

## Gestión del programa *Barrio Adentro*: su expresión en el Zulia\*

Rincón Becerra, María T.\*\*  
Rodríguez Colmenares, Isabel\*\*\*

### Resumen

Los cambios impulsados en la política social por parte del gobierno nacional a raíz de las transformaciones del marco institucional a finales de 1998, dieron paso al diseño de una nueva estrategia organizativa en materia de salud pública. Este trabajo tiene como objetivo explorar la política y gestión del programa Barrio Adentro en el Estado Zulia. Se adelantó una investigación de tipo exploratoria-descriptiva, la cual se fundamentó en la revisión de documentos oficiales y hemerobiográficos, así como en entrevistas realizadas a informantes clave de la gestión a nivel regional del programa. Los resultados revelan: 1) desarrollo de una política central implementada de manera paralela a la que venía ejecutándose por parte del aparato de Estado, 2) presencia convergente de multiplicidad de instituciones del Estado, 3) estructura de decisiones desconcentrada-horizontal, 4) su fuente de financiamiento proviene del Estado, 5) el personal goza de estabilidad laboral, 6) el personal directivo funciona bajo el régimen de comisión de servicio, 7) servicio prestado de manera gratuita y sobre la base de la Atención Primaria. Se concluye que Barrio Adentro se ha desarrollado bajo un estilo de gestión paralelo a las formas tradicionales de afrontar la organización de los sistemas de salud.

**Palabras clave:** Política, gestión, atención primaria de salud, programa social, estado Zulia.

Recibido: 06-11-29 • Aceptado: 07-06-14

- \* Este trabajo forma parte de los resultados del proyecto de investigación "Política y Gestión Pública de salud en Venezuela periodo 1999-2005", adscrito al Programa Política y Gestión Pública en Venezuela del Centro de Estudios de la Empresa (CEE) de la Facultad de Ciencias Económicas y Sociales (FCES) de la Universidad del Zulia (LUZ). Se agradece la colaboración en la recolección de información, mediante entrevista al Sociólogo Jhoan Valero, Auxiliar de Investigación del Programa Política y Gestión Pública en Venezuela del CEE de la FCES de la LUZ.
- \*\* Lic. en Ciencias Políticas. Magíster en Dirección y Gestión Pública Local. Doctorando en Ciencias Sociales, mención Gerencia. Docente e Investigadora del CEE de la FCES de LUZ. Acreditada en el Programa de Promoción al Investigador (PPI).
- \*\*\* Sociólogo. Magíster en Ciencias Política. Docente e Investigadora Jubilada de la FCES de LUZ. Acreditada en el Programa de Promoción al Investigador (PPI).

## *Management of the Barrio Adentro Program: its Expression in Zulia*

### **Abstract**

The changes in social policy impelled by the national government due to transformations in the institutional framework at the end of 1998, gave way to the design of a new organizational strategy in public health. The purpose of this study is to explore the policies and management of the *Barrio Adentro* Program in the State of Zulia. An exploratory-descriptive type of research was performed, based on a review of official and hemerobibliographic documents, as well as interviews carried out with informants key to regional management of the program. Results revealed: 1) development of a central policy implemented parallel to what was being executed by the State apparatus, 2) convergent presence of a multiplicity of State institutions, 3) deconcentrated-horizontal decision structure, 4) source of financing coming from the State, 5) personnel enjoy job stability, 6) managing personnel function under the regime of commission for services, 7) services are rendered for free and are based on primary attention. Conclusions were that *Barrio Adentro* has developed under a management style parallel to traditional forms of organizing health systems.

**Key words:** Policy, management, primary health attention, social program, State of Zulia.

### **Introducción**

Desde 1998, en el marco de las transformaciones ocurridas en el ámbito político, social y económico, tiene lugar el surgimiento de una nueva política de salud que en lo normativo introduce un giro en la concepción y gestión de la salud en Venezuela. Se intenta poner en práctica una política de tipo universalista, integral, gratuita, que busca frenar los intentos de privatización que fueron tomando 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 atención, basado en la vieja estrategia de Atención Primaria en Salud. Ese modelo se conoce como Misión Barrio Adentro y surgió en el 2003, como una iniciativa del gobierno nacional para prestar atención a los sectores más desprotegidos.

La nueva Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, va a favorecer la

implantación del modelo de atención, por cuanto en ella se consagra la salud como un derecho fundamental, obligación del Estado de garantizarlo, por lo que el Ministerio de Salud y Desarrollo Social (MSDS) queda encargado de adelantarla. Vale destacar que este organismo fue objeto de un proceso de reforma que abarcó desde el cambio del nombre hasta la generación de una organización estructural y funcional, que implicó la eliminación de algunos organismos y la fusión de otros. El proceso de reestructuración estuvo motorizado por el deseo de brindar una mejor atención a la población más necesitada, mejorar los procesos administrativos y alcanzar mayores niveles de eficacia y eficiencia por parte del sector salud.

El objetivo de este trabajo es explorar la gestión del Programa Barrio Adentro en el estado Zulia (1), tocando algunos elementos más generales de lo que se denomina la política de salud. La investigación adelantada fue de tipo exploratoria, descriptiva, se apoyó en

la aplicación de técnicas de recolección de informaciones validadas y reconocidas, como la consulta de documentos; la observación simple directa; para ello utilizamos la entrevista semiestructurada realizada a informantes clave, responsables de la gestión del programa Barrio Adentro en la región zuliana; así como fuentes secundarias. Entre las técnicas utilizadas para la recolección de información destacan: Observación indirecta no participante, como fueron las guías de entrevistas semiestructuradas, y la técnica de fichas estilo fólder para el almacenamiento y análisis de los datos. Se utilizó la inducción como método de investigación.

## **1. Política de Salud en Venezuela: 2000-2006**

El intento por instaurar un nuevo Sistema Público Nacional de Salud en Venezuela, confronta grandes tropiezos de tipo político, organizativos, económicos, culturales, entre otros; a pesar de ello no puede dejar de reconocerse los avances adelantados que en materia de salud pública se han tenido. Antes de que se aprobara la nueva Constitución, un grupo de médicos bolivarianos iniciaron el proceso de discusión del primer intento por aprobar una ley que recogiera las directrices políticas que dirigirían el sistema de salud; a pesar de ello no lograron concretar una plataforma, dado que los distintos actores que intervinieron en esta materia confrontaron posturas ideológicas inconciliables. Sin embargo, esto no impidió que se siguiera trabajando en la formulación de una política que lograra conjugar la garantía del derecho a la salud y por ende lograr la inclusión social de los sectores más desprotegidos del país.

Como uno de los antecedentes se tiene que en 1999, bajo la Coordinación del Dr. Gil-

berto Rodríguez (2), quien actuó como coordinador de la Subcomisión de Salud, designó a un equipo de trabajo la responsabilidad de formular una propuesta de Ley Orgánica que garantizara la salud de los venezolanos. Uno de los rasgos más resaltantes del trabajo realizado se erigió sobre la apertura pública, interna e internacional. Se proponía darle un giro respecto a la antigua concepción de asistencialista, biologicista y curativa de la salud, la cual debía ser desplazada para ser asumida como un derecho social y humano, con garantía para los ciudadanos (Camacaro, 2006). Esta propuesta fue desestimada por la Dra. María Urbaneja quien al asumir las riendas del Ministerio, designa un nuevo equipo para trabajar, y se nombra a una nueva Subcomisión de Salud para la Asamblea Nacional, la cual fue la responsable de definir la corriente de pensamiento y de principios que regirían el intento del nuevo Sistema de Salud Público Nacional (Armada, 2005). Esta Comisión revisó y estudió todas las anteriores propuestas formuladas, y se consideraron principalmente las propuestas establecidas por la Subcomisión que había sido liderada por Gilberto Rodríguez y la inclusión de la vieja propuesta los derechos de los pueblos indígenas, planteada por el Movimiento Electoral del Pueblo (MEP) en 1987.

