

Barrio Adentro y Alma Ata*

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

Resumen

El gobierno nacional adelanta una estrategia innovadora y alternativa de atención en salud para la población excluida del Sistema Nacional de Salud Pública en Venezuela. Este trabajo tiene como objetivo describir las actividades que desde el programa Barrio Adentro, en su primer nivel de atención, cumplen los principios planteados en la Declaración de Alma Ata. Se adelanta una investigación descriptiva y documental. Los resultados dan cuenta de que los principios contemplados en dicha declaración se fomentan a través de Barrio Adentro mediante el desarrollo de: a) los contenidos y elementos de la Atención Primaria de Salud se cumplen formalmente; en los servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, b) la intersectorialidad y multi-sectorialidad; c) autorresponsabilidad; d) cogestión. Se concluye que Barrio Adentro como estrategia de atención ha demostrado el esfuerzo en el cumplimiento de la Declaración de Alma Ata basada en la Atención Primaria de Salud para combatir la exclusión y darle a los pobres la posibilidad de mejorar su condición de vida.

Palabras clave: Estrategia social, Alma Ata, atención primaria de salud, Barrio Adentro.

Barrio Adentro and Alma Ata

Abstract

The national government advances an innovative and alternative health care strategy for the population excluded from the National Public Health System in Venezuela. The objective of this study is to describe the activities of the Barrio Adentro program, which, on its first level of attention, fulfills the principles proposed in the Declaration of Alma Ata. The research is descriptive and documentary. Results recognize that the principles contemplated in the above-mentioned declaration are fomented in Barrio Adentro through the development of: a) the contents and elements of primary health care, which are formally fulfilled in the promotion, prevention,

* Este trabajo forma parte de los resultados del proyecto de investigación "Política y Gestión Pública de Salud en Venezuela", 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). Financiado por CONDES. Una primera versión de este trabajo fue presentado en el IV Congreso Internacional de Gerencia para América Latina.

** Doctorando en Ciencias Sociales, mención Gerencia. Magíster en Dirección y Gestión Pública Local. Lic. en Ciencias Políticas. Docente e Investigadora del CEE de la FCES de LUZ. Acreditada en el Programa de Promoción al Investigador (PPI). Nivel II. E-mail: materinbe2@yahoo.com

*** Magíster en Ciencias Política. Socióloga. Docente e Investigadora Jubilada de la FCES de LUZ. Acreditada en el Programa de Promoción al Investigador (PPI). E-mail. isarodricol@hotmail.com

treatment and rehabilitation services; b) intersectoriality and multisectoriality; c) auto-responsibility; d) co-management. Conclusions are that Barrio Adentro, as a health care strategy, has demonstrated effort in fulfilling the Declaration of Alma Ata based on primary health care to combat exclusion and give the poor the possibility of improving their living conditions.

Key words: Social strategy, Alma Ata, primary health care, Barrio Adentro.

Introducción

El programa Barrio Adentro nace veinticinco años después de la Declaración de Alma Ata, en la cual se establecen los principios de Atención Primaria de Salud (APS), como alternativa para contribuir a mejorar los niveles y condiciones de salud de la población. El mismo nace, a mediados de 2002, como un plan de irradiación municipal en la Alcaldía del Libertador, en el marco del Convenio Venezuela-Cuba, como respuesta del estado venezolano para la solución de los problemas de salud local. El mismo surgió como un ensayo piloto, que se transforma en 2003 en Misión Barrio Adentro, constituyéndose en una política y estrategia global de salud para coordinar integralmente los aspectos relacionados con salud; educación, cultura y deporte por lo que esta Misión está, fundamentalmente, centrada en ofrecer a los barrios servicios de salud in situ que comprende atención médica y suministro de medicamentos gratuitos, atención domiciliaria a aquellas personas que por razones de su edad, grado de discapacidad o enfermedad no pueden ser trasladadas a los centros de salud. 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 u ocurran traslados innecesarios que colapsan las emergencias de los hospitales (Rodríguez et al., 2006).

Barrio Adentro I, comprende atención especialmente a los sectores populares urbanos (barrios), rurales, los pueblos fronterizos

e indígenas, que representan aproximadamente el 60% de la población excluida (Mpps, 2008). La Misión está financiada por la industria petrolera del Estado venezolano por lo que es mucho más rápida la asignación, pues el "... financiamiento no espera que los recursos petroleros pasen por el sistema tributario e ingresen al sector social" (Ochoa, 2008: 72), ya que los mismos son asignados directamente sin trámites burocráticos.

