



**BARRIO ADENTRO RUMBO AL
SISTEMA PÚBLICO NACIONAL DE
SALUD BOLIVARIANO Y SOCIALISTA**

PLAN NACIONAL DE SALUD 2009-2013/2018

Ministerios que coordinaron la elaboración del Plan Nacional de Salud

1. Ministerio del Poder Popular para la Salud
2. Ministerio del Poder Popular para la Planificación y Desarrollo

Organismos participantes en la elaboración

1. Ministerio del Poder Popular para el Ambiente
2. Ministerio del Poder Popular para el Deporte
3. Ministerio del Poder Popular para el Trabajo y Seguridad Social
4. Ministerio del Poder Popular para la Agricultura y Tierras
5. Ministerio del Poder Popular para la Alimentación
6. Ministerio del Poder Popular para la Ciencia y Tecnología
7. Ministerio del Poder Popular para la Cultura
8. Ministerio del Poder Popular para la Defensa
9. Ministerio del Poder Popular para la Economía Comunal
10. Ministerio del Poder Popular para la Educación
11. Ministerio del Poder Popular para la Educación Superior
12. Ministerio del Poder Popular para la Energía y Petróleo
13. Ministerio del Poder Popular para la Infraestructura
14. Ministerio del Poder Popular para la Participación y Protección Social
15. Ministerio del Poder Popular para la Planificación y Desarrollo
16. Ministerio del Poder Popular para la Salud
17. Ministerio del Poder Popular para la Vivienda y Hábitat
18. Ministerio del Poder Popular para las Industrias Ligeras y Comercio
19. Ministerio del Poder Popular para las Relaciones Interiores y Justicia
20. Ministerio del Poder Popular para los Pueblos Indígenas
21. Ministerio del Poder Popular del Despacho de la Presidencia
22. Despacho de la Ministra de Estado para Asuntos de la Mujer
23. Comisión de Desarrollo Social de la Asamblea Nacional.
24. Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud

TABLA DE CONTENIDO

I.	INTRODUCCION.....	5
II.	LA CONSTITUCIÓN BOLIVARIANA Y EL PLAN SIMÓN BOLÍVAR COMO MARCO DEL PLAN NACIONAL DE SALUD.....	5
I.1.	El derecho a la salud en la Constitución Bolivariana	5
I.2.	La salud y el Plan Simón Bolívar	6
III.	EL PLAN NACIONAL DE SALUD Y LA HISTORIA DE LA SALUD PÚBLICA VENEZOLANA	8
III.1.	Importancia de la historia de la salud pública venezolana.....	8
III.2.	La naciente salubridad pública en el siglo XIX y comienzos del siglo XX	9
III.3.	Derrota y renacimiento de la Salud Pública.....	11
III.4.	Cuarenta años de destrucción de la salud pública.....	12
III.4.1.	Los primeros retrocesos	12
III.4.2.	Deterioro y privatización del sistema público.....	14
III.4.3.	Las reformas neoliberales	15
III.5.	Consecuencias en la salud y calidad de vida	17
IV.	LOS AVANCES DE LA REVOLUCION BOLIVARIANA EN SALUD Y CALIDAD DE VIDA.....	18
IV.1.	El retorno de la Salud Pública integral	18
IV.2.	Los intentos de volver al pasado.....	19
IV.3.	Inclusión masiva y acelerada	20
IV.4.	Barrio Adentro, la estrategia para la construcción del Sistema Público Nacional de Salud	20
IV.4.1.	Las etapas de Barrio Adentro	21
IV.4.1.1.	Barrio Adentro I.....	21
IV.4.1.2.	Barrio Adentro II.....	21
IV.4.1.3.	Áreas de Salud Integral Comunitaria	22
IV.4.1.4.	Barrio Adentro III	22
IV.4.1.5.	Barrio Adentro IV	23
IV.4.2.	Barrio Adentro, modelo de atención y gestión integral	24
IV.4.3.	Cobertura e impacto actual de Barrio Adentro y las Misiones Sociales	26

V.	LOS PRINCIPALES DESAFÍOS ACTUALES EN SALUD.....	35
V.1.	Desafíos de la reproducción social de la enfermedad y daños a la salud	36
V.1.1.	Transición demográfica	36
V.1.2.	Modos y estilos de vida capitalistas.....	37
V.1.3.	Desigualdades sociales	43
V.1.3.1.	Desigualdades territoriales	43
V.1.3.2.	Mortalidad materna	45
V.1.3.3.	Desigualdades por grupos étnicos y culturales	47
V.1.4.	Impacto del calentamiento global sobre la salud	47
V.1.5.	Enfermedades transmisibles.....	49
V.2.	Desafíos de las deformaciones del sistema de salud heredadas del capitalismo	50
V.2.1.	Rectoría del Sistema Público Nacional de Salud.....	50
V.2.2.	Fragmentación y segmentación del sistema de salud	51
V.2.3.	Financiamiento del Sistema Público Nacional de Salud	51
V.2.4.	Talento humano e insumos para la salud	51
V.3.	La participación popular como desafío	52
VI.	EL ENFOQUE CONCEPTUAL DEL PLAN NACIONAL DE SALUD	53
VI.1.	Determinación de la situación de salud	54
VI.1.1.	El modo de vida. La determinación estructural	55
VI.1.2.	Condiciones de vida particulares. Los determinantes mediadores.....	55
VI.1.3.	Los determinantes singulares inmediatos.....	55
VI.1.4.	El sistema de salud como determinante	55
VI.2.	Integralidad e Intersectorialidad de las intervenciones	55
VI.3.	Participación, Poder Popular y construcción del socialismo	56
VII.	VISION OBJETIVOS Y METAS.....	56
VII.1.	Visión.....	56
VII.2.	Objetivo General.....	57
VII.2.1.	NUEVA INSTITUCIONALIDAD	57
VII.2.2.	CONDICIONES PROMOTORAS DE CALIDAD DE VIDA Y SALUD	60
VII.2.3.	PARTICIPACION PROTAGONICA Y PODER POPULAR EN SALUD.....	64

I. INTRODUCCION

El Plan Nacional de Salud establece los Objetivos, Políticas, Proyectos y Medidas consideradas estratégicas para alinear la gestión del Estado venezolano orientada a garantizar el derecho a la salud para el período 2009–2013/2018, de acuerdo a los mandatos de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, y a las directrices, enfoques, políticas y estrategias del Plan de Desarrollo Económico y Social 2007-2013 “Proyecto Nacional Simón Bolívar”, en la transición al socialismo. Bajo la conducción y liderazgo del Ministerio del Poder Popular para la Salud, como Rector del Sistema Público Nacional de Salud, el plan articula en forma coordinada los aportes del conjunto del Estado, y los órganos del Poder Popular en la producción social, preservación y recuperación de la salud.

