



Gobierno Bolivariano
de Venezuela

Ministerio del Poder Popular
para la Salud



**MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA SALUD
INSTITUTO DE ALTOS ESTUDIOS EN SALUD PÚBLICA
“DR. ARNOLDO GABALDÓN”**

**LAS REFORMAS DE SALUD EN AMÉRICA LATINA EN EL MARCO DE
LA CONSTRUCCIÓN DEL SISTEMA PÚBLICO NACIONAL DE SALUD
EN VENEZUELA. MARACAY, ESTADO ARAGUA. 2009.**

**Trabajo Especial de Grado presentado como Requisito Parcial para
optar al título de Especialista en Gestión de la Salud Pública.**

**AUTORA: MARÌA ANTONIETTA PATERNO
TUTORA: MARÌA NARANJO**

Maracay, 02 de Noviembre de 2009

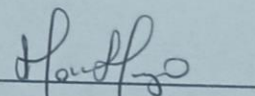
CARTA DE APROBACIÓN DEL TUTOR

Maracay, 27 de Julio del 2009

Ciudadano:
Presidente y demás Miembros
de la Comisión Coordinadora del Postgrado,
Especialización de Gestión en Salud Pública
Instituto de Altos Estudios en Salud Pública
"Dr. Arnoldo Gabaldón"

La presente es para comunicarle, que en mi carácter de tutora he leído y analizado el Trabajo Especial de Grado Titulado: LAS REFORMAS DE SALUD EN AMÉRICA LATINA EN EL MARCO DE LA CONSTRUCCIÓN DEL SISTEMA PÚBLICO NACIONAL DE SALUD EN VENEZUELA. MARACAY, ESTADO ARAGUA. 2009 realizado por la Ciudadana: MARÌA ANTONIETTA PATERNO NARVÀEZ, C.I 7.216.033 para optar al Título de (Especialista) de Gestión en Salud Pública y considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para su presentación, evaluación y defensa.

ATENTAMENTE,

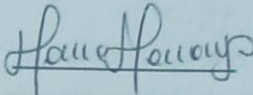
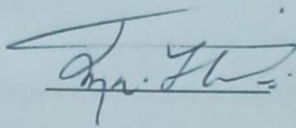
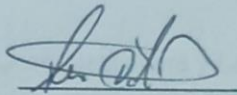


Dra. María Naranjo
C.I.: 8.787.452.

Servicio Autónomo Instituto de Altos Estudios en Salud Pública
"Dr. Arnoldo Gabaldon"
POSTGRADO ESPECIALIZACIÓN DE GESTIÓN EN SALUD PÚBLICA

ACTA VEREDICTO

Nosotros, miembros del Jurado designados para la evaluación del Trabajo de Especialización de Gestión en Salud Pública titulado: "LAS REFORMAS DE SALUD EN AMÉRICA LATINA EN EL MARCO DE LA CONSTRUCCIÓN DEL SISTEMA PÚBLICO NACIONAL DE SALUD EN VENEZUELA. MARACAY, ESTADO ARAGUA, 2009". Presentado por el Ciudadano (a) **MARÍA PATERNO**, para optar al Título de Especialista de Gestión en Salud Pública, estimamos que el mismo reúne los requisitos para ser considerado como APROBADO.

Nombres y Apellidos	C.I.	Firma del Jurado
MARÍA NARANJO Presidente:	8.787.452	
MERCEDES HERRERA Miembro:	7.235.479	
LUIS DORTA Miembro:	4.289.554	

Maracay, 13 de Septiembre de 2009

DEDICATORIA

A Dios, por estar a mi lado cada día , darme la sabiduría en estos dos años de postgrado y la fortaleza para seguir adelante.

A mis padres Luigi y Ana, gracias a ellos soy quien soy hoy en día, me han dado cariño, ánimo y sobre todo valores morales y espirituales. Los quiero mucho.

A mi hijo Pedro Luis, ya con tu temprana edad te encuentras en la Universidad, en ese paso académico importante. Así comprenderás el esfuerzo y los años de dedicación cuando se realiza un postgrado.

A mi esposo Adner, quien me animó a culminar este hermoso postgrado y siempre me aliento a formarme académicamente.

A mi querida hermana Lisbeth, quien me saco de momentos difíciles en ciertas asignaciones, especialmente en el momento del montaje de mi Trabajo Final de Grado. Gracias por tu solidaridad.

A mis hermanos Luigi y Alejandro, por su apoyo y motivación a seguir adelante.

A mis cuñados José y Dianys y a mis sobrinos José Alessandro y Luigi Alessandro, por estar siempre a mi lado brindándome la mejor de las sonrisas.

A todas y todos Gracias. Un abrazo y las bendiciones de Dios para sus vidas.

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por encima de todas las cosas. Ocupa el primer lugar de mi existencia. Con èl todo es posible.

Al Instituto de Altos Estudios en Salud Pùblica “Dr. Arnoldo Gabaldòn”, por permitirme esta formaciòn acadèmica de postgrado en estos dos años.

Al Ministerio del Poder Popular para la Salud, por permitirme formar parte de ese equipo que se està capacitando en nuestro país.

A la Corporaciòn de Salud del Estado Aragua como ente empleador , del cual formo parte por la permisologia y solidaridad en estos dos años.

Al Hospital Central de Maracay, por haberme autorizado esta capacitaciòn acadèmica.

A mi querida Tutora y Amiga la Dra. Maria Naranjo, por ser una profesional altamente calificada que asumiò conmigo este reto de la Investigaciòn Documental, demostrandòme apoyo y solidaridad. Gracias.

A mi querida profe la Dra. Fanny Dàvila, por estar en los momentos difìciles y ser compañera y amiga. Te quiero mucho.

A todos mis profesores , empleados y obreros de este Instituto.

A mis compañeros de Postgrado: Zoraida, Dinaisy, Desirè, Mildred y Jorge, por formar equipos de trabajo. Un abrazo.

INDICE GENERAL

	p.
DEDICATORIA.....	i
AGRADECIMIENTO.....	ii
INDICE GENERAL.....	iii
RESUMEN.....	iv
INTRODUCCIÓN.....	1
El Problema.....	1
Justificación.....	6
Objetivos.....	7
General.....	7
Específicos.....	7
Alcances y Limitaciones.....	8
Antecedentes de la Investigación.....	9
Metodología.....	14
Tipo de Investigación.....	14
Técnicas ò Métodos.....	15
Fases o Etapas.....	15
Estructura Capitular.....	16
CAPÍTULO I	
LAS REFORMAS DE SALUD EN AMÉRICA LATINA: CUBA, COSTA RICA, COLOMBIA, CHILE, BRASIL.....	17
CAPÍTULO II	
ELEMENTOS DE LAS REFORMAS DE SALUD EN CUBA, COSTA RICA, COLOMBIA, CHILE Y BRASIL QUE SIRVEN DE APOORTE EN LA CONSTRUCCIÓN DEL SISTEMA PÚBLICO NACIONAL DE SALUD DE VENEZUELA.....	72
CAPÍTULO III	
LAS POLÍTICAS RECTORAS DEL MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA SALUD EN LA CONSTRUCCIÓN DEL SISTEMA PÚBLICO NACIONAL DE SALUD DE VENEZUELA.....	87
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
Conclusiones.....	125
Recomendaciones.....	133
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	136

**MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA SALUD
INSTITUTO DE ALTOS ESTUDIOS EN SALUD PÚBLICA
“DR. ARNOLDO GABALDÓN”**

**LAS REFORMAS DE SALUD EN AMÉRICA LATINA EN EL MARCO DE
LA CONSTRUCCIÓN DEL SISTEMA PÚBLICO NACIONAL DE SALUD
EN VENEZUELA. MARACAY, ESTADO ARAGUA. 2009.**

**Autora: María Antonietta Paterno
Tutora: María Naranjo
Fecha: Julio, 2009**

RESUMEN

Esta investigación tuvo como objetivo Analizar las Reformas de Salud en América Latina en el marco de la construcción del Sistema Público Nacional de Salud en Venezuela. La metodología fue una investigación documental. La investigadora pudo realizar una revisión bibliográfica e histórica exhaustiva. Se empleó el método deductivo-analítico y se utilizó la técnica del fichaje. La estructura capitular de este tipo de investigación está en el desarrollo de cada uno de los objetivos específicos, a través del cual se pudo constatar como se dieron las Reformas de Salud en los países en estudio y su influencia positiva en la construcción del Sistema de Salud Venezolano. Concluyéndose que las Reformas de Salud fueron necesarias y para ello se contó en cada uno de los casos con la legislación y la autoridad del órgano rector Ministerio de Salud, además basados en los principios de: gratuidad, calidad, universalidad, integralidad e intersectorialidad con criterios de calidad de atención y garantía en el acceso, con énfasis en la Atención Primaria en Salud y la participación social. Venezuela está construyendo definitivamente su Sistema de Salud amparado en la cooperación y apoyo de la misión cubana, del pueblo venezolano, del Ministerio de Salud y de la Presidencia de la República. Falta legislar y el ejecútese de tan anhelado Sistema de Salud que cumpliría con la deuda social de años. Se debe dejar atrás el asistencialismo y utilizar indicadores de calidad de vida, manteniendo el eje articulador de la política social.

Palabras Claves: Reformas de Salud, América Latina, Sistema Público Nacional de Salud.

**MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA SALUD
INSTITUTO DE ALTOS ESTUDIOS EN SALUD PÚBLICA
“DR. ARNOLDO GABALDÓN”**

**THE HEALTH REFORMS IN LATIN AMERICA IN THE FRAMEWORK
OF THE CONSTRUCTION THE NATIONAL PUBLIC HEALTH SYSTEM
IN VENEZUELA. MARACAY, ESTADO ARAGUA. 2009.**

**Author: María Antonietta Paterno
Guardian: María Naranjo
Date: November, 2009**

Summary

This investigation had like objective to analyze the health reforms in latin américa in the framework of the construction the national public health system in Venezuela. The methodology was documental investigation. The researcher could realize a review exhaustive bibliographical and historical. The deductive analytical method is used and the signing technique. The chapter structure of this type of investigation are in the development of each of the specific objectives through which it was found the health reforms in the countries studied and its positive influence of the construction the health system venezuelan. Conclude that the health reforms were necessary and this will be in each of the cases with the laws and authority of the governing body Ministry of Health, besides based on the principles of free, universally, quality, internality, intersectoriality with critery of quality of care and guaranteeing cases and emphasis on primary theall care and socialy participation. Venezuela is building definitive of health system covered in the cooperation and support of cuban mission and the venezuelan people, ministry of health and the presidency of the republic. Lack legislate and execute of longed health system that would meet the social debt of years. Leave of asistenciality and used the quality of live indicators maintain the social political.

Code Words: Health Reforms, América Latin, The Nacional Public Health System.

INTRODUCCIÓN

El Problema

Las políticas públicas se basan en visiones del mundo que emergen de un conjunto de valores y principios, no se restringen a dictar normas y a regular conductas de los agentes económicos y los actores sociales. La política social, en cuanto ámbito particular de las políticas públicas, se fundamenta en distintas concepciones sobre generar bienestar y satisfacer necesidades sociales que se expresa en arreglos institucionales y acciones específicas. (Navarro, 1997).

El reconocimiento de los derechos sociales se basa en la idea de que todo ciudadano, tiene derecho a los satisfactores necesarios para una vida digna, conforme las condiciones sociales medias. Existe un compromiso solidario de la sociedad de garantizar con medios públicos y a través del Estado, el acceso a estos satisfactores. En su referente colectivo implica asumir políticas de redistribución y la prestación gratuita de servicios para nivelar las condiciones básicas de vida. Esto contraviene la premisa neoliberal, que objeta la redistribución vía el Estado por considerarla una trasgresión de las leyes del mercado.

Las políticas públicas deben estar relacionadas con los determinantes sociales; basado en los principios de: gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, solidaridad e integración social, aprovechando las oportunidades que los escenarios ofrecen para el éxito de los objetivos. Las diferentes estrategias relacionadas con las reformas del sector de la salud que se han aplicado en la región de las Américas desde hace al menos dos décadas, reflejan tanto la heterogeneidad como los diversos puntos de partida propios de cada país. Es así como la especificidad de

cada Sistema de Salud y su inserción institucional dan lugar a diferentes restricciones y prioridades que deben tomarse en cuenta en el proceso de reformas. (Urriola, 2007).

Las reformas sectoriales deben darse a través de ejes estratégicos, con componentes legales y estructurales para la implementación de un Sistema Nacional Integrado de Salud, producto de decisiones de políticas sanitarias. Más allá de las características nacionales, el diseño y la ejecución de las reformas del sector de la salud y las políticas públicas de protección social en esta materia, debe contemplar una serie de criterios basados en la inclusión social y la equidad en materia de salud, se deben definir políticas e instrumentos para avanzar en la universalización de las coberturas. Las políticas de expansión de la atención primaria y una adecuada coordinación de servicios descentralizados deben orientarse a mejorar la cobertura y el acceso a servicios de salud. (Almeida, 2002).

La situación de América Latina y el Caribe en materia de necesidades y de privaciones relacionadas con la salud es muy diversa y en algunos casos preocupante. Aún persisten muchas enfermedades vinculadas a un menor grado de desarrollo como son las transmisibles y materno infantiles. Este rezago epidemiológico es más acentuado en los países de menores ingresos y desigualdades más marcadas en materia de salud y representa un doble desafío para los sistemas pertinentes. Cualquier política de salud debe realizar intentos por la ampliación de la cobertura y la equidad de acceso con reducción de costos y logro de eficiencia en la asignación de los recursos. (CEPAL, 2006).

Se ha reconocido la necesidad de modificar la asignación, distribución y formación de los recursos humanos, incrementar la magnitud, revisar la asignación del gasto público y modificar la distribución territorial de la red de servicios y de la infraestructura de salud (Naciones Unidas, 2005). La relación entre los recursos humanos de salud y la situación de la salud

está mediada por la organización de los servicios de salud y por la combinación óptima de aptitudes y personal en un contexto dado.

La experiencia demuestra que aún en contextos diferentes como el de Colombia, es posible que gobiernos comprometidos con el derecho y la equidad en salud puedan dar pasos en la dirección de instrumentar políticas, que ayuden a mejorar la respuesta a las necesidades de la población y en particular de aquella en peores condiciones socioeconómicas. La política de salud y la estrategia de Atención Primaria Integral en Salud (APIS) contribuyen a mejorar la integralidad y la coordinación de las acciones individuales y colectivas en el sector público y a realizar un mejor uso de los recursos mejorando los resultados de salud y de equidad en salud. (Londoño, 2005).

La sociedad contemporánea presenta grandes diferencias, lo cual se manifiesta en los abismos que existen entre los diversos sectores sociales en ingreso, niveles de participación y control. En todas las organizaciones existen diferencias individuales frente a los diversos estímulos, que configuran la calidad de vida en todas las áreas de la salud. Shepard, (2005) señala que se debe utilizar como indicador fundamental de la calidad de vida, la satisfacción del usuario.

Los usuarios del sector Salud no escapan de esta realidad, la cual se visualiza en todos los países, en mayor o menor grado. Lo que si es cierto es que en países industrializados la situación tiene otros matices, ya que se ha hecho un esfuerzo por satisfacer las necesidades en materia de salud, se han centrado en satisfacer al sujeto y han visualizado la combinación de lo objetivo y lo subjetivo, recalcando que la calidad de vida va más allá de lo meramente económico y destacan la importancia de la participación y colaboración mutua.

En el caso de Venezuela se ha observado con preocupación, que un gran número de los usuarios del Sector Salud se han sentido insatisfechos. Esto ha venido ocurriendo a través de años de régimen democrático y en diferentes periodos constitucionales, no obstante pareciera que el problema se ha agudizado cada día más o que quizás es visible porque en la sociedad actual se le permite al ciudadano expresarse, señalado además por nuestra Carta Magna.

Bajo una perspectiva integral de calidad de vida, la satisfacción es considerada no solamente como un propósito o finalidad social, sino también como un proceso dinámico o factor que ocurre tanto a escala individual como social. La deshumanización de la vida es un costo inevitable que en la sociedad moderna tiene que pagar el usuario para adquirir los beneficios materiales que dicha sociedad ofrece.

El fortalecimiento y predominio de la institución pública adquirió especial importancia en la construcción del proyecto de gobierno en países de América Latina como: Cuba, Costa Rica, Colombia, Chile y Brasil, por lo que la autora de esta investigación los tomará como referencias para la Construcción del Sistema Público Nacional de Salud de Venezuela. La reconstrucción de las instituciones públicas plantea un desafío importante, ya que hay que colocarlas en condiciones de responder adecuadamente a las exigencias ciudadanas.

En Venezuela existen problemas de fondo, no sólo por el prolongado deterioro de las instituciones de salud, sino porque prevalecen los intereses particulares por encima del general, no obstante el principio de la equidad y justicia social enmarcados en nuestra Carta Magna es la base de la aplicabilidad de políticas sociales de naturaleza masiva, de reducido costo burocrático y articulación territorial.

Al hablar de la salud, es la esencia de la vida, es la preservación y existencia misma del individuo; nexo que le confiere una connotación ética incuestionable, es una necesidad básica e histórica, ya que el carecer de ella significa un daño serio y sufrimiento a la persona que le impide desarrollar sus capacidades y potencialidades y participar plenamente en la sociedad. En estos momentos coyunturales para nuestro país se impone la participación conjunta de todos los actores que hacen vida en el territorio de la República Bolivariana de Venezuela a asumir su rol protagónico , amparado bajo el marco legal actual, a fin de generarse valiosos aportes en el Sistema Público Nacional de Salud, de allí que la investigadora centró su estudio en Analizar las Reformas de Salud en América Latina como aporte en la Construcción del Sistema Público Nacional de Salud de Venezuela, por lo que se formularon las siguientes interrogantes:

- Cómo han sido las Reformas de Salud en América Latina: Cuba, Costa Rica, Colombia, Chile y Brasil?
- Cuáles son los elementos de las Reformas de Salud de Cuba, Costa Rica, Colombia, Chile y Brasil que pueden servir de aporte en la Construcción del Sistema Público Nacional de Salud de Venezuela?
- Cuáles son las políticas rectoras del Ministerio del Poder Popular para la Salud en la Construcción del Sistema Público Nacional de Salud de Venezuela?

Justificación

La Salud tanto en su concepción individual como colectiva es producto de complejas interacciones entre procesos biológicos, ecológicos, culturales y económicos-sociales que se dan en la sociedad. Está determinada por: su estructura y dinámica, el grado de desarrollo de sus fuerzas productivas, el tipo de relaciones sociales que establece, el modelo económico, la forma de organización del Estado y las condiciones en las que la sociedad se desarrolla.

La Salud es un proceso social de constante tensión y conflicto en la búsqueda permanente de mejores condiciones para el desarrollo de la calidad de vida y bienestar. Se debe promocionar la salud, colonizando espacios y tiempos para vivirlos con sabiduría, buscando mantener o aumentar el logro conseguido para todos los ciudadanos.

La participación de todos es vital en la solución de los problemas de su acontecer, toda vez que el sujeto es protagonista histórico en la solución de los problemas que lo rodea. En estos cruciales momentos de nuestro país Venezuela, se necesita la participación conjunta de los entes involucrados, ya no debemos ser actores pasivos, manteniendo la unidad podemos alcanzar la resolución de los conflictos y disminuir las brechas de salud que por años se ha mantenido.

Bajo este orden de ideas cobra vital importancia la revisión de las Reformas del Sector Salud en Cuba, Costa Rica, Colombia, Chile y Brasil, que pueden servir de aportes en la Construcción del Sistema Público Nacional de Salud de Venezuela, a fin de poder garantizar el tan anhelado derecho a la salud, que tenemos todos los ciudadanos que habitamos en este hermoso país de Bolívar y la dignificación de las condiciones de prestación de los servicios con efectos positivos para los usuarios, donde haya el pleno reconocimiento del derecho a la salud.

La Salud es un derecho social y en este momento histórico debe basarse con principios de Universalidad y Gratuidad, donde haya un cambio en el modelo dominante centrado en la enfermedad y el hospital en vías de la Integralidad. Además se debe dar un viraje de la acción sobre los síntomas y pasar a actuar sobre las causas con acción sobre los determinantes de la salud, por lo que se debe señalar la Intersectorialidad. Finalmente la Salud debe ser un espacio para el desarrollo de la ciudadanía donde emerge la Participación y la Solidaridad en la Promoción y Prevención de la Enfermedad.

La investigadora aspira que esta revisión exhaustiva sobre las Reformas de Salud de los países antes nombrados constituya un aporte para el lector y para aquellas instancias con poder y autoridad para legislar y accionar las recomendaciones que aquí se señalan y sirva de base a la Construcción del Sistema Público Nacional de Salud de Venezuela.

Objetivos

Objetivo General

Analizar las Reformas de Salud en América Latina como aporte en la Construcción del Sistema Público Nacional de Salud de Venezuela, 2009.

Objetivos Específicos

- Caracterizar las Reformas de Salud en América Latina: Cuba, Costa Rica, Colombia, Chile y Brasil.
- Identificar los elementos de las Reformas de Salud de Cuba, Costa Rica, Colombia, Chile y Brasil que pueden servir de aporte en la Construcción del Sistema Público Nacional de Salud de Venezuela.

- Determinar las políticas rectoras del Ministerio del Poder Popular para la Salud en la Construcción del Sistema Público Nacional de Salud de Venezuela.

Alcances y Limitaciones

Alcances

Esta investigación es Documental y permitió realizar una revisión exhaustiva de material bibliográfico pertinente a las Reformas de Salud de Cuba, Costa Rica, Colombia, Chile y Brasil, además de adentrarse en la realidad de nuestro país Venezuela en el Marco de la Construcción del Sistema Público Nacional de Salud. Se aspira que esta investigación sirva de insumo a otras investigaciones en el área y constituyan aportes valiosos, así como motivador a estudiantes de este postgrado de gestión en salud pública a realizar estudios documentales con aportes al momento histórico que está vivenciando nuestro país.

Limitaciones

En el desarrollo de esta investigación no se encontró ninguna limitante.

Antecedentes de la Investigación

Céspedes y et al. (2002). *Impacto de la Reforma del Sistema de Seguridad Social sobre la equidad en los Servicios de Salud en Colombia*. Trabajo de Grado de Doctorado, Universidad Pontificia, Bogotá, Colombia.

Para evaluar el impacto sobre la equidad en el acceso y en la utilización de Servicios de Salud del nuevo Sistema de Seguridad Social en Salud colombiano (SGSSS) se compararon dos cortes transversales de la población, antes (1993) y después (1997) de promulgada la ley 100, de 1993 que lo creó, con respecto a dos indicadores de equidad: las curvas (CC) e índices de concentración (IC) correspondientes a la distribución del aseguramiento y a la utilización de servicios. Entre 1993 y 1997 el IC en el aseguramiento se redujo a la mitad, del 0,34 al 0,17. Simultáneamente la cobertura del SGSSS se incrementó del 23% al 57%, sobretodo en los segmentos más pobres de la población donde pasó del 3,1% como resultado de los subsidios otorgados por los gobiernos locales.

Los IC en la utilización de servicios variaron muy poco. Adicionalmente se detectó una mayor prevalencia de enfermedad y utilización de servicios entre los asegurados, debido a selección sesgada de riesgos y riesgos moral. Estos resultados sugieren un impacto positivo del SGSSS sobre las inequidades en el acceso al aseguramiento. Sin embargo, no se evidenció un impacto claro sobre la equidad en la utilización final de servicios.

Este antecedente se relaciona con la presente investigación ya que trata de la equidad en los Servicios de Salud en Colombia, país que es tomado para este estudio a fin de conocer de las Reformas de Salud que allí han ocurrido, así como se evidencia la mayor utilización de los

servicios de salud por parte de la población, siendo favorable en cuanto al acceso y prestación de servicios.

Aguirre (2005). *La Dimensión Tecnológica en las Políticas de Salud. Ministerio de Sanidad y Asistencia Social y Corposalud del Estado Aragua*. Tesis de Doctorado del CENDES-UCV, Caracas, Venezuela. La preocupación que guió este estudio se refirió a la dimensión tecnológica de las políticas en relación a los Sistemas de Salud implantados en los países de América Latina y el Caribe, en particular el caso del Estado Venezolano. El desarrollo del trabajo contempló tres partes. En la primera parte se hizo un recorrido de la evolución del pensamiento sobre tecnología en salud, dividido en cuatro capítulos. El primero analizó el significado de lo tecnológico en salud, visto a través de diferentes enfoques, el segundo trató sobre la transferencia tecnológica dominante, el tercero se refirió a la relación entre tecnología y práctica de salud, el cuarto al abordaje tecnológico en el modelo de atención contrastando el viejo y el nuevo paradigma en relación con la calidad, equidad y pertenencia tecnológica.

La segunda parte, se concentró en el estado institucional venezolano, representado por el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social como estructura de poder y órgano rector de las políticas de salud, se dividió en dos capítulos: uno abordó la problemática del desarrollo tecnológico y el proceso de reforma que se está llevando a cabo en el país, el segundo analizó el modelo de Sistema de Salud que ha prevalecido, asignándole importancia al diseño y elaboración de una política tecnológica.

La tercera parte se concentró en el proceso de descentralización y del desarrollo tecnológico del Sistema de Salud del Estado Aragua. Se dividió en dos capítulos, el primero trató sobre el modelo de gestión como proceso organizacional basado en las tecnologías leves y el segundo analizó el modelo de atención actual centrado en tecnologías leves-duras.

Se consideró allí también lo que la propuesta de salud integral ha significado en relación con el cambio técnico, como paradigma para los Centros de Atención en Salud.

Por último se contrastaron las concepciones que se manejaron y los resultados que se han obtenido en el servicio.

Se relaciona con la presente investigación, ya que se desarrolla en Venezuela y el Estado Aragua, trata lo concerniente a la relación entre tecnología y práctica de la salud; la modernidad en el avance hacia el futuro tecnológico en materia de la salud. Se impone un cambio de paradigma que reforma el ser y el hacer. Además se toca el aspecto de los Modelos de Atención y Gestión respecto a los Servicios de Salud, conllevando a la satisfacción de los usuarios y a la institucionalidad y desarrollo de las tecnologías, así como se vislumbra el contraste entre el viejo y el nuevo paradigma en relación con la calidad, equidad y pertenencia tecnológica.