La formulación y aprobación de la Constitución de 1999, se llevó a cabo dentro de un proceso que batalló con vicios del estilo populista de hacer política y en un clima de tensiones ideológicas en donde se puso de manifiesto la prevalencia de dos concepciones de la salud ancladas en dos corrientes de pensamientos divergentes: una de predominio neoliberal y otra de naturaleza progresista. La tesis que fue considerada como la adecuada, fue la asociada a la condición humana y a la vida, constituyéndose la salud en un derecho a ser

garantizado por el Estado (Feo y Cursio, 2004), Y así, de esta manera, detener el avance privatizador que había venido cobrando auge en el sector salud a raíz del proceso de descentralización político administrativo.

Sostienen Feo y Cursio (2004), que fueron diversos los actores que participaron en la elaboración de la política de salud, formalmente correspondía la responsabilidad a la Comisión de Derechos Sociales y de la Familia, la cual asignó a la subcomisión de salud, la responsabilidad de redactar los artículos de salud, dicha Subcomisión abrió el proceso a la participación de actores no formales, representados por ciudadanos comunes y organizaciones no gubernamentales, mediante un programa denominado de participación abierta y el programa de consultas, en el cual participaron expertos internacionales, representantes del sector gubernamental, no gubernamental y académicos, “muchas de las ideas y planteamiento de las propuestas...fueron incorporadas al texto constitucional...las propuestas que no eran de índole constitucional fueron consideradas para ser agregadas en leyes y reglamentos a posteriori” (Feo y Cursio, 2004).

La subcomisión consideró el predominio de la corriente progresista en virtud del reconocimiento de que “era necesario rescatar el valor de la solidaridad y la dignidad humana, reafirmando el carácter de la salud como derecho social y el papel del Estado como su garante...existió consenso en relación con la salud como derecho social” (Feo y Cursio, 2004: 7). Bajo esta perspectiva se reafirma el papel del Estado, contrarrestando la tendencia privatizadora del Sistema Público Nacional de Salud que estaba siendo aupado por sectores interesados en ampliar la oferta de salud mediante la adopción de mecanismos de flexibilización y precarización laboral (Rincón y

Rodríguez, 2005) y supone, en la generalidad de los casos, una desmejora por el desmedido aumento de los costos de administración en desmedro de los beneficios del paciente, cuando el sistema de seguridad social descansa en el sector financiero privado, así como acarrea perjuicio para los beneficiarios cuando no se contemplan determinados riesgos que tienen entonces que ser asumidos por los propios individuos, con lo que surgen nuevos obstáculos para el logro de la equidad, el acceso a los servicios y a la inclusión social.

En general, en materia de derecho social y particularmente de salud, se registra en la Constitución, la introducción de un conjunto de preceptos que son novedosos, así se tiene que los artículos que consagran el derecho a la salud son:

Artículo 83: La salud es un derecho social fundamental, obligación del Estado, que lo garantizará como parte del derecho a la vida. El Estado promoverá y desarrollará políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios. Todas las personas tienen derecho a la protección de la salud, así como el deber de participar activamente en su promoción y defensa, y el de cumplir con las medidas sanitarias y de saneamiento que establezca la ley, de conformidad con los tratados y convenios internacionales suscritos y ratificados por la República (Asamblea Nacional, 1999).

Este artículo consagra la salud como derecho garantizado por el Estado y la reivindicación de la relación entre el Estado-Individuo y Sociedad, reflejando la propuesta de un esfuerzo por garantizar la calidad de vida. El

concepto de calidad de vida lleva implícito una concepción pluridimensional de elementos y factores de los cuales depende la acción humana, por lo cual ésta se presenta como un derecho producto de garantías sociales, económicas y políticas en el sentido del logro de consensos plurales y de compromiso de los ciudadanos para que el Estado pueda cumplir con su cometido.

Artículo 84: Para garantizar el derecho a la salud, el Estado creará, ejercerá la rectoría y gestionará un sistema público nacional de salud, de carácter intersectorial, descentralizado y participativo, integrado al sistema de seguridad social, regido por los principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, integración social y solidaridad. El sistema público de salud dará prioridad a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades, garantizando tratamiento oportuno y rehabilitación de calidad. Los bienes y servicios públicos de salud son propiedad del Estado y no podrán ser privatizados. La comunidad organizada tiene el derecho y el deber de participar en la toma de decisiones sobre la planificación, ejecución y control de la política específica en las instituciones públicas de salud (Asamblea Nacional, 1999).

En este artículo queda constancia expresa sobre el empleo, los mecanismos y principios, que en lo sucesivo y de manera formal, intenta proponer un sistema holístico en donde las principales dimensiones que lo integran encuentran pertinencia para lo cual él se concibe como: intersectorial, descentralizado y participativo, regido por los principios de gra-

titud, universalidad, integralidad, equidad, integración social y solidaridad, intentando de esta manera garantiza el respecto y ejercicio de este derecho por parte del Estado. Por otra parte, se manifiesta que la política debe estar interrelaciona entre sus elementos, como son promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, permitiendo en este último caso la re-insercción social de los discapacitados (3).

Artículo 85: El financiamiento del sistema público de salud es obligación del Estado, que integrará los recursos fiscales, las cotizaciones obligatorias de la seguridad social y cualquier otra fuente de financiamiento que determine la ley. El Estado garantizará un presupuesto para la salud que permita cumplir con los objetivos de la política sanitaria. En coordinación con las universidades y los centros de investigación, se promoverá y desarrollará una política nacional de formación de profesionales, técnicos y técnicas y una industria nacional de producción de insumos para la salud. El Estado regulará las instituciones públicas y privadas de salud (Asamblea Nacional, 1999).

Este artículo es hacia la no privatización de la salud, atribuyéndole al Estado la responsabilidad principal de fuente de financiamiento, sin menos cabo de incorporar algún otro tipo de financiamiento ajena al ciudadano. Asimismo plantea el esfuerzo mancomunado para formar a los profesionales productores de materiales para mantener y mejorar las condiciones de salud de la población.

El contenido de la política de salud, está orientado a otorgarle prioridad a la promoción de la salud sin descuidar la atención que amerita el cuidado a las personas cuando se encuentran enfermas (modelo curativo).

Esto ha dado paso a la generación de una concepción, que si bien es cierto no es nueva, ella se articula sobre la base de la propuesta de la Atención Primaria de Salud que viene funcionando para el caso de América Latina desde mediados de la década del setenta. Lo novedoso está en que esta estrategia es concebida en la actualidad como una política de Estado, la cual es definida en concordancia con lo que formuló hace treinta años la OMS al referir que “La asistencia sanitaria (es) esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundados y socialmente aceptada, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de auto responsabilidad y autodeterminación” (OMS, 1978: 106). Dada esta concepción, en Venezuela por parte del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (4) (MSAS), se registraron varios intentos de implementar dicha política, siendo uno de más reconocidos el que se dio en los inicios de la década del noventa, cuando se trató de impulsar el modelo de los Sistemas Locales de Salud (SILOS) en todas las regiones del país.

Las experiencias de SILOS, fracasaron por la falta de voluntad política por parte de los actores institucionales involucrados en el proceso de ejecución, sino porque existieron factores contradictorios en la propia concepción de la salud pública, aunque contaron con el apoyo de los organismos internacionales, tales como: la OMS y la OPS, las cuales estuvieron ‘presentes, tanto dentro del Ministerio como fuera de él. Además los determinismos biomédicos condicionaron el enfoque de salud pública hacia la perspectiva médica, con el diseño de un modelo de gestión, organización

y atención orientado a la enfermedad y con menor énfasis en la promoción de la salud, lo que resultó contradictorio con respecto al espíritu y filosofía subyacente en la Atención primaria en Salud, que han estado dirigidos hacia la promoción de la salud y la calidad de vida. Como resultado de esta orientación fue la configuración de un modelo de atención centrado en el una capacidad limitada de la oferta de los servicios y desarticulada de la educación sociosanitaria y la promoción en salud (OPS, 2006) (5).