Ha sido formulado con los aportes de 22 Ministerios, bajo el liderazgo conjunto del Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS) y del Ministerio del Poder Popular para la Planificación y Desarrollo (MPPPD), y la cooperación técnica de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS).

II. LA CONSTITUCIÓN BOLIVARIANA Y EL PLAN SIMÓN BOLÍVAR COMO MARCO DEL PLAN NACIONAL DE SALUD

I.1. El derecho a la salud en la Constitución Bolivariana

La Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999) reconoce la salud como un derecho social fundamental, al mismo tiempo que consagra como derecho la mayoría de los determinantes, y responsabiliza al Estado de garantizarla, así como organizar el Sistema Público Nacional de Salud, vinculado al Sistema de Seguridad Social. La Constitución define los principios y valores que deben regir el Sistema Público Nacional de Salud (ver recuadros).

El Sistema Público Nacional de Salud en la Constitución Bolivariana

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

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

Artículo 86: “Toda persona tiene derecho a la seguridad social como servicio público de carácter no lucrativo, que garantice la salud y asegure protección en contingencias de maternidad, paternidad, enfermedad, invalidez, enfermedades catastróficas, discapacidad, necesidades especiales, riesgos laborales, pérdida de empleo, desempleo, vejez, viudedad, orfandad, vivienda, cargas derivadas de la vida familiar y cualquier otra circunstancia de previsión social. El Estado tiene la obligación de asegurar la efectividad de este derecho, creando un sistema de seguridad social universal, integral, de financiamiento solidario, unitario, eficiente y participativo, de contribuciones directas o indirectas. ...”.

Derecho a la Salud y Calidad de Vida en la Constitución Bolivariana (textos seleccionados).

Artículo 83:

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

Artículo 2:

“Venezuela se constituye en un Estado democrático y social de derecho y de justicia, que propugna como valores superiores de su ordenamiento jurídico y de su actuación, la vida, la libertad, la justicia, la igualdad, la solidaridad, la democracia, la responsabilidad social y, en general, la preeminencia de los derechos humanos, la ética y el pluralismo político”.

Artículo 3:

“El Estado tiene como fines esenciales la defensa y el desarrollo de la persona y el respeto a su dignidad, el ejercicio democrático de la voluntad popular, la construcción de una sociedad justa y amante de la paz, la promoción de la prosperidad y bienestar del pueblo y la garantía del cumplimiento de los principios, derechos y deberes reconocidos y consagrados en esta Constitución. La educación y el trabajo son los procesos fundamentales para alcanzar dichos fines”.

Artículo 19:

“El Estado garantizará a toda persona, conforme al principio de progresividad y sin discriminación alguna, el goce y ejercicio irrenunciable, indivisible e interdependiente de los derechos humanos...”

Artículo 75:

“El Estado protegerá a las familias como asociación natural de la sociedad y como el espacio fundamental para el desarrollo integral de las personas. Las relaciones familiares se basan en la igualdad de derechos y deberes, la solidaridad, el esfuerzo común, la comprensión mutua y el respeto recíproco entre sus integrantes. El Estado garantizará protección a la madre, al padre o a quienes ejerzan la jefatura de la familia...”

Artículo 76:

“La maternidad y la paternidad son protegidas integralmente, sea cual fuere el estado civil de la madre o del padre. Las parejas tienen derecho a decidir libre y responsablemente el número de hijos o hijas que deseen concebir y a disponer de la información y de los medios que les aseguren el ejercicio de este derecho. El Estado garantizará asistencia y protección integral a la maternidad, en general a partir del momento de la concepción, durante el embarazo, el parto y el puerperio, y asegurará servicios de planificación familiar integral basados en valores éticos y científicos...”

Artículo 82:

“Toda persona tiene derecho a una vivienda adecuada, segura, cómoda, higiénica, con servicios básicos esenciales que incluyan un hábitat que humanice las relaciones familiares, vecinales y comunitarias. La satisfacción progresiva de este derecho es obligación compartida entre los ciudadanos y ciudadanas y el Estado en todos sus ámbitos. El Estado dará prioridad a las familias y garantizará los medios para que éstas, y especialmente las de escasos recursos, puedan acceder a las políticas sociales y al crédito para la construcción, adquisición o ampliación de viviendas”.

Artículo 87:

“Toda persona tiene derecho al trabajo y el deber de trabajar. El Estado garantizará la adopción de las medidas necesarias a los fines de que toda persona pueda obtener ocupación productiva, que le proporcione una existencia digna y decorosa y le garantice el pleno ejercicio de este derecho..... Todo patrono o patrona garantizará a sus trabajadores o trabajadoras condiciones de seguridad, higiene y ambiente de trabajo adecuados. El Estado adoptará medidas y creará instituciones que permitan el control y la promoción de estas condiciones”.

Artículo 102:

“La educación es un derecho humano y un deber social fundamental, es democrática, gratuita y obligatoria...”

Artículo 111:

“Todas las personas tienen derecho al deporte y a la recreación como actividades que benefician la calidad de vida individual y colectiva...”

Artículo 122:

“Los pueblos indígenas tienen derecho a una salud integral que considere sus prácticas y culturas. El Estado reconocerá su medicina tradicional y las terapias complementarias, con sujeción a principios bioéticos”.

