.

Gráfico N° 4.- Cobertura Nacional Clínicas Odontológicas de la Misión Barrio Adentro



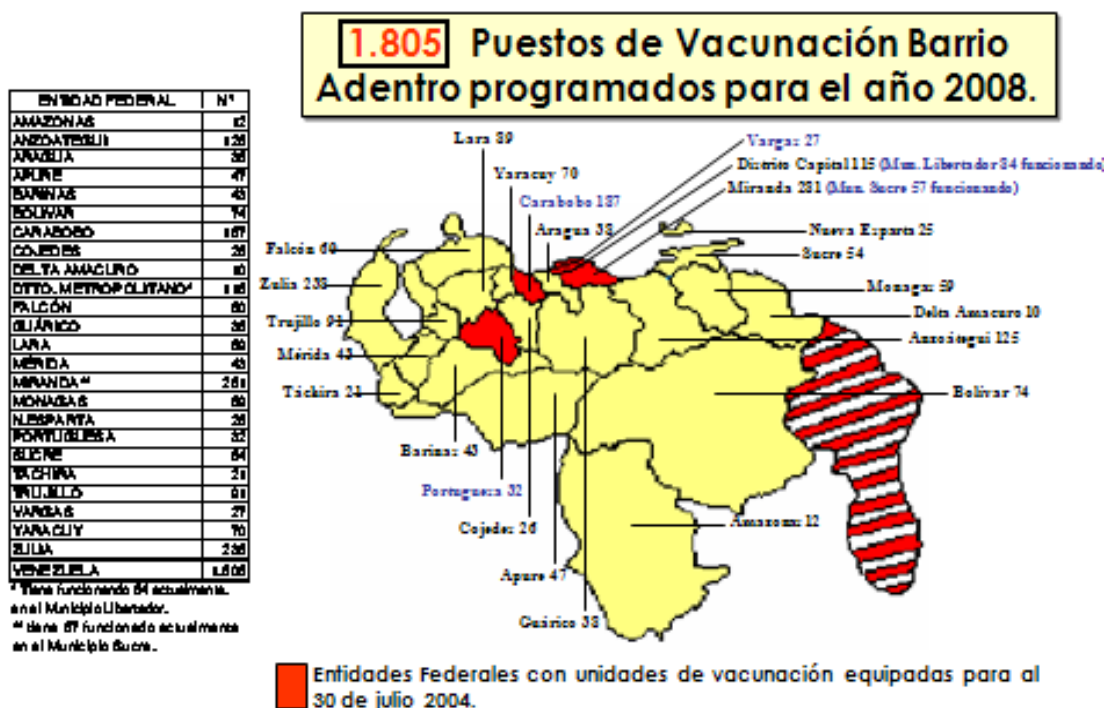
Fuente: Misión Barrio Adentro. MSDS.

Gráfico N° 5.- Cobertura Nacional Ópticas de la Misión Barrio Adentro



Fuente: Misión Barrio Adentro. MSDS.

Gráfico N° 6.- Cobertura Nacional Puestos de Vacunación de la Misión Barrio Adentro



Fuente: Misión Barrio Adentro. MSDS.

2.2. Red Asistencial Misión Barrio Adentro

Gráfico N° 7.- Red asistencial de la Misión Barrio Adentro.

Consultorio Popular y Centros de Asistencia Social. CDI, SRI, Hospital.



Fuente: Misión Barrio Adentro. MSDS

Grafico N° 10.- Flujoograma del Sistema de Salud. Antes y después de la Misión Barrio Adentro



Fuente: Misión Barrio Adentro. MSDS.



Fuente: Misión Barrio Adentro. MSDS.

3. Fortalezas de la Misión Barrio Adentro

La misión Barrio Adentro cuenta con el respaldo del convenio Cuba-Venezuela que permite en términos financieros intercambiar petróleo por asistencia médica.

Venezuela llega a la firma de convenios de cooperación con Cuba sobre la base del intercambio de petróleo por asesoramiento técnico en diversas materias, la más importante de las cuales está constituida por los

aportes cubanos en salud. El primero de esos convenios se firma en 2000 y es refrendado en 2005.