A casi tres décadas de la declaración de Alma Ata, sobre la Atención Primaria en Salud, el gobierno nacional busca brindar una asistencia promovida desde el primer nivel de atención, el cual representa el contacto inicial entre los individuos, la familia y la comunidad, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el inicio de un proceso permanente de asistencia sanitaria, la cual se encuentra enmarcada en la búsqueda de la calidad de vida, bienestar colectivo y el acceso a los servicios, esto revela una política para la: justicia, igualdad e inclusión de los más humildes.

La implantación de la estrategia de Atención Primaria en Salud, se presenta en el gobierno de Chávez desde sus inicios mediante el desarrollo de un programa social denominado Barrio Adentro, que forma parte del Acuerdo Marco de Cooperación Cuba-Venezuela suscrito para atender las necesidades de salud de ambos países. En el artículo IV, de dicho convenio reza que:

La República de Cuba ofrece gratuitamente a la República Bolivariana de Venezuela los servicios médicos, especialistas y técnicos de la salud para prestar servicios en lugares donde no se dispon-

ga de ese personal. Los médicos especialistas y técnicos cubanos en la prestación de sus servicios en la República... ofrecerán gratuitamente entrenamiento al personal venezolano de diversos niveles que las autoridades soliciten. La parte venezolana cubrirá los gastos de alojamiento, alimentación y transportación interna. El gobierno de Cuba garantizará a todos los galenos y demás técnicos sus salarios y la atención adecuada a los respectivos familiares en la isla.

Este convenio se constituye en un apoyo de cooperación entre ambas naciones para recibir beneficios mutuos, en el caso de Cuba los beneficios percibidos descansan sobre el suministro de petróleo y sus derivados, a precios razonables con plazos e intereses preferenciales de pago, y sirve de fundamento esencial para el nacimiento del Plan Barrio Adentro (6), el cual surge el 16 de abril de 2003 en la Alcaldía del Municipio Libertador, como respuesta del Estado venezolano para la solución de las principales necesidades de salud, a causa de la catástrofe natural ocurrida en Vargas a finales de 1999, lo que dio paso al desarrollo de la Red de Atención Primaria en Salud en Venezuela.

Esto hace que surjan algunas inquietudes que ponen de manifiesto: 1) la búsqueda de la asistencia sanitaria universal y gratuita; y 2) generar cambios en las rutinas administrativas que imponen dificultades en la adopción de política de salud, por el predominio de aspectos de tipo políticos y de intereses particulares de los diversos actores que participan en el diseño e implementación, los cuales a su vez se han enfrentado a la retoma de los postulados formulados con anterioridad por la OMS y la OPS, afincados en la Atención Pri-

maria en Salud, como estrategia para alcanzar la salud para todos. En la actualidad, la implantación de esta política evidencia diferencia en la forma de su ejecución, por lo que se hizo necesario introducir arreglos institucionales que fueran más allá de las modificaciones que se habían suscitado con la descentralización, por lo que las reformas emprendidas necesitaron de la construcción de un modelo administrativo que ha venido actuando en forma paralela para contrarrestar las tensiones políticas y a los factores ideológicos adversos a este proceso de política pública en salud.

Ese año mediante decreto presidencial se declara su implantación a nivel nacional, para lo cual se crea una Comisión Presidencial, en la que participan como actores clave como han sido los Ministerios de Energía y Minas; Salud y Desarrollo Social; Trabajo y Defensa; así como Petróleos de Venezuela, el Frente de Luchadores Sociales; Alcaldías, y entes financieros del Estado, cada uno de estos organismos tienen funciones a lo interno distintas y en relación al programa cada una cumple con funciones y actividades diversas.

La ejecución, promoción y seguimiento del programa el mismo está a cargo de los Ministerios de Salud y Desarrollo Social; Vivienda, el Instituto Nacional de la Vivienda (Inavi), Corpozulia (para el caso del Zulia), Petróleos de Venezuela (Pdvsa), Corporación Venezolana de Guayana (CVG), Fonvis, Fundación Proyecto País, Gobernaciones y Alcaldías, los dos últimos casos participan tan sólo cuando son afectas al proceso de transformación emprendido por el Presidente de la República. En el caso del estado Zulia la Gobernación representada por fuerzas opositoras no apoyan el programa, caso contrario de las Alcaldías, particularmente la Alcaldía del Municipio Maracaibo.

Con esta diversidad de actores pertenecientes a distintos sectores, se ha dado inicio al primer intento de crear una estrategia de intersectorialidad, en la ejecución del programa, en este sentido Cunill (2005: 1-2), señala que la noción de la intersectorialidad, plantea que son premisas las que "...se han detectado hasta ahora: Una premisa es que la integración entre sectores posibilita la búsqueda de soluciones integrales. Esta premisa le asigna un fundamento expresamente político a la intersectorialidad y se traduce en la asunción de que todas las políticas públicas persigan estrategias globales de desarrollo, tales como: modificación de la calidad de vida de la población, las cuales deben ser planificadas y ejecutadas intersectorialmente; y la segunda premisa que sustenta una parte del discurso sobre la intersectorialidad es que la integración entre sectores permite que las diferencias entre ellos puedan ser usadas productivamente para resolver problemas sociales. Esta premisa remite a un fundamento técnico de la intersectorialidad consistente con la idea de que crea mejores soluciones porque permite compartir los recursos que son propios de cada sector", limitando así la duplicidad de funciones en materia de salud, que fue una práctica acentuada en el caso venezolano, lo que trajo aparejado el incremento burocrático y la erosión de los recursos. Con esto se adelanta una estrategia que busca irradiar el esfuerzo de un trabajo en equipo que involucra distintas ópticas, con el propósito de fortalecer un proceso de gestión en materia social que busca minimizar los niveles de exclusión de la población.

A pesar de tratarse de un esfuerzo que surgió como resultado de un esfuerzo multi-sectorial, no puede dejar de referirse que Barrio Adentro nace como un plan con irradiación local específica, pero se ha convertido en

un programa con múltiples propósitos que integra las áreas de salud, educación popular, economía social, consolidación urbana, seguridad alimentaria, recreación, deporte, cultura y comunicación.

Este programa busca modificar el Sistema Público Nacional de Salud venezolano, mediante un modelo de gestión de salud integral orientada al logro de una mejor calidad de vida, mediante la creación de Consultorios y Clínicas Populares, además de los hospitales del pueblo, dentro de las comunidades de poco acceso a los ya existentes. Es por ello que se ha expandido la atención hacia un segundo y tercer nivel, lo que ha permitido el nacimiento de Barrio Adentro II y Barrio Adentro III. "La Ubicación de los médicos en las comunidades tiene el objetivo de que cada uno alcance atender entre 200 y 350 familias. En Julio de 2006 se habían construido 1612 módulos y están en construcción 4618, lo que significa que 23793 profesionales de la salud forman parte de este programa, de los cuales 15486 todavía se encuentran viviendo en casas de familia facilitadas por la comunidad" (OPS, 2006: 33). Hasta hora el nuevo sistema paralelo comprende 216 Centros de Diagnóstico Integral, 303 Salas de Rehabilitación Integral y 6 Centros de Alta Tecnología y 1907 Consultorios populares, que suman 472 Centros de Salud nuevos correspondientes a Barrio Adentro I y II (MPPS, 2007).

Con la implantación de este sistema también se desea atacar un problema de vieja data, pues se está ante la búsqueda de la instauración de un sistema de referencia y contrarreferencia aspecto éste que ha sido un factor de preocupación, porque la falta de ese mecanismo en el funcionamiento histórico del sistema de salud ha generado distintos tipos de controversia, pues no se ha logrado materializar efectivamente en Venezuela.