Artículo 127:

“...Toda persona tiene derecho individual y colectivamente a disfrutar de una vida y de un ambiente seguro, sano y ecológicamente equilibrado. (...) Es una obligación fundamental del Estado, con la activa participación de la sociedad, garantizar que la población se desenvuelva en un ambiente libre de contaminación, en donde el aire, el agua, los suelos, las costas, el clima, la capa de ozono, las especies vivas, sean especialmente protegidos, de conformidad con la ley”.

I.2.La salud y el Plan Simón Bolívar

El Plan de Desarrollo Económico y Social Simón Bolívar 2007–2013, por su parte plantea 7 directrices de desarrollo en la transición al socialismo (ver recuadro).

Estas directrices, conjuntamente con sus objetivos y estrategias constituyen marco de referencia para el Plan Nacional de Salud 2009–2013/2018.

Directrices del Plan Simón Bolívar 2007 – 2013

- 1) *La Nueva Ética Socialista*. “La refundación de la nación venezolana, cimentada sobre la fusión de los valores y principios más avanzados de las corrientes humanistas del socialismo y de la herencia histórica del pensamiento de Simón Bolívar”.
- 2) *La Suprema Felicidad Social*. “La construcción de una estructura social incluyente, un nuevo modelo social, productivo, humanista y endógeno”.
- 3) *Democracia Protagónica Revolucionaria*. “Consolidar la organización social (...), la fuerza colectiva, reforzando la independencia, la libertad y el poder originario...”
- 4) *Modelo Productivo Socialista*. “Trabajo con significado (...); eliminación de la división social, de la estructura jerárquica y de la disyuntiva entre la satisfacción de las necesidades humanas y la producción de riqueza subordinada a la reproducción del capital”.
- 5) *Nueva Geopolítica Nacional*. ...”Modificación de la estructura socio-territorial de Venezuela (...), articulación interna del modelo productivo (...), modelo de desarrollo territorial desconcentrado, definido por ejes integradores, regiones programa, un sistema de ciudades interconectadas y un ambiente sustentable”.
- 6) *Venezuela: Potencia Energética Mundial*. “...Estrategia que combina el uso soberano del recurso con la integración regional y mundial...”.
- 7) *Nueva Geopolítica Internacional*. “...Construcción de un mundo multipolar (...), nuevos polos de poder (...) que quiebren la hegemonía unipolar, en la búsqueda de la justicia social, la solidaridad y la garantía de la paz, bajo la profundización del diálogo fraterno entre los pueblos, su autodeterminación y el respeto a las libertades de pensamiento”.

Una de las estrategias planteadas con respecto a la orientación de la **Suprema Felicidad Social**, consiste en: “*Profundizar la atención integral en salud de forma universal*”, para la cual se plantea los siguientes objetivos:

- a. Expandir y consolidar los servicios de atención integral de la salud de forma oportuna y gratuita.
- b. Reducir la tasa de mortalidad materno–neonatal y post-neonatal en niños de uno a cinco años.
- c. Fortalecer la prevención y el control de enfermedades.
- d. Propiciar la seguridad y soberanía farmacéutica.
- e. Incrementar la prevención de accidentes y hechos violentos.
- f. Optimizar la prevención del consumo de drogas y asegurar el tratamiento y rehabilitación de la población afectada.

Otras estrategias para la **Suprema Felicidad Social** incluyen: garantizar una vivienda digna; profundizar la educación bolivariana; universalizar una cultura que fortalezca la identidad nacional, latinoamericana y caribeña; garantizar la administración de la biosfera para beneficios sustentables; y, fomentar la participación organizada del pueblo en la planificación de la producción y socialización de los excedentes.

III. EL PLAN NACIONAL DE SALUD Y LA HISTORIA DE LA SALUD PÚBLICA VENEZOLANA

III.1. Importancia de la historia de la salud pública venezolana

La élite dirigente del país, en el marco del “Pacto de Punto Fijo”, que gobernó durante los últimos 40 años del pasado siglo, se propuso reescribir la historia de Venezuela destacando aquellos hechos favorables al esquema de dominación y silenciando al máximo todo acontecimiento opuesto a sus intereses clasistas y antinacionales. En el campo de la Salud Pública, al obviar la importante y valiosa obra historiográfica que da cuenta de los períodos estelares de nuestra historia sanitaria, se ha pretendido olvidar a los profesionales y técnicos de la salud venezolana de un legado de abnegación, amor y solidaridad para emparentarlos con un modelo perverso que auspicia el mercantilismo médico y la privatización de los servicios de salud.

A los fines de comenzar a contrarrestar esta operación de desmemoria histórica, el **Plan Nacional de Salud**, a la par de establecer las metas estratégicas en materia de salud pública y demostrar con cifras el fracaso de la IV República y los éxitos alcanzados por la Revolución Bolivariana; se propone reivindicar lo mejor de la historia de la salud pública venezolana, señalando, a grandes rasgos, los hechos concretos de sus momentos admirables, la labor abnegada y heroica de sobresalientes médicos y científicos venezolanos y la acción desplegada por aquellos gobernantes que en su momento impulsaron políticas de salud en beneficio de las mayorías excluidas de la nación y constituyen antecedentes y experiencias acumuladas por nuestro pueblo, sobre los cuales se construye hoy el Sistema Público Nacional de Salud.

Se trata de iniciar la apertura de un espacio que permita a la Revolución Bolivariana ir al encuentro de acontecimientos y experiencias que en determinadas épocas de nuestra historia situaron a Venezuela en la vanguardia de la salud pública continental. Las luchas y esfuerzos por lograr una salud y vida dignas y con calidad, como política de Estado, nacieron con el proceso independentista y el ideario del Libertador sobre la salubridad pública. Han transitado un largo proceso de avances y derrotas por casi 200 años, y hoy, en el marco del proceso Bolivariano ponen en las manos del pueblo la oportunidad de consolidar los avances logrados y alcanzar niveles superiores de salud, vida y felicidad, mediante la construcción de una nueva institucionalidad en salud y nuevas formas de gestión intersectorial, que se articulan con la construcción del Poder Popular y la transición al Socialismo.