Este trabajo tiene como objetivo describir las actividades del programa Barrio Adentro, en su primer nivel de atención, con relación a los principios de la Declaración de Alma Ata.

1. Orígenes de la Declaración de Alma Ata

Durante décadas el tercer mundo fue arropado por un modelo de atención occidental en salud, profundamente medicalizado que no contribuía a mejorar las condiciones de vida de su población. Los planificadores preocupados por el desarrollo comenzaron a rastrear experiencias de otros países, cuyos modelos de salud si contribuían a modificar los parámetros estadísticos de salud de sus habitantes. Es así como voltearon su mirada a modelos de atención en salud que parecía tener más éxito, dado que su fundamento se encontraba en relación con las necesidades básicas de las comunidades.

Fue precisamente de esta manera como se tropezaron con los casos de China, Filipinas, Costa Rica y Canadá, cuyas estadísticas contrastaban con los decepcionantes resulta-

dos de la mayoría de los programas nacionales de salud de orientación occidental. Estos países adelantaron actividades de promoción mediante la conformación de grupos comprometidos con actividades de atención de salud incorporando los denominados "promotores de salud" y organizadores de la comunidad, con ellos se comenzaron a establecer los cimientos de lo que se terminó llamando "Programas de Salud Basados en la Comunidad", los cuales adelantaban sus actividades de manera humanitaria (Werner et al., 2000).

Estas iniciativas de salud sustentadas por la comunidad desarrollaron distintos métodos con ayuda de los promotores de salud, dirigidos a grupos de madres, campesinos, entre otros para aprender a analizar sus necesidades de salud y a elaborar acciones organizadas. Estos métodos se convirtieron en herramientas para efectuar diagnóstico comunitario de los problemas de salud, analizar la multiplicidad de sus causas y diseñar estrategias correctoras de manera innovadora y creativa. Estos Programas Comunitarios de Salud, que fueron la inspiración para la Atención Primaria de Salud (APS), no eran sólo iniciativas sobre salud, formaban parte de una lucha más amplia de la gente marginada por mejorar su bienestar y sus derechos.

Es a partir del análisis de esas experiencias que se extraen los principios de la Atención Primaria de Salud (APS) que dieron como resultado la Declaración de Alma Ata (Werner et al., 2000). Para su aprobación y compromiso, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), convocan a diversos países para que formen parte de este acuerdo en materia de salud, se efectúa una convocatoria para una reunión en 1978 por, la misma contó con la presencia de 134 países (no estuvo China), 67 organismos internacio-

nales, y un sin fin de organizaciones no gubernamentales (Werner et al., 2000).

En esa misma convocatoria se estableció lo que se asumiría como la APS y los elementos que la misma tendría que cumplir, para de esta manera, lograr una línea de orientación, en su implementación por los diversos países que asumieron el compromiso de adoptar los principios de la Declaración.

2. Atención Primaria en Salud: definición y elementos

Ésta fue definida por la Organización Mundial de la Salud como "la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas; científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país pueden soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y su núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria" (OMS/OPS, 1978).

Esta definición tiene implicaciones sociopolíticas por destacar en su enunciado la necesidad implantar una estrategia de salud integral que, no sólo provea de servicios de salud, sino que pueda afrontar las causas fundamentales, de tipo social, económica, políticas, ambientales, demográficas que condicionan y

propician la falta de salud. Dicha estrategia en consecuencia debía promover una distribución más justa de los recursos (Werner et al., 2000); así como coadyuvar en la prevención la educación para la salud.

Consideran Grodos y de Béthune (1990) que se evidencian tres niveles de articulación en la definición. En primer lugar se destacan referencias al sistema nacional de salud y al lugar que la APS, debería tener en él: "función central y núcleo principal". Esto implica una concepción estratégica que se le otorga al primer nivel de atención y no solo como un peldaño político-administrativo. Asimismo, plantean que los términos "asistencia sanitaria esencial" y "puerta de entrada al sistema" prefijan, además, los objetivos del efector. Estas características de la APS configuran el segundo nivel al que denominan "Técnico/Administrativo". Según los autores existe un tercer nivel, "Técnico/Operativo" donde ubican siete actividades mínimas esperables de los programas de APS, las cuales están plenamente definidas en la Declaración de Alma Ata.