Barrio Adentro II, busca extender la cobertura brindando una serie de exámenes de laboratorio y paraclínicos, que permiten un mejor diagnóstico, para ello se han conformado los Centros de Diagnóstico Integral (CDI), los cuales brindarán atención de emergencia durante las 24 horas del día; y permitirán que los casos más cotidianos se resuelvan en ese mismo nivel, mientras que los más complejos serán referidos a hospitales. Barrio Adentro II, está constituido por la creación de Centros de Diagnóstico Integral (7), Salas de Rehabilitación (8), Quirófanos (9), Hospitalización (con una sala de ingreso en cada CDI) y Centros de Alta Tecnología (10) (Barrio Adentro, s/f).

En la última fase, se encuentra Barrio Adentro III, el cual está orientado al equipamiento y modernización tecnológica de las Unidades Médicas del IPASME y Cuarenta y tres (43) hospitales, ubicados en las capitales de los estados que cuentan con las mayores cantidades de ofertas de servicios, y atienden un porcentaje importante de la población, ya que son hospitales de referencia donde se realizan procedimientos médicos de alta complejidad, y en su mayoría, se adelantan los programas de postgrado de las distintas especialidades, por lo cual mantiene una vinculación con las universidades donde existe la carrera de Medicina (MSDS, 2006).

## **2. La política de salud: su expresión en el Estado Zulia**

Esta política ha tomado expresión en el territorio venezolano, en el caso del Zulia se adelanta sin apoyo del gobierno regional, dadas las diferencias ideológicas y filosóficas de gestión entre ambos gobiernos, dado que Rosales esta encaminado hacia prácticas neoliberales que no se corresponden con las propuestas del modelo de desarrollo alternativo

con fuerte inclinación social que promueve el Presidente Chávez. En otras palabras, el gobierno regional en franca oposición al gobierno central, en respuesta a que el segundo acusa al primero de mantener un gobierno de corte neoliberal, ha desarrollado un programa alternativo como ha sido Barrio a Barrio (11), que también está dirigido a proporcionar atención en salud, mediante el servicio de las Clínicas Móviles y operativos denominados Jornadas Cívicas que se llevan a cabo en las parroquias (programa que no es objeto de estudio en este trabajo) (Paz, 2006: 74).

Para caracterizar la gestión atinente a esta propuesta investigativa, se hace referencia particular al proceso de decisiones, prestación y financiamiento de los servicios, administración de personal, y resultados de la gestión.

### **2.1. Proceso de toma de decisiones**

Para el 2003, se crea la Asociación Civil Barrio Adentro (ACBA), produciéndose una yuxtaposición de funciones entre la misma y la Coordinación Nacional de Atención Primaria de Salud (CNAPS) del ministerio, dado que la primera manejaba los recursos, otorgándole espacios de poder y rectoría que ejercía y que no le correspondía. En forma inconsulta miembros de la ACBA formulaban acuerdos políticos con instituciones y autoridades regionales y en algunos casos, acuerdos financieros, que entorpecieron la labor del MSDS en función de asumir la rectoría política de la Misión Barrio Adentro (MSDS, 2004: 5), esto condujo a que Barrio Adentro se constituyera en una estructura paralela al aparato del Estado, es decir, se creó otra entidad pública fuera de la esfera Estatal para atender la problemática de salud, lo que ha marcado una diferenciación estructural en la administración pública venezolana, conlle-

vando a la reforma del modelo de gestión y atención en salud.

En el caso del estado Zulia, el programa de Barrio Adentro se adelanta sin una configuración jurídica autónoma. Está directamente adscrito al viceministerio de Salud, específicamente al viceministerio de redes (Sánchez, 2006). Esto ha conllevado a que el proceso de toma de decisiones de la Coordinación Regional asuma una forma centralizada que descansa en el nivel directivo, donde convergen en una misma altura de decisiones tres personas distintas, cuyas competencias se homologan; sólo que son designados por actores o instituciones distintas. Esto refleja que la Coordinación General está integrada por la Coordinadora designada por el viceministerio de Salud; el Coordinador de Barrio Adentro designado en esta región por las Fuerzas Armadas; y el coordinador nombrado por parte del gobierno cubano. Esta configuración en la toma de decisiones es algo sin precedentes; sin embargo, el actor con mayor poder de decisión es la coordinadora nombrada por el Viceministro. Esto demuestra que el proceso de decisiones se encuentra ubicado en la cúspide del poder, evidenciándose que se está aún en presencia de una estrategia de decisión que reposa bajo un ente centralizado, que descansa en los pequeños cenáculos de los coordinadores de las áreas de trabajo y en la coordinadora regional. Estos aspectos demuestran que se ha burocratizado, no sólo la decisión, sino incluso la misión, demostrando que hay rasgos del viejo modelo de gestión burocrático tradicional, que atentan contra las propuestas de transformación social.

## **2.2. Prestación y financiamiento del servicio**

La Misión Barrio Adentro busca la construcción de una política de salud basada

en la Atención Primaria y la prevención de enfermedades como principal objetivo, con un sentido de justicia social humanitaria; garantizando la salud como un derecho social fundamental, sin excluir a ninguna persona, sin distinción de razas, religión o tola política. Esta política se ha implantado en las parroquias y los municipios (12) de cada Estado del País, especialmente en las zonas populares, prestando beneficios mediante la atención médica gratuita (13), suministro gratuito de medicinas (14), servicio las 24 horas del día y atención domiciliaria por médicos cubanos, y en muy poca proporción por médicos venezolanos (odontología; oftalmología), la idea es que el recurso médico esté ubicado en el lugar y disponible para hacerle frente a una emergencia de salud menor o a un diagnóstico rápido antes de que la situación se complique.

El programa no sólo contempla la adecuación de métodos y tecnologías relacionadas con el diagnóstico y la atención requerida por un sujeto que está enfermo, sino que aparecen otros programas relacionados con el deporte (15), educación y cultura; que intentan superar el enfoque de atención tradicional en salud que no consideraba las interrelaciones entre estas tres dimensiones (MSDS, 2006).

Sin embargo, es oportuno indicar que hay áreas que aún no han sido consideradas y sobre las cuales se debe hacer un esfuerzo mayor, pues hace falta incorporar en los programas de salud los elementos que tienen que ver con las condiciones generales del medio ambiente; ellas se encuentran muy tímidamente dibujadas, porque la salud depende consustancialmente de los factores de riesgos presentes en el medio ambiente.

Rastreando de manera muy general la percepción sobre la prestación de los servicios por parte de los usuarios que acuden a Barrio Adentro en el sector Cujicito de la parroquia

Idelfonso Vásquez del estado Zulia, se encontró que los usuarios manifiestan que van a Barrio Adentro “porque la atienden rápido”, “son muy tratables, cariñosos y hablan muy claro”; “son muy amigables dan una buena atención”, “en el programa atienden bien y siempre están allí”. Esto evidencia que se ha conformado una opinión favorable sobre la calidad de la atención recibida por parte de esta comunidad con respecto al programa (Rodríguez *et al.*, 2006).

La mayoría de las personas son atendidas por un médico general, lo que podría indicar que ésta es la especialidad más ofertada y que a ese nivel se logran resolver una serie de problemas de salud que no requieren de la presencia del especialista ni el empleo de alta tecnología diagnóstica. No sólo se contempla la adecuación de métodos y tecnologías relacionadas con el diagnóstico y la atención requerida por un sujeto que está enfermo, sino que aparecen otros programas como los relacionados con el deporte, educación y cultura; que intenta supera el enfoque de atención tradicional en salud.

Con respecto al tiempo en el cual el usuario espera para ser atendido por el médico, un 11% dijeron haber sido atendidos en un tiempo máximo de veinte minutos, y sólo el 6% dijo haber tenido que esperar más de treinta minutos. Con relación al tiempo que el médico le dedica a la consulta, se tiene que el 70% de los entrevistados manifestó ser atendido por el médico entre treinta y treinta y cinco minutos, esto quiere decir, que el médico dedica un amplio tiempo al paciente en el acto médico de la consulta (Rodríguez *et al.*, 2006).