Tales bienes y servicios serán definidos cada año, según el acuerdo de ambas partes, precisando el monto monetario, las especificaciones, regulaciones y modalidades en que serán entregados. Estos bienes y servicios serán pagados por la República Bolivariana de Venezuela, en el valor equivalente a precio de mercado mundial, en petróleo y sus derivados. Las cuotas petroleras a ser entregadas a Cuba y que montan a un total de 53.000 barriles diarios a precios de mercado, por asistencia médica, servicios educativos en salud y medicamentos y equipos de uso médico.

El país se ha beneficiado con la puesta en marcha de los servicios de salud de la población excluida, mediante un modelo de gestión de salud integral orientado al logro de una mejor calidad de vida, los cuales cuentan con tecnología de última generación que permite dar respuesta a las distintas patologías mas comunes presentes en el la población que asistida y brindarán servicios gratuitos de salud, de elevado nivel profesional a toda la población venezolana.

Las características más importantes de los servicios de salud que componen la misión barrio adentro, tenemos:

Consultorios Populares:

Son los ambientes físicos existentes en las comunidades acondicionados y dotados con los recursos humanos y materiales necesarios para brindar la atención médica gratuita a toda la población. El trabajo de los galenos y las enfermeras no se circunscribe a los 6 mil 531 Puntos de Consulta y Consultorios Populares, sino que se adentra en el seno de la comunidad y en especial de los hogares para brindar una asistencia médica verdaderamente integral. En los consultorios populares trabaja un equipo de

trabajo conformado por el medico de familia la enfermera, comité de salud, estudiantes de medicina que todos en conjunto ayudan a cambiar el modo y estilo de vida de una población realizando actividades de atención primaria de salud, como la promoción de salud a través de charlas educativas, festivales por la salud.

Centro Diagnostico Integral

El Centro de Diagnóstico Integral garantiza la atención de la emergencia médica, la realización de los estudios diagnósticos fundamentales y el diagnóstico y seguimiento de los pacientes con enfermedades oftalmológicas. Cada cuatro centros de diagnósticos uno tiene servicio de emergencia quirúrgica.

La ubicación de los Centros Diagnóstico Integrales con Terapia Intensiva permite el acceso rápido de la población ante la urgencia médica.

594 CDI/CRI en todo el País

Un CDI/CRI por cada 20-30.000 habitantes

Salas de Rehabilitación Integral

En cada lugar donde se ubique geográficamente un Centro de Diagnóstico Integral habrá un servicio de Fisioterapia y Rehabilitación.

En estas Salas de Rehabilitación se pueden atender afecciones relacionadas con el sistema osteomioarticular: Bursitis, Artritis, traumatismos agudos como fracturas, esguinces y luxaciones articulares, dolores de la espalda a los distintos niveles, Hernias Discales, Desgarros Musculares, Espolón del calcáneo.

Afecciones Ginecológicas: Mastitis, Vaginitis, Herpes Genital, Cervicitis.
Afecciones Vías Urinarias, Vasculares, Sistema Nervioso,

Otorrinolaringología (Sinusitis, Rinitis, Otitis, Laringitis), Campo de la Cirugía Estética: desinflama, alivia el dolor y favorece la restitución del tejido, celulitis, cicatrices, quemaduras recientes.

En el servicio de Logopedia (Trastornos del Lenguaje) y Foniatría se atenderán los trastornos de la comunicación oral, en cuanto a prevención, diagnóstico y tratamiento: retrasos del lenguaje, tartamudez, afasias, disartrias, disfonías y otras.

En el área de Podología se realizará el reblandecimiento, rebaja y cura de lesiones tales como: Hiperqueratosis simple plana, Cayo Clavus, Tilosis distal y dorsal, entre otras.

Centros Diagnósticos de Alta Tecnología (CAMT)

- Centros dotados con equipos diagnósticos de tecnología de punta
- 35 centros para todo el País
- Un CDAT por cada 500.000 hab.

ANEXO 7

Convenio Integral de Cooperación

entre la

República de Cuba y la

República Bolivariana de Venezuela

Convenio Integral de Cooperación entre la República de Cuba y la República Bolivariana de Venezuela- Octubre de 2000.

La República de Cuba y la República Bolivariana de Venezuela, en adelante denominadas "Las Partes".

Animados por el deseo de fortalecer los tradicionales lazos de amistad entre los dos países.