Los elementos programáticos que persigue la APS llevan implícito un conjunto de acciones que permiten comprender mejor su acepción terminológica, Vüori (citado por Zurro y Cano, 1998), indica que ella debe ser: Integral; Integrada; Continua y permanente; Activa; Accesible; Basada en el trabajo de equipo de salud; Comunitaria y Participativa; Programada y evaluable. La APS está dirigida hacia la resolución de las necesidades y problemas de salud concretos de cada comunidad, que deben ser abordados a partir de actividades coordinadas de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, potenciando al mismo tiempo la autorresponsabilidad y la participación comunitaria. Estos lineamientos en cada país de América Latina tenían que ser incorporados tomando en cuenta las caracte-

rísticas particulares que se registran en cada uno de ellos.

Pero ¿qué ha pasado con la APS?, tres décadas después de la Declaración de Alma Ata, muchos críticos han concluido que la misma fue un experimento que fracasó; otros argumentan que en su sentido pleno y liberador, la APS nunca se intentó llevar a cabo; sin embargo, disintos de dichos planteamientos, pues en Venezuela se pueden identificar varios intentos. Uno de los más significativos fue el asociado con la incorporación de los Sistemas Locales de Salud (SILOS) en los inicios de la década del noventa. Pero esta iniciativa paulatinamente se fue desvaneciendo quedando solo, parcialmente, funcionando la experiencia en el Municipio Zamora del Estado Falcón.

De acuerdo a la evidencia recabada, se puede afirmar que es a partir del 2003 cuando se adopta una política de salud que pretende revalorizar la atención primaria en directamente con los principios planteados en la Declaración de Alma Ata mediante la aplicación de una estrategia organizativa e innovadora de gestión y de atención denominada Misión Barrio Adentro.

Con esto no queremos decir que Barrio Adentro ha sido el único intento por adelantar los principios de APS, diversos fueron los casos, que se adelantaron en el marco de otros gobiernos; dichas experiencias fueron los Núcleos de Atención Primaria, desarrollados en el estado Aragua; los Municipios saludables a nivel nacional, que no eran otra cosa que la réplica de la experiencia de las Ciudades Sanas de Europa y el propio modelo de Atención Integral puesto en funcionamiento con el gobierno de Chávez. Lo que sí se puede afirmar; indistintamente de que se pueda ser afecto u opositor al proceso revolucionario; es que Barrio Adentro ha sido la única experiencia siste-

matizada y coherente encaminada a adelantar los principios de Alma Ata.

3. Barrio Adentro: un programa orientado a cumplir con los principios de Alma Ata

Barrio Adentro I, está integrado por un conjunto de componentes, donde cada uno persigue el fomento de las actividades propias de la Estrategia de Atención Primaria, y por ende el cumplimiento de manera formal de los principios establecidos en la Declaración de Alma Ata.

a) Los Consultorios Populares: Son los ambientes físicos existentes en las comunidades acondicionados y dotados con los recursos humanos y materiales necesarios para brindar la atención médica gratuita a toda la población (Mpps, 2008). Los objetivos de los consultorios populares están orientados a promover y cuidar la salud integral de personas, familias y comunidades; identificar y practicar el diagnóstico temprano y la consulta periódica de control de la embarazada; practicar la vigilancia nutricional y contribuir al logro de una alimentación adecuada; impulsar la organización de los comités de salud y redes sociales bajo control comunitario; y propiciar los espacios para la educación en salud y para el saneamiento ambiental (OPS, 2006: 54).

En los consultorios populares hay un equipo de trabajo conformado por el médico de familia; enfermera; defensor de la salud; voluntarios, los cuales están integrados por estudiantes de medicina Integral Comunitaria, estudiantes del postgrado de Medicina General Integral; el comité de salud, la promotora comunitaria quienes de manera conjunto contribuyen a cambiar el modo y estilo de vida de una población realizando actividades de promoción de salud por medio de charlas educativas, festivales por

la salud (Mpps, 2008). Los servicios que prestan los consultorios populares son: Medicina General; Pediatría; Atención de Niños Sanos; Atención al Adulto mayor; Control Prenatal, Control Post Natal; Emergencia; Vacunación y Odontología. La atención médica está disponible las 24 horas del día, incluso las emergencias menores.