La Salud Pública venezolana se ha desarrollado históricamente sobre tres ejes de conflicto: a) La salud como derecho universal versus la salud como beneficencia y asistencialismo; b) La atención de la salud como bien público y responsabilidad del Estado versus

la atención de salud como bien privado y responsabilidad individual según las capacidades; y c) La Salud Pública integral (promoción, prevención y recuperación de la salud) versus las concepciones reduccionistas de la Salud Pública restringida a la prevención y control de algunos de los problemas sanitarios que relegan la recuperación a lo privado.

Los avances y retrocesos en estos tres ejes han determinado las políticas públicas predominantes sobre salud y calidad de vida en diferentes momentos de nuestra historia republicana, han marcado su carácter de clase y la han conectado con los procesos económicos y políticos que los han caracterizado.

III.2. La naciente salubridad pública en el siglo XIX y comienzos del siglo XX

El 25 de junio de 1827 el Libertador Simón Bolívar, en su condición de Presidente de la Gran Colombia emite el decreto de creación de la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela. Además de otorgarle el carácter de tribunal para los asuntos profesionales y de cuerpo director de los estudios médicos universitarios, el citado decreto le confiere a la Facultad de Medicina atribuciones específicas relativas a la **salubridad pública**.

El Libertador se proponía así, al mismo tiempo que derogaba las constituciones coloniales de la universidad, articular la cátedra y al egresado de la carrera médica con la acción del naciente Estado Republicano en materia de salud pública, probablemente inspirado por las reformas de los hospitales y el florecimiento de la salubridad pública que acontecían en Europa, con posterioridad a la Revolución Francesa, que transformaron la concepción de los hospitales de instituciones para albergue y atención de menesterosos en centros de desarrollo científico de la medicina que impulsaron la clínica y otras disciplinas de la salud, y pusieron de relieve la salubridad pública como responsabilidad del Estado. El encargado de realizar esta misión fue el doctor José María Vargas.

La separación de Venezuela de la Gran Colombia y el predominio de sectores conservadores, negadores de los derechos conquistados durante el proceso independentista, sumió al país en una gran inestabilidad política, y los avances en materia de salubridad pública fueron limitados. Hasta 1888 solo existían en Caracas 1 hospital militar, 2 pequeños hospitales privados y 6 albergues de beneficencia para pobres de solemnidad, retrotrayendo así las viejas concepciones típicas de las Leyes de Indias del período colonial.

Correspondió al Presidente Juan Pablo Rojas Paúl (1888–1890) retomar el desarrollo de la salubridad pública. La creación del Hospital Vargas de Caracas (Decreto Presidencial del 16 de agosto 1888) no es un hecho aislado. Fue parte de un esfuerzo de desarrollo integral de la capacidad pública para la atención de la salud, coherente con los desarrollos

científico-técnicos de la época en Europa, en lo que los historiadores han reconocido como “el período de renacimiento de la medicina venezolana”¹. A decir de otros, se trataba de superar “todas las viejas concepciones de la asistencia de enfermos, iniciadas con las anti-guas Leyes de Indias (...) para darle al Estado, la más efectiva preocupación por la asisten-cia médica”². Una pléyade de jóvenes fueron formados en Europa, por iniciativa gubernamental, entre ellos Luis Razetti y José Gregorio Hernández, Pablo Acosta Ortiz, Elías Ro-dríguez, Elías Toro, Santos Aníbal Domínici, Emilio Conde Flores, quienes transformaron la enseñanza de la medicina, la atención médica y reintrodujeron la salubridad pública co-mo responsabilidad del Estado.

Estas políticas fueron posteriormente retomadas y reimpulsadas por el gobierno na-cionalista y antiimperialista de Cipriano Castro (1899-1908). El 24 de octubre de 1899, en el acto de transferencia del poder efectuado en el Capitolio, acompaña al Presidente Cipria-no Castro el ex-presidente Juan Pablo Rojas Paúl, iniciándose a partir de aquel momento una alianza política que lleva a Rojas Paúl a desempeñarse como representante del Distrito Federal en la Asamblea Constituyente del año 1900 y a pronunciar el discurso de respuesta al Presidente Castro en la ocasión de defender la legitimidad del gobierno del líder de la Revolución Restauradora. En 1903 es Presidente de la Comisión de Política Exterior del Congreso y, al morir, en 1905, su sepelio fue presidido por el Poder Ejecutivo Nacional.

Además de recibir el apoyo del Presidente que había impulsado el proceso moderni-zador de la Medicina en el bienio 1888-1890, Cipriano Castro contó con el respaldo de aquel grupo de jóvenes médicos especializados en Europa que trabajaron para transformar la medicina y colocarla al servicio del pueblo. Efectivamente, quienes en 1893 habían crea-do la Sociedad de Médicos de Caracas para volcarla a la solución de los problemas médicos sanitarios de la capital y entre 1895 y 1897 instalaran el Instituto de Investigación Luís Pas-teur, fundaran la cátedra de clínica médica y obstétrica y realizaran más de 200 operaciones de alta cirugía en el Hospital Vargas; suscribieron un documento de apoyo a Cipriano Cas-tro, que destaca la investigadora Dora Castro, indicando que: “la joven generación de inte-lectuales formada en las aulas universitarias de Adolfo Ernst y Rafael Villavicencio, dentro de los cuales se destacaban Luís Razetti, Pablo Acosta Ortiz, Elías Rodríguez, Elías Toro, Santos Aníbal Domínici, Emilio Conde Flores, dirigieron a Castro un manifiesto acogiendo su consigna de NUEVOS HOMBRES, NUEVOS IDEALES, NUEVOS PROCEDIMIEN-TOS”³.

Respondiendo a un pedimento de este grupo de médicos, el gobierno de Cipriano Castro creó en 1899 la Dirección de Higiene y Estadística Demográfica, la cual estableció: “el aseo urbano como servicio público, la inspección constante de alimentos, carne y leche

¹ Archila Ricardo. Historia de la Sanidad Venezolana. Imprenta Nacional. Caracas 1956.