Conscientes de su interés común por promover y fomentar el progreso de sus respectivas economías y las ventajas recíprocas que resultan de una cooperación que tenga resultados efectivos en el avance económico y social de los respectivos países y la integración de América Latina y el Caribe.

Acuerdan:

Artículo I

Las Partes se comprometen a elaborar de común acuerdo, programas y proyectos de cooperación en la aplicación del presente Convenio.

Para la ejecución de estos programas y proyectos de cooperación, se considerará la participación de organismos y entidades de los sectores públicos y privados de ambos países y, cuando sea necesario, de las universidades, organismos de investigación y de organizaciones no gubernamentales. Deberán tomar en consideración así mismo, la importancia de la ejecución de proyectos nacionales de desarrollo así como también de proyectos regionales integrales, que respondan a las prioridades contenidas en sus respectivos planes de desarrollo.

Artículo II

En aplicación del presente Convenio, la República de Cuba prestará los servicios y suministrará las tecnologías y productos que estén a su alcance

para apoyar el amplio programa de desarrollo económico y social de la República Bolivariana de Venezuela, de los cuales esta no disponga y previa solicitud de acuerdo con el listado contenido en el Anexo I, que se entenderá como parte integrante de este convenio. Tales bienes y servicios serán definidos cada año, según el acuerdo de ambas partes, precisando el monto monetario, las especificaciones, regulaciones y modalidades en que serán entregados. Estos bienes y servicios serán pagados por la República Bolivariana de Venezuela, en el valor equivalente a precio de mercado mundial, en petróleo y sus derivados.

Artículo III

La República Bolivariana de Venezuela se compromete a proveer a la República de Cuba a solicitud de ésta y como parte de este Convenio Integral de Cooperación, bienes y servicios que comprenden asistencia y asesorías técnicas provenientes de entes públicos y privados, así como el suministro de crudos y derivados de petróleo, hasta por un total de cincuenta y tres mil (53.000) barriles diarios. Estos volúmenes serán presentados en un programa de nominaciones, de carácter trimestral y anualizado por las empresas CUPET y CUBAMETALES a PDVSA en las cantidades y condiciones que se establecerán anualmente entre Las Partes, tomando como referencia las bases del Acuerdo Energético de Cooperación de Caracas.

Las ventas se realizarán bajo los contratos tipo de PDVSA en condiciones CIF para cada uno de estos tipos de crudo y derivados.

Los precios serán determinados por el mercado en base a las fórmulas aplicables.

Las ventas serán sobre las bases de un esquema de financiamiento mixto de corto y largo plazo, utilizándose las escalas aplicables al Acuerdo Energético de Caracas, que es la siguiente:

Precio promedio de realización/venta por barril de crudo en dólares estadounidenses	Ajuste %
> =15	5
> = 20	10
> =22	15
> = 24	20
> = 30	25

La anterior fórmula será aplicada al resto de los combustibles y lubricantes.

Todo lo relativo al financiamiento de corto y largo plazo, se regirá de conformidad con lo dispuesto en el Anexo II que se entenderá como parte integrante de este Convenio.

Artículo IV

Disposición Especial

La República de Cuba ofrece gratuitamente a la República Bolivariana de Venezuela los servicios 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 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, transportación interna.

El gobierno de Cuba garantizará a todos los galenos y demás técnicos sus salarios y la atención adecuada a los respectivos familiares en la Isla.

Artículo V

Con el fin de contar con un mecanismo para el cumplimiento y seguimiento de las acciones de cooperación previstas en el presente Convenio, Las Partes establecerán una Comisión Mixta integrada por representantes de ambos gobiernos, que se reunirá alternativamente cada año en Caracas y La Habana.

Esta Comisión será presidida por el Ministerio de Producción y Comercio por parte de la República Bolivariana de Venezuela y por el Ministerio para la

Inversión Extranjera y la Colaboración Económica (MINVEC) por parte de la República de Cuba.

La Comisión Mixta establecerá grupos ejecutivos de trabajo bajo la responsabilidad de los Ministros respectivos de cada país para viabilizar las relaciones de cooperación en los diferentes sectores definidos en el presente Convenio.

Sin perjuicio de lo previsto anteriormente, cada una de Las Partes podrá proponer a la otra, en cualquier momento, nuevos sectores y proyectos específicos de cooperación para su estudio y aprobación. Así mismo, Las

Partes podrán convocar de común acuerdo y cuando lo consideren necesario, reuniones extraordinarias de la Comisión Mixta.