Ojeda (2005) *Evaluación de la Responsabilidad Política del Gobierno Local del Municipio Girardot del Estado Aragua, respecto a la Gestión Ambiental*. Tesis Doctoral del Doctorado en Ciencias de la Educación de la Universidad Bicentennial de Aragua, San Joaquín de Turmero, Estado Aragua, Venezuela. El presente trabajo consistió, en la evaluación de la responsabilidad política, del gobierno local del Municipio Girardot del Estado Aragua respecto a la Gestión Ambiental, ante la actual desinformación por parte de las comunidades, sobre los proyectos ambientales programados y dirigidos al entorno en que habitan.

El poder local del Municipio Girardot, ha iniciado un proceso con miras a proponer los temas y acciones prioritarias para alcanzar logros en materia ambiental, que deberían ser atendidos en una agenda para propiciar un desarrollo còsono con la comunidad; sin embargo, se

observó que la gestión ambiental ha dejado de ser una responsabilidad exclusivamente oficial, para convertirse en una preocupación compartida entre los diferentes sectores de la sociedad.

La investigación fue de campo, de carácter descriptivo, enmarcada en una modalidad descriptiva y evaluativa, que utilizó como principal técnica la encuesta y como instrumento de recolección de datos el cuestionario, dirigido a la muestra seleccionada, utilizando una escala de lickert, como técnica de análisis de los datos se aplicó un enfoque cualitativo y cuantitativo. Esta muestra se dividió en tres segmentos: el poder local, la dependencia ambiental y la comunidad del Municipio Girardot, específicamente la Parroquia Los Tacarigua, la validez vino dada por el juicio de expertos y la confiabilidad arrojó un coeficiente de 0,98.

Entre los resultados obtenidos se pudo evidenciar que la responsabilidad del poder local en materia ambiental, a pesar de haberse iniciado, no ha sido llevada a cabo adecuadamente; por otra parte no existe una coordinación entre las dependencias ambientales y el poder local, siendo la principal causa la poca participación de la comunidad en la gestión ambiental que adelanta el gobierno local, por ende, se recomendó realizar una integración entre los actores del acontecer político, hacia la búsqueda concertada de políticas públicas, que mejoren la calidad ambiental, donde la ciudadanía en general puede y debe actuar en forma preactiva y constructiva en este objetivo.

Se relaciona con la presente investigación, ya que en la revisión que se realizó de las Reformas de Salud de los países objetos de esta investigación, se propicia la gestión del poder local con miras a la participación de la comunidad y a la resolución de problemas locales, se señala la importancia de los actores en la toma de decisiones y en la búsqueda de políticas, para el desarrollo de la gestión. Se resalta la

importancia de la coordinación entre el poder local, los actores sociales y el organismo rector.

Ugalde y Hòmedes (2005). *Las Reformas Neoliberales del Sector de la Salud: déficit gerencial y alienación del recurso humano en América Latina*.

En este trabajo se discutió como el sector privado puede ser menos eficiente que el público y como la flexibilidad laboral no produce los resultados esperados, analizaron las fallas del proceso de reforma, especialmente las relacionadas con los recursos humanos, considerados los más importantes. Se consultaron fuentes secundarias: informes, artículos, documentos y estudios etnográficos. Se realizaron entrevistas a profundidad a gestores del Sector Salud de: Bolivia, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, México y República Dominicana. El análisis abarcó las tres últimas décadas.

Se concluyó que después de una inversión de millones de dólares en diseñar y poner en marcha reformas neoliberales, los Sistemas de Salud de América Latina no son más equitativos, más eficientes, ni de mejor calidad que antes de las reformas. Se hubieran obtenido mejores resultados, si en lugar de imponer estrategias que no estén basadas en la evidencia y que responden a una agenda ideológica, los promotores de las reformas se hubieran preocupado por evaluar y fortalecer algunas de las iniciativas generadas por los propios países.

Mucha de las soluciones a los problemas que plantean los recursos humanos requieren la colaboración de diferentes Ministerios e Instituciones y el Banco Mundial tiene la posibilidad de apoyar ese proceso de coordinación. Los Sistemas de Salud cuyos profesionales no estén motivados para trabajar en equipo; a favor de la salud de la población, están condenados al fracaso. Los países tendrán que invertir

tiempo y recursos en recuperar el compromiso de los profesionales con la población y con el sistema y deberán abandonar su orientación mercantilista.

Este estudio es pertinente, ya que trata de los elementos que se deben considerar a la hora de realizar las reformas en el sector salud y la importancia del recurso humano, la puesta en marcha de las reformas neoliberales no fueron equitativas ni eficientes, por lo que el trabajo a favor de la población y de los más desposeídos condujo al fracaso en materia de salud.

Metodología

Tipo de Investigación

Es una investigación Documental. Según el Manual para la Elaboración de Trabajos de Grado y Tesis Doctorales de la Universidad Pedagógica Experimental Libertador (UPEL, 2004) define la investigación documental como: “el estudio de problemas con el propósito de ampliar y profundizar el conocimiento de su naturaleza, con apoyo, principalmente en trabajos previos, información y datos divulgados por medios impresos, audiovisuales o electrónicos” (p.15).

Las conclusiones y recomendaciones a las que se arribó fueron desarrolladas directamente y extraídas de la revisión exhaustiva realizada y de la opinión de la investigadora, tomando en cuenta fundamentalmente los objetivos específicos de la misma y apoyada en todas las fuentes que se consultaron.

La originalidad del estudio se refleja en el enfoque, criterios, conceptualizaciones, reflexiones, conclusiones y recomendaciones que son expresiones del pensamiento de la autora.

Técnicas ò Métodos

Para la realización de la presente investigación se consideró conveniente emplear el método deductivo-analítico, el cual según Méndez (1998) “permite que las verdades universales se vuelvan explícitas” (p.97). El método deductivo propicia el razonamiento para obtener una idea particular desconocida, a partir de conceptos generales conocidos. El análisis inicia su proceso de conocimiento a partir de la identificación de cada uno de los elementos que caracterizan una realidad, de esta forma se establecen las relaciones causa-efecto entre los aspectos que componen el objeto de la investigación. La técnica más conveniente para el logro de los objetivos de la investigación fue la técnica del fichaje, ya que permite que la investigadora tenga en cuenta todos los elementos necesarios para dar cumplimiento a los objetivos.

Fases ò Etapas

Etapa I. Búsqueda y exploración de fuentes. Ubicación y búsqueda exhaustiva de bibliografía y documentación referida al tema.

Etapa II. Lectura inicial de documentos disponibles. Lectura exploratoria de alto nivel a fin de determinar la relevancia y eficacia de la información que se tiene.

Etapa III. Se aplicó las técnicas de análisis de datos como el fichaje y el subrayado, con la finalidad de resaltar la información.

Etapa IV. Se procedió a realizar la redacción del trabajo de investigación, para ser sometido a evaluación por parte de los especialistas.

Estructura Capitular

Capítulo I: Caracterizar las Reformas de Salud en América Latina: Cuba, Costa Rica, Colombia, Chile y Brasil.

Capítulo II: Identificar los elementos de las Reformas de Salud de Cuba, Costa Rica, Colombia, Chile y Brasil que pueden servir de aporte en la Construcción del Sistema Público Nacional de Salud de Venezuela.

Capítulo III: Determinar las políticas rectoras del Ministerio del Poder Popular para la Salud en la Construcción del Sistema Público Nacional de Salud de Venezuela.

Finalmente, se muestran las Conclusiones, Recomendaciones y Referencias Bibliográficas.

CAPÍTULO I

LAS REFORMAS DE SALUD EN AMÉRICA LATINA: CUBA, COSTA RICA, COLOMBIA, CHILE, BRASIL.

La Reforma de Salud en Cuba

El Sistema Nacional de Salud (SNS) cubano viene realizando importantes reformas a partir de los años 60, como parte fundamental de las transformaciones del período revolucionario y no como una imposición de los tiempos actuales de unipolaridad, globalización, crisis económicas, demandas de equidad social, sino como una necesidad del propio espíritu de la revolución, como reflejo del respeto más absoluto de uno de los derechos humanos más importantes de todo ciudadano (Acuña, 2007).

La reforma sectorial más que un hecho eventual, ha sido un proceso permanente que ha desarrollado los siguientes aspectos:

1.- Garantía del Acceso:

Desde los inicios del proceso revolucionario comenzó la creación del Servicio Médico Rural, las Áreas de Salud y del propio Sistema Nacional de Salud, lo cual llevó a los lugares apartados la acción de un nuevo trabajador de la salud; el derecho del ciudadano por primera vez hecho realidad. Nuevas formas del sistema se fueron haciendo presentes durante más de cuarenta años, que han respondido a nuevas necesidades y realidades, sin dejar de luchar por la erradicación de toda imperfección que fuera detectada, en su constante quehacer por brindar lo mejor en salud para toda la sociedad.

- Se impuso el Bloqueo Internacional: El bloqueo impuesto al país a partir de 1962 con la Ley del Embargo, dictada por el gobierno de los E.E.U.U. hacia Cuba, que prohibió la adquisición de productos farmacéuticos, equipos médicos y materias primas requeridas para su fabricación en laboratorios o empresas cubanas, se fue recrudeciendo progresivamente a través de la Ley Torricelli y la Ley Helms Burton, las que ocasionaron cuantiosas pérdidas económicas de una manera indiscriminada, afectando directa o indirectamente todas las actividades del Sistema de Salud, sin hacer distinción en situaciones excepcionales como las epidemias y situaciones de emergencias.

Al promulgarse la Ley Torricelli, numerosas firmas extranjeras que tradicionalmente habían vendido equipos médicos o sus componentes rompieron los vínculos comerciales con Cuba o suspendieron sus operaciones ya convenidas por denegar el Departamento del Tesoro de los E.E.U.U. las licencias de exportación, por ser subsidiarias de alguna transnacional norteamericana o contar los equipos con componentes de fabricación de dicho país.

- Consecuencias del Bloqueo para el gobierno de Cuba: A pesar del repudio generalizado que provocó el bloqueo, no sólo persistió sino que se pretendió incrementar con nuevas leyes y medidas para eliminar los logros alcanzados por la Revolución Socialista.

El bloqueo trajo como consecuencia la dificultad o imposibilidad de adquirir insumos, equipos y medicamentos en territorio de los Estados Unidos. Al no tener acceso a las fuentes de financiamiento internacionales (Banco Mundial, FMI, BID y otros), los créditos que se obtuvieron fueron con altos intereses y los productos se compraron en efectivo, lo que limitó las posibilidades de satisfacer las necesidades, aunque existía la voluntad política y del Estado de la compra de éstas. Los fletes de los productos comprados en mercados alejados a esta ubicación geográfica encarecían

el costo final de los mismos, a lo que debe agregarse que no todos los armadores y compañías de fletes corrían el riesgo a ser sancionados por tocar puertos cubanos con los productos que se compraban.

La sistemática acción del bloqueo para que los productos y servicios no se exportaran, ocasionaron un freno al desarrollo económico del país, tal acción expresó una falta extrema de ética, humanismo y también una burla a las disposiciones del Derecho Internacional. Sin lugar a dudas estas medidas tuvieron como objetivo atentar contra la salud de los niños, ancianos, embarazadas y población en general.

- El Financiamiento en Divisas para la importación de los suministros necesarios: Fue negativamente impactado por la pérdida de la capacidad importadora, debido a la desaparición de los países socialistas europeos y la URSS con los cuales se obtenían los suministros (ejemplo, materiales de envase para la industria farmacéutica y equipamiento tecnológico no médico) provenientes de esos países y que se dejaron de recibir, lo que se tradujo en la insuficiencia de medicamentos, materias primas para la industria farmacéutica, material gastable de uso médico, piezas de repuestos para equipos tecnológicos médicos y no médicos, y también la ausencia de importación de equipos, todo lo cual afectó al sistema de salud y un importante deterioro de las unidades asistenciales.

- Disminución objetiva de la capacidad importadora de suministros para el Sector Salud: Aún en las condiciones más complejas y despiadadas del criminal bloqueo y guerra económica que el gobierno de los E.E.U.U. impuso a Cuba, redujo aún más la capacidad adquisitiva de productos para la salud entre un 20% y 30% al tener que adquirirlos en mercados lejanos y en condiciones de sobreprecio. No puede obviarse que el Sistema de Salud necesitaba de un incremento sustancial de los recursos que le permitieran garantizar los suministros necesarios e iniciar

un proceso de recapitalización de sus instituciones y de su equipamiento tecnológico.

El Sistema de Salud de Cuba sufrió durante el periodo 1990-1996 los efectos restrictivos en la disponibilidad de recursos por la crisis económica mundial y la desaparición de la antigua URSS y de los países de Europa socialista, las consecuencias de la aplicación de políticas neoliberales en América Latina y el recrudecimiento del bloqueo económico impuesto por el gobierno de los EE.UU.

El mantener la priorización de la salud del pueblo ha constituido un reto y objetivo estratégico para toda la sociedad y el estado.

2.- Prioridad en la asignación de los Recursos:

En el cuadro No. 1 se observan los gastos del Sector Salud entre 1990 y 1996, y se puede apreciar como ésta fue priorizada en la asignación de los recursos, pues creció en forma muy significativa el gasto en salud como porcentaje del PIB y el gasto en salud como porcentaje del presupuesto estatal, lo que evidencia que el sistema mantuvo su prioridad, mientras que se restringían o limitaban otras actividades y ramas del presupuesto estatal.

Cuadro No. 1
Gastos del sector de la salud y su comparación con el PIB y el
presupuesto del estado. Período: 1990-1996.

Año	Gasto (MMP)	Gasto por Hab.	Gasto en Salud como % del PIB*	Gasto en Salud como % del Presupuesto Estatal
1990	1045.1	98.6	5,3	6.6
1991	1038.5	97.1	6,4	6.3
1992	1038.9	96.2	7,0	6.6
1993	1175.8	107.9	7,8	7.4
1994	1166.4	106.0	6,1	7.5
1995	1221.9	111.1	5,6	8.0
1996	1310.1	119.1	5,7	9.6
1997	1382,9	125,3	6,0	10,9

Fuente: Centro de Investigaciones Financieras del Ministerio de Finanzas y Precios. Basado en los Informes de Liquidación del Presupuesto del Estado.

Cuadro No. 2

Financiamiento del Sector Salud en divisas convertibles.

AÑO	GASTO REAL (MMUSD)	ESTRUCTURA PORCENTUAL CON RELACION A 1989
1989	227.3	100.0
1990	127.3
1991	98.0
1992	70.7
1993	66.9
1994	90.1	39.6
1995	108.0	47.5
1996	126.6	55.7
1997	112,3	49,4

Fuente: Dirección de Planificación y Economía. MINSAP

Hasta 1993 el marco en divisas asignado al Ministerio de Salud Pública sólo se utilizaba para la importación de medicamentos, materias primas farmacéuticas y material gastable y otros de uso médico, recibándose el resto de los productos de los llamados organismos balancistas sin gasto directo en divisas para el MINSAP. La cifra correspondiente a 1989, año anterior a que comenzaran las afectaciones, se obtuvo de una investigación realizada al efecto, lo cual no está disponible para el resto de los años 1990-1993, en que sólo se tiene la información de lo asignado al MINSAP y por tanto no son comparables (Walton,2000).

Los recursos financieros del presupuesto del Estado, deben continuar contribuyendo a garantizar los objetivos de desarrollo previstos del Sector Salud que seguirá siendo su principal fuente de financiamiento.

3.- Subsidios al Gasto en Salud:

Los gastos que asume la economía familiar son los medicamentos prescritos a pacientes ambulatorios, las prótesis auditivas, estomatológicas y ortopédicas, los sillones de ruedas, muletas, artículos similares y los lentes. En todos los casos, los precios a la población son bajos y subsidiados por el Estado. Aquellas personas de bajos ingresos reciben ayuda monetaria y artículos que incluyen medicamentos y prótesis.

4.- Aumento del Gasto en Atención Primaria en Salud (APS):

Entre los años 1990 y 1994 se manifestó una reducción de los gastos de la atención hospitalaria y un incremento de los destinados a la atención primaria. En 1994 un 36.1% de los gastos corrientes correspondieron a la atención primaria y un 45.2% a la atención hospitalaria, en comparación con un 32.4% y un 52,7% respectivamente en 1990, es decir aumentó el gasto en Atención Primaria en Salud (OMS, 2002).

Sin embargo, ha existido una sensible disminución del gasto en inversiones que en 1994 representó sólo el 3.1% del gasto total. Esta situación va unida a la falta de mantenimiento constructivo a las unidades y en consecuencia un incremento del deterioro de las mismas. En el cuadro No. 2 se observa la tendencia de la disponibilidad total de divisas por el Sector Salud durante el periodo 1989-1997.

5.- Cambios en el Sector Salud acompañados de cambios en otros Sectores:

El único proyecto concebible para garantizar un pueblo saludable, como es el caso de Cuba, depende de un Sistema Nacional de Salud consolidado y después de fortalecido, acompañado de cambios profundos en lo social y económico, que incluya educación para todos, dignificación de la vida humana con trabajo, viviendas, mejores condiciones de vida, cambios profundos en la vida económica de la nación y seguridad de los derechos de la población y otros aspectos expresados en el marco legal. Son muchos los amigos que contribuyen y acompañan este reto histórico con la humanidad y en especial con este pueblo trabajador y combativo por preservar las conquistas de la revolución.

6.- Los principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, solidaridad e integración social:

Las políticas públicas deben estar relacionadas con los determinantes sociales; basado en los principios antes nombrados, aprovechando las oportunidades que los escenarios ofrecen para el éxito de los objetivos.

Hoy existen un conjunto de renovaciones en el sector, sin enfoques neoliberales, ni medidas que afecten a la población, sino por el contrario con medidas que brinden mayor cobertura, accesibilidad, equidad y calidad, satisfaciendo las demandas y necesidades del pueblo cubano, pero siempre buscando eficiencia dentro del sector.

7.- Continuidad en las Estrategias:

Cuba estableció las estrategias y programas priorizados del Sistema Nacional de Salud para el periodo 1995 al 2000, con el objetivo de continuar el desarrollo sostenible de su sistema y alcanzar mejores

indicadores de salud para toda la población. El Ministerio de Salud Pública se ha dado a la tarea de desarrollar un proceso de consolidación, reforma y modernización del sistema con nuevos métodos y estilos de trabajo.

A partir del análisis de las políticas nacionales y de la situación económico social actual del país, de las condicionantes demográficas, higiénico- ambientales, del estilo de vida y de la morbimortalidad de la población, así como de la estructura, organización y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud, analizando sus fortalezas y potencialidades, pero sobre todo sus debilidades e insuficiencias, y el nivel de insatisfacción del pueblo, se elaboró una estrategia para el sector.

8.- Participación de la Comunidad en las Gestiones y las Acciones de Salud:

Para garantizar uno de los derechos del pueblo cubano, se consideró vital incrementar la participación de la comunidad en las gestiones y las acciones de salud. Es por ello que se han constituido para impregnarle a la salud pública cubana más revolución y más socialismo los Consejos de Salud.

9.- Énfasis en lo Local:

.Se refuerza el papel del movimiento de Municipios por la Salud o Comunidades Saludables.

10.- Desarrollo de las Estrategias de Promoción y Prevención a nivel local:

Como espacio para el desarrollo de las estrategias de promoción y prevención a nivel local, a cuyos fines se creó la red cubana.

11.- Diagnóstico de la Situación:

El Ministerio de Salud Pública estableció la proyección para el desarrollo estratégico desde 1995 hasta el año 2000, el cual ha transcurrido por un proceso en cuya ruta crítica pueden identificarse diferentes etapas que pudieran concretarse de la manera siguiente:

Primera Etapa (Diagnóstica 1994-1995)

Se realizó el análisis del Sector Salud para Cuba con la participación de más de 100 expertos cubanos y que contó con la asesoría técnica de consultores de la OPS/OMS. Este análisis permitió conocer la situación actual en aquellos momentos e identificar la problemática basada en el ambiente externo al sistema, considerando el entorno político económico y social del país, el marco institucional y el financiamiento y gastos del sector salud, analizando el ambiente interno, considerando el perfil epidemiológico, la situación de la reforma, el fomento de la salud y la regulación sanitaria, los servicios de salud, el desarrollo tecnológico, la formación y perfeccionamiento de los recursos humanos, valorando también el potencial científico y técnico existente en el país.

La elaboración del documento final y sus conclusiones sirvieron de base para la elaboración de las Estrategias y Programas del Sistema Nacional de Salud, los cuales se recopilaron en el documento de trabajo denominado Carpeta Metodológica del MINSAP.

El análisis del Sector Salud fue el momento de la identificación de la problemática de salud y fue presentado y validado en el Seminario de Consulta y Consenso celebrado en la Ciudad de La Habana los días 29 y 30 de abril de 1996 con la participación de agencias y organismos de las Naciones Unidas y representantes diplomáticos invitados al evento.

También se presentó un resumen ejecutivo del análisis sectorial de salud como parte del proceso de validación de la problemática existente.

La primera etapa culminó a finales del primer semestre de 1995, con la celebración de la Primera reunión metodológica, en la que se fueron identificando además de los principales métodos y estilos de trabajo, la necesidad de consolidar grupos de trabajo, desarrollar un amplio proceso de descentralización ejecutiva, desempeñar un trabajo eficiente y promover la participación comunitaria e intersectorial.

12.- Identificación de Estrategias y Prioridades:

Como resultado del proceso revolucionario y aprovechando las oportunidades que brindaba el estado cubano; se neutralizaron las amenazas externas; fundamentalmente en los aspectos económicos, derivados del doble bloqueo impuesto por el gobierno de los Estados Unidos , se recurrió a las fortalezas del Sistema Nacional de Salud para continuar su consolidación y desarrollo; disminuyendo y eliminando sus debilidades internas; el MINSAP identificó cinco estrategias y cuatro programas priorizados que han regido hasta el momento la actividad del Sistema Nacional de Salud para la consecución de los propósitos y objetivos.

Las principales estrategias y programas que priorizó el Ministerio de Salud Pública fueron los siguientes:

Estrategias:

1.- Reorientación del Sistema de Salud hacia la Atención Primaria y su pilar fundamental, el médico y la enfermera de la familia

La Atención Primaria de Salud, comprende un conjunto de procedimientos y servicios de promoción, prevención, curación y rehabilitación, así como la protección de grupos poblacionales específicos y el abordaje de

problemas de salud con tecnologías apropiadas de este nivel de atención, dirigido al individuo, la familia, la comunidad y el medio.

La Atención Primaria de Salud en Cuba ha sentado precedentes en la salud pública internacional, por su carácter novedoso y futurista, especialmente con la implantación y desarrollo del modelo de atención de medicina familiar a partir de 1984. El programa del médico y la enfermera de la familia, se ratifica como el eje del actual desarrollo estratégico, orientándose el resto de las estrategias a partir y en función de ella.

Este modelo de atención es la mayor fortaleza y potencialidad que tiene este Sistema de Salud. Se puede afirmar que por su existencia, filosofía y bases teóricas, se han logrado mantener los indicadores de salud, satisfacer las necesidades de la población y constituir un pilar básico de la salud pública cubana. Actualmente en los países desarrollados y en vías de desarrollo se está planteando el necesario fortalecimiento de la atención primaria de salud, como una estrategia fundamental para hacer más eficientes y prácticos los sistemas de salud, además para realmente prevenir las enfermedades y promover estilos de vida más saludables.

Se cuenta en la actualidad con más de 28.000 médicos de familia, distribuidos en todo el país, es decir, más del 97% de la población cubana está cubierta con un médico y enfermera de la familia. Existen 381 áreas de salud con cobertura completa con el programa del médico de la familia y se espera alcanzar el 100% en los próximos años.

La reorientación se hará en dos sentidos:

El primero: en el orden técnico, imprimiendo un enfoque dialéctico, posibilitando dar más recursos materiales, hacer ciertas inversiones y darle mayor capacidad resolutiva técnica al médico de la familia para la atención a la población y tener como efecto positivo menor número de ingresos.

El segundo: en desarrollar la participación de la comunidad en esas tareas de salud a través del movimiento de municipios y comunidades por la salud, para lo cual ya está creada la red cubana, integrada, como una estrategia de la salud pública cubana y con la constitución de los consejos nacionales, provinciales y municipales de la salud y la estrategia de los consejos populares por la salud.

2.- Revitalización de la Atención Hospitalaria

Durante la década de los años 80, el país realizó un gran esfuerzo por ampliar y modernizar la red de servicios hospitalarios, lo que implicaba mejorar coberturas, accesibilidad, capacidad, confort e incorporar las más novedosas tecnologías. Así se alcanzó un total de 283 hospitales y 66.948 camas de asistencia médica en 1997.

Como expresión del impacto logrado por el desarrollo de la medicina familiar descendieron en los servicios hospitalarios los ingresos, las consultas de urgencias, las intervenciones quirúrgicas y los medios auxiliares de manera importante.

Durante la etapa de 1990-1993 los hospitales se deterioraron desde el punto de vista material; hubo dificultades con equipos médicos y no médicos, así como limitaciones de recursos en algunas actividades vitales del hospital. Se planteó la necesidad de un programa para ir rescatando progresivamente la vitalidad hospitalaria en sus aspectos organizativos, dinamismo, eficiencia, calidad de la atención y el nivel de satisfacción de la población.

La recuperación hospitalaria, con un enfoque económico del trabajo hospitalario en la solución de los problemas de salud a este nivel, fue encaminada a incrementar la calidad de la atención médica, incrementar la eficiencia del trabajo de las instituciones, elevar la satisfacción de la población con los servicios y propiciar la proyección comunitaria del hospital.

Por otra parte se realizó un redimensionamiento del número de camas hospitalarias, con el objeto de hacer más eficiente el aprovechamiento de ese recurso.

3.- Reanimación del trabajo de los programas de tecnología de punta e Institutos de Investigaciones

Cuba ha desarrollado un grupo de programas de atención de primer nivel para garantizar la salud de la población, tales como programas del cáncer, insuficiencia renal, los cardiocentros, el diagnóstico precoz de las afecciones congénitas, prenatales, de sangre y hemoderivados, y otros, para los cuales fue necesario garantizar ciertas inversiones, organización, inteligencia y creatividad. En este sentido es importante el papel que ha jugado y jugará la ayuda del exterior, que se está recibiendo, siendo aún necesario movilizar recursos externos y trabajar para organizar y poner en función esta estrategia.