² Beaujon Oscar. Historia del Hospital Vargas de Caracas. Imprenta Nacional.

³ Dávila M Dora.- Caracas y la gripe española de 1918. Epidemias y políticas sanitarias. UCAB. Caracas 2000

y la vigilancia a mercados y mataderos, envíos de muestras de alimentos al laboratorio de bacteriología del Hospital Vargas y publicación en la Gaceta Médica de Caracas de los datos mensuales referentes a la morbilidad en la ciudad de Caracas”⁴. En el año de 1902 es nombrado Director del Laboratorio de Bacteriología del Hospital Vargas, Rafael Rangel, quién: “gozó del apoyo político y financiero del General Cipriano Castro. Le tocó vivir una época oportuna, en pleno auge de la microbiología mundial, en un país casi virgen de investigación, donde la demanda de sus investigaciones sobre enfermedades tropicales le otorgó sitio de privilegio. Como resultado del apoyo que recibió, su laboratorio de bacteriología fue modelo para la época, con presupuesto bastante adecuado y los mejores aparatos disponibles para el momento”⁵.

III.3. Derrota y renacimiento de la Salud Pública

Con el advenimiento de la exploración y explotación petrolera emerge la dictadura de Juan Vicente Gómez y este florecimiento fue truncado. Durante el régimen gomecista, apoyado por los gobiernos imperialistas de los Estados Unidos, la salubridad pública “se detuvo, lo mismo que la marcha general del país (...) y la situación, en suma, retrocedió en muchos aspectos a la etapa medieval”⁶. En esta época solo se desarrollaron aquellas intervenciones sanitarias que favorecían la exploración y explotación petrolera, mediante saneamiento de algunos territorios y el control de algunas enfermedades transmisibles. Aquella fue una etapa de cesión total de nuestra soberanía en materia de salud pública, a tal punto que “entre 1926 y 1927, el Ingeniero Jefe de la Misión de Ingeniería Sanitaria de la Fundación Rockefeller en Venezuela, Thorndike Saville, fue designado Jefe del Servicio de Ingeniería Sanitaria de Venezuela”⁷.

Con la muerte de Gómez, bajo las presidencias de los Generales Eleazar López Contreras e Isaías Medina Angarita, se retoma el compromiso del Estado y se da inicio al desarrollo institucional de la salubridad pública, con la creación del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (MSAS)⁸. El Ministro Enrique Tejera establece tres grandes prioridades, control de la malaria, de la tuberculosis y la mortalidad infantil. En 1936, como una conquista del movimiento obrero, se aprueba la Ley del trabajo, en cuyo articulado se establece la creación del Seguro Social Obligatorio. En 1946 se creó la División de Hospitales (posteriormente Instituto Nacional de Hospitales) y se retoma el compromiso de desarrollar una red pública hospitalaria. En la constitución de 1947 se consagra por primera vez el derecho a la salud y la responsabilidad del estado como mandato constitucional.

⁴ Idem.

⁵ Idem.

⁶ Archila Ricardo.- Historia de la Sanidad Venezolana. Imprenta nacional. Caracas 1956.

⁷ Castellanos, Pedro L.- Notas sobre el Estado y salud en Venezuela. Cuadernos de la Escuela de Salud Pública N° 31. Caracas agosto 1980.

⁸ Creado el 21 de febrero de 1936.

No fueron procesos lineales, sin contradicciones. Con la adscripción del Instituto Venezolano de Seguros Sociales (creado en 1946) al Ministerio del Trabajo, y del Instituto de Previsión y Asistencia Social del Ministerio de Educación IPASME (1949) se contradujo la doctrina integralista preconizada en el MSAS y se sembró la semilla para el desarrollo de servicios públicos de salud selectivos y al margen del sistema público de vocación universal. Sin embargo, hasta los años 60, hubo un claro predominio de las concepciones integralistas y de derecho universal en las políticas de salud.

El largo período de predominio de la Salud Pública como derecho y responsabilidad estatal, iniciado en 1936, cerrado en los años 60, se tradujo en el desarrollo de una eficiente red de servicios de salud, control de endemias rurales, ampliación de cobertura sobre todo rural, formación de talento humano clínico y de salud pública, el desarrollo de una comunidad científica en salud. Se aplicaron ideas innovadoras, con metas sociales desafiantes, conducidas por importantes líderes que combinaban un alto nivel científico técnico y vocación de servicio público, entre los cuales se destacaron Enrique Tejera, Edmundo Fernández, Arnoldo Gabaldón, José Ignacio Baldó, Jacinto Convit, Pastor Oropeza, y muchos otros. Estas concepciones predominaron en los hechos⁹ hasta que a partir de la Constitución de 1961 se inició su desplazamiento y liquidación, en el marco del “Pacto de Punto Fijo”.

El impacto sanitario positivo de este período puede ser ilustrado al constatar que la esperanza de vida al nacer se elevó entre 1950 y 1962, de 58,8 a 66,4 años, un promedio superior a 7 meses por año. De igual manera, la tasa de mortalidad infantil, que para el año 1950 era de 78,8, para el año 1962 fue de 48,2 por mil nacidos vivos, una reducción de 2,6 puntos por cada año.

Para 1960 ya el 67,4% de la población era urbana, se había logrado reducir considerablemente los territorios maláricos y de otras endemias rurales, se habían desarrollado eficientes programas nacionales contra la tuberculosis, la lepra y otras que habían diezmando tradicionalmente la población rural. Los desarrollos económicos urbanos atrajeron migraciones hacia las ciudades. Era necesario reestructurar el sistema público de salud para responder a las nuevas realidades demográfica y epidemiológica.