De acuerdo con la literatura de la Sociología de la Medicina (16), la relación médico-paciente se afianza más en los casos en los cuales el médico le dedica mayor tiempo al sujeto; igualmente la efectividad del tratamiento

tiene también que ver con la cantidad de tiempo en que el acto médico transcurra, pues permite que el usuario interprete las indicaciones suministradas por el médico, aclare las dudas permitiendo que cristalice una relación de credibilidad y confianza del paciente con respecto al médico. La ejecución del acto médico, definido como el contacto entre dos seres humanos que representan dos papeles diferentes, el del experto y del paciente, por lo cual cuando ésta se da, el médico debe actuar brindándole una demostración del interés por su problema y por cómo este se siente, hace que el acto médico sea más humano, más centrado en la persona como tal y no como si se tratara de un cliente más.

Otro de los aspectos característicos del Programa Barrio Adentro (PBA), tiene que ver específicamente con el suministro de los medicamentos. Al respecto, se quiso conocer la opinión que para estos usuarios representaba el tratamiento suministrado (17). Al considerar las respuestas dadas por los informantes sobre la opinión que le merecía la efectividad del tratamiento suministrado en el PBA, el 96% manifestó que fue efectivo, mientras que el 4% declaró que no lo fue. Con respecto a la calidad de los medicamentos su opinión fue: en cuanto a excelente, bien, regular, malo y no saben, se obtuvo que el 48.75% los calificó como excelentes; un 39,38% los calificó como bien; 9.37% regular y solamente un 2.50% manifestó no saber si son buenos o malos (Rodríguez *et al.*, 2006).

En cuanto a la gratuidad de los servicios, PBA presta sus servicios de manera gratuita, el Estado es quien financia el servicio y no se le trasladan a los pacientes los costos. Con este programa se busca sustituir al Instituto Venezolano del Seguro Social y las diversas formas de gestión que imponen el cobro de los servicios de salud, puesto que Barrio

Adentro no incluye el prerrequisito de cotizar para acceder a los servicios. En el caso del Estado Zulia, los recursos para financiar el programa provienen esencialmente de PDVSA y CORPOZULIA. Cabe destacar igualmente que a partir del 2003 por primera vez en la historia del gasto destinado a salud, se rebasa el histórico 9 por ciento destinado a cubrir los gastos ordinarios y extraordinarios en salud provenientes del presupuesto nacional. Por lo que desde el 2003 que alcanzó el 11.75% se ha mantenido en alza hasta alcanzar en 2006 el

26%, porcentaje record en la historia de la salud en Venezuela (OPS, 2006).

En una segunda fase, se intenta dar fuerza a la medicina preventiva, para ello en el Zulia, se han conformado 51 Centros de Diagnósticos, con Salas de Rehabilitación, 15 Quirófanos, 3 Centros de Alta Tecnología y un Centro de Anatomía Patológica, estos se encuentran distribuidos en los veintiún municipios del estado (Tabla 1).

En el Municipio Maracaibo, funcionan trece Centros de Diagnóstico Integral, los cua-

**Tabla 1**  
**Barrio Adentro II en el Estado Zulia**

Municipios	CDI	Sala de Rehabilitación	Quirófano	Centro de Alta Tecnología	Centro de Anatomía Patológica
1.-Almirante Padilla	1	1	1	0	
2.- Baralt	2	2	0	0	
3.- Cabimas	4	4	1	1	
4.- Catatumbo	1	1	0	0	
5.- Colon	2	2	1	1	
6.- Francisco Javier Pulgar	1	1	1	0	
7.- Jesús Enrique Losada	1	1	1	0	
8.- Jesús María Semprúm	1	1	1	0	
9.- Cañada de Urdaneta	1	1	1	0	
10.- Lagunillas	3	3	1	0	
11.- Machiques de Perijá	2	2	0	0	
12.- Mara	3	3	1	0	
13.- Maracaibo	25	25	3	1	1
14.- Miranda	2	2	0	0	
15.- Páez	2	2	0	0	
16.- Rosario de Perijá	2	2	0	0	
17.- San Francisco	6	6	1	0	
18.- Sucre	1	1	1	0	
19.- Valmore Rodríguez	1	1	0	0	
20.- Santa Rita	1	1	1	0	
21.-Simón Bolívar	1	1	0	0	
Totales	63	63	1	3	1

Fuente: Elaboración propia a partir de información aportada por la Coordinación de Barrio Adentro.

les cuentan con diversos servicios, tales como: Ultrasonido, Electrocardiografía, Endoscopia, Rayos x, Laboratorio, Oftalmología y Sistema de Ultramicroanálisis, los cuales funcionan en horario diurno y vespertino. En el 2006 se estimó efectuar 4.000 exámenes de laboratorio y más de 500.000 estudios radiológicos.

Se pretende vigorizar la prestación del servicio de salud con el desarrollo de una tercera etapa, la cual está dirigida a modernizar y reequipar los hospitales del país, actualmente se trabaja en la elaboración de una lista de los equipos médicos que se necesitan en los hospitales, de los locales que requieren un mejor acondicionamiento e incluso, la construcción de nuevos hospitales, y se considera la capacitación de los médicos ([www.abn.info.ve](http://www.abn.info.ve)). En la ejecución de Barrio Adentro también se están adelantando estudios de tercer nivel, como por ejemplo la Maestría en Salud Comunitario y Medicina Integral.

En el Zulia, Barrio Adentro III, se adelanta en cinco centros hospitalarios, a saber: Cuatricentenario Dr. Eduardo Soto Peña; José L. Hernández, Binacional Paraguaipoa; Dr. Rafael Belloso Chacín; Raúl Leoní, y en el Universitario de Maracaibo (MSDS, 2006).

### **2.3. Administración de personal**

La Coordinación del programa, adelantó un proceso en el cual la selección se efectuó a partir de la evaluación de credenciales de un grupo de directores de centros asistenciales ambulatorios. De ellos fueron seleccionados los que evidenciaron mejores credenciales, dando paso a la contratación mediante la figura de comisión de servicio (18), característica propia del viejo modelo Burocrático Populista.

En el proceso de selección del personal directivo que integran las comisiones de trabajo, pasan por el mismo mecanismo, pero con el consentimiento previo de la Coordinadora Regional. En este caso privan parámetros políticos y/o de amiguismo, a esto podría dársele dos lecturas: por el lado del factor político, se escoge personal “afecto al proceso”, capaz de avanzar en la ejecución de un programa sin precedentes en la historia venezolana, con el propósito de evitar el boicot o sabotaje, por lo que no fueron evaluados o tomados en cuenta otros atributos relacionados con el perfil profesional. Por otra parte, se puede interpretar que la selección bajo el empleo del criterio amiguismo, se seleccionan personas cercanas a los responsables de la Coordinación; considerando la trayectoria que tiene el personal, la experiencia del trabajo comunitario, que demuestre el compromiso con el proceso de cambio en el sector salud, con este programa que busca minimizar los niveles de exclusión de la población de menores recursos. Afirma Huerta (2006) que “la mayoría que estamos acá, somos personal en comisión de servicios, por ejemplo, soy personal de la Alcaldía de Maracaibo, del Sistema Municipal de Salud, la Alcaldía comprometida con la Misión Barrio Adentro, igualmente aportó parte de su personal bajo la supervisión de la Coordinadora Regional”.