El Informe sobre el Derecho a la Salud (2007: 117), refiere que "los consultorios populares realizan además visitas domiciliarias (de terreno) a fin de atender a personas que no pueden moverse o que se encuentran en estado delicado. De hecho, el 60% de las familias encuestadas para este informe opina que el estado de salud de sus integrantes ha mejorado en los últimos años; un 20% afirma que continúa igual. Aproximadamente el 30% de los que opina que la situación ha mejorado, se lo atribuyen a contar con consultorios de barrio adentro por su cercanía y gratuidad".

Se realiza la prevención de enfermedades y lucha contra las enfermedades endémicas locales; el tratamiento apropiado de las enfermedades y traumatismos comunes. Se da la prevención de las enfermedades inmunoprevenibles por medio de la cobertura del Programa Ampliado de Inmunización (PAI) y los vacunatorios, con el fin de disminuir las tasas de mortalidad y morbilidad a la población menor de 5 años.

En el 2003, se estableció la entrega de medicamentos de manera gratuita a los pacientes para el tratamiento de los padecimientos diagnosticados. Los suministrados por el programa han sido considerados por los pacientes como efectivos y excelentes para contrarrestar sus afecciones (Rodríguez et al., 2006). La dotación de medicamentos a los consultorios populares, corresponde al Estado mediante sus empresas y corporaciones; y al gobierno cubano, y su distribución le corres-

ponde a las Fuerzas Armadas Nacionales (FF.AA.NN). Se estimó instaurar el sistema de Cuba, el cual es automatizado y centralizado, pues tiene farmacias encargadas de la entrega de los medicamentos.

Entre las principales metas del gobierno están: dar acceso a los servicios de salud al 60% de la población excluida, mediante la construcción de 5.941 consultorios populares; lograr un médico por cada 1.250 habitantes; y elevar el promedio de vida de la población (Mpps, 2008). Con ello se busca contribuir al desarrollo de las potencialidades del individuo, la familia y comunidad en un contexto donde se integren, las actividades deportivas, recreacionales y culturales en armonía con el medio ambiente.

Se reconoce que se requiere de condiciones en las cuales efectivamente la sociedad pueda desarrollar sus potencialidades, tal como plantea Reyes (2009) cuando señala los siguientes requisitos: a) Aumento de capacidades educativas y productivas; b) Despliegue de oportunidades (empleo, inversión, economía social, complementariedad regional y local); c) Equidad (trato justo a la diversidad de género, etnicidad, cultura); d) Aprovechamiento sostenible de los sistemas naturales; y e) Disminución de la brecha de desigualdad de condiciones.

b) Los Comités de Salud: En Barrio Adentro I, estas agrupaciones surgen a partir de los consultorios populares, por cada consultorio popular hay un Comité de Salud. Ellos representan "una organización de base comunitaria que facilita la participación de la población en la planificación, ejecución y evaluación de las actividades de salud y calidad de vida" (Mpps, 2008). Esta definición refleja que los mismos son espacios de participación en el cual se da la transferencia de poder al reconocer que tienen el deber y el derecho de la toma de decisión, en las comu-

nidades, sobre la planificación, ejecución y control de la salud de la población. Mediante los comités se logra el proceso de corresponsabilidad entre el Estado y la sociedad en general "porque desarrollan, a partir de una necesidad primaria, un ejercicio en las comunidades del cómo ser corresponsable en la solución de la problemática de la salud pública" (Alayón, 2005: 221). Se establece la corresponsabilidad con los diferentes niveles de gobierno y los diversos sectores organizados de la sociedad civil, mediante la creación de alianzas estratégicas que buscan la solución de los problemas de salud y calidad de vida de la población.

Las estrategias de cogestión que se adelantan pueden ser resumidas de la siguiente manera: a) mediante la alianza entre los comités de salud (Coordinaciones Regionales) y los diferentes ministerios a través de solicitudes de acuerdo a las necesidades de cada comunidad; b) entre las Coordinaciones regionales de los comités de salud y los gobiernos subnacionales y municipales, a través de "...la formulación de propuestas de inversión ante los organismos encargados de los respectivos planes de inversión, así como en la ejecución, evaluación y control de obras, programas sociales y servicios públicos en sus jurisdicción" Art. 184; Ord. 2 de la CRBV (Asamblea Nacional, 1999), sin dejar de lado los Consejos Estadales de Planificación y Coordinación de Políticas Públicas; Consejos Locales de Planificación Pública y los Consejos Comunales; para tales fines, las personas podrán, directamente o a través de las comunidades organizadas o las organizaciones públicas no estatales legalmente constituidas, presentar propuestas y formular opiniones sobre la planificación de los órganos y entes de la Administración Pública (Chávez, 2001. Art. 59); c) mediante la función de controlaría que ejercen "Los ciudadanos, en el ejercicio de su derecho a la