III.4. Cuarenta años de destrucción de la salud pública

III.4.1. Los primeros retrocesos

A partir de 1958, con la apertura democrática, hubo intentos de fortalecer esta concepción integralista, de derecho y de responsabilidad pública. Se amplió el campo de inte-

⁹ Aunque en la Constitución de 1952 fue abolido el derecho constitucional a la salud y se establecieron restricciones a la movilización y participación social, en coherencia con el régimen dictatorial existente.

rés del MSAS sobre atención integral de la salud de los adultos, las adicciones, enfermedades crónicas no transmisibles y la salud de trabajadores, con lo cual se intentaba adecuar las políticas al nuevo perfil demográfico y epidemiológico. Igualmente se fortaleció el interés del MSAS en la promoción, con un enfoque intersectorial (saneamiento básico, vivienda rural, acueductos, etc.) y se estableció oficialmente que el objetivo de las políticas del estado en salud era aumentar la esperanza de vida al nacer en por lo menos 6 meses por cada año cronológico mediante un esfuerzo intersectorial para mejorar la calidad de vida. Otro hito fue la creación en 1958 de la Escuela de Salud Pública. En 1961, el II Congreso Venezolano de Salud Pública propuso la Medicina Simplificada para ampliar la cobertura de servicios rurales de salud y la necesidad de un Plan de Salud Integral que respondiera a la nueva realidad sanitaria.

Sin embargo, estos intentos, impulsados desde el campo de la salubridad pública integral, no fructificaron plenamente. El contexto nacional e internacional estaba marcado por la conflictividad política, las políticas contrainsurgentes y las ideas desarrollistas conservadoras, en un continente en el que predominaban las dictaduras y los movimientos populares de resistencia e insurgencia. En este contexto, la Constitución aprobada en 1961, si bien recupera el derecho a la salud, limitó la obligación del Estado a la atención de “quienes carezcan de recursos” (art. 76), clásica tesis conservadora en el país, y sentó las bases para la atomización del sistema de salud al asignar competencias descentralizadas a las Municipalidades (art. 36) y otros entes públicos. En este sentido, esta Constitución representó un retroceso de las ideas integralistas y acerca de la responsabilidad del Estado por la salud de toda la población.

En los años 60 se produce una proliferación de organismos públicos en salud y ya en 1962, el Ministro afirmaba en su memoria al Congreso “...la imposibilidad por disposiciones constitucionales de crear el Servicio Nacional Único de Salud, [ya que] una de estas disposiciones establece que los estados o entidades federales deben recibir una proporción determinada del presupuesto nacional, lo que impide utilizar los fondos destinados a salud”¹⁰ Por eso, desde el MSAS se crearon los Servicios Cooperativos de Salud, como un intento de coordinar, bajo su rectoría los recursos y acciones dispersas en entes nacionales, estados y Municipalidades.

Un hecho político relevante en este período, en consonancia con las políticas contrainsurgentes predominantes, fue la subordinación absoluta de la participación social bajo la égida de los partidos firmantes del “Pacto de Punto Fijo”. Toda manifestación de organización y movilización social que no fuera apadrinada por estos partidos, pasó a ser considerada subversiva y reprimida. El movimiento popular se debilitó considerablemente una vez derrotadas las estrategias de lucha armada en los años 60. Mientras, se proyectaba a nivel

¹⁰ Gabaldón Arnoldo. Memoria y Cuenta 1962. Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. Caracas 1962.

nacional e internacional la imagen de un país en calma y con instituciones estables que supuestamente canalizaban las inquietudes y necesidades del pueblo.

El deterioro de los recursos disponibles junto al predominio de las ideas liberales conservadoras, impidieron, en la práctica, que el MSAS pudiera responder con un enfoque integral a los cambios demográficos y de la situación de salud, con una población progresivamente y cada vez más urbana y más consciente de sus derechos, en un ambiente de creciente conflictividad social. Los costos crecientes de la atención restaurativa comenzaron a ser percibidos como una carga que afectaba las acciones de promoción y prevención, comenzaron a resurgir las ideas reduccionistas en las políticas de Salud Pública, y fue acumulándose una deuda social en salud cada vez mayor, sobre todo a nivel urbano. El resurgimiento de las concepciones reduccionistas de la Salud Pública, forzado por las ideas liberales conservadoras y desarrollistas dominantes, y por la carencia de recursos para el desarrollo del sistema público, fue liquidando progresivamente, desde mediados de los años 60, la llamada “época de oro de la Salud Pública venezolana” e impidieron que el MSAS respondiera a las nuevas realidades epidemiológicas y sociales del país.

III.4.2. Deterioro y privatización del sistema público

Desde mediados de los años 60 se abandonó la noción de derecho universal y de responsabilidad del Estado. Las decisiones sobre políticas de salud pasaron a estar fuertemente determinadas por la “necesidad” de recuperar costos (es decir transferir los costos de la atención médica a la población) y se introdujeron diversos mecanismos que permitieran al Ministerio desligarse de la responsabilidad de gestionar los establecimientos de atención médica, supuestamente para concentrar su interés en la promoción y prevención. Se estimuló la descentralización de los servicios en múltiples organismos nacionales, estatales y municipales, la reducción del gasto público, el deterioro intensivo de las capacidades del MSAS para conducir y ejercer la rectoría, y se propició el desarrollo de la atención médica privada.

Se abandonó el compromiso público con el derecho a la salud y las poblaciones empobrecidas y cada vez más urbanas fueron abandonadas a su propia suerte. Progresivamente se construyó el predominio del sector privado y la subordinación de lo público a los intereses lucrativos del mercado. A partir de 1966, se oficializa y amplía la política de “recuperación de costos”, es decir el cobro por servicios en los hospitales públicos¹¹, argumentándose los elevados costos operativos.

El número de camas de hospitalización del país se redujo entre 1963 y 1976 de 3,46 a 2,92 por mil habitantes. Sin embargo, este descenso se debió a la reducción de las camas

¹¹ Guzmán Lander. Memoria y Cuenta 1965. Citado por Infante R (1988).

públicas, pues en ese mismo período el número de camas privadas por mil habitantes se elevó de 0,43 a 0,48 y desde entonces continuó creciendo¹². Ya para 1974, el 64,8% de las camas de hospitalización del IVSS eran contratadas¹³.