Artículo VI

A los fines de facilitar las labores de los funcionarios, especialistas y misiones de trabajo vinculadas al presente Convenio, se firmará un Acuerdo Migratorio en el plazo de treinta (30) días, contados a partir de la firma del mismo.

Este Convenio entrará en vigor el día de su firma y tendrá validez por un período de cinco (5) años, prorrogable tácitamente por un período similar, a menos que una de Las Partes lo denuncie. Dicha denuncia deberá notificarse treinta (30) días antes del vencimiento del Convenio y será efectiva seis (6) meses después de dicha notificación. La referida denuncia no debe afectar programas y proyectos de ejecución, a menos que Las Partes expresamente acordaren lo contrario.

En cualquier caso de término de la vigencia del presente Convenio los programas y proyectos en ejecución no se verán afectados y continuarán hasta su conclusión, salvo disposición en contrario convenida por escrito y de común acuerdo entre Las Partes.

Dado en Caracas, a los 30 días del mes de octubre del año 2.000.

Anexo I

Seguidamente se relaciona la lista de los servicios y productos que ofrece la República de Cuba a la República Bolivariana de Venezuela.

1.- Agroindustria Azucarera y sus derivados

Cuba ofrece a Venezuela su aval de experiencias y toda la asesoría técnica que solicite, con el propósito de contribuir a la recuperación, modernización y desarrollo del sistema productivo agroindustrial azucarero y sus derivados.

1.1 Asistencia técnica para la operación técnico-productiva de los centrales azucareros que defina la parte venezolana en las siguientes especialidades:

Superintendencia de Fábrica

Maquinaria Industrial

Termo energética

Fabricación de Azúcar

Laboratorio

Agricultura Cañera

1.2 Asistencia técnica para la recuperación y desarrollo de la agricultura cañera.

1.3 Asistencia técnica para la reparación e inversiones en el área industrial

1.4 Asistencia técnica para el desarrollo de un centro técnico de investigaciones para la agroindustria azucarera y sus derivados.

1.5 Proyecto y asistencia técnica para desarrollar los derivados (alimento animal, fertilizante orgánico, etc.)

1.6 Estudios de factibilidad agroindustrial y la participación en la construcción de tres centrales azucareros:

- 7.000 T.C.D en Barinas

- 2.500 T.C.D en Guárico

- 1.200 T.C.D en Apure

1.7 Cursos de Capacitación y Postgrado para los técnicos y de la agroindustria y sus derivados.

1.8 Venta y/o arrendamiento de cosechadoras cañeras, asistencia técnica y suministro de repuestos

2.- Turismo

2.1 Adiestramiento de personal en gerencia de hoteles y de otras instalaciones turísticas en niveles medios y bajos de la prestación de servicios turísticos, a ejecutarse tanto en Cuba como en Venezuela, en el

área de promoción y mercadeo de destinos y servicios turísticos; y en el control de calidad de los servicios turísticos.

Participación en la creación y funcionamiento de un hotel escuela binacional en Venezuela.

2.2 Asesoría en la elaboración del Plan Director Nacional (Estratégico) para el desarrollo integral del turismo, y en la promoción y mercadeo de destinos y servicios turísticos.

2.3 Transmisión a Venezuela de las experiencias y el conocimiento derivados del exitoso y acelerado desarrollo del sector turístico cubano.

2.4 Servicios turísticos y eventos especializados en Cuba, a los ciudadanos que la República Bolivariana de Venezuela seleccione, para participar en eventos de interés para el desarrollo educacional, científico-técnico, cultural y en otros ámbitos, o como estímulo a ciudadanos destacados en su quehacer social.

3.- Agricultura y Alimentación

3.1 Proyectos y asistencia técnica en la producción de cultivos varios para la alimentación humana, incluyendo vegetales y hortalizas mediante el sistema de organopónicos.

3.2 Proyectos y asistencia técnica en sistemas de riego y drenajes.

3.3 Proyectos y asistencia técnica en la creación de plantas para la producción de fertilizantes orgánicos.

3.4 Asistencia técnica para el fomento de plantas medicinales.

3.5 Proyectos y asistencia técnica integral de ordenación, explotación y aprovechamiento forestal, sobre la base de sistemas sostenibles.