participación en la función de control de la gestión pública" (Asamblea Nacional, 2001); d) El Estado debe crear formas para la participación directa y activa de la sociedad en la definición, ejecución y control de las políticas de protección dirigidas a los niños y adolescentes. Todos los niños y adolescentes tienen el derecho de participar libre, activa y plenamente en la vida familiar, comunitaria, social, escolar, científica cultural, deportiva y recreativa, así como a la incorporación progresiva a la ciudadanía activa (Congreso de la República de Venezuela, 1998); e) Los órganos y entes de la Administración Pública promoverán la participación ciudadana en la planificación.

Los principales criterios para la configuración de un comité de salud son: priorizar la comunidad en función de los niveles de exclusión social; situación epidemiológica desfavorable de las comunidades; Realizar asamblea de ciudadanos; servicios de salud con baja cobertura elegidos por los propios vecinos; un número no menor de diez personas.

Están integrados por los médicos cubanos y/o venezolanos, y personas de la comunidad. Las personas duran dos años en el ejercicio de sus funciones con posibilidad de reelección inmediata para un mismo periodo de tiempo. Ejercen sus funciones ad honores. La conformación de los comités de salud responde a criterios de Territorialidad: Los mismos deben estar conformados por personas que vivan en la misma comunidad donde se forma el comité de salud respectivo. Coordinaciones: se conformaran tantas coordinaciones sean necesarias en función de las necesidades de la comunidad. Asambleas de Ciudadanos: es la instancia primaria de decisión del comité de salud (Contraloría Social de Barrio Adentro del Zulia y Sahum, 2004: 6; OPS, 2006: 53-54).

A pesar de los problemas de integración y organización, en esta misión, afirma Ochoa

(2008: 72), "...las comunidades organizadas participan directamente en el diagnóstico de sus problemas, en la búsqueda de soluciones, en la toma de decisiones, en la ejecución de actividades, en el control, es decir, a través de su intervención en las distintas fases del proceso de gestión". Y el mismo hecho que exista a nivel nacional 8.951 comités de salud 2007, ofrece una idea que las personas a nivel de la comunidad se está movilizando en procura de velar por el aseguramiento de la salud.

c) Consultorios odontológicos: Comienzan a funcionar en octubre de 2003, con la finalidad de atender los principales problemas de salud bucal en Venezuela dado que las caries y las periodontopatías constituyen un elevado porcentaje en la población en general. En esta área el objetivo es realizar actividades de promoción, prevención, y curación, para disminuir la morbilidad bucal, logrando cambios positivos en el estado de salud de la población.

Las actividades de promoción van dirigidas al desarrollo de programas de orientación y prevención de enfermedades bucales especialmente caries, por medio de charlas formativas e informativas, sobre el control de dietas, placa bacteriana, creación de hábitos de higiene oral, aplicación del flúor y asesoría a la madre embarazada. En cuanto a la parte curativa, se realizan exámenes bucales, extracciones en casos requeridos, tartrectomía, limpieza, restauración del diente afectado, eliminación de caries y restauración con resina y/o amalgama, detección de lesiones patológicas; y rehabilitación bucal mediante prótesis dental.

En menos de tres años se ha logrado una amplia cobertura, llegando a las zonas más alejadas del país, donde el acceso a un odontólogo era más limitado por el proceso de formación que recibió en su carrera, ya que no se les formó para acceder a poblaciones desprotegidas. Hoy, día la situación está cambiando, hay un

mejor radio de atención, pues las poblaciones son atendidas por especialistas de su misma etnia, que ha permitido mejorar la comunicación entre médico-paciente, pues se realiza en su propio idioma (Mpps, 2008). Laverde (2004), destacó que los insumos médicos-odontológicos y la dotación de esos consultorios son responsabilidad del gobierno cubano, con apoyo del Ministerio de Salud y Desarrollo Social, al tiempo que señaló que adicionalmente hay 3.014 sillones odontológicos instalados en esos consultorios.