Entre 1976 y 1980 vivimos un incremento vertiginoso de los ingresos petroleros, y en 1978 en la cumbre mundial de Alma Ata, el país adquiere el compromiso de aplicar la Atención Primaria de la Salud como estrategia para alcanzar Salud Para Todos en el año 2000. Sin embargo, la expresión más destacada de este compromiso fue la instalación de servicios de salud en los llamados “Módulos de Servicios” en algunas zonas marginales urbanas, los cuales ofertaban una reducida capacidad de resolución, un limitado paquete de intervenciones simplificadas y una cobertura poblacional muy reducida y claramente vinculados a estrategias de desmovilización social.

III.4.3. Las reformas neoliberales

En los años 80 y sobre todo en los 90 se conforma una nueva institucionalidad de la salud en el país, contraria a la salud pública y de corte anti-popular. Ante la debilidad de los movimientos sociales duramente reprimidos, sobre todo con posterioridad al “Caracazo”, estas reformas fueron marcadas por las orientaciones neoliberales del llamado Consenso de Washington e impulsadas con el apoyo financiero y técnico de organismos financieros internacionales. Estas reformas neoliberales reforzaron la liquidación de lo público en salud y su subordinación a lo privado.

En este contexto tan adverso para la salud pública, la Ley del Sistema Nacional de Salud, aprobada en 1987, consagró el proceso descentralizador y reduccionista del papel conductor y de rectoría del MSAS al limitar su papel a impartir “recomendaciones” (art. 5) a los ejecutores identificados como las Gobernaciones y Municipalidades¹⁴, legalizó el ejercicio privado lucrativo dentro de los establecimientos públicos y propició la participación social instrumental como parte de los esfuerzos por reducir el compromiso del estado con la salud y transferir costos.

Un investigador extranjero, impresionado por la magnitud del deterioro de la vida y la insensibilidad de quienes dominaban la esfera política e intelectual exclamó: *“Caracas se ha convertido en una especie de ranchería metropolitana, donde los habitantes de los ranchos en 1987 son el doble de la población total del área metropolitana treinta años antes (...).Prácticamente no se ven escuelas, ambulatorios u otros tipos de servicios sociales en el (...)entramado de ranchos que tapizan las verdes colinas y valles de antaño. A*

¹² Castellanos, Pedro L.- Notas sobre el Estado y la Salud en Venezuela. Cuadernos de la Escuela de Salud Pública N° 31. Caracas agosto 1980.

¹³ Castellanos, Pedro L.- Op. Cit.

¹⁴ Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud. Gaceta Oficial N° 33.745. Caracas 1987.

pesar de su omnipresente visibilidad desde todas partes, los caraqueño –tanto los funcionarios públicos como los simples ciudadanos– parece que se han vuelto ciegos ante la importancia del problema y las privaciones impuestas sobre los jóvenes de hoy y las generaciones venideras de venezolanos”¹⁵.

En este contexto ocurrió la insurrección popular conocida como el “Caracazo” en 1989. La represión y derrota de este movimiento se tradujo en una profundización de las medidas neoliberales y un deterioro aun mayor de las condiciones de vida y salud de las mayorías.

La represión del movimiento popular facilitó establecer en 1989 un conjunto de leyes que conformaron la nueva institucionalidad en salud en el país. Entre ellas la Ley Orgánica de Descentralización y Transferencia de Competencias del Poder Público, la Ley Orgánica del Régimen Municipal y la Ley de Elección y Remoción de Gobernadores de Estado (1989), que fortalecieron la dispersión de órganos públicos con competencia en salud y propiciaron la proliferación de ONG’s con acciones en salud substitutivas de la responsabilidad del estado. Previamente en 1966, 1989 y 1991¹⁶, se había aprobado modificaciones a la Ley del Seguro Social que posibilitaron la privatización de sus servicios.

Liquidada la salud pública y vencidos quienes opusieron resistencia, en 1998 se aprobó una nueva Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, de corte totalmente neoliberal. En la misma se consagra la institucionalidad de salud que se había incubado en los años previos. Prácticamente se liquidan las posibilidades del MSAS de ejercer la rectoría del sistema, se consagra la atomización del sistema, la transferencia de las responsabilidades públicas y costos a la población, se fortalece el papel de las ONG’s como intermediarias substitutivas de la responsabilidad del Estado y se propicia la privatización de la atención en salud.

Los aportes al sector salud descendieron progresivamente. Si para 1970 el gasto público en salud era el 2,62% del PIB, para finales de la década de los 80 alcanzaba al 1,63%. Al mismo tiempo, sólo entre 1985 y 1991, la atención médica privada pasó de atender de menos del 10% de la demanda al 33% de la misma y continuó su crecimiento. Mientras esto acontecía, se deterioraba progresivamente la calidad de vida en los grandes conglomerados urbanos.

¹⁵ FRANCIS VIOLICH Universidad de Berkeley 1987, citado en: UNFPA.- Población, Desigualdad y Políticas Públicas: Un diálogo Estratégico. Caracas 2006.

¹⁶ Ley del Seguro Social Obligatorio. Gaceta Oficial de la República de Venezuela N° 4322 3 de noviembre 1991.

III.5. Consecuencias en la salud y calidad de vida

Las consecuencias sobre la situación de salud del abandono de la responsabilidad del Estado en salud y del predominio de las ideas liberales en este período fueron terribles. Sólo entre 1985 y 1991, las consultas médicas públicas generales descendieron 21,1%, las odontológicas 48,2% y las visitas domiciliarias 61,1%. Los casos de malaria ascendieron de 13.311 a más de 20.000 por año, mientras el presupuesto del programa de control de endemias rurales bajó de US\$ 70,1 millones a US\$ 46,9 millones. El bajo peso al nacer subió de 12% a 16% de los recién nacidos. El gasto per cápita total en salud cayó desde el equivalente a US\$ 112 a US\$ 33 solo entre 1989 y 1993. En ese mismo período cerraron total o parcialmente 55 hospitales públicos, mientras la llamada Agenda Venezuela (VIII Plan de la Nación) planteaba como meta el autofinanciamiento de los hospitales públicos.