4.- Desarrollo del Programa de Medicamentos y Medicina Natural y Tradicional

Constituyó una estrategia prioritaria para el Sistema de Salud, la capacidad para producir en Cuba el 80% de los 900 renglones que tiene el formulario cubano, con la cual se ahorra 4 ó 5 veces el costo que representan estos medicamentos adquiridos en el exterior. Se trabaja en la actualidad en 91 fármacos y vacunas indispensables, cuya disponibilidad pone en riesgo la vida de pacientes y en 349 medicamentos que junto a los anteriores constituyen el cuadro básico de medicamentos del país, el resto de los productos que circulan (470 fármacos) son medicamentos de especialidades o para el tratamiento especial de algunas enfermedades de muy baja frecuencia.

Es una prioridad del sistema la identificación y producción de los medicamentos vitales que no pueden faltar y que la población necesita realmente. El enfoque fundamental es tratar de reducir la falta de

medicamentos y eliminar todas las situaciones o problemáticas posibles en la ruta crítica.

También es estratégico para el Sistema de Salud impulsar la medicina tradicional y natural con todo el rigor científico y aunque se avanza, el objetivo fundamental es tener capacidad de producción local y desarrollar un grupo de técnicas como: acupuntura, dígítópuntura, laserterapia, balneoterapia .Un grupo de técnicas que están sustituyendo con más inocuidad el enfoque de la medicina clásica. Otro aspecto es la tecnología médica cubana desarrollada en el país y que con poca inversión puede sustituir e incluso ayudar a dar un salto a la salud pública.

5.- Atención priorizada a objetivos vitales del Sistema como son:

-Estomatología: La atención estomatológica ha sufrido deterioro debido a la carencia de recursos materiales, por ser un área especializada y de alta demanda de importaciones. La necesidad básica es adquirir los elementos necesarios para los servicios básicos de prevención y promoción de la salud bucal,

- Servicios de Óptica: La actividad de óptica ha mostrado un deterioro significativo. Esta actividad es de gran repercusión social, una de cada cinco personas requieren de estos servicios, la población cubana envejece, se instruye y cada día fomenta más las actividades intelectuales, por lo que los requerimientos de lentes aumenta cada día más.

Por esta razón se elaboró por el Sistema de Salud un Programa Integral de Óptica para la solución de la problemática actual mediante una correcta organización de estos servicios, adquisición de materiales, piezas de repuesto y equipamiento para la actividad que garantice la atención de la población.

-Sistema Integrado de la Urgencia y la Emergencia Médica: Con el objetivo de incrementar el nivel de resolución de las acciones de salud y acercar aún más los servicios de salud a la población, se viene desarrollando en el país una experiencia en los servicios de atención de urgencia que contribuirá significativamente a perfeccionar y hacer más eficientes los planes para situaciones excepcionales en todas las premisas de desastres.

Programas:

1.- Programa Materno-Infantil

Constituye una tarea de primer orden para el Sistema de Salud. La obra de la revolución en la salud pública cubana ha priorizado siempre a los grupos poblacionales de riesgo, así han sido destacadas las acciones sociales y de salud con relación a la mujer y los niños. Los principales logros obtenidos en los indicadores que reflejan el estado de salud materno infantil en Cuba están implícitos en la mayoría de las acciones sociales, culturales y de desarrollo económico dentro de una voluntad política y de la no discriminación de mujeres y niños, quienes gozan de ventajas y programas de educación, cultura y otros dentro de la sociedad y que incrementan integralmente el estado materno infantil saludable.

En lo que concierne al Sector Salud, la estrategia estuvo encaminada a mejorar la calidad de la salud reproductiva de la mujer o la pareja a través de las siguientes acciones:

- Disminución de enfermedades asociadas al embarazo: bajo peso al nacer, afecciones perinatales, infecciones respiratorias agudas, accidentes, lactancia materna, y diagnóstico precoz del cáncer cérvico-uterino.

2.- Enfermedades Crónicas No Transmisibles

El perfil epidemiológico nacional se caracteriza por el predominio de la mortalidad por enfermedades crónicas no transmisibles. Las enfermedades del corazón, los tumores malignos, las enfermedades cerebrovasculares y los accidentes, representan casi las dos terceras partes de todas las defunciones que se producen en el país. Además merecen mencionarse por su morbilidad la diabetes mellitus, la cirrosis hepática, el asma y la hipertensión arterial. Estas enfermedades se encuentran relacionadas con los hábitos y estilos de vida, donde se resaltan riesgos como: obesidad, sedentarismo, hábito de fumar, dieta inadecuada y otros componentes.

La estrategia para el abordaje de estos problemas de salud es:

- Aumentar las acciones intersectoriales, en las que participan los principales grupos de especialistas e instituciones.

- Énfasis en la prevención y control de enfermedades: del corazón, enfermedades cerebrovasculares, asma bronquial, diabetes mellitus, neuropatía epidémica, alcoholismo y accidentes.

3.- Enfermedades Transmisibles

Se debe mantener el control de las enfermedades transmisibles para continuar disminuyendo la morbimortalidad y controlar los factores de riesgo para evitar brotes y epidemias. Las enfermedades infecciosas constituyen la principal causa de muerte en el mundo, muchas de esas enfermedades son prevenibles por vacunas. En Cuba se ha eliminado la poliomielitis, la difteria, el sarampión, la meningitis tuberculosa, el tétanos neonatal, el síndrome de la rubéola congénita y la meningoencefalitis por parotiditis. Hoy se aplican vacunas contra 11 enfermedades.

Los controles van dirigidos a:

- Continuar la estrategia para la eliminación total o virtual de todas las enfermedades prevenibles por vacunas.
- Prevención y control de las enfermedades de transmisión digestiva.
- De la tuberculosis, de la infección respiratoria aguda, de la infección intrahospitalaria.
- Enfermedades de transmisión sexual, del VIH/SIDA.
- Pediculosis y Escabiosis y de las principales zoonosis de importancia médica, leptospirosis, síndromes neurológicos infecciosos, eliminación de la hepatitis B.
- Control sanitario internacional y el programa de vigilancia y lucha antivectorial.

4.- Atención al Adulto Mayor

Los cambios demográficos que se vienen operando en Cuba con el envejecimiento acelerado de la población y el incremento de las expectativas de vida han conllevado a que el 12,9% de la población tiene actualmente más de 60 años y las proyecciones apuntan a que este grupo poblacional se incrementará al 14% en el año 2000 y al 21% en el 2025. El enfoque humanista de la sociedad socialista y la atención diferenciada que hay que brindarle a los grupos poblacionales que más lo necesitan ha sido una prioridad de la revolución cubana.

Esta población requiere de un plan de acción y atención diferenciada que cubra sus necesidades biológicas, psicológicas y sociales, elevando la calidad de vida.

En este sentido el Sistema Nacional de Salud conformó el Programa Integral al Adulto Mayor con un enfoque comunitario e institucional, el mismo se acompaña de:

- Desarrollo de la Geriatría y Gerontología y así estudiar mejor los aspectos de envejecimiento de las personas y sus requerimientos en el medio social.
- El perfeccionamiento del trabajo en la Atención Primaria, fundamentalmente del médico y enfermera de la familia.
- Utilización de los círculos de abuelos y otras alternativas no institucionales con la participación comunitaria.

Segunda Etapa. Monitoreo y ayuda a la Instrumentación Metodológica (1996 -1997).

Se desarrolló a partir del segundo semestre de 1995 y se caracterizó por un seguimiento amplio del movimiento de trabajo en la base, con visitas a todas las provincias y a la casi totalidad de los municipios del país, donde se constató la instrumentación de la carpeta metodológica y se tomaron medidas organizativas y de apoyo con algunos recursos, aunque siguen siendo insuficientes para las principales necesidades de los territorios.

Tercera Etapa. Monitoreo y Evaluación de la Metodología aplicada (1996 - 1997).

Se caracterizó por un proceso de monitoreo y evaluación de la metodología aplicada para la implementación y control de las actividades relacionadas con la carpeta metodológica y sus resultados en función de las estrategias y programas priorizados con vistas al constante perfeccionamiento del trabajo, con una profunda revisión del contenido de la carpeta y tomando las decisiones de ajuste y adiciones necesarias para continuar el desarrollo de la salud pública cubana.

La realización de reuniones metodológicas nacionales con una alta participación de los dirigentes de las estructuras municipales, provinciales y nacionales e integrantes del Consejo Nacional de Salud, la actualización anual del contenido de la carpeta metodológica; las inspecciones territoriales a las instituciones de salud cada verano y la evaluación de los consejos de dirección de todas las instancias son ejemplos de actividades de control que caracterizan esta etapa. Deberían de haber involucrado las comunidades, desde las bases se logra apreciar mejor el avance en materia de salud, cuando son los propios actores los que opinan.

El Ministerio de Salud Pública ha definido como uno de los ejes principales de su estrategia, la consolidación del Sistema Municipal de Salud, en cuya jurisdicción político administrativa se complementan y desarrollan las potencialidades del Sistema de Salud para apoyar el fortalecimiento y desarrollo integral del Municipio.

El espacio socio-sanitario del Municipio posibilita la articulación de la participación comunitaria intersectorial a través de los Consejos Municipales y Populares por la Salud y su expresión en el logro de las comunidades saludables; el sistema de urgencia de atención primaria; la consolidación de la estructura higiénico-epidemiológica; la red de

farmacias, la fármaco epidemiología y el complejo de servicios ;la proyección comunitaria de los institutos de investigación y las especialidades médicas; el programa de capacitación de cuadros y profesionales; y la organización y atención de otras unidades del Sistema Nacional de Salud.

Cuba, honrada por su Sistema Nacional de Salud, comparte sus modestas experiencias en la conducción exitosa de su política sanitaria y se prepara para desarrollar y consolidar el Sistema Municipal de Salud, escenario donde converge todo el potencial de las fuerzas activas de la sociedad y que garantizan integralmente el desarrollo sostenible del estado de salud de la población.

En Resumen la contribución de Cuba con su Reforma fue:

- Garantía del acceso de la población a los servicios.
- Prioridad en la asignación de los recursos.
- Subsidios al gasto en salud.
- Aumento de la Inversión o gasto en Atención Primaria en Salud (APS).
- Cambios en el Sector Salud acompañados de cambios en otros sectores (Intersectorialidad).
- La Reforma basada en los principios de: Gratuidad, Universalidad, Integralidad, Equidad, Solidaridad e Integración Social.
- Continuidad en las Estrategias.
- Participación de las Comunidades en la gestión de salud a través de los Consejos de Salud.
- Énfasis en lo Local.

- Desarrollo de Estrategias de Promoción y Prevención a nivel local.
- Diagnóstico de la Situación de Salud.
- Identificación de Estrategias y Prioridades.

Reforma en Salud en Costa Rica

Las bases de la política social en Costa Rica se desarrollaron con mayor énfasis desde la década de los cuarenta. Es durante estos años que el Estado costarricense se va modificando: al Estado liberal, gendarme de la sociedad, lo reemplaza progresivamente un Estado que es agente cada vez más importante en la producción y reproducción de la sociedad. Fue en la década de los setenta que surgieron el 47% de las instituciones creadas en un período de 30 años (50-80), con el consiguiente incremento del número de los empleados públicos, la definición de mecanismos redistributivos, la extensión de cobertura con servicios sociales, la creación de instancias para la canalización de los conflictos sociales. Este proceso estuvo acompañado contradictoriamente de una disminución relativa del protagonismo jugado por los sectores populares en décadas anteriores a la de 1940 (Angulo y et al, 1996).

Situación de la Salud a partir de los años 80:

- Se agudizó la crisis en el financiamiento de los programas sociales, de los cuales la salud también resultó afectada.
- La transferencia de recursos financieros de la periferia al centro con los Programas de Ajuste Estructural (PAES), prescritos por los organismos financieros internacionales como condición para continuar con los préstamos y otras ayudas para fortalecer el quehacer del Estado.
- Las iniciativas de reestructuración del Estado propuestas por los PAES, inició un camino que condujo a la disminución de la intervención estatal en la prestación de los programas sociales.

- El Estado prestador de servicios y con una función redistributiva pasa a tener un papel de regulador.

La crisis económica repercutió en los programas sociales y encontró un Estado costarricense en la década de los ochenta que propendía a alcanzar una cobertura con programas de salud y seguridad social de tipo universal, por lo menos en lo que se refería a la parte legal.

Se inició una reforma muy particular en el país:

- Sobre la base de la crisis económica, de la ineficiencia administrativa de las instituciones del sector salud y de la caducidad del modelo de atención adoptado por el país años atrás, que había sido considerado de corte biologicista, lo cual creaba una insuficiencia para atender integralmente los problemas de salud de la población.

- El Estado costarricense asume sus funciones sin estar debidamente preparado, ya que ese papel le exigía de una inteligencia organizacional que le permitiera detectar, controlar y corregir todas las disfunciones posibles dentro de la política social.

- Se le asignó al Ministerio de Salud la misión institucional de garantizar la salud de la población estableciendo las condiciones para el cumplimiento de los principios de equidad, universalidad y solidaridad, mediante el ejercicio de la Rectoría sobre las personas físicas y jurídicas relacionadas con la salud y la ejecución de programas prioritarios, para contribuir al logro de la calidad de vida de la población y al desarrollo del país.

Luego de dos Programas de Ajuste Estructural, se diseñó el PAE III, dentro del cual la Reforma del Estado fue su principal componente. En este marco, se planteó la Reforma del Sector Salud, a partir de la cual se desarrollaron los siguientes aspectos:

- Descentralización Administrativa y Funcional y el fortalecimiento de los Servicios de Salud a Nivel Local.

- Descongestionamiento del Nivel Central de las instituciones y la toma de decisiones oportunas y adecuadas a las necesidades reales del Nivel Regional y Local.

- La Asamblea Legislativa aprobó la Ley que reformó el Régimen Municipal del país, replanteando de esta forma su organización y funcionamiento con miras a enfrentar los retos del nuevo siglo.

En la actualidad se presentan una serie de condiciones que en muchos casos promueven una mayor conjunción de acciones entre salud, gestión local y participación comunitaria, sobre todo a partir de la Reforma del Sector Salud y la implementación del nuevo modelo de atención, basado en la estrategia de los Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS). Estos EBAIS fueron concebidos para atender cada uno a 4000 personas, lo que quiere decir que se pretende atender el estado de salud de la población con una base comunitaria y local más definida (Navarro, 1997).

En ese contexto, el espacio de lo local ha adquirido una nueva dimensión que está generando un mayor involucramiento de las organizaciones de la base social en la atención de la salud. Sin embargo, en dicho proceso es necesario que participen los gobiernos locales, pues son estos los que pueden potencializar aún más el desarrollo local a partir de una estrategia de gestión que permita la coordinación interdisciplinaria, intersectorial, e interorganizacional para atender los problemas y necesidades de la población en los ámbitos social, económico, cultural, ambiental y político, entre otros.

Componentes operativos del Proyecto

- Rectoría y fortalecimiento del Ministerio de Salud (MS): lo cual exigía que esa institución le proporcionara al Sector Salud la inteligencia sectorial. Debe contar con los funcionarios más capacitados y la mejor tecnología en Salud Pública del país, con capacitación y desarrollo de los Recursos Humanos. Sólo de esta manera el MS podía estar autorizado socialmente para propiciar en el país un enfoque de Atención Integral de la Salud. Se ofreció un paquete básico mínimo de atención, con una serie de acciones programadas, que estuvieran orientadas al campo de la atención médica, reafirmando los principios de equidad, calidad, solidaridad y cobertura universal, que han venido rigiendo a las instituciones.

Esta función rectora se hizo operativa mediante el desarrollo de las funciones estratégicas de: Dirección, Coordinación y Conducción; Vigilancia y Planificación de la Salud; Regulación, Control y Evaluación; Investigación y Desarrollo Tecnológico.

- Readecuación del Modelo de Atención: Los cambios en el contexto internacional y nacional, tanto a nivel socioeconómico, como en la situación de salud, exigieron que los servicios se adecuaran, fundamentalmente por tres aspectos:

- La decisión política de impulsar una reforma del Estado y dentro de ella, la del Sector Salud.

- Los cambios cuantitativos a nivel de la demanda que rebasaron la capacidad de respuesta del Sistema de Salud.

- Los cambios cualitativos en la demanda caracterizados por un nuevo perfil de morbi-mortalidad.

Se reformuló el Modelo de Atención de la Salud, trascendiendo de las acciones médicas a las acciones con base comunitaria. Se pretendían crear más de 800 Equipos Básicos de Atención Integral de la Salud

(EBAIS), constituidos por un médico, una auxiliar de enfermería y una asistente de atención primaria, los cuales estarían a cargo del estado de salud de unas 4.000 personas. Se crearon las áreas de salud, que equivalen básicamente a los cantones sanitarios u oficinas locales de salud (con similar distribución a la geográfica en la mayoría de los casos). En esas áreas había un equipo de apoyo profesional y técnico, junto con un Consejo de Área interinstitucional e involucrar a la comunidad. Además el fortalecimiento institucional del Instituto de Enseñanza en Nutrición y Salud (INCIENSA).

La estrategia de EBAIS se inició en el Nivel Local, lo que permitió enfrentar la problemática de salud desde la base, promoviendo una perspectiva de atención integral que demandaba una acentuada gestión integrada a todo nivel, y en la que el Municipio puede desarrollar una acción sincrética como espacio geográfico y poblacional para la acción concertada.

- Desarrollo institucional de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS). Una gran mayoría del personal de campo del Ministerio de Salud pasó a formar parte de la CCSS. Se le planteó al funcionario de la CCSS una nueva forma de prestación de servicios, que justamente pretendía superar esa visión biologicista a la que se hace referencia.

La construcción epistemológica que sustentó la Reforma Sectorial Costarricense en Salud fue fundamental para su operacionalización. Si no se tiene claro lo que se quiere, cualquier cosa puede ser satisfactoria, aunque con el transcurso del tiempo muestre su inoperancia en el marco de una determinada realidad. En ese sentido, la Reforma en Salud como política que el Estado costarricense definió, planteó una serie de desafíos muy importantes en el campo de la Salud Pública.

Dentro del proceso de formulación y puesta en operación de nuevos enfoques respecto a la atención de la salud de los costarricenses, se plantearon algunos puntos de partida que propiciaron un enfoque integral

de la salud. Así, el Proyecto de Reforma apuntó a que el modelo planteado tuvo como eje central la atención integral y garantiza a todos los costarricenses, bajo un concepto de universalidad y solidaridad, el derecho a la atención básica, para protegerlo del riesgo de enfermar, así como para facilitarle las condiciones básicas para el pleno desarrollo de sus potencialidades y el logro de sus aspiraciones. El Modelo se caracterizó por un enfoque biopsicosocial del proceso salud-enfermedad; por una atención integral y continua de la salud de las personas y del ambiente, con énfasis en las acciones de promoción y prevención, fundamentada en la estrategia de Atención Primaria.

En el caso costarricense, se convirtió la Reforma en Salud en una política de Estado y no de un gobierno en particular, de manera tal que se propició un nuevo abordaje para los asuntos de salud de la población, en los que los actores y los escenarios de acción también se transformaron. Es decir, si el Estado cambia, las políticas que lo sustentan también se modifican y por ende las acciones resultantes toman un nuevo matiz.

Es importante destacar que la Reforma en Salud costarricense hizo un gran progreso en el sentido que aceptó la necesidad de atender integralmente el proceso salud-enfermedad. De esa forma, la atención integral de la salud se convirtió en una necesidad operativa que el país y el Estado costarricense.

El Sector Municipal. Su papel en la Reforma del Sector Salud

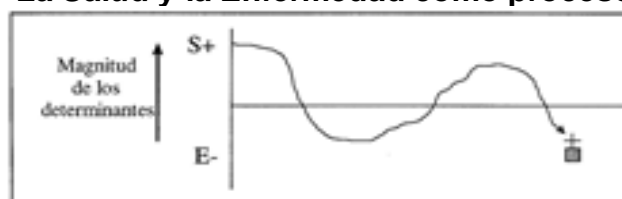
La salud de la población depende de una conjunción de determinantes y de una respuesta social que debería ser concertada para promover el bienestar humano. Las construcciones elaboradas hasta el momento en torno al abordaje integral del proceso salud-enfermedad son muy importantes, pero algunas son insuficientes para ofrecer un enfoque de carácter operativo que pueda comprometer la acción de otros actores hasta ahora excluidos, tanto de la discusión como de la gestión de los asuntos relacionados con la salud de la población. Hace algún tiempo se

elaboró un modelo para complementar las propuestas anteriores y está basado en una serie de acepciones que combinan fundamentalmente los determinantes del proceso salud-enfermedad con la respuesta social, asociando a la vez, los actores y planos de acción en los que está fundamentada esa respuesta.

Dentro de este marco, el modelo parte de una primera acepción en la que la salud y la enfermedad no son manifestaciones individuales y aisladas, sino que ambas son parte de un proceso: el proceso salud-enfermedad, el cual está construido sobre una base socio-cultural e histórica particular.

Figura 1

La Salud y la Enfermedad como proceso



VILLALOBOS Modelo AIS-1-97

La evolución del estado de salud, representada por la línea continua, tiene diferentes cursos en la historia particular de cada persona. En la figura se ha representado solo un ejemplo posible. No se puede hablar de que una persona o un grupo social están sanos o enfermos, sino que presenta un estado de salud adecuado o inadecuado para los parámetros que han sido definidos social, cultural e históricamente. Ese estado de salud se modifica en el tiempo según la magnitud de los determinantes del proceso y la capacidad o incapacidad de la respuesta social para atenderlos.

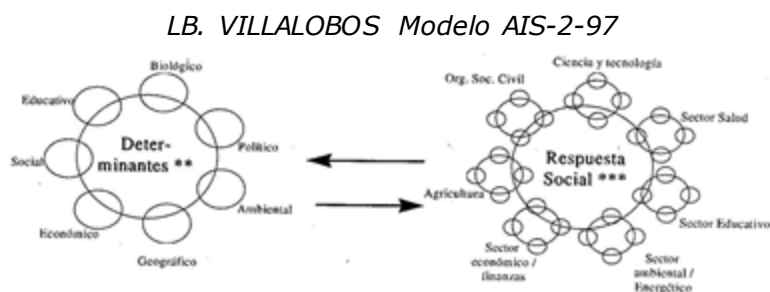
En línea con las anteriores consideraciones, una segunda acepción (ver figura 2) plantea que el enfoque integral de la salud involucra el plano de los determinantes y el de la respuesta social para enfrentar el proceso.

Componentes del Enfoque Integral de la Salud:

- Los Determinantes del Proceso: que pueden ser, entre otros, de carácter biológico, geográfico, social, económico, cultural, educativo, político o ambiental. Todos ellos están interrelacionados y ninguno por sí es determinante único.

Figura 2

Los determinantes y la respuesta social del proceso salud - enfermedad.



Los determinantes y la respuesta social se encuentran en un proceso interactivo de doble vía y entre sí y su amplitud depende de la construcción cultural que haga un determinado grupo social respecto al proceso salud-enfermedad y muerte, así como del desarrollo científico y tecnológico en un momento histórico definido. Por ello, el proceso salud-enfermedad no se construye, por ejemplo, igual en Costa Rica que en Japón.

- La Respuesta Social al Proceso, complementariamente, abarca acciones que van más allá del quehacer del sector salud, para involucrar a otros sectores y organizaciones, tales como agricultura, ambiente y energía, ciencia y tecnología, educación, vivienda, economía y finanzas, todos los cuales, entre otros, pertenecen a la instancia Estado-Gobierno. Además, están involucrados en ello el sector (si es que lo podemos llamar así) de la sociedad civil, que

involucra a la comunidad, las organizaciones sociales no gubernamentales y a la empresa privada.

Modelo de Atención Integral:

Tomó como referencia el espacio de lo local y consideró los siguientes aspectos adicionales que orientaron ese enfoque:

- La salud es responsabilidad de todos: Estado-gobierno y sociedad civil.
- La atención integral de la salud requiere de un abordaje interdisciplinario, intersectorial e interorganizacional.
- Un modelo pensado de esta manera tiene como requisitos fundamentales, entre otros, los espacios-población comunes, la información compartida y la formación y capacitación de recursos humanos bajo un paradigma que estimuló el abordaje integral de la salud y el bienestar humano.

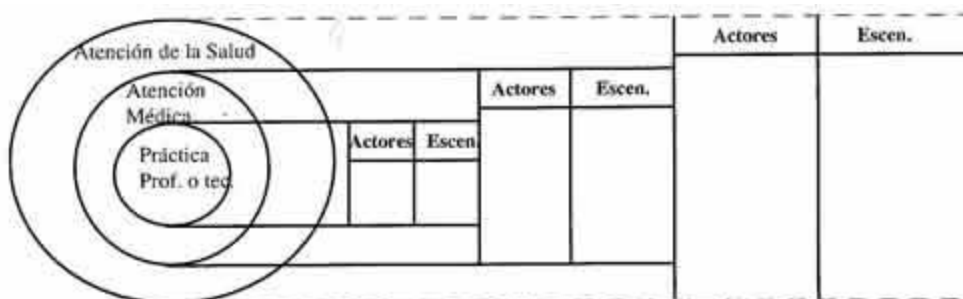
De manera complementaria a los postulados antes enunciados, es necesario precisar una tercera acepción que se refiere fundamentalmente a los planos de la atención integral de la salud (ver figura 3). El marco de referencia anterior permite identificar tres planos diferentes, pero que deberían ser complementarios, cada uno con actores y escenarios también subsidiarios:

- Atención de la Salud: en la que participan una serie de actores profesionales, como ingenieros, científicos sociales, comunicadores, arquitectos, abogados y economistas, así como los grupos de la sociedad civil a los que ya se ha hecho referencia, aparte de los profesionales y técnicos que conforman el sector salud. Sus acciones se desarrollan en escenarios tan diversos como un acueducto, una carretera, una fábrica, una escuela o cualquier otro plano o actividad que procure el bienestar humano, ambiental y económico.

- Atención Médica: que se refiere a la acción que desarrollan los profesionales o técnicos que tradicionalmente hemos vinculado con el sector salud, tales como los médicos, las enfermeras, los odontólogos, los microbiólogos, los farmacéuticos, los psicólogos y las trabajadoras sociales. Su escenario de acción es el hospital, la clínica, el consultorio comunitario, etc.

Figura 3

Los planos de la atención integral



LB VILLALOBOS Modelo AIS-3-97

- La práctica profesional o técnica, que se realiza por los profesionales y los técnicos de las instituciones de atención médica en escenarios específicos como los consultorios o los laboratorios. En la línea de las consideraciones anteriores, es necesario resaltar que sólo es posible hablar de atención integral de la salud si se aborda el proceso salud-enfermedad a partir del espacio de lo local.