d) Ópticas populares: Son centros en los que el personal especializado en Optometría y Óptica, los que practican la evaluación de las ametropías del paciente y entregan los lentes de forma gratuita. Barrio Adentro nace sin la conformación de ópticas, no es sino hasta el primer trimestre de 2004 cuando aparecen las primeras ópticas. Hernández y col., 2007, plantean que las ópticas se ubican en los lugares de mayor concentración de la población excluida de los servicios de salud y en los lugares donde trabajan los médicos, los cuales dan la referencia a los pacientes para ser atendidos en las ópticas. En cada óptica, se ubican tres especialistas cubanos, uno con mayores posibilidades de desarrollar la actividad de optometría y dos que dominan la actividad de corte y montaje, garantizando además otras funciones administrativas como el control del almacén, la entrada y salida de productos, la información que se procesa y la entrega de los lentes terminados.

En el 90% de los centros, la labor de recepción la realiza un activista de la comunidad y en el 10% la desarrolla el personal cubano. En los 24 estados se cuenta con un personal que se desempeña como coordinador de la actividad de optometría y óptica (Hernández y col., 2007).

e) Misión Milagro: Esta se inicia con la consulta en los Consultorios Populares, en función del padecimiento del paciente es remitido a

los Centros de Diagnósticos Integral o remitido a intervención quirúrgica que es la función principal de esta misión. Lo que se busca es dar respuestas a las necesidades de tratamiento quirúrgico de patologías oftalmológicas, en sitios fijos y a través de jornadas móviles.

Entre sus objetivos destacan: a) Potenciar capacidades y habilidades de las personas que padecen trastornos visuales incorporándolos a la vida social tanto en Venezuela como en otros países latinoamericanos. b) Articular las políticas sociales impulsadas por el gobierno nacional, para incorporar a los ciudadanos a los que se les ha solucionado su problema visual al desarrollo individual y colectivo; y c) Saldar la deuda social que tiene el estado venezolano con este sector de la sociedad, en la búsqueda de justicia social e igualdad de condiciones para todos los venezolanos (Mpps, 2008).

En esta misión participan un conjunto de centros y hospitales pertenecientes, unos al IVSS, MSDS y otros a los distintos hospitales militares de la capital de la República y de la provincia respectivamente, así como a las gobernaciones. Es una misión que trasciende las fronteras venezolanas; su intervención ha llegado a países como: Ecuador, Salvador, Colombia, Nicaragua, Guatemala, Chile, Paraguay, Perú, República Dominicana, Brasil, Costa Rica, Argentina, Uruguay y Bolivia (OPS, 2006: 110).

f) Barrio Adentro Deportivo: El deporte es un elemento esencial para el desarrollo físico y mental de los individuos, sin embargo, y a pesar de los beneficios que tiene para la sociedad, en Venezuela este fue un aspecto olvidado durante décadas. Este programa involucra a las comunidades en la participación de actividades físicas y el deporte recreativo. La propuesta desarrolla el deporte como valor cultural y de equilibrio social. Con esto se busca contribuir a la protección

de la salud, el esparcimiento y aprovechamiento del tiempo libre como el mejor estilo de vida de la sociedad.

El objetivo primordial es elevar los niveles de salud y calidad de vida de la población, así como la promoción de la práctica de ejercicios físicos, el empleo del tiempo libre, la capacitación de promotores deportivos y la recreación sana de niños, jóvenes y adultos. Entre los principales programas que se desarrollan resaltan: cultura física, salud y recreación, para ello se han creado los denominados Centros Pilotos Deportivos Comunitarios, escuelas de iniciación deportivas, recreativas y para la salud, agrupando niños, y jóvenes entre 4 y 17 años de edad, en diferentes disciplinas deportivas, tanto individuales como colectivas. Dentro de los espacios de participación deportiva recreativa, hacen vida los clubes de abuelos, adolescentes y de madres embarazadas (Preparación física) (Misión Barrio Adentro-Estado Zulia, s/f).

4. Principios de Alma Ata y Barrio Adentro I

La Declaración de Alma Ata establece la necesidad que "todos los gobiernos (formularán) políticas, estrategias y planes de acción nacionales, con objeto de iniciar y mantener la atención primaria como parte de un sistema nacional de salud completo y en coordinación con otros sectores. Para ello, será preciso ejercer la voluntad política para movilizar los recursos del país y utilizar racionalmente los recursos externos disponibles". En el documento se señala que la atención primaria es la base para alcanzar un nivel adecuado de salud para toda la población y recomendaba la aplicación de programas de salud coherentes con la planificación sanitaria como instrumento para el logro del objetivo global (OMS/OPS, 1978).