3.6 Asistencia técnica para desarrollar el Programa Especial de Seguridad Alimentaria (PESA), auspiciado por la FAO, que incluye actividades como riego, acuicultura, pesca, cultivos varios y otros

3.7 Transmisión de experiencias sobre el funcionamiento de las diferentes modalidades de cooperativas agrarias y pecuarias existentes en Cuba, que abarcan más del 70% de la tierra cultivable.

3.8 Cursos de Postgrado en Cuba, en sus institutos de investigaciones, en especialidades forestales, agrícolas, porcinas y otras.

3.9 Cursos de Postgrado y asistencia técnica realizados en el Instituto de Alimentación en Cuba.

3.10 Producción de medios biológicos para el control de plagas y virus

3.11 Asistencia técnica en la producción de cítricos.

4.- Venta de Productos

4.1 Genéricos, vacunas y Equipos Médicos

4.1.1 Medicamentos genéricos de una lista de más de 120 productos, de calidad y reconocimiento internacionales, a precios competitivos.

4.1.2 Vacunas recombinantes contra la Hepatitis B (Heberbiovac HB) infantil y adulto; Antimeningococcia tipo B y antileptospirosis; interferón Alfa 2B humano recombinante (Heberón Alfa R) 3,5 y 10 MUI; para el tratamiento de infartos: eritropoyectina humana para la anemia; anticuerpos monoclonales; medios de diagnóstico clínico; policinasol (ateromixol); trofin (reconstituyente antianémico y antiasmático de origen natural); melagenina (para vitiligo); coriodermina para psoriasis; crema basada en Factor de Crecimiento Epidérmico (Herbermin) 30gr y 200 gr. y medicamentos para la terapia retroviral para SIDA.

4.1.3 Medios de cultivo y medios criogénicos

4.1.4 Los siguientes equipos médicos:

Electrocardiógrafo digital multicanal con interpretación (Cardiocid BS)

Monitores de parámetros fisiológicos para terapia intermedia, salones de operaciones y terapia intensiva (DOCTUS IV)

Electroaudiómetros digitales (Audix), para crear un programa nacional de detección temprana de dificultades de audición y para los servicios de audiometría.

Equipos de electroencefalografía digital de 32 canales (Medidic 4)

Equipos de Electromiografía (Neurónica 4) y potenciales evocados.

Equipos de prueba ergométrica (Ergocid)

Equipos de sistema ultramicro-analíticos (SUMA) y kits diagnósticos para la red nacional de diagnóstico e instituciones del sistema público de salud. Los kits se utilizan, entre otros, para el diagnóstico de SIDA, hepatitis B, hepatitis C, Chagas, dengue, fenilcetonuria e hipotiroidismo congénito, tétanos,

meningo B y C, rubéola. Kits diagnósticos visuales para de detección de VIH 1 y 2 (AuBioDOT anti HIV 1/2) 72 pruebas, HCV (AubioDOT anti HCV) 72 pruebas, para la

detección de hepatitis C, sistema para la detección de la sífilis, T. Pallidum (AuBioDOT anti T, Pallidum) 72 pruebas y kits rápidos para la detección de embarazo (Heberfast Line hCG) individual y Rotavirus (Heberfast Rotavirus) individual.

Espectrofotómetros de rango visible.

Sistema para neurocirugía estereotáxica.

Oxímetros de pulso

4.1.5 Materiales y artículos ortopédicos, espirulina (suplemento alimentario) coralina para implantes oseos, y otros biomateriales.

5.- Productos para Plagas

5.1 Raticida biológico y ecológico (Biorat), de comprobada efectividad internacional (usado exitosamente en Vargas durante el desastre) y asistencia técnica para implementar un programa de desratización de los cerros y varios de Caracas y otras ciudades.

5.2 Biolarvicidas para el control de plagas de insectos

5.3 Vacuna recombinante contra la garrapata del ganado bovino.

6.- Venta de otros productos seleccionados

Ambas partes definirán los productos caso a caso, por ejemplo, casas prefabricadas u otras construcciones transportables.

7.- Transporte

7.1 Asistencia técnica en proyectos y ejecución de obras para el desarrollo del sistema ferroviario nacional

8.- Educación

8.1 Asesores en la cantidad y especialidades que Venezuela solicite para contribuir al perfeccionamiento de la formación y capacitación de docentes en las etapas de educación preescolar, especial, primaria, media y técnico-profesional, así como también para el perfeccionamiento de estos sistemas de enseñanza.