Para que la Reforma del Sector Salud pueda llevarse a cabo de una manera efectiva y con participación de la comunidad, se hace necesario el fortalecimiento de los gobiernos locales. El Nivel Local ofrece espacios para alcanzar e interesar a políticos y administradores e incorporarlos en el movimiento. La idea de Municipios permite comprometer los diferentes sectores sociales a Nivel Local (Walton, 2000).

Pero la ocupación en el proceso de promoción de la salud por parte de los habitantes de una localidad, sería poco efectiva si no se lleva a cabo una transformación de los gobiernos locales, con el objetivo de descentralizar las funciones del Estado y otorgar mayor autonomía a las instancias municipales.

Al hablar de la necesidad de promover la estrategia de Atención Integral de la Salud en el espacio de lo local, como podría ser a nivel municipal, se está claro que esto no significa que estemos de acuerdo ante los niveles de pobreza creciente y el consiguiente constreñimiento de la política social en algunos países con la compartimentalización hacia el municipio de las responsabilidades que el Estado debe asumir como un todo.

El Artículo IV del Código Municipal decretado en 1970 en Costa Rica define entre las funciones de las Municipalidades las siguientes:

- a) Promover el progreso de la cultura, las ciencias y las artes.

- b) Impulsar la educación general y vocacional de los habitantes del cantón, coordinando su actividad con los organismos nacionales o particulares dedicados a labores educativas de todo orden.

- c) Establecer una política de planeamiento urbano que permita el desarrollo eficiente y armónico de los centros urbanos y que garantice eficientes servicios de electrificación, comunicaciones, abastecimiento de agua apta para el consumo humano, disposición adecuada de aguas servidas, iluminación y ornato, servicios de construcción, reparación y limpieza de calles, adecuados programas de parques, jardines y zonas verdes, programas de vivienda de interés social, y en general, planes concretos y prácticos para hacer confortable la vida de la población.

d) En el plano rural se debe formular una política integral tendiente a llevar a las comunidades rurales un mínimo de servicios públicos y los estímulos necesarios para que la población campesina del cantón mejore sus condiciones de vida y de trabajo.

e) Proteger los recursos naturales de todo orden, asociando una acción enérgica municipal a la nacional prevista en materia forestal, para proteger las fuentes hidrográficas, los bosques y la fauna silvestre.

f) Fomentar el turismo interno y externo, protegiendo las bellezas naturales, regulando el uso y la explotación de los lagos, islas, bahías y playas aptas para la recreación y el deporte, y dando el estímulo necesario a los programas públicos y privados de orden turístico pero vigilando por el respeto a la flora y la fauna marina.

Sin embargo, no siempre hay consonancia entre lo escrito y lo que se hace. Los Municipios no siempre tienen los elementos conceptuales ni la capacidad técnica para poner en operación una serie de iniciativas que permitan una verdadera gestión de la política social, particularmente la de salud en ese espacio local.

Existen varias iniciativas a nivel de la Asamblea Legislativa y también a nivel de las comunidades para otorgar mayor autonomía y fortalecer el Régimen Municipal. Desde el inicio de la Administración Figueres (Mayo de 1994) y un grupo de diputados involucrados con el Régimen Municipal, consideraron conveniente formar una comisión que se encargara del fortalecimiento de los gobiernos locales. La iniciativa buscó darle autonomía a las municipalidades para lograr descentralizar la toma de decisiones, así como la ejecución de programas, que han estado concentrados en el Gobierno Central prácticamente desde 1948.

Algunos de los logros alcanzados en la presente Administración (1994-1998) para fortalecer las municipalidades han sido:

- La aprobación de la Ley de Impuestos sobre Bienes Inmuebles, que favorece la descentralización de la recolección de impuestos, al tiempo que le da un mayor contenido económico a los gobiernos locales. Respecto a éste último punto debe indicarse que uno de los problemas o limitantes que han tenido que enfrentar las municipalidades en el país, es precisamente la poca capacidad financiera para contratar personal técnico calificado que realice evaluaciones de los proyectos económicos, productivos, habitacionales o ambientales que se desarrollan en cada uno de los cantones del país.

A pesar de esos esfuerzos, existen corrientes en la misma Asamblea Legislativa y entre los mismos gobernantes, para impedir el fortalecimiento de las municipalidades. Por ejemplo, el hecho de que los diputados otorguen partidas específicas a las comunidades que representan, les brinda la oportunidad de organizar e involucrarse en la administración directa de los bienes de las localidades, lo cual le otorga poder político y económico, en algunos casos propiciando el clientelismo político, a todas luces perjudicial para la democracia y el desarrollo del país. Por esta razón, hay oposición implícita de algunos miembros del Congreso para la aprobación de leyes que promuevan la autonomía municipal. Esta oposición se manifiesta en la lentitud que tuvo el proyecto de reformas al Código Municipal para pasar al debate en primera línea.

Los gobiernos locales constituyen el nivel de gobierno más cercano a los pueblos y con sus recursos pueden lograr importantes mejorías en la salud sin recurrir a otros niveles. Como representantes de la comunidad, están en la mejor posición para involucrar a políticos y administradores de otros sectores y a la comunidad misma para liderar proyectos conjuntos.

Finalmente, la Reforma del Sector Salud involucró al Municipio como escenario geográfico- político de gestación y resolución de los problemas

de la gente. Es decir, como espacio de concertación interinstitucional. De manera concomitante, la estrategia de los Equipos Básicos de Atención Integral de la Salud (EBAIS), como unidad de atención de la salud que parte de un espacio concreto, con un grupo familiar específico bajo su responsabilidad, se deben concertar acciones para que estos equipos básicos y las autoridades municipales puedan promover, conjuntamente con otras instancias del espacio de lo local, las acciones que garanticen una atención integral de la salud. Si esto pudiera ligarse con la iniciativa de reforma estatal, posiblemente se estaría promoviendo un verdadero cambio en la forma de entender los problemas de salud de Costa Rica e iniciándose el fortalecimiento del paradigma de lo local para el manejo de los asuntos de salud en el país.

En Resumen la contribución de Costa Rica con su Reforma fue:

- Asumió la Salud como Política de Estado.
- Se realizó el Programa de Ajuste Estructural (PAE), a fin de canalizar la administración de los recursos.
- Se llevó a acabo la Descentralización Administrativa con fortalecimiento de los servicios a nivel local.
- Se puso en práctica una Ley que reformó el Régimen Municipal.
- Se constituyeron y consolidaron los EBAIS (Equipos Básicos de Asistencia Integral en Salud).
- Basaron la Atención en Salud en los principios de: equidad, calidad, solidaridad y cobertura universal.
- Readecuación del Modelo de Atención a la realidad existente.

Reforma de Salud en Colombia

La Atención Primaria en Salud (APS) ha sido considerada una estrategia efectiva para mejorar la Salud de la población y reducir las inequidades en salud, en la medida en que coadyuva eficazmente a enfrentar los determinantes sociales de éstas. Su aporte a la salud y a la reducción de las inequidades en salud, se realiza a través de la disminución de los problemas de accesibilidad y la utilización de los servicios, la organización de las respuestas integrales y continuas a las necesidades de salud, a la realización de acciones coordinadas a nivel sectorial e intersectorial y del empoderamiento, movilización y participación social y comunitaria (Vargas, 1999).

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha manifestado reiteradamente su preocupación por las relaciones entre equidad, salud y desarrollo y por la falta de equidad de los actuales Sistemas de Salud. En la celebración de los 25 años de la Declaración de Alma Ata, el subdirector de la OPS propuso redefinir la APS como el cuidado integral de la salud para todos y por todos, agregando además que la APS hoy en día es una necesidad no sólo en el ámbito de la Salud, sino para el futuro de los países que aspiran seguir siendo Naciones, estados soberanos en un mundo cada día más injusto.

Hasta el año 2003, las políticas sociales, públicas y de salud de Bogotá, no habían logrado dar respuestas suficientes a las necesidades de la población, evidenciado por indicadores que reflejaban hondas inequidades sociales, alta prevalencia de morbimortalidad evitable y accesibilidad limitada de la población en desventaja social y económica a los servicios de salud y a otros servicios sociales. A esa fecha el 52,3 de los bogotanos (3.586.875 habitantes) eran pobres y el 13,7 se encontraban desempleados, mientras la otra parte de la población gozaba de buenos ingresos relativos y de mejores índices de calidad de vida. La

creación del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) con la Ley 100 de 1993, hizo emerger nuevas limitaciones y formas de exclusión que hacía inequitativo y poco eficaz el Sistema de Salud para garantizar la utilización de los servicios de salud en condiciones de equidad.

Para el año 2003, Bogotá tuvo una Tasa de Mortalidad Infantil de 15,1 x 1000 nacidos vivos y la Tasa de Mortalidad Materna de 61,7 x 100.000 nacidos vivos y altas tasas comparativas de mortalidad por Neumonía (20,2 x 100,000 en < de 5 años) y (5,2 x 100.000 en < de 5 años), al tiempo que las muertes para todas las edades por enfermedades crónicas, tendían a colocarse en los primeros lugares , incluso entre los habitantes de las localidades pobres, ya que ellos estaban más expuestos a factores socioeconómicos y ambientales eran más vulnerables en salud, y porque su acceso a los servicios sociales y de salud era menor que la de los ricos, morían con mayor frecuencia y más temprano por enfermedades como la neumonía, cáncer de cuello uterino, eclampsia y violencia.

La clase media aunque moría en menos proporción que los pobres y vivía una vida más larga, sentía cada vez mayor presión por los riesgos que generaba su precariedad económica, la inseguridad del orden público y las barreras de acceso a los servicios de salud (Londoño,2005).

Los defectos de la política de aseguramiento en salud, afectaban en forma grave la equidad en la accesibilidad y la utilización de los servicios por falta de universalidad, asimetría de los beneficios y múltiples barreras de acceso de tipo geográfico, económico y organizacional generada por los aseguradores como estrategia para aumentar su rentabilidad económica.

Bogotá era la ciudad del país con mayor número de afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), pero la cobertura alcanzada por éste, estaba inversamente relacionada con la pobreza de cada localidad de la ciudad y tampoco era garantía para utilizar los servicios de salud cuando se necesitaban. Por lo menos un millón de personas de la población pobre aún estaban por fuera del SGSSS, porque no tenían acceso a los subsidios asignados para afiliación al régimen subsidiado. Entre los afiliados, los más ricos utilizaban 1,5 más veces el sistema que los más pobres y solo el 73,9 de los afiliados al SGSSS utilizaba los servicios de salud cuando sufría un padecimiento de salud no leve. En caso de una enfermedad severa únicamente el 58,2 del decil más pobre de la población utilizaba los servicios de salud comparado con el 84,3 del decil más rico de la misma.

El énfasis individualista, curativo y de contención de costos del aseguramiento, dificultaba la atención médica oportuna, integral, continua y coordinada, así como su articulación eficaz con las acciones colectivas y de otros sectores sociales. Los altos costos de transacción de la intermediación del aseguramiento, la tendencia a una cada vez mayor transferencia del riesgo financiero de los aseguradores a los prestadores de servicios de salud y el interés de un enfoque de gestión marcado por el control de costos, la competencia y la generación de la rentabilidad económica, no solo impedían el desarrollo de un modelo de atención y de gestión que privilegiara la prevención y la atención integral continua centrada en las necesidades del paciente, las familias y la comunidad, sino que amenazaban la misión de las instituciones públicas y su sostenibilidad financiera (Céspedes y et al, 2002).

Más allá del aseguramiento, la intermediación financiera y la atención gestionada se requerían nuevas políticas y estrategias con énfasis en la equidad y la integralidad de la atención, la mejoría de la rectoría territorial y la descentralización democrática del sistema. La nueva visión de la

política pública de salud se desarrolló en estrecha relación con el proceso de construcción de los objetivos, valores, principios y enfoques de intervención del Plan de Desarrollo Económico, Social y de Obras Públicas de Bogotá para el período 2004-2008.

Los valores y principios del plan estaban relacionados con derechos humanos, solidaridad y equidad así como sus enfoques de intervención: (intervención social integral, de género, participación ciudadana y rendición de cuentas, entre otros), permitieron dar contenido a sus políticas, estrategias y programas, también su articulación sectorial, territorial, transectorial a la política distrital de salud. Estos deberían contribuir como un todo al logro de la meta de mejorar y hacer más equitativo el estado de salud de la población de la ciudad.

El objetivo del Plan debía materializarse mediante la articulación de tres ejes estructurales de la acción:

- El eje social,
- El urbano regional y
- Reconciliación.

Políticas centrales del eje social fueron la protección y seguridad social integral mediante la garantía y promoción de los derechos económicos, sociales y culturales con énfasis en los niños y niñas y la equidad de género, el derecho a la alimentación, la equidad en el acceso a los servicios sociales, culturales y recreativos y la generación de oportunidades para el trabajo y la generación de ingresos.

Elementos cruciales para que el contenido en salud de éstos trascendiera la tradición puramente sectorial, la visión convencional de la salud pública, y ocupara un lugar más visible entre los otros sectores del gobierno fueron:

- La promoción de procesos de elaboración conjunta del Plan entre las distintas instituciones del gobierno y miembros del gabinete.
- La promoción de la coordinación, concertación y participación ciudadana a nivel distrital y por localidades.
- Promoción de procesos transparentes y con visión de equidad en la asignación de recursos financieros, a nivel distrital y por localidades.

La política sectorial Salud para una Vida Digna, promovida por la SDS para el período 2004-2008, fue construida en un proceso de consulta y debate con los actores del SGSSS, la comunidad y las fuerzas políticas de la ciudad y tuvo como horizonte general avanzar en la garantía del derecho a la salud para superar las inequidades en los resultados en salud y en el acceso a los servicios de salud.

La SDS adoptó dos estrategias fundamentales interrelacionadas para lograr los objetivos de la política pública de salud:

- La estrategia de promoción de calidad de vida y salud.
- La estrategia de APS.

El enfoque de APS adoptado fue el de Atención Primaria Integral de Salud (APIS) y se fundamentó en cuatro fuentes teóricas-conceptuales y normativas.

- La Declaración de Alma Ata
- El artículo 12 del Pacto Internacional sobre los Derechos Económicos, Sociales y Culturales y la Observación General No 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

- El trabajo conceptual y científico desarrollado por Bárbara Starfield en distintos conceptos.
- El Enfoque de Salud Pública denominado Modo Promocional de Calidad de Vida y Salud.

Con esta Declaración, la APS no solo devino en derecho a la salud, sino que a su vez fue inspiradora de la sustentación que las Naciones Unidas hicieron para establecer las normas y mínimos esenciales que obligarían a los estados a garantizar el derecho a la salud. El modo promocional de la calidad de vida y la salud que se asumió como una estrategia para materializar el derecho y la equidad en salud, al tiempo sirvió para potenciar el carácter integral de la APS. En este enfoque la APS se asume como uno de los distintos modos de promover, desde los servicios de salud la calidad de vida y la salud.

Dado que en la tradición colombiana la APS se redujo a medicina primitiva o de nivel básico y como en el marco de la Ley 100 de 1993 y sus reformas se liquidó el potencial transformador de ésta, fue necesario fundamentarla en bases conceptuales y científicas que permitieran defender su vigencia y mejorar la calidad de su desempeño.

Se revisaron y discutieron las experiencias históricas de aplicación de la APS en países como Brasil, Costa Rica y Chile. De estos países se retoma el enfoque familiar y comunitario de la estrategia, la territorialización de la atención en áreas geográficas delimitadas, donde actúan equipos de atención integral, dando repuesta a las necesidades de una población adscrita y sirviendo de puerta de entrada al sistema de salud con un enfoque de trabajo biopsicosocial, multidisciplinario y orientado al logro de resultados sanitarios (Acuña, 2007).

En Resumen la contribución de Colombia con su Reforma fue:

- Realizaron el Plan de Desarrollo Económico, Social y de Obras Públicas de Bogotá (2004-2008) en la que se tomaron en cuenta elementos como: intervención social integral, participación social y rendición de cuentas
- Basaron los principios de atención en salud en: equidad, integralidad y solidaridad
- Fomentaron la Descentralización Democrática
- Se constituyó el Eje Social Urbano Regional en el cual se hizo énfasis en la Promoción de la Salud, Calidad de Vida y Atención Primaria en Salud (APS)

Reforma de Salud en Chile

La creación del Servicio Nacional de Salud en Chile, en los años 50, permitió aplicar en forma sostenida políticas en salud que incidieron favorablemente en los Indicadores Sanitarios como la disminución de la Mortalidad Infantil y Materna y lograr un aumento en la expectativa de vida de los chilenos(as). Independientemente de los avances, es tangible la persistencia de las inequidades en salud en estos indicadores y el cambio epidemiológico hacia las ECNT (Enfermedades Crónicas No Transmisibles), siendo éstas más prevalentes en las poblaciones más carenciadas. Las ENCT están relacionadas a factores de riesgos, los cuales tienen su correlato con estilos de vida no saludables.

La Reforma de Salud incorpora el cambio de paradigma, se aboca a la prevención, promoción y cambio cultural de estilos de vida saludables. Por ello se trabaja en forma enérgica en los Determinantes Sociales en Salud e interactúa con los Ministerios del Trabajo, Educación, Vivienda y Transporte para contribuir a disminuir la inequidad y mejorar la calidad de

vida de la población. El trabajo con los Determinantes Sociales en Salud, se está incorporando en los Planes Regionales de Salud Pública, monitoreados por la Autoridad Sanitaria Regional.

En Chile, el 88% de la población tiene seguridad social en salud. De ella, el 69,5% está en FONASA, con un total de 11,5 millones de personas; el sistema privado de Isapres cubre al 16% de la población; en el Sistema de las Fuerzas Armadas participa el 3,1% y el 11% de la población no tiene protección social.

La población desprotegida, que no cuenta con seguridad social en salud, es muy amplia. Entre los ocupados sin protección social en salud hay muchos trabajadores independientes: taxistas, artesanos, pescadores artesanales, desocupados y población inactiva. De tal manera que ese 11%, poco más de un millón de personas, que utiliza servicios de salud, pero que no está cubierto por el sistema previsional de salud, es un objetivo a alcanzar dentro del trabajo de FONASA: lograr que los independientes coticen en salud. (Almeida, 2002)

En el Parlamento se está discutiendo una reforma previsional que establecerá que los trabajadores independientes coticen obligatoriamente para la pensión y se está realizando un trabajo paralelo, aunque en este modelo no sea obligatoria la cotización en salud, para reclutar hacia el FONASA a los trabajadores independientes, quienes así obtendrán protección en salud para ellos y sus familias. Los trabajadores que no están en ningún sistema previsional, son una preocupación desde el punto de vista de la protección.

Para lograr una mejor cobertura se necesita seguir desarrollando sistemas de información acerca de la población, que permitan hacer un seguimiento de los cambios que influyen en su adhesión a la seguridad social, se necesita potenciar la información, a fin de acreditar a la

población en su condición laboral, de ingresos, potenciar los sistemas integrados para reducir la fragmentación o la interrupción en las atenciones de salud y dar mejor cobertura. (Labra, 2001)

En Chile hay cobertura universal garantizada para la atención de urgencia, que significa acceso a los servicios de urgencia de todas las personas que necesiten una atención, no importando si son beneficiarios del sistema público e independientemente del lugar donde se encuentren.

Lo que se busca, es alcanzar derechos sociales garantizados a través de factores de cohesión, siendo el principal la solidaridad en el financiamiento. Se busca una política basada en derechos sociales garantizados, que requiere niveles y fuentes de financiamiento y que la solidaridad alcance una determinada magnitud, además del desarrollo de una institucionalidad social suficiente y la identificación progresiva de derechos explícitos que sean garantizables y exigibles, como ha ocurrido en salud con el programa de garantías AUGE y los Servicios de Atención Primaria de Urgencia (SAPU).

El Sistema de Garantías AUGE se inició en el año 2002, con un pequeño piloto que consideró tres problemas de salud (cardiopatía congénita, insuficiencia renal crónica y cáncer infantil) y en los años sucesivos, hasta julio 2005, en que entra en régimen se ensaya a través de pilotos la incorporación de cada nueva prestación, para asegurar que las condiciones de oferta y demanda funcionaran adecuadamente al momento de ser incorporadas al régimen. Crecientemente, a partir del año 2005 se han ido otorgando atenciones en salud, de tal manera que se han atendido más de 3,5 millones de personas por algunas de las garantías del AUGE. Para brindar todas esas prestaciones, el presupuesto en salud ha ido aumentando progresivamente y dentro de él, el presupuesto destinado a las garantías.

FONASA compra directamente a prestadores públicos a través de la celebración de contratos y también tiene la facultad de comprar a prestadores privados. La compra a privados está normada por ley e incluye la licitación pública o privada a través de Chile-compra. Hay trato directo en casos muy excepcionales y además se utiliza el sistema de convenios- marco a través de Chile-compra para la adquisición de ciertas prestaciones.

La Atención Primaria se lleva a cabo a través de los siguientes programas: Salud del Niño y del Adolescente, Salud del Ambiente, Materno-Perinatal, Salud del Adulto y Odontológico y Laboratorios Básicos.

Existe una cobertura vertical con:

- Garantía de oportunidades (garantizar por ley que determinadas prestaciones se den en un determinado plazo).
- Garantía de acceso que estén a disposición de todas las personas, pago predeterminado, cobertura económica conocida y condiciones de calidad; la cual se merecen los beneficiarios.

En relación con los aspectos más generales de la Reforma, se avanza en:

- Fortalecer las redes públicas para poder dar respuesta a las garantías de las personas dentro del sector público, para lo cual hay que aumentar los esfuerzos en tecnologías de información, en disponibilidad de recursos humanos (especialistas) y tecnológicos y en capacitación del personal en estas nuevas funciones, como también en los programas de control y en el plan de inversiones .

- Continuar reforzando a la Atención Primaria para una mayor resolutiveidad.
- Apoyar el desarrollo de los hospitales autogestionados y fortalecer la iniciativa ministerial de hacer de los directorios del AUGE, la reunión del FONASA y los Servicios de Salud, una herramienta todavía mejor para analizar la información y poder tomar decisiones respecto del cumplimiento de las garantías.

El proceso de las garantías es un proceso creciente, se aspira llegar a 80 patologías en los próximos dos años. La tarea es avanzar hacia ese logro, especificando de manera más clara la calidad de los prestadores y de las prestaciones, y los derechos y deberes de los pacientes.

Se ha avanzado, pero aún persisten las inequidades en relación a las patologías como (Hipertensión, Diabetes y Mortalidad Infantil). A fin de reducir las inequidades en salud hay tres enfoques importantes:

- Mejorar la salud de los grupos o individuos más vulnerables o con mayor riesgo a través de políticas o programas focalizados.
- Disminuir las brechas de salud entre grupos socioeconómicos extremos.
- Intervenir con un enfoque de disminuir la gradiente de salud asociada a condiciones socioeconómicas.

Se deben contar con Políticas Públicas en Medioambiente, Educación, Empleo y contra la Pobreza. Hay que cambiar la mirada desde un foco individual, de trabajar solamente los factores de riesgo, de preocuparse solo de la salud del individuo a un foco y una mirada social, a trabajar con la causa de las causas, es decir la distribución del poder, el prestigio y los recursos. La acción debe estar orientada a buscar cambios en los

Determinantes Estructurales Psicosociales y conductas poblacionales. El fin debe ser la salud de la colectividad.

En Resumen la contribución de Chile con su Reforma fue:

- Se abocó a la Prevención, Promoción y cambio cultural de Estilos de Vida Saludables
- Tomaron en cuenta los Determinantes Sociales al gerenciar en Salud
- Se trabajó en relación a la oferta y la demanda en materia de salud
- Se llevó a cabo la Atención Primaria en Salud (APS) a través de los programas de: Salud del Niño y del Adolescente, Salud del Ambiente, Materno-Perinatal, Salud del Adulto y Odontológico y Laboratorios Básicos.
- Fortalecimiento de las Redes Públicas para dar respuestas a las personas dentro del sector público

Reforma de Salud en Brasil

Brasil posee hoy uno de los Sistemas Públicos de Salud más grandes del mundo (el SUS, Sistema Único de Salud), una conquista de la Reforma Sanitaria Brasileña. Este fue consagrado en la Constitución Federal, promulgada en Octubre de 1988 y reglamentado en Septiembre de 1990 por las leyes en 8080 y en Diciembre de 1990 por el 8142. No obstante; hasta que fue instituido y reglamentado, se recorrió un largo camino de luchas y movilizaciones por parte de las fuerzas progresistas de la sociedad brasileña. Después de su implantación formal, se tuvo que lograr implementarlo en contra de los intereses ya consolidados en el interior del sector salud y de las élites políticas conservadoras que apoyaban las directrices de las propuestas de reformas conservadoras para el sector, que iban tras sus intereses económicos y que eran

defendidas bajo el liderazgo ideológico de las agencias multilaterales (Almeida, 2002).

En la víspera de sus 20 años, la experiencia de la Reforma Sanitaria Brasileña, se revela no sólo como exitosa sino también, irreversible, en tanto que ya consolidada. Con ello se demuestra que el modelo de los paquetes mínimos y de las privatizaciones de la atención médica no es una fatalidad para los países en desarrollo, sino que existen alternativas y que estas son históricamente posibles.

Al inicio de los años 80 del siglo pasado, las políticas de salud en el Brasil se caracterizaban por su vínculo estrecho con las políticas de prevención social, por lo menos en dos dimensiones: en el financiamiento y en la asistencia médica individual. En lo que respecta a la Salud surgen dos fenómenos específicos: la precocidad del proceso de privatización de los servicios de asistencia médica, con las consecuencias que de allí se derivan y que ya en la década de los 20 del siglo pasado tuvo su inicio con la credencialización de servicios médicos privados por el sistema de prevención social, y el acceso a la asistencia médica por parte de la población restringido a los trabajadores del mercado laboral formal y solamente a aquellos localizados en las áreas urbanas del país(Labra,2001).

Hasta los años 70 la asistencia médica se caracterizaba en el país como asistencia médica de prevención social, incluyendo dentro de los servicios públicos estatales, solamente aquellas acciones clásicas al campo de la salud pública. De este hecho resultan los tres marcos del perfil histórico del Sistema de Protección Social Brasileño, que se remonta a la década de los años 20 del siglo pasado.

- Desde el punto de vista de la Economía Política: Sistema de contribuciones para la prevención social, lo cual se constituyó

desde su origen como un mecanismo de captación de la riqueza privada de los trabajadores asalariados, para la inversión en sectores estratégicos de la economía nacional.