Esta Declaración en el ordinal VII, plantea un conjunto de actividades que debían ser consideradas por los países, para la implementación de los programas sociales que se basaran en la estrategia de Atención Primaria de Salud.

1. Comprende, cuando menos, las siguientes actividades o componentes de la APS: la educación sobre los principales problemas de salud y sobre los métodos de prevención y de lucha correspondientes; la promoción del suministro de alimentos y de una nutrición apropiada; un abastecimiento adecuado de agua potable y saneamiento básico; la asistencia materno infantil, con inclusión de la planificación de la familia; la inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; la prevención y lucha contra las enfermedades endémicas locales; el tratamiento apropiado de las enfermedades y traumatismos comunes; y el suministro de medicamentos esenciales. Los encargados esencialmente de prestar las actividades de APS, radica sobre los Consultorios Populares y los Comités de Salud. El área de alimentación es desarrollada de manera paralela con el programa Misión Mercal.
2. Entraña la participación, además del sector sanitario, de todos los sectores y campos de actividad conexos del desarrollo nacional y comunitario, en particular la agricultura, la zootecnia, la alimentación, la industria, la educación, la vivienda, las obras públicas, las comunicaciones y otros sectores y exige los esfuerzos coordinados de todos esos sectores. Fomenta la intersectorialidad y la multisectorialidad entre Ministerio del Poder Popular para la Salud; Hábitat y Vivienda; Agricultura y Tierra Ambiente; Defensa; Educación; Energía y Minas; Fonvis; Fides; Pdvs-a-Pdval; Mercal; entre otros.
3. Exige y fomenta en grado máximo la autorresponsabilidad y la participación de la comunidad y del individuo en la planificación, la organización, el funcionamiento y el control de la Atención Primaria de Salud, sacando el mayor partido posible de los recursos locales y nacionales y de otros recursos disponibles, y con tal fin desarrolla mediante la educación apropiada

la capacidad de las comunidades para participar. Se fomenta mediante el proceso de cogestión y corresponsabilidad entre las comunidades y el aparato del Estado, de procesos esenciales de gestión en salud, tales como: toma de decisiones, rendición de cuentas, control en materia de APS.

4. Debe estar asistida por sistemas de envío de casos integrados, funcionales y que se apoyen mutuamente, a fin de llegar al mejoramiento progresivo de la atención sanitaria completa para todos, dando prioridad a los más necesitados. Barrio Adentro I, fomenta el sistema de referencia y contrareferencia hacia otros niveles de la Misión Barrio Adentro II: Centros Médicos de Diagnóstico Integral (CDI); Salas de Rehabilitación Integral (SRI); Centros Médicos de Alta Tecnología (CAT). Barrio Adentro III: Clínicas Populares y Hospitales. Barrio Adentro IV: Centros de Investigación. Ej: Hospital Cardiológico Infantil.
5. Se basa, tanto en el plano local como en el de referencia y consulta de casos, en personal de salud, con inclusión según proceda, de médicos, enfermeras, parteras, auxiliares y trabajadores de la comunidad, así como de personas que practican la medicina tradicional, en la medida que se necesiten, con el adiestramiento debido en lo social y en lo técnico, para trabajar como un equipo de salud y atender las necesidades de salud expresas de la comunidad. Se fomenta el sistema de referencia y contrareferencia; inició con Predominio de personal cubano y en menor proporción de venezolanos; Desde hace 2 años hay esfuerzos de sustitución del personal cubano por el personal venezolano que se encuentran en el programa de postgrado de Medicina Integral y en las prácticas tradicionales para las poblaciones indígenas.

5. Reflexión Final

Barrio Adentro como programa social de Atención Primaria de Salud representa una forma innovadora en la prestación de los servicios de atención basados en la promoción,

prevención y curación. Se presta de manera directa en las comunidades garantizando principios de accesibilidad, gratuidad y universalidad. Incorporando de esta manera a los excluidos del sistema tradicional de salud.

Se fomenta un proceso sistematizado de democratización de los servicios de salud, mediante la participación ciudadana en los procesos de toma de decisiones relacionados con la planificación y ejecución de las actividades de salud.