En particular, Cuba ofrecerá su cooperación para la consolidación pedagógica de las escuelas bolivarianas, tanto de profesores de estas en la cuantía y las

disciplinas que Venezuela determine, como en la transmisión de experiencias que resulten útiles para la gerencia de aquellas.

8.2 Envío de salas de video educaciones fabricadas en Cuba, en la cantidad que se solicite y transmisión de la tecnología para producirlas en Venezuela, Asimismo se comunicarán las experiencias cubanas en el uso social de tales salas de video.

8.3 Transmisión de la experiencia cubana en los clubes juveniles de computación.

8.4 Envío de softwares educativos producidos en Cuba y otros que Venezuela sugiera con ese mismo fin.

8.5 Asesoría en técnicas y metodología de alfabetización individual, grupal y a través de medios de comunicación masivos.

8.6 Transmisión de experiencias en el uso de los medios de comunicación, para la promoción masiva de conocimientos educacionales y culturales.

8.7 Cursos de postgrado que contribuyan a la superación del profesorado venezolano en todos los niveles de enseñanza.

8.8 Participación de educadores venezolanos en los eventos científicos que organizan anualmente los Ministerios de Educación y Educación Superior de Cuba.

9.- Deportes

9.1 Envío de hasta 3.000 entrenadores y otros profesionales y técnicos en diversas especialidades deportivas y educación física, con el fin de contribuir a que Venezuela haga realidad su afán de convertir la práctica del deporte y la educación física en una posibilidad al alcance de todos los ciudadanos, y logre desarrollar y consolidar sus enormes potencialidades de éxito en las competencias internacionales.

9.2 Formación en Cuba de entrenadores, profesores de educación física y otros técnicos y especialistas del deporte, enviados por Venezuela con el fin de que Cuba contribuya a crear el personal calificado venezolano necesario, que tendrá la principal responsabilidad en los planes de convertir a Venezuela en una potencia deportiva.

9.3 Cuba recibirá en sus bases de entrenamiento y brindará la asesoría correspondiente a los atletas y entrenadores de las selecciones nacionales, que la parte venezolana considere conveniente obtengan en Cuba un perfeccionamiento de su actividad deportiva, con vistas a su participación en eventos de nivel mundial.

10.- Servicios de Salud y Formación de Personal en Cuba

10.1 Estudios de Postgrado (especializaciones médicas), en medicina general, epidemiología y otras que se determinen, con el fin de contribuir a fortalecer y ampliar los servicios del sistema de salud de Venezuela.

10.2 Formación de personal de enfermería y otros técnicos de salud en cursos intensivos, para contribuir a mejorar y extender los servicios de salud en zonas aisladas de Venezuela, donde actualmente no existen o son insuficientes.

10.3 Tratamiento para adicciones (drogas, alcohol, fármacos) en las instituciones terapéuticas cubanas.

10.4 Tratamiento para restauración neurológica, retinosis, pigmentaria (primera causa de ceguera en el adulto joven), ortopedia y traumatología, y transplantes de médula, corazón, hígado, riñón y córnea.

10.5 Chequeos médicos especializados y eventuales tratamientos terapéuticos a los trabajadores y técnicos petroleros de Venezuela.

Anexo II

De conformidad con el Artículo III del Convenio, el importe de la factura total será financiado en base al monto que resulte de aplicar el porcentaje de financiamiento según la tabla contenida en el mismo.

La diferencia se financiará a corto plazo.

El financiamiento de corto plazo es a noventa (90) días con una tasa de interés del 2% flat aplicable a noventa (90) días contados desde el día del Conocimiento de Embarque.

Estas ventas son garantizadas con carta de crédito del Banco Nacional de Cuba.

El financiamiento de largo plazo será en los siguientes términos:

Carta de Crédito del Banco Nacional de Cuba.

Período de Financiamiento de quince (15) años con dos (2) años de gracia.

El instrumento contará de quince (15) pagarés con vencimientos anuales a partir del tercer año consecutivo.

Los intereses de los primeros dos (2) años se capitalizarán y formarán parte del capital a ser considerado en los quince pagarés.

La tasa de financiamiento de largo plazo será del 2%.