Con relación al personal asistencial cubano, con el acuerdo marco de Cooperación Cuba -Venezuela suscrito por ambas naciones para atender las necesidades de salud de ambos países, en el artículo IV, de dicho convenio reza que “La República de Cuba ofrece gratuitamente a la República Bolivariana de Venezuela los servicios médicos de especialistas y técnicos de la salud, para prestar servicios en lugares donde no se disponga de ese personal”. Este proceso de reclutamiento y se-

lección escapa a las manos del gobierno venezolano. El personal de asistencia o atención médica Cubanos, son designados por el gobierno cubano, en virtud de ser personal del Sistema de Salud Cubano, al cual dicho gobierno garantiza a todos los galenos y demás técnicos sus salarios y la atención adecuada a los respectivos familiares en la isla. La parte venezolana cubre los gastos de alojamiento, alimentación y transporte interno. Este convenio se constituye en un apoyo de cooperación entre ambas naciones para recibir beneficios mutuos, en el caso de Cuba los beneficios percibidos descansan sobre el suministro de petróleo y sus derivados, a precios razonables con plazos e intereses preferenciales de pago.

En cuanto a la formación del personal asistencial, en primer lugar vale destacar que la ayuda cubana a otros países en el campo de la salud involucra a 23 mil 909 médicos y técnicos. Los cooperantes internacionalistas de la Isla están presentes en 67 naciones, casi las dos terceras partes de ellos se encontraban en Venezuela para mediados del mes de diciembre de 2005, se alcanzó la cifra total de 10.169 médicos cubanos, de los cuales a nivel regional se contó con 1612, estos médicos han sido formados en su país como médicos, odontólogos, optometristas y enfermeras, y no cuentan con otro tipo de formación especializada ni a nivel nacional ni a nivel regional ([www.jovenclub.cu/pri/emb/cooperacion.php](http://www.jovenclub.cu/pri/emb/cooperacion.php), 2006).

Con respecto al personal asistencial venezolano, el Ministerio llama a concurso de credenciales a los interesados, para lo cual se realiza todo el procedimiento respectivo de reclutamiento y selección, siguiendo los parámetros establecidos por la ley, para posteriormente asignar los cargos tanto para médico, enfermeras y odontólogos, lo que demuestra que prevalecen criterios meritocráticos, propios del modelo Weberiano y de la Nueva

Gestión Pública. Es de señalar que el número de personal venezolano adscrito a la misión Barrio Adentro en el Zulia es poco, de manera general se cuentan con Médicos, Odontólogos y Enfermeras, pero se adolece de especialistas en el área de Optometría y Electromédicos (estos profesionales son cubanos), entre otras categorías.

En relación con la contratación, el personal directivo por ser funcionario de carrera, gozan de un cargo fijo; los cuales vienen en franco proceso de extinción en la administración pública durante los últimos años, sobre todo en los niveles subnacionales. En este caso el funcionario tiene perspectiva de ser ratificado o removido en el cargo por su jefe. Los funcionarios de carrera y/o estables, cuentan con derechos laborales que descansan sobre la base legal que rige las situaciones y relaciones jurídicas derivadas del trabajo como hecho social, donde éstos tienen derecho al desarrollo de relaciones colectivas con los patronos; a tales fines el Estado garantiza a los trabajadores, patronos y a las organizaciones que ellos constituyen el derecho a negociar colectivamente y a solucionar pacíficamente los conflictos, con lo que los trabajadores gozan del derecho a la huelga y a la organización sindical constituyéndose en un derecho inviolable tanto para trabajadores como para patronos.

El personal asistencial venezolano, es contratado para períodos de tiempo que no exceden el año, gozan de beneficios individuales, tales como: la ocupación efectiva durante la jornada de trabajo, aguinaldos y liquidación; pero contrariamente se afectan derechos colectivos como la sindicalización y la huelga, hay ausencia de solución de conflictos laborales vía concertación y consenso; adolecen de régimen de contratación colectiva; quebranto de la estabilidad en el tra-

bajo; detrimento de beneficios, precarización de los salarios, Lesión al Derecho de crear asociaciones de carácter social, con todo ello se visualiza que en materia de personal Barrio Adentro incorpora en la parte del personal médico y de enfermería venezolanos mecanismos de flexibilización laboral impuesta por el modelo posfordista. La incorporación de la flexibilización por parte del aparato del Estado ha facilitado la incorporación de lo que Ermida (1999: 139-140), denomina el paradigma de las relaciones laborales post-modernas.

Refiere Lucena (2004: 81), que los cambios ocurridos en la organización del trabajo, han traído consecuencias sociales que han dado paso a la instauración de procesos de desregulación y por ende de flexibilización, que se reflejan en el costo de la fuerza laboral, en la protección de los trabajadores, la seguridad social, y en general en el bienestar de la fuerza de trabajo y sus familiares, quedan así exteriorizados de los marcos regulatorios y subordinados a la competitividad. Pareciera que esta nueva modalidad de relación laboral en el sector público de salud, no enfrentarse a ningún tipo de adversarios, por el contrario parece ser acogida por parte de los trabajadores, ante “la necesidad indispensable de trabajar” (Rincón y Rodríguez, 2005).

Respecto a la Capacitación, vista desde la perspectiva interna, esta se entiende como un programa permanente, aprobado y que pueda brindar aportes a la institución como un proceso continuo de enseñanza-aprendizaje, mediante el cual se desarrollan y fortalecen las habilidades y destrezas de los servidores públicos, para mejorar su desempeño, mediante la aprehensión y el aprendizaje de nuevos conocimientos, destrezas y aptitudes, requeridas para el buen desempeño en el ámbito de trabajo.

En el caso del Zulia, se está en la fase inicial del diseño de un plan de capacitación para el personal de la coordinación regional, el mismo tiene como eje de principal de formación el área social, además de desenvolvimiento personal, investigación, diagnósticos sociales, formulación de políticas públicas, planificación, entre otros. El acceso a este tipo de formación es de carácter obligatorio para todo el personal, lo que demuestra la importancia que se le ha dado a la capacitación, reflejando la consideración de criterios institucionales por parte de los administradores de éste programa a nivel regional.

Por otro lado, se han desarrollado programas de capacitación directa a la comunidad en materia de planificación estratégica, como metodología que permite la identificación, explicación y diseño de alternativas de solución a los problemas que se consideren amerita una intervención, por ello, la comunidad es formada en esta área para que sea parte activa en la identificación y formulación de políticas públicas proclives al beneficio generalizado de la colectividad en el contexto de los Consejos Comunales, pues es allí donde se propicia la integración de las políticas. Con esto se rompe el viejo esquema burocrático populista de dar en lo formal participación a las comunidades, y se entra en una nueva etapa que busca la capacitación de la comunidad para dar cumplimiento a los preceptos constitucionales de participación ciudadana.

Con respecto a la formación del recurso médico venezolano, se tiene que desde julio de 2004 se inició el programa de formación en Medicina General Integral, el cual se articula a partir de la Atención Primaria en Salud, constituyendo el espacio de aprendizaje los consultorios populares. En este sentido, el Ministerio de Salud convocó a todos los médicos y médicas venezolanos a solicitar la inscripción

ción para esta especialidad como parte del Plan Nacional de Capacitación, iniciándose ese mismo año dicho programa con una matrícula de 1253 participantes provenientes de los veintitrés estados del país (Ministerio de Salud, 2004), los cuales obtuvieron su graduación en marzo de 2007. Además la capacitación en salud también involucra los cursos en promoción de salud para facilitadores, tanto del medio urbano como rural, en el cual ya han sido formado a nivel nacional 64.772 personas, esto con el propósito de rescatar la antigua práctica de Medicina Simplificada que tan extraordinarios resultados tuvo en el país hasta inicios de la década del setenta.