- Desde el punto de vista de la Economía de la Salud: La Constitución procede de un sistema privado de salud en el país, fruto de la política de prevención social, que desde los años 20 pasó a comprar servicios de atención médica para sus afiliados y familiares, por medio de la credencialización de servicios y profesionales de salud y posteriormente por medio de contratos y convenios. Contó con un complejo médico industrial de la enfermedad consolidado y sofisticado ya en los años 60 y 70 del siglo pasado. El propio Estado ejercía su poder de mayor comprador de estos servicios, dictando normas de precios y control de calidad de los servicios, sin regular el mercado.
- Desde el punto de vista de la Dimensión Social propiamente dicha: por estar estrechamente vinculado a la prevención social y ésta cubrir solamente a los trabajadores vinculados al mercado formal de trabajo, éste solo se extendería a los sectores de la población ya insertados en el mercado formal de trabajo.

Esto significa que las conquistas de la Reforma Sanitaria Brasileña demandan incluso hoy un proceso de incorporación por parte de la sociedad de lo que eso significa , ya que la experiencia social, sobre todo aquella vivida por los sectores no acaudalados, es la de sólo tener acceso a los servicios médicos en dos circunstancias: o a los servicios de la prevención social, porque están afiliados como contribuyentes, o a los servicios filantrópicos; mientras que los ricos se dirigen al libre mercado de la medicina.

Hasta mediados de la década de los 70 del siglo pasado, los servicios públicos estatales de salud incluían las acciones preventivas (vacunación), profilácticas, de educación y promoción de la salud, así como el control de enfermedades transmisibles; pero no la asistencia médica individual, ésta última restringida a la prevención social y a la filantropía. Cuando se inició la Reforma Sanitaria Brasileña el punto de partida era extremadamente desfavorable (Acuña, 2007).

El Sistema de Salud se caracterizaba por ser acentuadamente privatizado, constituyendo un complejo médico industrial; por ser eminentemente curativo; por estar concentrado en los núcleos urbanos y en las áreas ricas de estos núcleos y por tanto por reproducir las características antidemocráticas de esta sociedad: ser altamente desigual en el acceso y en la oferta de servicios, no estar regionalizado, ni jerarquizado. No respondía a ninguno de los requisitos clásicos postulados por los organismos internacionales como: OMS y la OPS. El sistema público estatal de salud estaba destinado a aquellas acciones tradicionales de la salud pública con programas verticalizados, centralizados, de carácter preventivo y no curativo.

Este Sistema de Salud estaba compuesto por dos subsistemas que no se articulaban, marchaban en paralelo dejando un gran margen de la población descubierta de cualquier forma de asistencia médica. Había una profunda escisión entre asistencia médica y asistencia a la salud ò asistencia pública desde el punto de vista del financiamiento y la administración.

La Reforma Sanitaria Brasileña fue en contra de la corriente del ideario hegemónico nacional e internacional, dominado por los preceptos neoliberales en una coyuntura económica estructuralmente desfavorable y afrontándose a un Sistema de Salud altamente

privatizado, con intereses privados ya cristalizados, y ya convertido propiamente en un sector de acumulación de capital. El hecho favorable fue la coyuntura política del país en lucha por la redemocratización política, a la cual el movimiento sanitario se asoció y con eso ganó fuerza.

Para implementar el nuevo modelo fue creado un nuevo Sistema Nacional de Salud (SUS) con un mando único en cada nivel de gobierno (Nacional, Estatal, Municipal) y fueron adoptadas nuevas formas de gestión con Consejos de Salud en cada uno de esos niveles, con composición paritaria entre gobiernos y usuarios y con poder deliberativo.

El PSF (Programa de Salud de la Familia) como estrategia de cambio al Modelo de Atención a la Salud

Con la introducción del Programa Agentes Comunitarios de Salud en 1991 y del PSF en 1994, e implementados en las regiones más pobres del país, se comprobó en estas localidades una disminución significativa de la mortalidad infantil y un aumento importante de la cobertura de servicios básicos de salud, como puerta de entrada para la atención a la salud de mayor nivel de complejidad. A partir de 1994 el PSF se expande de forma acelerada por todo el territorio nacional, incluyendo las grandes metrópolis, estando hoy presentes en todos los municipios brasileños, constituyendo uno de los programas de salud prioritarios a nivel federal desde su creación.

El PSF es una estrategia de reorientación del modelo asistencial operacionalizada mediante la implantación de equipos multiprofesionales en unidades básicas de salud que acompañan un número definido de familias residentes en un área geográfica delimitada. Estos equipos se ocupan de la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de las enfermedades y problemas de salud más frecuentes, así como de la

manutención de la salud de la comunidad, desarrollando las acciones propias de la atención básica a la salud. La totalidad de los 5604 municipios brasileños recibe transferencia directa de recursos del gobierno federal.

El SUS y el financiamiento de la Salud

El financiamiento de la salud en el Brasil combina varias fuentes de recursos, siendo que 2/3 son de origen público y el 1/3 restante proveniente de recursos privados. Es muy significativa la participación de los recursos públicos en el financiamiento de la salud, obedeciéndose así a la Constitución Brasileña de 1988, que en su artículo 198, párrafo único, reza que “el Sistema Único de Salud será financiado...con recursos del presupuesto de la Seguridad Social, de la Unión , de los Estados, del Distrito Federal y de los Municipios, además de otras fuentes”.Estos recursos para el financiamiento público de la salud se encuentran constitucionalmente vinculados al Presupuesto de la Seguridad Social , que comprende Prevención Social, Salud y Asistencia Social.

Los recursos de la Seguridad Social tienen como fuentes financieras recursos de origen tributario y fiscal, recaudados bajo la forma de contribuciones, para no configurarse como nuevos impuestos y con eso tener que pasar por trámites legales e institucionales que implicaran mayoría absoluta en el Congreso Nacional, puesto que exigieron cambios constitucionales.

El Presupuesto de la Salud

Este presupuesto vino del Proyecto de Enmienda Constitucional aprobado como Enmienda Constitucional en el año 2000, que introdujo una importante alteración en la forma de financiamiento global del Sistema de Salud. Esa enmienda definió reglas para la participación de

las tres esferas del gobierno en el financiamiento del sector (niveles nacional, estatal y municipal). En el nivel federal, los gastos para la salud fueron reajustados mínimamente por la variación nominal del PIB y parte de los presupuestos de los estados y de los municipios estuvieron obligatoriamente vinculados a la salud, en el mínimo 7% del presupuesto, debiendo llegar al 12% y 15% respectivamente hasta 2004; y la diferencia para lograrse ese techo debió ser reducida en un quinto a cada año. Lograr ese nivel significó un aporte de recursos para el sector y su estabilidad.

La Regulación del Sector Salud

Los gobiernos neoliberales adoptaron las agencias de regulación como mecanismo para disciplinar el mercado en áreas estratégicas, hasta entonces bajo el dominio del Estado-empresario, herencia del periodo desarrollista. Fueron creadas la Agencia de Vigilancia Sanitaria (ANVISA) en 1999, con el objetivo de ser una agencia reguladora del control sanitario sobre la producción y comercialización de productos y servicios sometidos a la vigilancia sanitaria y en el año 2000 fue creada la Agencia Nacional de Salud Suplementaria (ANS), con la función de regular las operadoras sectoriales de la asistencia suplementaria de salud en defensa del interés público.

En el caso brasileño, estas Agencias se revelaron como un instrumento más para llevar a la esfera pública la discusión y el debate sobre los intereses públicos y privados en juego en el caso de la salud, posibilitando conquistas concretas, como la ampliación de la cobertura de asistencia a enfermedades por planes y seguros de salud, antes no contemplados en los contratos.

Debido a la diversidad y complejidad de este subsistema suplementario de asistencia médica, estas agencias se tornaron tan

importantes que comprendieron varias formas de organización, como empresas médicas (medicina de grupo), cooperativas médicas, autogestión, seguros y planes de salud, siendo la principal tensión la que ocurrió entre las operadoras y las prestadoras de servicios (las empresas privadas de asistencia médica y de servicios de diagnóstico y terapéutica).

Nuevas Formas de Gestión y Control Público

A partir del SUS, la Salud comenzó a contar con instancias de participación de la sociedad civil en la gestión de la salud. Son los Consejos de Salud Nacional, Estatal y Municipal, condición para que estados y municipios reciban las transferencia de recursos federales. Las unidades de servicios pueden contar también con consejos gestores aunque no es obligatorio. Además de estos Consejos está todavía el Consejo Nacional de Secretarías Estatales de Salud y el Consejo Nacional de Secretarías Municipales de Salud, que no constan en el Organigrama Oficial del SUS, pero que están abocados junto al Ministerio de Salud y funcionan como instancias intermediarias de negociación entre las unidades de la federación en lo que respecta a las cuestiones relativas a la equidad federativa en la distribución de recursos y a las políticas de salud.

Estos espacios se han ido transformando cada vez más en preciosas instancias de consolidación de una práctica democrática de decisión entre gestores responsables por sus respectivos sistemas de salud. Dado la diversidad de tamaño y riqueza entre los municipios, estos espacios se vuelven importantes para intercambios de experiencias y formulación de pautas de negociaciones, junto a las instancias superiores.

Además de éstos, la existencia de mecanismos de ejercicio del control público previstos en la Constitución Brasileña como componente del SUS,

posibilitó la emergencia de incontables nuevos actores y sujetos sociales movilizados en torno de la cuestión de la salud. Con la implantación del control público sobre la política de salud y sobre la gestión de la salud, se verificó el fortalecimiento del espacio público en la sociedad brasileña, condición para la democratización de la salud y de la sociedad.

En Resumen la contribución de Brasil con su Reforma fue:

- Construcción del Sistema Único de Salud (SUS), una conquista de la Reforma Sanitaria Brasileña, con un mando único en cada nivel de gobierno (Nacional, Estatal, Municipal) y nuevas formas de gestión con Consejos de Salud en cada uno de esos niveles, con composición paritaria entre gobiernos y usuarios y con poder deliberativo

- Implantación del control público sobre la política y gestión de la salud con el fortalecimiento del espacio público en la sociedad.

- Implantación del Programa de Salud de la Familia (PSF ()) como estrategia de cambio al Modelo de Atención a la Salud mediante la colocación de equipos multiprofesionales en unidades básicas de salud que acompañan un número definido de familias residentes en un área geográfica delimitada. Estos equipos se ocupan de la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de las enfermedades y problemas de salud más frecuentes, así como de la manutención de la salud de la comunidad, desarrollando las acciones propias de la atención básica a la salud.

- El financiamiento de la salud en el Brasil combinó varias fuentes de recursos, siendo que 2/3 son de origen público y el 1/3 restante proveniente de recursos privados

CAPÍTULO II

ELEMENTOS DE LAS REFORMAS DE SALUD EN CUBA, COSTA RICA, COLOMBIA, CHILE Y BRASIL QUE SIRVEN DE APOORTE EN LA CONSTRUCCIÓN DEL SISTEMA PÚBLICO NACIONAL DE SALUD DE VENEZUELA.

Las Reformas de Salud en América Latina

En los últimos años cuestiones relacionadas a la extensión de cobertura de protección social están cada vez más presentes en los discursos de organismos internacionales, entre estos los de Salud. Por otra parte, la presencia de nuevos gobiernos de centro-izquierda en diversos países amplían los intentos de promover una mayor justicia social. Este es un buen momento para reforzar la defensa de la universalidad. No todas las Reformas de Salud implementadas en América Latina, siguieron una misma agenda de privatización, selectividad y focalización.

Según Fleury (2001), se pueden identificar tres modalidades principales de Reformas de Salud en América Latina con cambios en los modelos de protección social y diferentes repercusiones sobre la cobertura:

1.- Dual: Define incentivos al aseguramiento privado para sectores del mercado formal bien remunerados con privatización importante (como fue lo que ocurrió en Chile durante el periodo de la dictadura). Fue abierta la posibilidad de elección entre contribuir para seguros privados o para el seguro público, construyéndose un sistema dual con repercusiones bien conocidas, como la ruptura de la solidaridad en el financiamiento pues los trabajadores que optan por afiliarse a un seguro privado (ISAPRE) no contribuyen para el seguro público, interrumpiéndose la redistribución entre trabajadores de mayor y menor renta.

Otro efecto de esta forma de privatización fue la selección de riesgos, propia de los seguros privados, con concentración de contribuyentes de altos ingresos y bajo riesgo en la Isapres y mayor proporción de personas de la tercera edad, enfermos crónicos, mujeres y personas de baja renta en el seguro público (Fonasa). Estos efectos están siendo enfrentados de forma vigorosa por las recientes políticas de los gobiernos democráticos. Con la dualidad del Sistema, Chile es uno de los países que alcanza mayores niveles de cobertura de la seguridad social en América Latina. Alcanza cobertura universal o casi en la protección a la salud.

2.- Plural: Otro modelo paradigmático es el modelo del pluralismo estructurado de la reforma colombiana que incorporó principios de la competencia regulada. Fue creado un sistema segmentado de seguros públicos y privados diferenciados que tenía como objetivo alcanzar cobertura universal, aunque diferenciada entre segmentos poblacionales. El sistema creado es mixto: el Estado asume el papel de conducción y regulación, dejando de tener responsabilidad en el aseguramiento y provisión de servicios que pasan a ser asumidos por aseguradoras públicas y privadas en competencia.

La población inserta en el mercado de trabajo formal hace parte del régimen contributivo: contribuye obligatoriamente para un seguro y con una pequeña parcela para el fondo solidario. Este fondo solidario sirve para financiar el régimen subsidiado, del cual participan los más pobres, seleccionados conforme la renta por los municipios. Todavía cerca de la mitad de la población permanece no vinculada, es decir; no puede participar del sistema contributivo, por no estar formalmente trabajando y no fue focalizada en el sistema subsidiado.

Los elevados niveles de desempleo y de participación del sector informal en el mercado de trabajo, hace que gran parte de la población no pueda participar de un modelo basado en seguros vinculados a la

inserción en el mercado formal de trabajo, y por otro lado, la parcela de contribuyentes es insuficiente para financiar el acceso del resto de la población. Así el Modelo de Reforma no fue potente para garantizar la universalidad de la cobertura, como era su objetivo.

3.- Universal: el tercer modelo de protección social en salud fue el modelo de cobertura universal con financiamiento fiscal, implementado con la reforma sanitaria brasileña, creando un servicio nacional de salud del tipo Beveridgeano con el objetivo de garantizar protección universal.

Impactos Sanitarios de las Reformas de Salud

Los avances de la reforma de salud es a través de: la equidad, protección social y democracia, aprovechando las oportunidades que los escenarios ofrecen para el éxito de los objetivos (Aguilera, 2007).

Para Acuña (2007) las reformas sectoriales en los pueblos de América han venido ocurriendo en las dos últimas décadas del siglo pasado y en este siglo, donde medir el impacto sanitario es altamente complejo. Las reformas sectoriales deben darse a través de ejes estratégicos, con componentes legales y estructurales para la implementación de un Sistema Nacional Integrado de Salud, producto de decisiones de políticas sanitarias. En las últimas décadas, varios países han impulsado el cambio en medio de la globalización hacia transformaciones y reorganizaciones en sus instituciones de salud, que ha sido acompañado de cambios en la práctica profesional del personal de salud.

Cabe destacar los factores estructurales de la Exclusión Social como son: los cambios y transformaciones sociales y organizacionales que ha causado la informática y la electrónica en el campo tecnológico y la globalización en el campo económico, explosión demográfica, migración campo/ciudad, la urbanización sin industrialización, deterioro de la salud en general, la educación y las condiciones de vida como resultado de las

medidas de ajuste económico, que inciden en la calidad de vida, desempleo, desastres naturales o producidos por el hombre, pobreza y marginalidad social.

La pobreza y particularmente la pobreza crítica, es un fenómeno socioeconómico que tiene sus orígenes en las Políticas de Ajuste Económico en América Latina que se implementaron a partir de la crisis de la deuda externa, provocando la acentuación de las desigualdades sociales, inequidades, desventajas socioeconómicas que han desmejorado las condiciones de vida y por ende la calidad de vida, de un importante segmento de la población de los países de la región y de nuestro país.

Las transformaciones económicas surgidas de la globalización que han polarizado la sociedad contemporánea, particularmente las del tercer mundo latinoamericano, tiene su expresión espacial urbana en lo que se denomina ciudad dual, donde no solo hay segregación territorial, sino también cultural y comunicacionalmente, agudizando la brecha entre un sector superior, cosmopolita conectado virtualmente a escala interplanetaria y prácticamente desconectado a escala local, que cultiva una cultura de privatización y el resto, una mayoría local que limita su mundo a su propia identidad y donde prevalece una cultura de la privación provocando una tensión permanente entre una élite global y una mayoría local. (Vargas, 1999).

Desafíos Actuales en cuanto a la Inclusión Social

Según Almeida (2002) los Avances y Desafíos de los Procesos de Reformas Sectoriales en los ámbitos de:

- Inclusión Social
- Equidad en el Financiamiento
- . Impacto Sanitario
- . Integración de Redes Asistenciales
- . Asignación de Recursos
- . Políticas de Medicamentos

Los Sistemas de Salud enfrentan un desafío para garantizar el acceso a los bienes y servicios de salud a ciertos grupos de la población que por diversas razones no logran entrar en contacto con los mecanismos de satisfacción de sus necesidades de salud, con las consecuencias de:

- . Calidad y duración de la vida de las personas.
- . Las familias y las comunidades.
- . Impacto en la capacidad de los países para generar riqueza y mejorar las condiciones de vida para todos sus habitantes.

Para la autora anteriormente nombrada; en la consolidación de los Sistemas Universales de Atención de la Salud es necesario el acceso a la atención a la salud en forma adecuada y es imprescindible para aminorar el sufrimiento y disfrutar de una vida digna. De los 500 millones de habitantes de las Américas, un 46%, es decir; 230 millones de personas no tienen acceso permanente a servicios básicos en salud, unos 152 millones no tienen acceso a agua potable y saneamiento básico y un 17%

de los nacimientos no tienen atención profesionalizada por personas calificadas.

Esas cifras hacen reflexionar sobre grandes desigualdades que se traducen en disparidad de indicadores de salud y desigualdad en la distribución de daños y acceso a servicios de salud. Los indicadores de salud muestran diferencias entre los países que conforman América Latina. Hoy día la mortalidad infantil alcanza cifras importantes en Haití, el 80,3 por cada mil nacidos vivos, sin embargo el promedio de la mortalidad infantil de América Latina, supera con poco el 23 por mil nacidos vivos.

Las diferencias tienen que ver, con las soluciones que hoy día se están implementando, que no siempre resultan fáciles de aplicar. En la medida que la sociedad pueda garantizar a todos sus miembros la atención frente a sus necesidades de salud individuales y colectivas, se fortalece en la ciudadanía el sentimiento de mayor protección y pertenencia, favoreciendo la cohesión social y el valor ético de la solidaridad.

Los logros evidentes de las reformas y sus avances, exigen revisiones permanentes y discusiones para analizar de que forma se pueden resolver las dificultades.

Desafíos Actuales en cuanto a Equidad en el Financiamiento de la Salud

La Salud en Latinoamérica debe ser analizada en términos de sus fuentes de financiamiento y sus implicaciones en equidad y solidaridad. Es necesario seguir avanzando hacia la integración entre el sector público y la seguridad social con estructuras de funcionamiento acordes a las propias realidades fiscales, pero resaltando que los mecanismos de solidaridad son fundamentales para expandir la cobertura y el acceso a

los servicios sanitarios. Labra (2001), señala que en cuanto a Integración de Redes Sociales hay factores que modulan la integración asistencial: modelos de atención y sistemas de información que permiten alcanzar resultados sanitarios más eficientes, equitativos y satisfactorios para la población usuaria.

Desafíos en cuanto a la asignación de recursos y políticas de medicamentos

América Latina presenta una realidad heterogénea, incluso al interior de cada país enfrenta realidades diversas. Los que tienen la responsabilidad de generar estrategias de reformas deben estar abiertos a ampliar la visión de la realidad y a compartir los avances logrados y también los retrocesos, creando nuevas realidades pero sin olvidar las lecciones aprendidas y atentos a los efectos que los cambios están generando. No existe una respuesta única respecto al futuro de la protección social en salud para toda la región de las Américas. Debe existir un liderazgo de parte del Estado, y existir un ente rector para que se considere el nexo de salud con el desarrollo general en su conjunto. (Labra, 2001).

En Cuba

Durante más de cuatro décadas se ha resistido Cuba a toda amenaza, pretensiones de presiones y chantajes por demostrar avances en lo social y económico.

Para lograrlo se ratificaron dos principios elementales de la Salud Pública Cubana (Sintes, 2004):

1. Que el Sistema de Salud continuara siendo totalmente financiado por el presupuesto estatal.

Los recursos financieros del presupuesto del Estado continuaron contribuyendo a garantizar los objetivos de desarrollo previstos para el Sector Salud. Cuba adoptó en plena crisis económica un conjunto de medidas orientadas a mantener los logros de la revolución cubana, sin tener que aplicar las recetas neoliberales impuestas por la mayor potencia mundial, pues consideró que la responsabilidad del Estado con su pueblo es lograr satisfacer sus necesidades y elevar el bienestar de las familias, los ciudadanos y toda la sociedad.

2. Mantener la cobertura y la accesibilidad total a los servicios de salud por la población mediante la gratuidad.

Cambios profundos en lo social y económico que incluyeron educación para todos, dignificación de la vida humana con trabajo, viviendas, mejores condiciones de vida, seguridad de los derechos de la población y otros aspectos expresados en la Carta Magna de Cuba. Medidas que brindaron mayor cobertura, accesibilidad, equidad y calidad, satisfaciendo las demandas y necesidades del pueblo cubano, pero siempre buscando eficiencia dentro del sector.

El Ministerio de Salud Pública se ha dado a la tarea de desarrollar un proceso de consolidación, reforma y modernización del sistema con nuevos métodos y estilos de trabajo para garantizar uno de los derechos del pueblo cubano, considerando vital incrementar la participación de la comunidad en las gestiones y las acciones de salud. Se refuerza el papel del movimiento de municipios por la salud o comunidades saludables, como espacio para el desarrollo de las estrategias de promoción y prevención a nivel local, a cuyos fines se creó la red cubana.

El Ministerio de Salud Pública, rector del Sistema Nacional de Salud ha trazado una estrategia para dar respuesta a los problemas emergentes y reemergentes. Las medidas estuvieron orientadas hacia la consecución de mayores beneficios económicos y sociales para todos por igual,

haciendo énfasis en los beneficios a los grupos más vulnerables, es decir; al niño, la mujer y los ancianos.

En la proyección estratégica actual, se adoptan formas participativas como son los Consejos de Salud: Nacional, Provincial, Municipal y Consejos Populares por la Salud, como órganos de coordinación intersectorial a esos niveles, para lograr la verdadera descentralización, intersectorialidad, participación social, movilización de recursos y otros efectos de mayor impacto médico, económico y social a través del análisis de la situación de salud y la canalización de las soluciones.

Se presentó un resumen ejecutivo del análisis sectorial de salud como parte del proceso de validación de la problemática existente. MINSAP identificó cinco estrategias y cuatro programas priorizados que han regido hasta el momento la actividad del Sistema Nacional de Salud para la consecución de las metas.

Las Estrategias:

1. Reorientación del Sistema de Salud hacia la atención primaria y su pilar fundamental, el médico y la enfermera de la familia.
- 2.- Revitalización de la Atención Hospitalaria.
3. Reanimación del trabajo de los programas de tecnología de punta e Institutos de Investigaciones.
4. Desarrollo del Programa de Medicamentos y Medicina Natural y Tradicional
5. Atención priorizada a objetivos vitales del sistema como son: Estomatología, Servicios de óptica y Sistema Integrado de Urgencia y Emergencia Médica.

Los Programas:

- 1.- Programa Materno-Infantil
- 2.- Enfermedades Crónicas No Transmisibles
- 3.- Enfermedades Transmisibles
- 4.- Atención al Adulto Mayor.

En Costa Rica

El Proyecto de Reforma del Sector Salud le asignó al Ministerio de Salud la misión institucional de garantizar la salud de la población estableciendo las condiciones para el cumplimiento de los principios de equidad, universalidad y solidaridad, mediante el ejercicio de la Rectoría sobre las personas físicas y jurídicas relacionadas con la salud y la ejecución de programas prioritarios para contribuir al logro de la calidad de vida de la población y al desarrollo del país.

La Reforma del Sector Salud y la implementación del nuevo modelo de atención, basado en la estrategia de los Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS), fue concebida para atender cada uno a 4000 personas y vigilar el estado de salud de la población con una base comunitaria y local más definida. El Modelo se caracteriza por un enfoque biopsicosocial del proceso salud-enfermedad; por una atención integral y continua de la salud de las personas y del ambiente, con énfasis en las acciones de promoción y prevención fundamentada en la estrategia de Atención Primaria (Contreras, 1984).

Lograr la efectiva descentralización administrativa y funcional y el fortalecimiento de los servicios de salud a nivel local llevó a un descongestionamiento del nivel central de las instituciones y facilitó la toma de decisiones oportunas y adecuadas a las necesidades reales del nivel regional y local. Precisamente ese fortalecimiento de los Servicios de Salud a nivel local hizo posible que la Asamblea Legislativa aprobara la Ley que reforma el Régimen Municipal del país, replanteando de esta

forma su organización y funcionamiento con miras a enfrentar los retos del nuevo siglo.

Los gobiernos locales también tienen posibilidad de influir sobre las condiciones de vida a través de sus acciones en economía, empleo, cultura, recreación, educación, seguridad, ambiente, planeamiento urbano y organización comunitaria, es decir; el nivel local es un importante espacio que debe considerarse en la puesta en práctica de políticas en el campo de la salud, pues en este nivel es posible concertar voluntades en torno a problemas y soluciones propias y específicas de cada grupo sociocultural y llevarlas a las acciones concretas que conduzcan a un mayor bienestar de la población.

En Colombia

Los objetivos del plan estaban relacionados con derechos humanos, solidaridad y equidad así como sus enfoques de intervención: (intervención social integral, de género, participación ciudadana y rendición de cuentas, entre otros), permitieron dar contenido a sus políticas, estrategias y programas, también la articulación sectorial, territorial, transectorial a la política distrital de salud. Estos contribuyeron como un todo al logro de la meta de mejorar y hacer más equitativo el estado de salud de la población de la ciudad (Céspedes y et al (2002).