Es un programa que busca el desarrollo de los elementos esenciales de la APS, a través de la integralidad, interrelación de los diversos componentes que lo integran, es continuo, accesible, basado en el trabajo en equipo, y fomenta la investigación.

Garantiza la inter y multisectorialidad, y promoviendo así la cogestión entre gobierno y comunidad en la prestación de los servicios; y se comienza el sistema de referencia y contrareferencia de los pacientes.

Éste es un programa orientado formalmente al cumplimiento de los principios de la Declaración de Alma Ata, que busca combatir la exclusión y darles a los pobres la posibilidad de mejorar sus condiciones de vida.

Bibliografía Citada

- Alayón, Rubén (2005). "Barrio Adentro: Combatir la exclusión profundizando la democracia". En **Revista Venezolana de Economía y Ciencias Sociales**. Vol. 11 No. 3. Caracas. Pp. 219-244.
- Asamblea Nacional (2006). Ley de los Consejos Comunales. Gaceta Oficial N° 5.806 (extraordinaria) de fecha 10 de abril.
- Congreso de la República de Venezuela (1998). Ley Orgánica para la Protección del Niño y del Adolescente. Gaceta Oficial N° 5.859 (Extraordinaria).

- Consejo Nacional Electoral (1999). "Resultados Electorales. En <http://www.cne.gov.ve/ce.php>
- Contraloría Social de Barrio Adentro del Zulia y Sahum (2004). **Tríptico Barrio Adentro**. Maracaibo.
- Grodos, Daniel y de Béthune, Xavier (1990). En "Las intervenciones sanitarias selectivas: Una trampa para la política de salud del Tercer Mundo". En **Cuadernos Médicos Sociales**. Grupo de investigación y Difusión de la Atención Primaria de Salud. Rosario. Argentina.
- Hernández García, Luís; Díaz Hernández, Lázaro y morales Suárez, Ileana (2007). "Sistema organizacional para la enseñanza de Tecnología de la Salud. Perfil de Optometría y Óptica". Misión Barrio Adentro. En **Revista Cubana de Educación Médica Superior**. bvs.sld.cu/revistas/ems/vol21_4.../ems_06407.html
- Informe sobre el Derecho a la Salud en Venezuela (2007). Situación del Derecho a la salud en Venezuela. Situación del derecho a la atención sanitaria. Convite A.c-Observatorio comunitario por el derecho a la salud. En www.derechos.org.ve, fecha de consulta 07/01/2008.
- Laverde, Luís (2004). Barrio Adentro incorpora a 800 Odontólogos Venezolanos. En <http://www.minci.gob.ve>, fecha de consulta, 29-07-2008.
- Misión Barrio Adentro (s/f). Tríptico De Barrio Adentro I. Estado Zulia.
- Mpps (2008). Barrio Adentro. En www.mmps.gob.ve, fecha de consulta 08/08/2008.
- Ochoa, Haydée (2008). "Innovación de la Gestión Pública en Venezuela". En **Revista Enlace Venezolana de Información, Tecnología y Conocimiento**. Año 5. No. 1. pp. 65-78.
- OMS/OPS (1978). **Declaración de Alma Ata**. Atención Primaria de Salud. Ginebra.
- Organización Panamericana de la Salud (2006). Barrio Adentro: derecho a la salud e inclusión social en Venezuela. Caracas.
- Reyes, Giovanni (2009). "Desafíos macroeconómicos y desarrollo: Consideraciones desde América Latina" En **Revista de Ciencias Sociales** Vol., XV, No. 3 FACES. LUZ. Maracaibo, Venezuela, pp. 383-396.
- Rodríguez, Isabel; Rincón, María T. y Madueño, Janeth (2006). "Barrio Adentro: una experiencia de política de salud en ejecución". En **Espacio Abierto**. Cuaderno de Sociología Vol. 15 No. 3. Maracaibo, Venezuela. pp. 220-236.
- Werner, David; Sanders, David; Weston, Jason; Babb, Steve y Rodríguez, Bill (2000). Fracaso y logros históricos del Modelo occidental en medicina en el 1 tercer mundo. En www.healthwrights.org/static/cuestionando/cap2.htm, fecha de consulta 15/08/2008.
- Zurro, Martín y Cano Pérez, (1998). **Atención Primaria de Salud. Conceptos, organización y práctica clínica**. Editorial Elsevier. España.