#### **2.4. Resultados de la gestión en relación con la política**

Vale señalar que la imagen y la forma de gestión que tiene el Programa Misión Barrio Adentro, lo coloca en ventaja competitiva con los tradicionales centros asistenciales; por un lado, su carácter de innovación en cuanto a la prestación del servicio, la cual se efectúa directamente en las comunidades; por otro lado, cuenta con una gran debilidad que no ha logrado superar y quizás le cueste rebasar, y es lo relacionado al manejo de los indicadores de salud y a la disponibilidad de la información. Con respecto a este último problema puede inferirse que han privado más razones de tipo política, que aquellas provenientes de la ausencia del diseño de instrumentos para el registro de la información epidemiológica, ya que al ser atacado el programa tan fuertemente por la Federación Médica Venezolana se ha venido bloqueando el acceso directo a la información disponible al público en general, por lo que entonces surgen algunas inquietudes con respecto a la evaluación de impacto

que de dicho programa se irradiaran hacia la sociedad. Estas interrogantes van en la dirección de saber hasta que punto los indicadores de salud han mejorado sustancialmente; cómo se está llevando a cabo el registro diario de las actividades en todos los nuevos centros de atención; cómo se efectúa el control del recurso humano médico, paramédico y demás especialistas; existen estadísticas desagregadas que permitan establecer comparaciones entre las distintas entidades regionales. Inquietudes todas estas que requieren ser contempladas y analizadas posteriormente.

La Tabla 2 ofrece la posibilidad de efectuar varias lecturas para ser analizadas; sin el ánimo de efectuar una crítica per sé a la gestión del programa; todo lo contrario con el propósito de efectuar sugerencias que permitan el avance del mismo por considerarlo una propuesta que ha venido a representar una alternativa, distinguimos las siguientes lecturas que a continuación exponemos:

- a. Con respecto al registro de la data, se observa que se ha avanzado poco por cuanto se sigue arrastrando un pasivo de deficiencias en materia de gestión de información.
- b. Los indicadores utilizados para registrar los avances de la misión Barrio Adentro, no indican como efectivamente se han modificado los niveles de mortalidad general, neonatal, infantil y materna. Cuánto se ha avanzado en el control prenatal, y en la disminución del embarazo precoz. Igualmente se tiene que los indicadores de morbilidad sólo se han dirigido a hipertensión arterial, diabetes, enfermedades crónicas y afecciones bronquiales y asma, pero no se lleva registro de otras afecciones dermatológicas, por solo mencionar algunos de los registros de morbimortalidad.
- c. En relación al Zulia, de los casos vistos se tiene un registro poco significativo ya que

**Tabla 2**  
**Indicadores de Barrio de Adentro en estado Zulia en función de los datos nacionales**

Indicadores	Acumulado/Año Zulia 2004	Acumulado Venezuela
Casos Vistos	3.112.496 5.90%	18.366.628 100%
De ellos en Terreno	893.620 7.22%	6.453.702 100%
Nº de Familias Visitadas	339.538 6.44%	2.189.194 100%
Acciones de Enfermería Realizadas	258.004 6.15%	1.586.750 100%
Vidas que se Salvaron por situaciones de riesgos máximo	550 11.21%	6447 100%
Partos efectuados	7 39.28%	275 100%
Vacunas Aplicadas	0 -	27.913 100%

Fuente: Barrio Adentro. Cálculos propios.

solo alcanza un 5.90%, de ellos un 7.22% fueron realizados en el terreno, es decir, en la propia comunidad. Asimismo, se tiene que fueron visitadas 6.44% de familias, donde hubo un 6.15% de atenciones que fueron efectuada por parte del personal de enfermería y no por el médico, sin embargo, estas atenciones en general contribuyeron a salvar 11.21% de vidas de los casos de mayor riesgo en las distintas oportunidades en que fueron objeto de atención los pacientes.

- d. Se evidencia que el 39.28% de los partos efectuados, fueron realizados en el estado Zulia.
- e. En cuanto a las inmunizaciones, no se registro ningún tipo de aplicación, lo que evidencia una deficiencia del programa a nivel regional. Se advierte que éstas se constituyen en un aspecto primordial de la prevención de las enfermedades de los infantes, niños y adolescentes.

### 3. Reflexiones finales

Barrio Adentro es un programa que se ha venido consolidando a partir del 2003, como una política no solo de gobierno sino también de Estado, que nace gracia a los lineamientos que se establecen en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela aprobada en 1999. Este programa de salud viene inscrito dentro de una concepción de Atención Primaria que se convierte en una estrategia primordial que colabora con la transformación de todo el Sistema Público Nacional de Salud en Venezuela. En él se combinan distintos elementos que tienden a definir una orientación, que comprende diferentes tipos de actividades de acuerdo a los objetivos que tiene planteado alcanzar en el tiempo. Moviliza fuerzas y recursos, e involucra a muchos actores y propicia el encuentro de la educación, el deporte, la recrea-

ción, y el medio ambiente para crear valores y actitudes dirigidas a lograr cambios conductuales con el propósito de elevar la calidad de vida de los sujetos.

Se erigirse como solución a la crisis de la salud en Venezuela, éste se constituye en el gran punto de partida, para mejorar buena parte de la salud de los individuos que hasta el presente estuvieron excluidos del derecho a la salud. Se considera que a largo plazo puede propiciar efectos profundos en el estilo de vida de las personas en las comunidades para minimizar los factores de riesgo presentes en el medio ambiente y tender a tener una disposición a contrarrestar aquellos factores que merman la posibilidad de alcanzar una mejor calidad de vida dado la presencia de las acciones de educación y promoción para la salud.

Su fundamento es la vieja propuesta de la atención primaria de salud, cuyos ejes orientadores son la prevención, promoción, curación y rehabilitación; y en cuanto a su gestión presenta rasgos de un proceso de toma de decisiones centralizadas propia del modelo burocrático populista; una administración de personal, que da importancia a los proceso de capacitación, mantiene la rigidez en los puestos de trabajo, proceso de reclutamiento y selección bajo criterios políticos; y sus resultados están orientados a la búsqueda de un nuevo modelo de salud y de atención integral que aunque todavía no logra evidenciar cambios radicales en los indicadores de salud, se muestra con un gran potencial para resolver muchos problemas de salud a nivel de las comunidades.

## Notas

1. El estado Zulia, está ubicado al noroeste de Venezuela. Limita al norte con el Golfo de Venezuela; al sur con los Estados de

Mérida, Táchira y Trujillo; al este con Lara y Falcón; y al oeste con la frontera de Colombia. Cuenta con una superficie de 63.100 km<sup>2</sup>. Tiene una población (según el Instituto Nacional de Estadística para el 2001) de 3.032.266 habitantes. La población indígena está representada en su mayor parte por los guajiros (<http://venezuela.network.com.ve/zulia>, 2006). Maracaibo es la capital del estado, "...con una población de (1.852.568 hab.) es la segunda ciudad más grande de Venezuela y basa su crecimiento e importancia en el desarrollo de actividades comerciales, industriales y de servicios, y en particular las vinculadas a la industria petrolera" (INE, 2004).

2. Juramentado como Ministro el 1 de febrero de 1999. "Al llegar al Ministerio... tuvo como objetivo principal humanizar ese monstruo de mil cabezas –como solía llamarlo– Deseaba profundamente que dejara de ser esa fortaleza burocrática inaccesible para los ciudadanos (Camacaro, Daysi, 2006: 122).
3. Para atender estas necesidades especiales han sido creadas las Salas de Rehabilitación Integrales (SRI), cuya meta son 600 para el 2007, se encuentran funcionando un total de 303 redistribuidos de la siguiente manera: Amazonas 5; Anzoátegui 21; Aragua 21; Apure 7; Barinas 15; Bolívar 11; Carabobo 24; Cojedes 10; Distrito Capital 18; Delta Amacuro 2; Falcón 19; Guárico 9; Lara 21; Mérida 11; Miranda 20; Monagas 15; Nueva Esparta 5; Portuguesa 8; Sucre 12; Táchira 13; Trujillo 5; Yaracuy 5; Vargas 2; Zulia 24, en ellos se brinda atención a los pacientes en rehabilitación con Electroterapias; tracción Cerviño lumbar; termo e hidrotterapia; terapia del lenguaje y foniatría, entre otros (MPPS, 2007).