En Colombia desde un aseguramiento bajísimo en torno al 20%, se da un enorme salto con una Ley que aprende de la Reforma Chilena e introduce competencia tanto en el nivel de aseguramiento como de la prestación, pero que introduce modificaciones fundamentales.

En Colombia se mostraron avances muy importantes hacia la equidad por el régimen no contributivo debido a la existencia de un fondo solidario. Se evidenció la capacidad que tiene este Sistema de Salud para que la población no afiliada reciba transferencias netas en proporción al ingreso.

La equidad de acceso en la Reforma Colombiana mejoró la atención prenatal y médica del parto con mejoras por zonas, sin embargo existen inequidades en torno a las complicaciones del parto y postparto.

En Chile

El objetivo en los años 50 era salvar vidas, ahora es mejorar la calidad de vida de las personas. Se está haciendo un Mapa de Estratificación y otro de Vulnerabilidad por Comuna basados en la Encuesta de Calidad de Vida, en la Encuesta CASEN, en la actual ficha CAS, en el Mapa Epidemiológico en la Georeferenciación en Violencia Intrafamiliar y delincuencia. El Mapa de Vulnerabilidad permitirá ubicar a la población con Índice de Desarrollo Humano y aplicar las técnicas cualitativas en estilos de vida, con actividad física, alimentación, sexualidad, afectividad, etc.

La División de Planificación Sanitaria, ha creado un modelo de intervención que incorpora el Plan de Salud Pública para abordar los Determinantes Sociales y trabajar con las comunidades, comprometiendo a otros sectores, fortaleciendo los vínculos entre la comunidad y autoridades locales en el diseño e implementación de la intervención y fortaleciendo el capital social del grupo o la comunidad con la que se está trabajando.

Lo que se está haciendo en Chile es lograr que la Salud Pública esté dentro del Programa Vida Chile que trabaja solo Factores de Riesgos Individuales y agregar los Determinantes Sociales de la Salud en el Contexto de la Reforma. Todo esto vinculante con el Sistema de Protección Social y del Desarrollo Económico y Social del gobierno actual (Labra, 2001).

El objetivo es disminuir las inequidades en salud actuando en distintas áreas: enfoque de género, salud ocupacional, desarrollo infantil, siempre en el contexto de las Políticas Públicas y con la Participación Ciudadana, contando con Planes y Programas en los que se incluyan los Determinantes Sociales en alianza o siendo parte del trabajo con el intersector.

Con el Enfoque de Determinantes Sociales y con la línea de trabajo hacia el Objetivo Sanitario, se quiere hacer un AUGE en la Salud Pública con el examen de Medicina Preventiva, al cual se le agregará Garantías en el ámbito de la Prevención; con Planes de Salud Pública reforzados con la mirada de los Determinantes Sociales y con los Programas de Salud Pública, idealmente incorporados dentro del Plan de Salud Pública.

La Atención Primaria se lleva a cabo a través de los siguientes programas: Salud del Niño y del Adolescente, Salud del Ambiente, Materno-Perinatal, Salud del Adulto y Odontológico y Laboratorios Básicos.

Existe un Sistema Previsional de Salud, se está trabajando en la Reforma para que los trabajadores independientes coticen obligatoriamente para la pensión y gocen de este Sistema. Se busca alcanzar derechos sociales garantizados a través de factores de cohesión, siendo el principal la solidaridad en el financiamiento, potenciar los sistemas integrados para reducir la fragmentación o la interrupción en las atenciones de salud y dar mejor cobertura.

Existe una cobertura vertical con: garantía de oportunidades (garantizar por ley que determinadas prestaciones se den en un determinado plazo), garantía de acceso que estén a disposición de todas las personas, pago predeterminado, cobertura económica conocida y condiciones de calidad: la cual se merecen los beneficiarios. En Chile es

interesante como la garantía de prestaciones ha involucrado una modificación en la dualidad de su sistema.

Aunque Chile este situado en un mejor estadio que Colombia, la trayectoria de los indicadores es semejante. En Chile mejoran los indicadores, particularmente Mortalidad Infantil y Esperanza de Vida, pero persisten y se amplían brechas de desigualdad, por ejemplo; las brechas de mortalidad infantil entre grupos educacionales extremos, y otros.

En Brasil

Las conquistas de la Reforma Sanitaria Brasileña “la salud como un derecho de todos y un deber del Estado”, como dicta la Constitución en su artículo 196, demandan un proceso de incorporación por parte de la sociedad. La Reforma del Sistema de Salud de tipo big bang, introdujo cambios significativos en el modo de operación del sistema de salud vigente en el país, entrando en vigor a partir de 1988: el principio de universalismo para las acciones de salud, la descentralización con autonomía del poder local para la gestión de sus respectivos Sistemas de Salud y un nuevo formato de organización de los servicios de salud bajo la lógica de la integralidad, la regionalización y la jerarquización, configurándose así un nuevo modelo de atención a la salud(Almeida,2002).

El movimiento político de la Reforma Sanitaria Brasileña se dio en tres grandes frentes:

- Implementando innovaciones progresivas en el Sistema de Salud a partir del interior del propio aparato de Estado.
- En el ámbito del Legislativo, negociando el texto constitucional.
- Junto a la Sociedad, movilizand o a los profesionales de la salud a los trabajadores y a los movimientos populares.

El Sistema Único de Salud (SUS) es un sistema universal y gratuito de acceso a la atención integral a la salud con equidad. En cuanto a modelo de atención es regionalizado, jerarquizado y descentralizado. Hubo una medida de impacto en lo que respecta a los mecanismos de transferencias de recursos de la esfera nacional a las esferas subnacionales, hasta ese momento era realizada a partir de dos bases de cálculo o por la oferta de servicios (infraestructura instalada) o por la producción, y a veces incrementada por alguna otra consideración de menor peso.

A partir de 1998 este paradigma de transferencia de recursos cambia y pasa a ser automático con base en un valor fijo per cápita para procedimientos de atención básica (acciones individuales o colectivas) con eso el Ministerio de Salud pasó a garantizar las transferencias de recursos mensuales para los Municipios, regulares y automáticas, disminuyendo las desigualdades y eliminando las contingencias de orden político, tanto en la garantía como en el destino de esos recursos, fortaleciendo el papel del poder local en la administración del Sistema de Salud.

A partir de ese PAB (Piso Asistencial Básico) se avanzó en su desarrollo. Con la creación del Programa de Salud de la Familia (PSF) pasa a denominarse Piso de la Atención Básica y se desarrolla en montos fijos (un mismo valor nacional per cápita) y variables que se transforman en un instrumento de transferencia de recursos de programas prioritarios del gobierno federal como el PSF (Partida para la Asistencia Farmacéutica) y el Programa de Control de las Carencias Nutritivas.

CAPÍTULO III

LAS POLÍTICAS RECTORAS DEL MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA SALUD EN LA CONSTRUCCIÓN DEL SISTEMA PÚBLICO NACIONAL DE SALUD DE VENEZUELA

La Situación de Salud de Venezuela antes de la Misión Barrio Adentro

Desde su fundación en 1936 el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (MSAS), que sucedió al Ministerio de Sanidad, Agricultura y Cría había logrado éxitos importantes en el control de los problemas principales de salud de la población venezolana, tal como la mortalidad infantil, la malaria o la tuberculosis. El desarrollo del sistema público de salud reflejaba las necesidades de la población rural y se apoyaba en un modelo económico basado en la expansión de la frontera agrícola. A partir de 1948 se construyeron y dotaron unidades sanitarias y consultorios rurales, llamados medicaturas, en todo el país, así como numerosos hospitales en casi todas las ciudades grandes del interior del país. La División de Malariología del MSAS inició el Programa de Vivienda Rural, que se acompañaba de actividades educativas y de participación comunitaria, con el cual llegaron a realizarse 5.670 viviendas rurales (García, 1972).

En 1956, Venezuela es el primer país en América Latina en anunciar la eliminación de la viruela. En 1961 se crea el Programa de Medicina Simplificada, en el cual personas de las comunidades rurales se formaban como auxiliares de enfermería durante tres meses para que en los dispensarios rurales resolvieran problemas de salud sencillos en las áreas del interior del país donde no había médicos. Este programa tuvo resultados positivos en el control de enfermedades transmisibles endémicas. En ese año Venezuela es reconocida por la Organización

Mundial de la Salud (OMS) como el primer país que logra la eliminación del paludismo en dos tercios del territorio nacional.

Durante las primeras tres décadas del sistema político instaurado a partir de 1958, año en que se inicia en Venezuela la democracia de forma ininterrumpida, los programas sociales se definieron en términos amplios: en teoría toda la población tenía derecho a los beneficios de salud, educación, seguridad y protección social, en forma gratuita, acompañados de la obligación del Estado de asegurar directamente su provisión. Pero en la práctica el acceso a los programas sociales dependía de la adscripción a ciertos organismos, como ciertos partidos políticos, la central sindical dominante o las fuerzas armadas y, fundamentalmente, de la condición urbana, de la situación laboral y de la cercanía del beneficiario o beneficiaria a la red pública de servicios (Cartaya, 1997).

La inversión pública en servicios de salud se fue deteriorando a partir de los años sesenta, lo cual afectó la efectividad de los programas de prevención y control de los problemas de salud prioritarios ligados a la pobreza rural y limitó el desarrollo de programas nuevos que hicieran frente a las condiciones de vida de las poblaciones urbanas marginales cada vez más numerosas. En respuesta a la demanda insatisfecha de la población en el área de salud, los servicios médicos privados fueron aumentando. Por ejemplo, el total de camas hospitalarias públicas pasó de 3,46 por mil habitantes en 1963 a 3,06 en 1973 mientras que, en el mismo período, las camas en hospitales privados tuvieron un pequeño crecimiento de 0,43 a 0,46 por mil habitantes. La provisión pública de atención en salud se fragmentó: durante la década de los setenta se multiplicaron los organismos públicos de salud hasta llegar a más de cien, entre ellos el MSAS, el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales, la Sanidad Militar, la Gobernación del Distrito Federal y el Instituto de Previsión Social del Ministerio de Educación.

Durante esas dos décadas, la población se empobreció de forma acelerada. En 1970, el 23 por ciento de las familias urbanas venezolanas tenían ingresos inferiores a 500 bolívares mensuales y el 70 por ciento por debajo de 1.500 bolívares mensuales, mientras que el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social estimaba que el nivel mínimo de subsistencia familiar requería un ingreso mensual de entre 1.400 y 1.600 bolívares lo cual coincidía con estimaciones de investigaciones independientes. El impacto sobre la salud de la desinversión pública y del aumento de la pobreza fue de tal envergadura que a comienzos de los años setenta se calculó que por lo menos el 30 por ciento de los menores de cinco años sufría algún grado de desnutrición(López,1976).

Entre 1968 y 1973 la tasa de mortalidad infantil se elevó de 46,7 a 53,7 por mil nacidos vivos registrados. En la ciudad de Valencia, que concentraba a las industrias de transformación, la tasa de mortalidad infantil llegó a ser de 94,6 por mil nacidos vivos, casi el doble que la media nacional, y en sus zonas marginales urbanas llegó a ser hasta cuatro veces mayor que en las zonas de más altos ingresos de la ciudad. En Ciudad Guayana, principal polo de la industria siderúrgica y de aluminio del país, la diarrea pasó a ser la primera causa de mortalidad general y en los servicios médicos ambulatorios urbanos para adultos, el primer motivo de consulta.

Al igual que en otros países de América Latina, a partir de los años ochenta el sistema de servicios de salud en Venezuela se caracterizó por el desfinanciamiento agudo de los servicios de salud, la privatización directa e indirecta (por cobro o solicitud de insumos a los usuarios), la desinversión en mantenimiento de infraestructura y la fragmentación y desarticulación entre múltiples participantes que debían cumplir las funciones de regulación, financiamiento, aseguramiento y provisión de servicios(Magallanes,2005).

Entre la década de los ochenta y noventa el sector público de salud tuvo muy poco crecimiento pero se expandió el sector privado de salud. Por ejemplo, en esos veinte años se construyeron 50 establecimientos públicos de salud nuevos y alrededor de 400 clínicas privadas. Con ello se abandonó cualquier aspiración a la universalidad en la prestación de los servicios públicos de salud y los programas sociales dejaron de plantearse en términos de lograr objetivos amplios de reforma social (o de compensar las desigualdades) para plantearse objetivos más limitados en términos de focalización y de compensación parcial del impacto negativo de los programas de ajuste económico y de las crisis financieras, postergando la satisfacción de las aspiraciones públicas más trascendentes, tales como la equidad o la redistribución del ingreso . La inversión pública en salud, que en 1970 fue el 13,3 por ciento del presupuesto nacional, pasó a ser el 9,3 por ciento en 1990 y 7,89 por ciento en 1996, lo cual representaba el 1,73 por ciento del producto interno bruto (PIB) (Contreras,2004).

El sistema de recuperación de costos, fomentado por el recorte presupuestario, se convirtió en una gran barrera para que la población accediera a los ambulatorios y hospitales públicos, ya que requería el pago de una colaboración en dinero o en material médico-quirúrgico. Como la pobreza iba aumentando en la población, esa barrera afectó a un número cada vez mayor de habitantes. En 1990, el porcentaje de viviendas sin servicio de agua a través de conexiones domiciliarias alcanzaba el 32 por ciento en todo el país.

Según la definición nacional de línea de pobreza extrema, ésta era de 42,5 por ciento en 1996, con una inflación ese año que alcanzó a ser de 106 por ciento y se mantuvo alrededor del 30 por ciento en esa década, lo cual afectó gravemente la capacidad de las familias pobres de cubrir sus necesidades alimentarias y de atención en salud.

La salud pública había estado manejada desde la perspectiva médica, con un modelo de gestión, organización y atención orientado a la enfermedad y con menor énfasis en la promoción de la salud y la calidad de vida-enfoque contrario a los principios de Atención Primaria en Salud (APS). El resultado de esta orientación fue la configuración de un modo de atención centrado en una capacidad limitada de la oferta de servicios, desarticulado y poco productivo, que estaba organizado alrededor de la atención hospitalaria y curativa, con baja cobertura y una atención primaria prácticamente inexistente, con diferentes horarios y sistemas de consultas que afectaban la calidad, accesibilidad y oportunidad de la respuesta. Se trataba de un modelo de atención parecido a los que predominaron en muchos países europeos durante el siglo veinte, que más adelante se sustituyeron por sistemas de salud pública universalizados y gratuitos(Acuña,2007).

Desde la década del sesenta, el número de hospitales públicos en Venezuela no ha variado excepto por la construcción de un hospital en los años ochenta. En total suman 296 establecimientos: 214 dependientes del Ministerio de Salud o de las gobernaciones, 33 del Instituto Venezolano del Seguro Social, 13 del Instituto de Previsión Social de las Fuerzas Armadas, 3 de Petróleos de Venezuela (PDVSA), 29 de Instituto Nacional de Geriatria, 2 de la Corporación Venezolana de Guayana, 1 de la alcaldía de Miranda y 1 de la Policía Estatal de Caracas. Muchos de estos hospitales estaban desabastecidos o en vías de colapsar por falta de reposición de cargos profesionales y técnicos, falta de mantenimiento y dotación, infraestructura insuficiente, falta de control y supervisión oficial, burocratismo gremial a todos los niveles, y abandono práctico del personal a pesar de las horas de contratación.

En un estudio realizado en la ciudad de Caracas en 1983, se describen varias dificultades de acceso a la atención en salud: lejanía del servicio, servicio no organizado en función de las necesidades de la población, falta de contrarreferencia, predominio de lo curativo sobre lo preventivo y atención provista por médicos y médicas recién egresados y con poca experiencia. En 1999, el 55 por ciento del total de médicas y médicos existentes en el país trabajaba en los cinco estados de mayor ingreso per cápita de un total de 24 estados del país. Para atender una población de 23.867.393 habitantes en todo el país se contaba con 4.804 establecimientos ambulatorios públicos.

Los informes de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2002) sobre la situación de salud en el país señalan que para el período entre 1990 y 1998, el acceso a medicamentos de la población más pobre se redujo por las políticas de recuperación de costos. La comercialización de medicamentos se realizaba a través de una red de droguerías y farmacias privadas con excepción de algunos tratamientos muy costosos, como es el caso de antineoplásicos, antirretrovirales y hormonas, para los cuales los y las pacientes tenían como opción obtenerlos a través de fundaciones privadas sin fines de lucro.

A través del Instituto Venezolano del Seguro Social, los venezolanos y venezolanas asegurados tenían acceso a un conjunto básico de medicamentos, pero debido a la falta de financiamiento público progresivo del Instituto la disponibilidad también estaba muy limitada. En el año 2000 se censaron 40.675 camas en el ámbito público gubernamental (1,76 camas por mil habitantes), de las que más del 50 por ciento se ubicaban entre el Distrito Capital y las ciudades capitales de los estados más desarrollados.

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

Elementos del Sistema Sanitario Venezolano anterior a la Misión Barrio Adentro.

Según Feo (2003) se citan los siguientes elementos:

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

- Salarios poco atractivos.
- Seguros privados de hospitalización, cirugía y maternidad.
- Obsolescencia de los equipos médicos.

Gestión de Salud

La gestión es un fenómeno social cuyo origen se remonta a los comienzos de la existencia del hombre, dada la necesidad que tiene éste de reunirse con otros hombres a fin de producir para satisfacer sus necesidades. (Ochoa y Gamboa, 1983). El proceso productivo requiere de la armonización de los hombres en el trabajo y del mayor aprovechamiento de los recursos; de allí que la gestión sea considerada, como un proceso que organiza el trabajo colectivo, atendiendo a la optimización de la fuerza de trabajo y de los recursos de producción.

La disertación de las decisiones políticas, tiene que ver con el estudio de la interacción entre la política formal y la política real, la primera referida al deber ser y la segunda orientada a lo que efectivamente en la práctica se ejecuta. Se debe considerar el complejo mundo de las relaciones entre los actores políticos que participan en la formulación de la política y los que participan en su implementación.

Según Casas (2003) la investigación en políticas públicas de salud, permiten el establecimiento de perspectivas analíticas, teniendo en cuenta el potencial explicativo de las distintas teorías y modelos analíticos existentes, así como de las variables explicativas.

Política y Gestión de Salud en Venezuela

Las consecuencias del modelo neoliberal en Venezuela tuvo impacto negativo en el Sector Salud y trajo consigo que la salud y los servicios de salud cayeran en una profunda crisis. Esta se reconocía en la forma de enfermar y morir de los colectivos humanos, manifestándose en las estadísticas de morbilidad y mortalidad, traducido en una elevada mortalidad infantil y materna, resurgimiento de enfermedades anteriormente controladas como la malaria y tuberculosis, una elevada incidencia de los padecimientos crónicos degenerativos tales como: cáncer, diabetes y problemas cardiovasculares, unido a la agudización y el surgimiento de nuevos problemas de salud como el cáncer y el sida (MSDS, 2001).

Al mismo tiempo, la crisis se hizo evidente en los Servicios de Salud, los cuales no estaban en capacidad de hacer frente a los problemas y necesidades de la población, situación conocida como crisis hospitalaria, generada por la gran brecha que existía entre el desarrollo científico técnico que había concebido una inmensa cantidad de procedimientos diagnósticos y terapéuticos y el difícil acceso de ellos a grandes sectores de la población. Todo esto condujo a desarrollar modelos de atención disociados que separaron lo preventivo de lo curativo, lo biológico y lo individual de lo colectivo, predominando un concepto biologicista centrado en la enfermedad y operativizado en una atención médica curativa, conllevando a acciones de salud como objeto de mercado (Feo,2003).

Se produjo un debilitamiento de las políticas públicas de salud, donde el clientelismo y la centralización penetraron como fuerza negativa en el sector, socavando los derechos humanos ligado a la vida y como parte del bien colectivo que el Estado tiene la obligación de garantizar.

En la República Bolivariana de Venezuela, se están produciendo cambios sustanciales y contundentes en todos los sectores sociales, las políticas del gobierno y sus reformas en la nueva Carta Magna de 1999 dan el aval a una nueva revolución que va desde lo económico hasta todas las áreas de desarrollo de la Nación. La Constitución de la República Bolivariana de Venezuela define al Estado Venezolano como democrático y social de derecho y justicia con la consecuente responsabilidad de promulgar y velar por la permanencia de los derechos humanos y los principios de justicia, igualdad, libertad, responsabilidad individual y social, solidaridad y pluralismo político(Aguirre,2005).

En correspondencia con la Carta Magna, el Plan de Desarrollo Económico y Social de la Nación 2001-2007, dirige su Eje de Equilibrio Social para responder a las necesidades sociales, alcanzando la equidad como nuevo orden de justicia social, lo cual exige una transformación de las condiciones materiales y sociales de la mayoría de la población, construyendo una nueva ciudadanía. Para ello se establece que la Educación y el Trabajo son procesos fundamentales. Esta direccionalidad del Eje de Equilibrio Social rompe con la visión tradicional de la focalización y la concepción circular de la pobreza con políticas y programas de salud y educación fragmentados para los pobres, ambos; productos de un modelo neoliberal que justificaba una realidad injusta llena de inequidades sociales y sus consecuencias.

Autores como Laurell y López (1996) señalan

... que con la introducción de lo social comienza una articulación con las demás esferas determinantes que afectan la salud del ser humano, se amplía el concepto de salud, conceptualizándola como un proceso colectivo, determinado por las condiciones sociales. (p.16)

A partir del año 1999, en el marco de las transformaciones del contexto normativo venezolano, se impulso un giro en la política de salud, en el cual se puso en práctica una política de tipo universalista, integral, gratuita que buscó frenar los intentos de privatización que habían tomado cuerpo en el contexto de la economía venezolana con el propósito de alcanzar la equidad y una mejor calidad de vida a través de la implementación de un nuevo modelo de gestión basado en Atención Primaria en Salud . Es como surge en el año 2003 la Misión Barrio Adentro, como una iniciativa del gobierno nacional, para prestar atención a los más desprotegidos.

En estas circunstancias se creó en 1999 el Ministerio de Salud y Desarrollo Social (MSDS) con dos Viceministros (Salud y Desarrollo Social) para asistir al Ministro en la materia de sus respectivas competencias. Este Ministerio ha declarado explícitamente su firme propósito de:

- Estructurar y desarrollar el Sistema Público Nacional de Salud (SPNS), y muy especialmente el primer nivel de atención, con instituciones y redes de servicios para la atención primaria de salud, de especialidades ambulatorias, de hospitales y de emergencias, desde los cuales se garantice la atención a la salud de toda la población y al medio ambiente.
- Promover, articuladamente con las universidades y demás instituciones educativas, la formación de los profesionales y técnicos requeridos en todas las instituciones de los niveles y redes de servicios de atención, para la ejecución del Modelo de Atención Integral (MAI) (MSDS, 2001).

En ese mismo año, se inició un proceso de transición política, jurídica, económica y social, para poner en marcha un nuevo modelo de desarrollo, donde se fortaleció el sistema democrático con un estado còsono, una sociedad más justa, con una economía aliciente en medio de la globalización. En ese año se fusionó el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social con el Ministerio de la Familia, creándose lo que actualmente se conoce como el Ministerio del Poder Popular para la Salud, el cual es el órgano rector.

La Reversión de la Exclusión en el Sector Salud

El gobierno bolivariano, amparado en la Constitución de 1999, desarrolló una política económica que cambió el curso del sistema sanitario venezolano. Con la siembra del petróleo como inversión social en el sistema de salud se ha logrado detener el proceso de privatización de la atención en salud. La inversión de la renta petrolera no sólo abarca el financiamiento de la atención directa en salud sino también las misiones sociales (5.000 millones de dólares para misiones sociales, incluyendo Barrio Adentro, en 2005 al que hay que añadir el presupuesto del Ministerio de Salud) que mejoran las condiciones y la calidad de vida como determinantes de la situación de salud y enfermedad de la población venezolana.

Al mejorar la prestación de atención en salud a la población, se pone fin al anterior predominio de lo curativo sobre lo preventivo, que había tenido como unas de sus consecuencias el abandono de los servicios de primer nivel de atención en salud, la ausencia de apoyo pre-hospitalario y el abandono de los protocolos de diagnóstico y tratamiento(Vargas,2004).

En 2004, la Presidencia de la República anunció diez estrategias de política social para la consolidación de la nueva etapa de desarrollo venezolano. El cambio en salud pública, que ve su expresión actual en

Barrio Adentro, empieza con el plan estratégico de la nación. Con el objeto de avanzar en la conformación de la nueva estructura social, el Estado desarrolla estrategias para universalizar los derechos sociales, combatir la inequidad social, erradicar la pobreza, combatir la exclusión, aumentar la eficiencia del sistema integral de la salud pública y promover programas de prevención de enfermedades. Entre las herramientas destacadas para alcanzar estos objetivos se especifican estas acciones: la reforma del sistema de seguridad social, el fortalecimiento y la consolidación de las misiones sociales, la mejora del conocimiento estadístico sobre las condiciones de vida, el diagnóstico situacional participativo sobre las condiciones de pobreza en los municipios y la promoción de los mecanismos locales de seguimiento al desarrollo de las misiones.

Se enfatiza la organización y la contribución progresiva al aumento tanto de la capacidad social para involucrar a las y los actores concernidos y para identificar nuevas asociaciones necesarias, como su poder para tener un impacto sobre las situaciones que se proponen transformar. Este hincapié por establecer una forma de democracia directa, no sólo representativa, subyace en la Constitución de 1999 y en el desarrollo de Barrio Adentro.

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

Presupuesto ordinario del Ministerio de Salud

2000	1.435.273
2001	1.729.247
2002	2.096.070
2003	2.644.873
2004	3.910.674
2005	4.862.989
2006	5.010.740

Presupuesto para la Misión Barrio Adentro

Presupuesto ordinario del Ministerio de Salud

2004 671.532
2005 475.965
2006 226.538

Presupuesto extraordinario proveniente de PDVSA, FONDEN y otras fuentes

2003 122.021
2004 519.000
2005 2.435.000
2006 1.130.459

Las bases de la política social venezolana, fundamentada en principios de derecho y justicia social, se desarrollan de acuerdo al Plan Nacional de Desarrollo Económico y Social (PNDES) 2001-2007. En el capítulo sobre equilibrio social de este plan se establece que la inclusión social es la gran estrategia para alcanzar la justicia social, sobre todo para los sectores tradicionalmente excluidos: infantes, adolescentes, mujeres, población indígena, población rural, población en situación de extrema pobreza.

Este punto de partida para lograr el desarrollo y alcanzar el equilibrio social considera que la lucha contra las desigualdades sociales y la pobreza no contradice la eficiencia económica. Las líneas generales del PNDES sostienen que la participación favorece el autodesarrollo, genera la corresponsabilidad y estimula el protagonismo de ciudadanas y ciudadanos, considerando que éstas y éstos son los pilares sobre los cuales se levanta una sociedad igualitaria, solidaria y democrática.

Medidas que promueven la Salud

A partir de 1989, el Sistema de Salud Pública se caracterizó por ser ineficiente en cuanto a la administración de los recursos económicos, técnicos, financieros y humanos, aunados al escaso mantenimiento de la infraestructura, problemas de calidad de atención en salud, inexistencia de adecuados mecanismos de supervisión, control y las formas en que fue concebida la política de salud (Rincón, 2004).

Bajo ese contexto se dio impulso a la descentralización como proceso político con expresión territorial institucional, lo que significó una redistribución territorial del poder, a través de un doble mecanismo: creación de instancias de participación democrática más extendidas y gobernables y descongestión del Estado para permitir su eficiencia. En algunos casos la descentralización alcanzó beneficios, pero en otros no (COPRE, 1988).

Se planteó como prioridad la reestructuración del nivel central, la aplicación de un Modelo de Atención Integral a la población y la creación de un Sistema Público Nacional de Salud en su Plan Estratégico de Salud y Desarrollo Social(2000-2006). En este plan se planteó garantizar la atención integral a la población, en particular a los grupos vulnerables en situación de riesgo, prevenir y controlar la morbilidad y mortalidad prevalente y garantizar el funcionamiento eficiente, efectivo, eficaz, equitativo y solidario del sistema de servicios de salud y desarrollo social.

En este Plan Estratégico Social se hizo referencia que a partir del año 1999, el Sistema comienza a sufrir una reorientación conceptual que se desplaza de la enfermedad al énfasis de la salud, del hospitalocentrismo a la atención primaria en salud(APS), de un enfoque individual al comunitario, lo que comenzó a conformar un nuevo paradigma en la atención en salud, cuyo eje central es la participación ciudadana,

buscando lograr la intervención conciente y activa del pueblo en las diversas fases y actividades del proceso salud.

- . A nivel del Estado: el desarrollo de políticas saludables orientadas a alcanzar el equilibrio entre desarrollo económico, bienestar, calidad de vida, conservación del medio ambiente y la paz.

- . A nivel de la Comunidad: el saneamiento ambiental, la educación para la salud, el análisis de la situación de salud.

- . A nivel Familiar e Individual: la buena alimentación, el ejercicio físico, la adecuada disposición de excretas y basuras, la higiene personal, de la vivienda, del ambiente, la ecología, las prácticas sexuales seguras, el amor, la ternura, la tolerancia, el respeto por la diferencia, y en general la lucha por los factores de riesgo.

Existen aspectos esenciales que contribuyen a la Equidad de los Sistemas de Salud: la estructura de financiamiento de la salud, segmentación y fragmentación de mercados, asignación de recursos y mecanismos de pago y acciones de promoción y prevención de la salud (Urriola, 2007).

.Misión Barrio Adentro

González (2005) plantea que un importante paso fue la Misión Barrio Adentro, el 30 de Octubre del año 2000 Venezuela y Cuba 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 elaborar programas y proyectos de cooperación mutua.

Barrio Adentro nació cuando el mundo celebraba el 25º aniversario de la Declaración de Alma Ata y cuando en la región de las Américas se producían nuevas orientaciones para estimular la renovación de la Atención Primaria en Salud. Algunos ejemplos de APS antes de Alma Ata son las experiencias de Chile en los años cincuenta o de Cuba en los sesenta y Costa Rica en los setenta. Los puntos claves recogidos en Alma Ata apuntaban al alcance de la meta de 'Salud para todos' que, junto a la estrategia de APS, 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. (OPS, 1986).

A partir del año 2003 se inició Barrio Adentro, como un modelo alternativo de gestión y de atención, fundamentado en el artículo 83 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. A través de esto, se abrió una interesante oportunidad, para pensar una realidad que está en proceso de construcción, que ofrece respuestas a la atención primaria de salud que antes no había podido fraguar como una verdadera política de salud.

Alvarado (2004) hace referencia sobre la creación de la Misión Barrio Adentro y refiere que:

.... Se origina en la actuación del personal médico cubano, durante la tragedia del Estado Vargas en Diciembre de 1999, a partir de esta experiencia, la Alcaldía del Municipio Libertador suscribe un Convenio con la República de Cuba para implantar otra similar en los Barrios de Caracas, donde se encuentran las clases más desprotegidas (p.81).

González (2005) refiere que de allí surge la idea de Barrio Adentro como alternativa válida para satisfacer las necesidades de la población

caraqueña, que más tarde se convierte en un Plan Integral de Desarrollo Local que conjuga un conjunto de políticas sociales orientadas a mejorar la calidad de vida, promoviendo la organización y participación social de los sectores populares .

Como iniciativa local, se crea el Instituto para el Desarrollo Local (IDEL), Adscrito a la Alcaldía del Municipio Libertador, posteriormente se extiende al resto de los Estados hasta que en Septiembre del año 2003, la Coordinación Nacional de Atención Primaria del Ministerio de Salud y Desarrollo Social, asumió conjuntamente con la Comisión Médica Cubana en Venezuela la implantación de Barrio Adentro en los Estados restantes. Quedando constituidas las Coordinaciones Regionales de Barrio Adentro con la participación de diferentes organismos y coordinada por el representante del MSDS.

Alvarado (2004) al respecto señala que.

....la Misión Barrio Adentro consiste en brindar asistencia integral en salud, mediante la participación de médicos cubanos y venezolanos que se integran con las comunidades en labores preventivas, de diagnóstico y trabajo social, además del desarrollo de la salud , busca promover la educación, cultura y deporte en las comunidades más deprimidas, fomentando el logro de la identidad, el sentido de pertenencia del espacio local, elevar la conciencia que se tiene sobre los problemas del barrio y de las posibilidades que tienen las mismas comunidades para superarlos con la cooperación solidaria(p.1899).

Esto responde también a lo planteado en la Carta de Ottawa (1986) para la Promoción de la Salud, otorgándole al sector sanitario el papel de actuar como un mediador, por lo que se plasma:

El Sector Sanitario no puede por si mismo proporcionar las condiciones previas, ni asegurar las perspectivas favorables para la salud y la promoción de la salud exige la acción coordinada de todos los implicados: gobiernos, sectores sanitarios y otros sectores sociales y económicos, las organizaciones benéficas, las autoridades locales, la industria y los medios de comunicación. Las gentes de todos los medios sociales están involucrados como individuos, familias y comunidades. A los grupos sociales y profesionales y al personal sanitario les corresponde especialmente asumir la responsabilidad de actuar como mediadores entre los intereses antagónicos y a favor de la salud.

Barrio Adentro es la concreción de la Atención Primaria de Salud como se planteó desde la Declaración de Alma Ata en 1978 y como Misión tiene un papel articulador de las políticas públicas y sociales. En diciembre de 2003, el Plan Barrio Adentro se constituyó como Misión Social permanente por decreto presidencial de Hugo Chávez Frías que se anunció en la Gaceta Oficial un mes más tarde a raíz de lo cual se decidió extenderlo por toda Venezuela con este fin.

La Misión Barrio Adentro tendrá como objetivo la implementación y coordinación institucional del Programa Integral de prestación de Atención Primaria de Salud, estimulación e implementación de expresiones de la economía social y transformación de las condiciones sociales, económicas y ambientales de las comunidades bajo un nuevo modelo de gestión basado en principios de interdependencia, coordinación, corresponsabilidad, cooperación y de participación activa y protagónica de las comunidades organizadas.

La Misión Barrio Adentro abrió en 2004 el camino hacia un cambio estructural en el acceso a la atención en salud para millones de venezolanas y venezolanos que hasta entonces habían estado excluidos de esa atención. A partir de este momento, las misiones sociales en

Venezuela se definen como estrategias suprasectoriales que cuentan con recursos extraordinarios y en las que participan las instituciones en todos los niveles del Estado de manera articulada con el fin de acelerar la inclusión social, destinadas a garantizar los derechos humanos universales que garantiza la Constitución en las áreas de salud, educación, trabajo, alimentación, vivienda y tierra, así como otros derechos sociales, económicos, culturales, políticos y civiles que conforman la democracia participativa en el proceso de transformación de Venezuela.

La Misión Barrio Adentro se fue organizando en lo que es la estructura administrativa actual, con responsables que coordinan a brigadas de médicos y médicas por parroquias, municipios y regiones, y en colaboración con los comités de salud de los barrios, los cuales se integran en el diseño de las políticas, planes, proyectos y programas de salud, así como en la ejecución y evaluación de la gestión de la misión.

En 2004, Barrio Adentro se fue extendiendo fuera del área metropolitana de Caracas para llegar al estado Zulia, al resto de los municipios de Miranda y a los estados de Barinas, Lara, Trujillo y Vargas, y más adelante al resto del país.

Para dar mayor resolución a las necesidades de la atención ambulatoria, a principios del año 2005 se inició una red de CDI de construcción nueva, con un diseño que permitiera contener una dotación mayor de equipos médicos y un número mayor de recursos humanos. Los CDI incluyen equipamiento para estudios por imágenes, laboratorio clínico y electrocardiograma, y algunos tienen además unidades de cuidados intensivos o salas quirúrgicas para dar respuesta a la dificultad en obtener atención hospitalaria para los y las pacientes de Barrio Adentro.

También se están construyendo los (CAT) con guardia de 24 horas al

día y Salas de Rehabilitación Integral (SRI). Cada uno de estos centros y salas da cobertura a varios consultorios populares, de modo que la distancia a recorrer es corta y los y las pacientes pueden ir el mismo día en que reciben la referencia.

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

González (2005), hace referencia a que Barrio Adentro cumple un papel integral dentro de la sociedad y un papel de transformación de la sociedad. Por esta razón, Barrio Adentro es visto como la Misión de las Misiones y la participación social de los Comités de Salud con las diferentes organizaciones sociales como articulaciones de una política social que ya no es responsabilidad única del Estado, sino corresponsabilidad de la sociedad que actúa en los diferentes niveles de la gestión pública, en un proceso social de formación que va del diagnóstico a la toma de decisiones sobre su propia cuestión social.

Desde el año 2003 se está consolidando el Sistema de Atención Médica Integral a través de la Misión Barrio Adentro y a la vez formando especialistas en esta materia, con una enseñanza integrada a las transformaciones sociopolíticas que se producen en la Nación, llevando cambios importantes en la educación médica superior como parte de la universalización de las universidades, en busca de mayor equidad,

calidad y pertinencia. De esta manera la República Bolivariana de Venezuela aporta una respuesta a la deuda social existente en materia de salud, a través de la formación de un médico comunitario de perfil amplio, para satisfacer el derecho constitucional a la salud (MSDS, 2004)

Sistema Público Nacional de Salud

En Venezuela, amparados en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (CRBV) DE 1999, el Ministerio del Poder Popular para la Salud centró su energía en insertar una política de salud que plantea como objetivo general avanzar hacia la consolidación del Sistema Público Nacional de Salud, donde la Misión Barrio Adentro ha constituido una estrategia clave. El objetivo principal de esta misión es la construcción de un sistema de atención primaria que permita adelantar programas preventivos de atención y abordaje hacia las comunidades de difícil acceso.

El Sistema Público Nacional de Salud es el conjunto de entidades, instituciones y organizaciones públicas que prestan servicios de salud, incluyendo las del sector privado, reguladas todas por el Ministerio de Salud. Este es el órgano rector normativo de la gestión de salud a nivel nacional, responsable de formular las estrategias, políticas, planes y programas nacionales, así como de dictar las normas que rigen el Sistema Público Nacional de Salud. (Capella, 2004).

El Sistema Público Nacional de Salud, demanda la articulación de esfuerzos/acciones en torno al eje central de la política del Estado. La búsqueda del equilibrio social, se encuentra dirigida no sólo a corregir las enormes diferencias que afectan a nuestra sociedad con su carga de exclusión e injusticia social, sino que se orienta al desarrollo pleno del ciudadano. Lograr a través de la reivindicación y recuperación del espacio

público, la vinculación de lo meramente político en todas las decisiones que afectan su vida en el día a día.

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

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

La participación ciudadana y el poder popular no sólo sirven como soporte fundamental a toda esta plataforma de gestión en salud, sino que también se han constituido en instancias autónomas que exigen la

adecuación de las instituciones de salud a las nuevas necesidades identificadas y a las posibilidades abiertas por el Estado en la construcción de la inclusión social.

Venezuela abre un espacio como pueblo al ideal democrático de participación colectiva , dejando claro que la salud como derecho social es un compromiso de todos , construida con estrategias que parten de las propias comunidades en función de lograr alternativas válidas en la resolución de sus problemas para alcanzar mejores niveles de calidad de vida.(Feo,2003).

La acción debe trascender 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 y decisiones integrales, en la búsqueda permanente de mejorar la calidad de salud y vida.

En este orden de ideas, Vargas (2004) señala que se deben proporcionar herramientas a los individuos, familias y comunidades para desarrollar habilidades y capacidades que hacen posible la autonomía, empoderándose de sus propios procesos, el reconocimiento de sus derechos sociales, los ejercicios de la autonomía. El Estado debe considerar como centro de acción al individuo, y orientar a la sociedad hacia un desarrollo social y humano sustentable como ejercicio democrático, amplio y participativo. Requiere que los ciudadanos asuman un rol protagónico en la gestión pública.

Esto implica superar la fragmentación existente, hacer esfuerzos por desarrollar un modelo integral, que no este centrado en la enfermedad y en la atención médica, sino en la promoción de la salud y la prevención de

la enfermedad, en el marco de una política social dirigida a elevar la calidad de vida. Sentarse todos los Sectores de Salud en la mesa de negociaciones, sin mezquindades, con la rectoría del Ministerio, en la búsqueda de un bien común: la Salud de la comunidad.

En la organización y funcionamiento de la Red de Atención de Salud del Sistema Público Nacional de Salud se ratifica la estrategia Atención Primaria de Salud en todo el territorio de la República Bolivariana de Venezuela, incorporándose a la red de atención de salud nacional las denominaciones: Consultorios Populares, Clínicas Populares y Hospitales del Pueblo. Estos deben ajustarse a las características que les correspondan en su respectivo nivel de complejidad.

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

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

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

La respuesta a esta demanda creciente ha sido el programa de formación de Medicina Integral Comunitaria (MIC), en el cual ya participan más de 17.000 estudiantes seleccionados y seleccionadas por las mismas comunidades de donde son procedentes. El programa de formación de medicina integral comunitaria está coordinado por el Ministerio de Educación Superior y el Ministerio de Salud y forma parte de la Misión Sucre.

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

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

Esta formación que atiende a los criterios de los estudios de postgrado en Venezuela, se concibe como una estrategia para lograr el alcance de las competencias profesionales necesarias (conocimientos, habilidades,

destrezas, actitudes y valores) para desempeñarse en los establecimientos de atención primaria en salud del SPNS. El Ministerio de Salud ha establecido que requiere médicos y médicas integrales para desempeñarse en atención primaria en una relación de 1 por cada 1.250 a 2.500 habitantes, lo cual significa que se requiere de entre 10.000 a 20.833 a fin de dar cobertura a toda la población venezolana (Ministerio de Educación Superior,2006).

Cuatro grandes áreas de trabajo del nuevo Sistema Público Nacional de Salud

Según Rincón (2004) se señalan cuatro grandes áreas:

1) Las estrategias promocionales de calidad de vida y salud: se resume en el ejercicio pleno de los derechos y deberes que en general se consagran en nuestra Constitución Bolivariana, los cuales se han ido aterrizando más con las Misiones. En cada territorio social es posible hacer un balance del disfrute de esos derechos y deberes por la población y las inequidades existentes por estratos, erigiéndose como proyecto (os) de transformación revolucionaria del Poder Popular la superación de esos déficit, que son inaceptables. Esto sería trabajar para ser y mantenerse saludables los colectivos humanos.

2) La prevención de las enfermedades y daños: parte de tener claridad sobre la probabilidad o riesgo de padecer las enfermedades o daños que son comunes en un territorio, estructurando acciones y prácticas que las eviten al máximo posible en las diversas poblaciones, de acuerdo con los saberes, haceres y recursos sociales existentes.

3) La atención de los enfermos con calidad:

- En el primer nivel de atención: los establecimientos de atención médica de BA 1 (Consultorios Populares y ambulatorios convencionales de

cualquier institución pública, clasificados como rurales o urbanos tipo I, servicios de odontología y ópticas)

- En el segundo nivel de atención: los establecimientos de atención médica de BA 2 (Centros Diagnósticos Integrales, Salas de Rehabilitación Integral, Clínicas Populares, Centros de Alta Tecnología, Ambulatorios Urbanos tipo II y III).

- En el tercer nivel de atención: los establecimientos de BA 3 (Hospitales tipo I, II, III y IV).

- En el cuarto nivel de atención: los establecimientos de atención médica de BA 4 (Hospitales superespecializados).

4) Los recursos para la salud: que incluye la formación y la capacitación continua del personal, abordados en el presente y de manera prospectiva, así como los insumos tanto para la atención médica de los enfermos como para las actividades preventivas. Aquí se plantean varias decisiones para garantizar la soberanía del país en medicamentos genéricos esenciales e insumos básicos, lo cual supone la edificación de una infraestructura productiva y creación y transferencia tecnológica.

Niveles de Atención del Sistema Público Nacional de Salud

En la organización de los niveles de atención del Sistema Público Nacional de Salud se contempla que la prestación de servicios de salud debe realizarse en todos los establecimientos de salud, organizados en tres niveles de atención. (Contreras, 2004).

. Primer Nivel: corresponde a las modalidades de atención cuya oferta de servicios se enmarca en la promoción de calidad de vida y salud y prevención de la enfermedad, la consulta ambulatoria y de referencia a niveles de atención en salud de mayor complejidad. Este nivel de atención está conformado por los Consultorios Populares y las brigadas móviles de salud, constituyéndose en la puerta de entrada al SPNS.

. Segundo Nivel: corresponde a las modalidades que requieren atención ambulatoria de mayor complejidad y a la hospitalización de observación en las especialidades básicas de medicina interna, cirugía, pediatría y ginecoobstetricia; anestesiología, sus servicios complementarios de diagnóstico y tratamiento y opcionalmente traumatología. Las Unidades Operativas de este nivel son las Clínicas Populares. Como Unidades de Apoyo en este nivel se encuentran los Centros de Diagnóstico de Alta Tecnología.

. Tercer Nivel: corresponde a la consulta ambulatoria de especialidades y supraespecialidades, hospitalización, servicios complementarios de diagnóstico y tratamiento de alta tecnología y complejidad. Las unidades operativas de este nivel son los Hospitales del Pueblo.

Redes de Establecimientos del Sistema Público Nacional de Salud

El Sistema Público Nacional de Salud está conformado por un conjunto de servicios y establecimientos de salud organizados en redes que corresponden a diferentes niveles de atención y escalones de complejidad. Es responsabilidad de las Redes la defensa de la salud integral de la comunidad en su ámbito territorial. Están conformadas por el Sistema Público de Salud integrado a la Seguridad Social. Existen dos tipos de redes de establecimientos de salud:

. La Red Municipal de Salud: conformada por uno o varios establecimientos de primer nivel y por un establecimiento de referencia de mayor complejidad. Para su conformación puede recurrirse a la mancomunidad de municipios. El responsable operativo de la red es el Gerente de Red.

. La Red Regional de Salud, conformada por redes municipales y por los establecimientos de tercer nivel de complejidad ubicados en las ciudades capitales del estado. Es responsable de su organización el Director de la DRSPNS.

Aportes de la Revolución Bolivariana en Salud

- Bajo la CRBV se comenzó en salud con la propuesta del Modelo de Atención Integral (MAI), el cual pretendió reorganizar la atención médica en sus tres niveles y en sus relaciones, desde el interior de las instituciones existentes y con los trabajadores de la salud, con su ideología y sus deformaciones desarrolladas en los intentos de reforma adelantados hasta ese momento.

- Se dio inicio al “Plan Bolívar 2000” de cooperación cívico-militar, con políticas de promoción de la salud y acciones preventivas de enfermedades como las vacunaciones gratuitas a la población; también, se efectuaron intervenciones quirúrgicas masivas para disminuir las abultadas colas de espera.

- El Ministerio de Salud y Desarrollo Social (actualmente Ministerio del Poder Popular para la Salud) decretó la eliminación del cobro en ambulatorios y hospitales, dándole un freno formal al proceso de privatización de la salud que se adelantaba como parte de la última reforma del sector.

- Se consideró necesario profundizar la política de salud visualizándola como un Plan Estratégico Social de desarrollo humano integral partiendo de las necesidades de la población reconocidas como derechos consagrados en la CRBV, cuya realización exigía un esfuerzo transectorial y social.

- Se institucionalizó la “Misión Barrio Adentro”, decretando el presidente de la República su aplicación en todo el país.

Actualmente en el año 2009

- Las políticas de salud del MPPPS se inscriben dentro de la línea Suprema Felicidad Social del Plan de Desarrollo Económico y Social de la Nación. (Proyecto Simón Bolívar). Teniendo como estrategia fundamental: Profundizar la atención integral en salud de forma universal.
- Expandir y consolidar los servicios de salud de forma oportuna y gratuita.
- Reducir la mortalidad materno-infantil y en niños menores de cinco años.
- Fortalecer la prevención y control de enfermedades.
- Propiciar la seguridad y soberanía farmacéutica.
- Incrementar la prevención de accidentes y de hechos violentos.
- Optimizar la prevención del consumo de drogas y asegurar el tratamiento y la rehabilitación.

Programas del Sistema Público Nacional de Salud (SPNS)

A continuación se nombran los programas bases del Sistema Público Nacional de Salud (SPNS):

Atención Prenatal e Infantil

La atención a la mujer embarazada y al niño y niña sana se consideran áreas prioritarias porque representan poblaciones vulnerables y por su trascendencia para garantizar el derecho a la salud de las generaciones presentes y futuras. Al analizar la cobertura de la atención prenatal se

observa que aumentó de 25 por ciento en 1997 a 57 por ciento en 2003, a pesar de que la captación temprana (en el primer trimestre) no llegaba al 30 por ciento y el número de controles por mujer embarazada en promedio estaba alrededor de 4 por embarazo. Entre 2004 y 2005 se atendieron en control prenatal un total de 769.604 mujeres embarazadas, de las cuales 146.397 se controlaron en los consultorios populares. En esos dos años, la cobertura de atención prenatal se elevó al 70 por ciento en el ámbito nacional.

En los consultorios populares se logró una captación temprana para el control prenatal del 54,5 por ciento. Además, al calcular el número de controles por mujer embarazada éste resulta en un promedio de 10,5 por embarazo. En los dos años señalados se realizaron en los consultorios populares 201.512 controles a mujeres durante el puerperio (a un total de 106.054 mujeres) y se captaron para iniciar su seguimiento 106.233 recién nacidos. En los años 2004 y 2005, entre los consultorios populares y la red convencional se atendieron en control de niña y niño sano menor de 1 año un total de 872.624, con lo cual se logró una cobertura por año del 87 por ciento. El 63.8 por ciento de estos niños y niñas se atendieron en los consultorios populares, 218.191 en 2004 y 338.333 en 2005. En estos dos años, se reporta un total de controles de niño y niña sana de 1.946.640 niños de 1 a 4 años y 3.945.920 de 5 a 14 años en los consultorios populares.

Enfermedades Crónicas

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

actividades en cada comunidad. Se presentan los datos de cinco enfermedades crónicas no transmisibles de gran importancia en salud pública para la población venezolana, los cuales muestran una significativa mejoría en la captura de casos nuevos, así como en la cobertura de la atención para el seguimiento y control. Estas son: hipertensión arterial (HTA), diabetes, enfermedad isquémica del corazón, enfermedad cerebrovascular y asma bronquial. En estas enfermedades se observó un aumento significativo en la captación de casos nuevos, del diagnóstico de personas en grupos muy excluidos, a los que de forma muy difíciles les hubiera diagnosticado la enfermedad en la situación anterior a Barrio Adentro.

Se aumentó además la captación pasiva en el consultorio, pero también la activa en las visitas al hogar y en las actividades de terreno. En la red convencional se observa que se mantiene el diagnóstico de casos nuevos e incluso se incrementa, aunque la concentración de consultas por cada caso nuevo al año es tan sólo de 1,3, lo cual no permite un seguimiento y control de la enfermedad. Esto se corresponde con la dificultad de brindar seguimiento y control en enfermedades crónicas en Venezuela.

Atención Odontológica

Los problemas de salud bucal de mayor frecuencia y gravedad son las caries y las periodontopatías. En Venezuela, los datos de estudios realizados en algunos grupos de población del país y la información sobre la demanda de atención odontológica en los servicios de salud sugieren que estas patologías son de alta prevalencia, particularmente las caries en los grupos sociales históricamente más desfavorecidos de la población. Se ha estimado que casi entre el 70 y 76 por ciento de niños y niñas ya tienen caries a los siete años y la probabilidad de que a los 12 años tengan por lo menos tres dientes con caries es muy alta. La

situación es similar en edades superiores y el volumen de desdentamiento entre los 35 y 44 años de edad alcanza la cifra de 26,7 por ciento.

Esos datos muestran la falta de atención odontológica en la población para todos los grupos de edad y sugiere la necesidad de ofrecer tratamiento restaurador en lugar de practicar la exodoncia como única solución y la importancia tanto de acciones preventivas como de actividades de promoción y educación para la salud. Para atender este problema de salud y por considerar que la salud bucal es un componente importante de la salud integral de la persona y su entorno, en 1999, mediante decreto del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, se estableció que toda la sal expendida en el territorio nacional debe contener entre 200 y 220 miligramos de fluoruro de potasio por kilo de sal para combatir la caries dental. Esta medida es tan eficaz como la fluoración de agua y ha sido aplicada en otros países como Costa Rica, Colombia, Francia, Jamaica, México y Uruguay.

En 2003, se inició el Programa Nacional de Salud Oral del Ministerio de Salud, el cual orientó su política al desarrollo de estrategias de promoción de estilos de vidas saludables, prevención de enfermedades y tratamiento curativo, así como la participación comunitaria. Sin embargo, es a partir de la implantación de la Misión Barrio Adentro en 2004 cuando se logra ampliar de manera importante la cobertura de los servicios de salud bucal.