4. Denominación oficial del ente encargado de regir los asuntos de la política de salud desde 1936 hasta 1999.
5. Ver al respecto los trabajos de Esping-Andersen, (1990); Field, (1989), y Navarro (1981).
6. Con Barrio Adentro, se ha garantizado la atención a un 60% o más de los excluidos de la población, esta atención está dirigida por médicos cubanos, debido al convenio entre el gobierno y Cuba.
7. Prestan servicios de rayos x y ultrasonido, endoscopias, laboratorio clínico, emergencias y anatomía patológica.
8. Estas prestan servicios en las áreas de electroterapia y gimnasia pediátrica.
9. Uno de cada seis CDI posee uno estos tiene un salón de operaciones, banco de sangre y servicios de transfusiones.
10. Esta área garantiza tomografía axial computarizada, resonancia magnética nuclear, ultrasonido tridimensional, laboratorio, video endoscopia, rayos x de alta tecnología y electrocardiograma.
11. El programa Barrio a Barrio lo implanta el gobierno regional del Zulia, a través de la Dirección Regional de Desarrollo Social, bajo la modalidad de Jornadas, las que se iniciaron a partir de mayo de 2003, especialmente en la Parroquia Idelfonso Vásquez. Tuvo un fuerte impulso hasta el 2004, cuando se llegaron a realizar 271 jornadas pero paulatinamente ha ido perdiendo auge.
12. Para el año 2003 en el municipio Maracaibo se han establecido 220 consultorios con 424 médicos Cubanos, posteriormente incorporándose 220 médicos de nuestro país para dar cobertura a todas las parroquias del Municipio Maracaibo, este programa a su vez busca garantizar una cobertura a todo la población y su instrumentación establece que cada médico atenderá a 250 familias (Bianco, 2003).
13. Algunas de las especialidades aplicadas de este programa son: medicina general, pediatría, ginecología, odontología, entre otros.
14. Los medicamentos suministrados son: antibióticos, antihipertensivos, antipiréticos, antiparasitarios, terapias respiratorias, kit de sutura entre otros.
15. En este sentido, en el estado Zulia, con Barrio Adentro se logra una cultura deportiva, de función de la salud, formación y capacitación del recurso humano teniendo como resultado directo la masificación deportivo, el desarrollo de los programas de cultura física, salud y recreación. En el estado se han activado los centros pilotos deportivos comunitarios, en los cuales se agrupan niños, niñas y jóvenes entre 4 y 17 años, dentro de estos espacios de participación deportiva recreativa, hacen vida los Clubes de abuelos, adolescentes y madres embarazadas, donde se promueven programas integrales de salud y recreación cultura física y terapéutica (Barrio Adentro II, sf/).
16. Desde que Jesús de Miguel escribió su libro de la Sociología de la Medicina en 1978, no sólo fortaleció un campo disciplinar de la sociología sino que introdujo la confrontación sobre un tópico muy discutido en la Ciencia Médica como es el vinculado con la relación médico paciente, tomando en cuenta tanto lo planteado por Parson como por Goffman que son los dos teóricos más representativos de la escuela norteamericana desde mediados de la década del cincuenta en adelante.
17. Debe advertirse que esta opinión resulta ser muy genérica, pues no se dispuso de herramientas que permitieran obtener pa-

rámetros de referencia más confiables que aquel proporcionado por el hecho subjetivo facilitado por los informantes.

18. El personal que se encuentra bajo esta figura pertenecen a la Alcaldía de Maracaibo, a las distintas dependencias del Ministerio de Salud y Desarrollo Social, Ministerio de Hábitat y Vivienda (Huerta, 2006). Estos obedecen en la generalidad de los casos, al cumplimiento de unas funciones, actividades y tareas previamente descritas en los manuales de clasificación de cargos en los que predominan criterios burocráticos populistas.

## **Bibliografía citada**

- Acuerdo Marco de Cooperación Cuba-Venezuela. En <http://www.jovenclub.cu/priemb/cooperacion.php>, fecha de consulta 26/05/2006.
- Armada, Francisco (2005). <http://www.mci.gob.ve/doc/misionbarrioadentro.pdf>.
- Asamblea Nacional (1999). Asamblea Nacional Constituyente. Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. **Gaceta Oficial** No. 5.453, de fecha 24 de marzo. Caracas
- Barrio Adentro II (sf) Tríptico de Consultorios populares y CDI.
- Bianco, Fernando (2003). “Barrio Adentro atendió a más de 700 mil personas en menos de seis meses” En Radio Nacional Venezolana [www.rnv.gov.ve](http://www.rnv.gov.ve), fecha de consulta 13-05-2004.
- Camacaro, Daisy (2006). **Gilberto Rodríguez Ochoa. La construcción como filosofía de vida**. IAES “Dr. Arnaldo Gabaldón”. Maracay, Venezuela.
- Cunill, Nuria (2005). La intersectorialidad en el gobierno y gestión de la política social. En X Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, Santiago, Chile.
- Ermida, Oscar (1999). “Globalización y Relaciones laborales”. **Revista Venezolana de Gerencia**. Año 4. No. 9. Universidad del Zulia. Maracaibo, Venezuela. pp. 135-148.
- Feo, Oscar y Curcio, Pasqualina (2004). “La salud en el proceso constituyente venezolano” En **Revista Cubana Salud Pública**. [online]. abr.-jun. Vol.30, No.2. Disponible en <http://scielo.sld.cu/scielo.php>.
- INE (2004). Instituto Nacional de Estadísticas. Venezuela. En [www.ine.gov.ve](http://www.ine.gov.ve), fecha de consulta 15/05/2006.
- Lucena, Héctor (2004). **Relaciones de Trabajo en el Nuevo Siglo**. Fondo editorial Tropykos. Caracas, Venezuela.
- MPPS (2007). Directorio Barrio Adentro II. En [www.mpps.gov.ve](http://www.mpps.gov.ve), fecha de consulta 15/04/2007.
- MSDS (2004). Asociación Civil Barrio Adentro. En [www.msds.gov.ve](http://www.msds.gov.ve), fecha de consulta 19/05/2004.
- MSDS (2006). Modernización de equipos médicos y electromecánicos. En <http://www.msds.gov.ve/msd/modules.php?name=Content&pa=showpage&pid=407>
- OMS (1978). Alma Ata. Atención Primaria de Salud. En **Salud para todos** No. 1. Washington D.C.
- OPS (2006). **Barrio Adentro: Derecho a la salud e inclusión social en Venezuela**. OPS-OMS. Caracas, Venezuela.
- Paz, Johnny (2006). Modernización administrativa de la gobernación del estado Zulia, en el período 2000-2004 Trabajo Especial de Grado para Optar al Título de Sociólogo. FCES. LUZ
- Rincón Becerra, María T., y Rodríguez Colmenares, Isabel (2005). Flexibilización laboral en el sector salud: una estrategia

en la Gobernación del Zulia. En revista **Gaceta Laboral**. Vol. 11 3/2005. Centro de Investigaciones y Estudios Laborales y de Disciplinas Afines CIELDA. LUZ.

Rodríguez Colmenares, Isabel; Rincón, María T. y Madueño, Janeth (2006). Barrio Adentro: Una experiencia de política de salud en ejecución. En **Espacio Abierto** Volumen 15, N° 3 Julio-Septiembre Universidad del Zulia. Maracaibo, Venezuela.

[www.venezuela.network.com.ve/zulia/](http://www.venezuela.network.com.ve/zulia/). Información sobre Venezuela, fecha de consulta 02/04/2006.

### **Entrevista**

Huerta, José (2006). Política y Gestión de Barrio Adentro. Entrevista personal. Coordinador del Convenio entre Cuna y Venezuela en el estado Zulia, 12 de Mayo. Maracaibo, Venezuela. Entrevista realizada por Jhoan Valero, Auxiliar de Investigación.

Sánchez, Helén (2006). Política y Gestión de Barrio Adentro. Entrevista personal. Coordinadora de la Misión Barrio Adentro por el Viceministerio de Redes, 06 de Junio. Maracaibo, Venezuela. Entrevista realizada por Jhoan Valero, Auxiliar de Investigación.