Atención Oftalmológica

A pesar de que los problemas oftalmológicos son de importancia en la población venezolana, el acceso a la prevención, el diagnóstico y tratamiento de estas enfermedades ha sido muy limitado para la mayoría de las personas. Según un censo realizado en el ámbito nacional en el año 2001 , las patologías identificadas como causa de ceguera son: las

cataratas en el 66 por cien de los casos, el 16 por cien por retinopatías (incluidas la diabéticas) y la enfermedad hipertensiva, el 16 por cien por glaucoma y el 7 por cien por errores de refracción.

Para lograr eliminar la ceguera evitable, es necesario un abordaje integral de los factores de riesgo entre los cuales se encuentra la baja cobertura de los servicios oftalmológicos en el primer nivel. Como consecuencia de la falta de acceso a estos servicios, existe una demanda acumulada de atención médico-quirúrgica. En la red de consultorios populares de la Misión Barrio Adentro se realiza pesquisa y detección oportuna de las patologías oftalmológicas, se da orientación y se canaliza el tratamiento de la ceguera prevenible y deficiencias visuales.

Cuando se inició el plan nacional de alfabetización con la Misión Robinson, se detectó un gran número de personas con deficiencias visuales que nunca habían tenido acceso a lentes correctivos. Es así como se incorpora el servicio de óptica y optometría a través del cual, entre 2004 y 2005, se han atendido 3.529.604 casos, de los cuales el 38 por ciento fueron resueltos con la entrega de anteojos.

Vinculada a la Misión Barrio adentro se desarrolla la Misión Milagro, que tiene como objetivo dar respuestas a las necesidades acumuladas de tratamiento quirúrgico de patologías oftalmológicas con un enfoque integral que incluye la reincorporación de los y las pacientes a su vida familiar, laboral y social en el máximo posible de sus capacidades.

En una primera fase, entre julio de 2004 y marzo de 2006, se intervinieron en Cuba a 176.000 pacientes, el 79 por ciento por cataratas, el 19 por ciento por pterigio y un 2 por ciento por ptosis palpebral. A partir de octubre de 2005 se incorporan a la Misión Milagro 28 hospitales, que cuentan con 37 quirófanos, distribuidos en 15 estados de Venezuela. Se han realizado 18.294 intervenciones quirúrgicas oftalmológicas hasta

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

Contexto Legal del Sistema Público Nacional de Salud de Venezuela

Se encuentran la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela y el Anteproyecto de la Ley Orgánica de Salud.

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

El marco legal establecido por la Carta Magna permite la formulación de una propuesta de Ley Orgánica de Salud que recoja las orientaciones de política y establezca las normas para su institucionalización. La Ley Orgánica de Salud define el Sistema Público Nacional de Salud como el conjunto integrado de políticas, planes y acciones, recursos financieros de fuentes públicas, e instituciones, redes de atención y servicios públicos destinados a la salud, que operen en los ámbitos nacional, estatal y

municipal, incluyendo todas aquellas instituciones, redes y servicios que reciban financiamiento por parte del Estado.

La Ley Orgánica de Salud no ha sido sancionada todavía, aunque fue promulgada en 1999. Se dio una aprobación, en primera discusión, en el año 2004 y se esperaba que en la primera mitad de 2006 fuese a segunda discusión a fin de solventar las dificultades identificadas y que pudieran darse cumplimiento a los pasos necesarios para lograr su ejecución, de acuerdo a la Constitución.

Es una Ley que debe manejar aspectos muy complejos de la planificación del SPNS y la prestación y control de servicios integrales. Debe pasar a promover un régimen de financiamiento y modelo de organización funcional y de participación. Es una Ley que toca múltiples intereses y grupos de presión tanto a nivel central como a niveles regionales y locales. En la práctica, el SPNS se está construyendo sin que esa normativa legal esté lista.

En el Anteproyecto de la Ley Orgánica de Salud, el Estado rescata la rectoría y asume de manera corresponsable, junto con las gobernaciones, alcaldías y comunidades, una reestructuración interna para la conformación, consolidación y gobernabilidad del SPNS. Con el SPNS, el Estado venezolano crea una estructura equitativa para la inclusión social y el aumento de la gobernabilidad ya que, de acuerdo al Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, ésta guarda estrecha relación con la capacidad del país para dar respuesta a la deuda social acumulada.

La Constitución de la República Bolivariana de Venezuela y el proyecto de Ley Orgánica de Salud establecieron las instancias de coordinación intergubernamental que facilitan la construcción del SPNS.

Sobre el plano político y social, la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela de 1999 reconoce y facilita la acción de instancias de participación protagónica, cogestión, autogestión y cooperativismo; es decir, todas aquellas formas de vida y trabajo asociativas, guiadas por los valores de la colaboración recíproca y la solidaridad además de productividad social. La Constitución, previendo la multiplicidad de intereses y niveles de actuación gubernamental que pueden ser campo para la cogestión, establece los mecanismos para la planificación y coordinación en las distintas instancias de gobierno, donde tendrán representatividad las comunidades organizadas a través del Consejo Federal de Gobierno, del Consejo de Planificación y Coordinación de Políticas Públicas, del Consejo Local de Planificación Pública, de los Consejos Comunales y del Fondo de Compensación Interterritorial.

Los Consejos Comunales son la organización más avanzada que pueden construir los vecinos de una determinada comunidad para asumir como actores el poder popular. Sirven de mediadores y de articuladores de todos los programas sociales creados para mejorar la calidad de vida de todos los venezolanos y venezolanas, sin ningún tipo de discriminaciones.

CONCLUSIONES

Las Reformas en Salud en Cuba, Costa Rica, Colombia, Chile y Brasil, a pesar de tener elementos comunes que incluyen la introducción de mecanismos de competencia, modificaciones en la regla de financiamiento, estímulo a mayor participación del sector privado, selectividad en la canasta de servicios y focalización de la actuación del Estado; en su implementación no fueron homogéneas, teniendo distintos objetivos y modalidades.

En los años 1980 y 1990 las Reformas en Salud fueron fuertemente influenciadas por estrategias de organismos financieros internacionales acompañando los ajustes estructurales, en los cuales reformas de la seguridad social fueron impuestas como condicionalidades para recibir préstamos financieros, siendo impulsadas internamente por los Ministerios de Finanzas. La reducción de gastos sociales y su focalización tuvieron repercusiones bien conocidas en el aumento de pobreza y desigualdades.

Los 25 años desde Alma Ata fueron dinámicos y no siempre propicios para avanzar hacia la Salud para Todos. La llamada década perdida de los 80, las crisis económicas de la deuda externa, las dictaduras militares y la recuperación posterior de la democracia, el predominio del pensamiento de mercado y su correlato de reformas estructurales neoliberales fueron el telón de fondo para la lucha de los países de la región de las Américas. La Atención Primaria en Salud (APS) sufrió las mismas vicisitudes que estos países, pero fue alrededor de la APS que los trabajadores de la salud pública con el apoyo de la OPS, e integrándose a los procesos sociales y políticos, buscaron y lograron en varios países levantar y mantener la bandera de la Salud para Todos.

Según el Dr. Luis Dorta especialista de Corposalud Aragua, una crítica a los 25 años de APS fue creer que sólo con el médico y la enfermera se podía resolver hasta el 70% de la atención. Sin otro elemento como determinantes sociales, apoyo de laboratorio y exámenes paraclínicos era casi imposible tener un alto nivel de resolución.” Pertenezí en el año de 1992 al grupo que lideró en el Estado Aragua los Núcleos de Atención Primaria” (Barrio Adentro de esa época).

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

La Reforma Sanitaria es un proceso que modifica enfoques conceptuales y que tuvo una alta repercusión sobre el futuro de la salud a finales de siglo, por lo que el planteamiento de atención integral se maneja en ámbitos en los que la actividad biomédica es la que predomina, y por lo tanto, el proceso reformador corre el riesgo de no alcanzar su objetivo inicial.

La salud pública en Cuba entre otros de los países del Continente es un logro de la revolución y del socialismo; salvar las conquistas de salud y de la calidad de vida del pueblo cubano es salvar la Revolución, por ello no se puede renunciar a rescatar los aspectos de los servicios que se han deteriorado, producto del impacto material del periodo especial y conciente de la responsabilidad para con la calidad de vida de los pueblos insatisfechos permanentes con los resultados obtenidos, es nuestro deber continuar trabajando por la recuperación y desarrollo del Sistema Nacional de Salud en la Región de las Américas. Mantener la

priorización de la salud de los pueblos ha constituido un reto y objetivo estratégico para toda la sociedad y el Estado.

En este país se instrumentaron medidas que brindaron mayor cobertura, accesibilidad, equidad y calidad, satisfaciendo las demandas y necesidades del pueblo cubano, pero siempre buscando eficiencia dentro del sector. Se reforzó el papel del movimiento de municipios por la salud o comunidades saludables, como espacio para el desarrollo de las estrategias de promoción y prevención a nivel local, a cuyos fines se creó la red cubana.

Dentro de las Estrategias se encuentran: Reorientación del Sistema de Salud hacia la atención primaria y su pilar fundamental el médico y la enfermera de la familia, Revitalización de la Atención Hospitalaria, Reanimación del trabajo de los programas de tecnología de punta e Institutos de Investigaciones, Desarrollo del Programa de Medicamentos y Medicina Natural y Tradicional y la Atención priorizada a objetivos vitales del sistema como son: Estomatología, Servicios de óptica y Sistema Integrado de Urgencia y Emergencia Médica.

Así como los Programas: Programa Materno-Infantil, Enfermedades Crónicas No Transmisibles, Enfermedades Transmisibles y la Atención al Adulto Mayor.

En lo que respecta a Costa Rica los planteamientos conceptuales de la Reforma debieron revisarse detenidamente. Lo biopsicosocial que se planteó en el proyecto de reforma es un aspecto referido a la causalidad del proceso salud-enfermedad y que trasciende los aspectos de orden biológico que sustentan el enfoque biologicista y fármaco-céntrico; pero aún con el progreso que se hizo, el enfoque biopsicosocial no trascendió los asuntos de salud del ámbito médico y se queda en el plano de la atención médica. Para hablar de una atención integral de la salud, se debe partir de la acepción que conjuga los determinantes múltiples del

proceso salud-enfermedad con una respuesta social que convoque a actores y escenarios de acción, más allá de lo que se conoce tradicionalmente como Sector Salud.

No obstante el Ministerio de Salud tuvo la misión institucional de garantizar la salud de la población estableciendo las condiciones para el cumplimiento de los principios de equidad, universalidad y solidaridad, mediante el ejercicio de la Rectoría sobre las personas físicas y jurídicas relacionadas con la salud y la ejecución de programas prioritarios en la estrategia de los Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS).

En Colombia, la nueva visión de la política pública de salud se desarrolló en estrecha relación con el proceso de construcción de los objetivos, valores, principios y enfoques de intervención del Plan de Desarrollo Económico, Social y de Obras Públicas de Bogotá para el período 2004-2008. Se revisaron y discutieron las experiencias históricas de aplicación de la APS en países como Brasil, Costa Rica y Chile. De estos países se retomó el enfoque familiar y comunitario de la estrategia, la territorialización de la atención en áreas geográficas delimitadas donde actúan equipos de atención integral, dando respuesta a las necesidades de una población adscrita y sirviendo de puerta de entrada al Sistema de Salud con un enfoque de trabajo biopsicosocial, multidisciplinario y orientado al logro de resultados sanitarios, por lo que se debe lograr la articulación de los tres ejes: social, urbano regional y de reconciliación.

Por otra parte en Chile se sigue discutiendo la institucionalidad de la Reforma, como quedan las demás instituciones después de las leyes de la Reforma y las funciones y roles de las instituciones. Se hace necesario ajustar la cultura organizacional a las exigencias de una coordinación más horizontal y de un modelo centrado en la perspectiva del usuario, que es la idea original desde la protección a los derechos garantizados que persigue que los ciudadanos se empoderen y sea el propio usuario el que incida de manera más clara en la obtención de solución de sus problemas

de salud. La población desprotegida que no cuenta con seguridad social es amplia, por lo que debe ser un objetivo del gobierno chileno disminuir las brechas existentes en la garantía de los servicios de salud y que la población alcance los derechos sociales a través de factores de cohesión.

Para Brasil, hubo una multiplicación acelerada de nuevos actores sociales que extrapolaron los cuadros de los segmentos organizados y pasaron a comprender inclusive usuarios de los Servicios de Salud que a partir de esa experiencia comenzaron a actuar junto a los movimientos sociales de salud, transformando a Brasil en un gran laboratorio de experiencias de participación social de la más variada naturaleza. La participación de los profesionales de la salud en esas instancias deliberativas, también introdujo otra cultura en los Servicios de Salud.

El Sistema Único de Salud (SUS) en su trayectoria ha tenido que enfrentar periodos de inestabilidad de recursos financieros, resistencia para modificar los paradigmas asistenciales, para un modelo de presencia más activa de la promoción de la salud y de la prevención de enfermedades, debiendo superar las dificultades derivadas de un proceso de gestión complejo, provenientes del proceso de descentralización, que a veces dejó indefinida la división de responsabilidades entre las tres instancias de gobierno: nacional, estatal y municipal .

En el caso de Venezuela, hay todavía enormes desafíos para ser enfrentados: filas para consultas en el caso de la atención hospitalaria, en el de cirugías electivas y el recrudecimiento de algunas enfermedades como dengue. Ningún proceso histórico es lineal, mucho menos sin contradicciones. Lo que está en juego es hacer avanzar las conquistas del movimiento sanitario y consolidarlas .Se requieren innovaciones institucionales y científicas, desde el punto de vista de la gestión, de la atención a la salud y de las nuevas formas de relación entre el Estado y la Sociedad. Esto extrapola el ámbito de la salud y el gran aprendizaje es que como reforma sectorial las respuestas específicas tienen que ser al

mismo tiempo eficaces y abiertas al diálogo con otras áreas de actuación del Estado.

En este sentido, el ciudadano como sujeto de derechos está involucrado dentro del proceso de respuesta social, ya que él es autor y beneficiado de las acciones que procuran su propio bienestar y el de los demás. Esta precisión implica que es necesaria una acción más concertada en los aspectos de salud, que se puede lograr si se atiende el proceso justo en el lugar en el que él se genera, es decir; en el espacio de lo local.

La Misión Barrio Adentro se encuentra dentro de un conjunto de misiones que apuntan a la abolición de la pobreza. Estructuralmente se encuentra en el proceso de integración en el SPNS de Venezuela. Por tanto esta misión no puede analizarse como una intervención limitada, sino que debe considerarse como parte del sistema de salud, que se define como el conjunto de las organizaciones, instituciones y recursos dedicados a la salud, lo que involucra a los servicios de salud pública y al desempeño de una actividad intersectorial. En los actuales momentos está dirigida por presiones presidencialistas a ser asistencialista, lo cual queda corroborado con estadísticas emitidas por el gobierno nacional en la cual toman como indicadores de salud los treinta millones de consultas realizadas.

Barrio Adentro muestra que se pueden obtener objetivos diferentes con voluntad política y soporte ciudadano, que la utilización de los recursos financieros derivados de la riqueza nacional pueden invertirse de forma adecuada y rápida en la mejoría de la vida de la población y que se puede obtener una diferencia sustancial en la operación de los sistemas de salud. Aunque los indicadores de salud mostrados no son los mejores para evidenciar la eficacia de APS.

Barrio Adentro forma parte del intercambio entre Venezuela y Cuba, y es una alternativa de atención para todos los países. Muchas propuestas dirigidas a mejorar el acceso y la calidad de la atención en salud enfatizan la autogestión y trasladan las responsabilidades del Estado a la llamada sociedad civil, lo cual justifica retirar el financiamiento público.

Las consecuencias de la crisis económica de los últimos años sobre la situación y los servicios de salud, los cambios en el contexto nacional y las transformaciones que se llevaron adelante en el país a partir de 1999, así como el proceso de perfeccionamiento del Estado, son las razones fundamentales que justifican un nuevo momento de Reforma del Sector Salud. Estas deben darse a través de ejes estratégicos, con componentes legales y estructurales para la implementación de un Sistema Nacional Público de Salud, producto de decisiones de políticas sanitarias donde exista un liderazgo de parte del Estado y un ente rector, para que se considere el nexo de salud con el desarrollo general en su conjunto.

Como muestra allí están las reformas sanitarias de Brasil y Costa Rica, la renovación del servicio único de Chile, las fortalezas del Sistema Cubano, las conferencias sanitarias nacionales, el puente sanitario para la paz de Centroamérica, las leyes de participación popular, la descentralización y los sistemas locales de salud en muchos países, la rehabilitación basada en la comunidad, los municipios saludables y muchísimas otras experiencias.

Se persigue incrementar la eficiencia y calidad en los servicios en América Latina, garantizar la sostenibilidad del sistema, especialmente en términos financieros y aunque se ha alcanzado un alto nivel de equidad, se debe seguir estudiando y trabajando para eliminar pequeñas desigualdades reducibles en la situación de salud y la utilización de los servicios entre regiones y grupos de población.

Por último como venezolanos esperamos que nuestro país ya en definitivo legisle en materia de la Construcción del Sistema Público Nacional de Salud y que el Ministerio del Poder Popular para la Salud funcione como órgano rector a fin de canalizar todas las estrategias y desarrollo de los programas, que ha copiado del Modelo Cubano prácticamente todas las áreas, toda vez que este pueblo hermano nos ha brindado la atención por vía de la cooperación mutua y el intercambio, basados en la experiencia que para ellos se ha traducido en logros favorables.

RECOMENDACIONES

Al Estado Venezolano.

- Legislar en un tiempo breve la puesta en marcha del Sistema Público Nacional de Salud.
- Fomentar el desarrollo de este Sistema en todo el territorio de la República Bolivariana de Venezuela.
- Dar a conocer al colectivo en general las bondades que la implementación de este Sistema tiene para el beneficio de las Comunidades.

Al Ministerio del Poder Popular para la Salud

- Ejercer sus funciones de órgano rector, conductor de las políticas de salud, direccionando en sentido horizontal desde y para las comunidades.
- Continuar el proceso formativo del personal de las áreas de gestión de la salud pública, epidemiología, inspectores de salud pública y áreas afines, a fin de tener un recurso humano en materia de salud en estos tiempos de revolución.
- Acercamiento con los sectores más desposeídos a través de los Consejos Comunales y Consejos de Salud, a fin de reducir los indicadores de morbi-mortalidad.
- Énfasis en los programas prioritarios de atención al niño, adolescente, embarazada, adulto mayor, enfermedades crónicas no transmisibles, transmisibles, cáncer, sida.

Al Instituto de Altos Estudios en Salud Pública “Dr. Arnoldo Gabaldón”

- Continuar en su labor formativa a través de los distintos postgrados que ofertan de gestión en la salud pública, epidemiología, diplomados, cursos de ampliación entre otros.
- Servir de enlace con importantes instituciones de salud pública a nivel internacional, con otros sectores del saber y del conocimiento en el área de la salud pública, a fin de intercambiar conocimientos enriquecedores y que contribuyan al fortalecimiento del SPNS.
- Mantenerse como una ventana abierta a la información y el conocimiento de vanguardia a través de su plataforma y su amplia biblioteca.
- Continuar contando entre sus filas con un personal profesional altamente calificado en el área de la salud pública digno de cualquier instituto internacional, así como su equipo de obreros y empleados.

A la Corporación de Salud del Estado Aragua

- Por ser el órgano rector de las políticas de Salud en el Estado Aragua, obedeciendo a los lineamientos del Ministerio de Salud y como línea responsable de la gobernación del Estado Aragua para que continúe la operatividad de las estrategias que emana del órgano rector Ministerio de Salud y que siga dándole la oportunidad a su personal de realizar este prestigioso postgrado, de altura, con gran valor formativo: entre la que me incluyo por haber sido una participante activa y comprometida con las necesidades de mi Estado Aragua y de mi querido país Venezuela.

A los estudiantes del Postgrado de Gestión de la Salud Pública

- Para que se animen a realizar este tipo de investigación documental, con un alto contenido de revisión bibliográfica e histórica de valor incalculable.

REFERENCIAS BIBLIOGRÀFICAS

Acuña (2007). *Reformas Sectoriales en la Situación de Salud de los pueblos de las Américas*. OPS/OMS.

Aguilera (2007). *Los procesos de reforma desde la perspectiva de los Determinantes Sociales en Salud y su impacto en la Región de las Américas*. Santiago, Chile.

Aguirre (2005). *La Dimensión Tecnológica en las Políticas de Salud*. Ministerio de Sanidad y Asistencia Social y Corposalud del Estado Aragua. Tesis de Doctorado del CENDES-UCV, Caracas, Venezuela.

Almeida (2002). *Reforma de Sistemas de Servicios de Salud y equidad en América Latina y el Caribe. Lecciones de los años 80 y 90*. Sao Paulo, Brasil.

Alvarado (2004) *Barrio Adentro. Estadísticas anuales*. Unidad Central de Información. Caracas, Venezuela.

Angulo y et al (1996). *Descentralización y gestión local en Costa Rica: el caso de Sarapiquí y Desamparados*. (Memoria Seminario de Graduación). Universidad de Costa Rica, Facultad de Ciencias Sociales, Escuela de Antropología y Sociología, Departamento de Sociología.

Caja Costarricense de Seguro Social y Ministerio de Salud. (1994-1998). *Funciones y actividades del Equipo de Salud del primer nivel de atención*. San José, Costa Rica: CCSS, MINSAL

Capella (2004). *La Salud es patrimonio de los pueblos*. Caracas, Venezuela.

Cartaya (1997) *Exclusión and integration. A synthesis in the building?* Ginebra: International Institute for Labor Studies.

Casas (2003). *Gestión del Conocimiento y cooperación Técnica en el siglo XXI*. Extraído el 08 de diciembre del 2006 desde <http://www.paho.org/English/DD/IKM/jac-crics.pps>.

Céspedes y et al (2002) *Impacto de la Reforma del Sistema de Seguridad Social sobre la equidad en los Servicios de Salud en Colombia*. Trabajo de Grado de Doctorado, Universidad Pontificia, Bogotá, Colombia.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL, 2006). *Centro América, el impacto de la caída de los precios del café*.

Constitución de la República Bolivariana de Venezuela.

Contreras (1984) *Atención Primaria de Salud*.

Contreras (2004). *Coordinación Nacional de APS .Red de APS*.

COPRE (1988). *La Reforma del Estado. Proyecto de Reforma Integral del Estado*. Caracas, Venezuela.

Feo (2003). *Repensando la Salud. Propuestas para salir de la crisis .Análisis de la Experiencia Venezolana*. Universidad de Carabobo. Instituto de Altos Estudios "Dr. Arnoldo Gabaldón". Maracay, Venezuela.

Fleury (2001) *La Economía Venezolana*. Bogotá: Siglo XXI.

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

González (2005) *La Miseria en Venezuela*. Valencia, Venezuela

Jeffrey (1999). *Comunicación y Relaciones Públicas*. Madrid: Continental.

Labra (2001). *Política y Salud en Chile y en Brasil. Contribuciones para una comparación*. Sao Paulo, Brasil.

Ley Orgánica de la Administración Pública.

Ley de los Consejos Comunales.

Ley Orgánica de la Contraloría General de la República y del Sistema de Control Fiscal.

Ley Orgánica de Planificación.

Leyens (2005). *Alianzas Estratégicas. Creación, Desarrollo y Administración para beneficio mutuo*. Buenos Aires: Vergara.

Londoño (2005). *Factores Socioeconómicos y Aseguramiento en Salud en el Área Urbana de Colombia*. Tesis de Maestría. Facultad Nacional de Salud Pública Medellín, Colombia.

Laurell y López (1996) *La Reforma de Salud en Costa Rica: Implicaciones en la Gestión Municipal*.

López (1976) Dirección de Bienestar Social. Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. V Congreso Venezolano de Salud Pública. Caracas.

Magallanes (2005) *La igualdad en la República Bolivariana de Venezuela (1999-2004)*. Revista Venezolana de Economía y Ciencias Sociales

Méndez (1998). *Guía para Elaborar Diseños de Investigación en las Ciencias Económicas, Contables y Administrativas*. Bogotá: Mc-Graw Hill. Interamericana.

Ministerio de Educación Superior (2006) Misión Sucre inicia carrera de Enfermería y deporte. <http://www.mes.gov.ve/informa/noticias.php?id=323>. Caracas: Ministerio de Educación Superior.

Ministerio de Salud y Desarrollo Social (2004) Programa de Formación en Medicina Integral Comunitaria de la Misión Sucre. Caracas.

Navarro (1997). *La Transformación de la gestión de hospitales de América Latina y el Caribe*. San José, Costa Rica.

Ochoa y Gamboa (1983). *La Gestión o administración. Un enfoque Teórico- Metodológico*. Universidad del Zulia. Venezuela

Ojeda (2005) *Evaluación de la Responsabilidad Política del Gobierno Local del Municipio Girardot del Estado Aragua, respecto a la Gestión Ambiental*. Tesis Doctoral del Doctorado en Ciencias de la Educación de la Universidad Bicentennial de Aragua, San Joaquín de Turmero, Estado Aragua, Venezuela.

Organización Mundial de la Salud (2002) *Renovación de la Atención Primaria de Salud*. Washington, DC.

Organización Panamericana de la Salud (1986) Primera Conferencia Internacional. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Ottawa, Canadá.

Rincón (2004). *Modelos de Gestión de los Servicios de Salud promovidos por las gobernaciones venezolanas (1989-2003)*. Trabajo final del programa de investigador novel (CEE-LUZ-FONACIT).

Selby (2004). *Siete maestros, un camino*. Barcelona, España: Vergara.

Shepard (2005). *Comunicación Organizacional*. Santiago de Chile: Limus

Sintes (2004) *Salud Familiar: Manual del Promotor*. Maracay:

Ugalde y Hòmedes (2005). Las Reformas Neoliberales del Sector de la Salud: déficit gerencial y alineación del recurso humano en América Latina. *Revista Panamericana de Salud Pública*, (17) ,202-209.

Universidad Pedagógica Experimental Libertador, UPEL (2004). *Manual de Trabajos de Grado de Especialización, Maestría y Tesis Doctorales*. Caracas: Fedeupel.

Urriola (2007). *Avances y Desafíos en los Problemas de Reformas Sectoriales*. Santiago, Chile.

Vargas (1999). *El Estado y las Políticas Públicas*. Bogotá, Colombia.

Vargas (2004). *Pensando en la Salud*. Caracas, Venezuela.

Walton (2000). *Calidad de Vida de los Trabajadores*. Washington: Ross