Para 1990 FUNDACREDESA la sumatoria de los estratos relativamente más pobres (IV y V) alcanzaba a 79 % y el 43,5% en pobreza extrema (método de Graffar modificado). Para el año 1993 la Oficina Central de Estadísticas e Informática (OCEI) calculaba la pobreza en 58,2% y la población en situación de pobreza extrema en 24%, Todo ello como consecuencia de una concepción de política social compensatoria, focalizada, donde la población no es sujeta de derechos sociales, sino de dádivas.

Para tratar de revertir esta terrible realidad social, surge en el año 1992 el Movimiento Bolivariano Revolucionario (MBR-200), a través de las rebeliones militares lideradas por Hugo Chávez Frías, que al no lograr su cometido, dieron lugar a que el régimen neoliberal y pro-imperialista de la época intensificara la represión contra sectores progresistas civiles y militares.

El Índice de Desarrollo Humano se estancó e incluso descendió (entre 1992 y 1995, bajó de 0,7747 a 0,7730). La distribución del ingreso se concentró como nunca, llegando el Coeficiente de Gini hasta 0,486. Para 1997 el gasto público en salud representaba el 2,21% del PIB. En 1999, mientras el 20% más rico del país se apropiaba del 51,9% del ingreso, el 20% más pobre apenas alcanzaba al 4,4%. El total de la inversión social apenas alcanzaba en 1996 el 7,6% del PIB. La tasa de desempleo en enero de 1999 era de 16,6% de la población económicamente activa (PEA), el 53% de la PEA ocupada correspondía al sector informal y muchos comerciantes informales ocupaban las calles y espacios públicos urbanos. Entre 1989 y 1995, el Índice General de Precios se había multiplicado por 20, el de alimentos por 40, mientras el ingreso real de las familias se había reducido en promedio 66%. La tasa de mortalidad infantil para 1995 era de 23,7 por mil nacidos vivos. Alrededor de 20 millones de venezolanos estaban excluidos del acceso a atenciones de salud de acuerdo a sus necesidades.

La calidad de vida de los venezolanos se había deteriorado a niveles incompatibles con la dignidad. Este es el contexto en el que emerge un nuevo liderazgo nacional que reconstituye el movimiento popular y se inicia la Revolución Bolivariana liderada por el Presidente Hugo Chávez Frías.

IV. LOS AVANCES DE LA REVOLUCION BOLIVARIANA EN SALUD Y CALIDAD DE VIDA

Con el triunfo popular electoral en 1998 y el proceso constituyente de 1999, se inició el restablecimiento del derecho a la salud y la concepción integral de la salud pública, sobre la base de la participación protagónica de la población organizada, recuperando así las mejores tradiciones nacionales en este campo, al mismo tiempo que formulando nuevas estrategias adecuadas a la realidad demográfica y sanitaria, económica y política de la Venezuela contemporánea. Desde sus inicios, la gestión en salud del Gobierno Bolivariano se ha orientado en esta dirección.

IV.1. El retorno de la Salud Pública integral

Los primeros pasos se orientaron hacia la implantación de un Modelo de Atención Integral^{17,18} y se comenzó a fortalecer la participación social en salud. Sobre esta base se conformó el Ministerio de Salud y Desarrollo Social (MSDS) y se formuló el Plan Estratégico Social (PES)¹⁹ enmarcado en el Plan de Desarrollo Económico y Social 2001-2007. Estos primeros esfuerzos revirtieron las tendencias negativas en la salud y calidad de vida. Entre 1998 y 2001, la tasa de mortalidad infantil descendió de 21,4 a 17,1 por mil nacidos vivos, el Índice de Desarrollo Humano se elevó de 0,7792 a 0,7973 y la pobreza extrema descendió de 20,3 a 16,9%²⁰.

Venezuela. Indicadores sociales seleccionados. 1999-2007

Indicador Social	1999	2001	2003	2005	2007
Tasa de mortalidad infantil (por 1000 nacidos vivos)	19,0	17,1	18,5	15,5	13,7**
Índice de Desarrollo Humano	0,7792	0,7973	0,7880	0,8080	0,8263
Coefficiente de Gini	0,4693	0,4573	0,4811	0,4748	0,4200
Relación entre ingresos del 20% más rico y más pobre	11,90	11,13	13,17	11,30	9,35

¹⁷ Gilberto Rodríguez Ochoa. Documentos del MSAS. Caracas 2000.

¹⁸ Rincón María T y Rodríguez Isabel.- Consideraciones Generales sobre las Políticas de Salud en Venezuela. **FERMENTUM** 526 14 (41) : 503-532. 2004. Mérida Venezuela.

¹⁹ MSDS.- Plan Estratégico Social. La Construcción de Políticas Públicas por la Calidad de Vida y la Salud. Caracas Agosto 2002.

²⁰ Ministerio del PP para la Planificación y Desarrollo. Boletín Informativo N° 3. Caracas, septiembre 2008.

Inversión social como % del PIB	12,8	16,7	16,7	16,8	20,2
Personas en situación de pobreza extrema (%)	20,1	16,9	29,8	17,8	9,5
Hogares en situación de pobreza (%)	42,0	39,0	55,1	37,9	28,3
Tasa de desempleo (segundos semestres)	14,5	12,8	16,8	11,4	7,5
Empleo formal como % del total (segundos semestres)	47,6	50,1	47,3	53,3	56,0
Salario mínimo urbano (miles de Bs.*)	120,0	158,4	247,1	405,0	614,8
Número de pensionados/as	475.114	536.347	621.919	819.824	1.168.515
Tasa neta de escolaridad (educación preescolar)	44,1	46,5	49,4	54,6	57,6 a/
Tasa neta de escolaridad (educación básica)	84,7	90,4	90,9	91,9	93,6 b/
Tasa neta de escolaridad (educación media)	22,5	25,5	28,5	33,3	35,9 c/
Matriculados en educación superior	656.830	904.703	997.662	1.279.955	1.796.507**
Beneficiarios/as del Programa de Alimentación Escolar (PAE)	252.284	451.933	973.176	1.483.494	3.996.427
Población con acceso a agua potable (%)	82	85	87	90	92
Población con servicio de recolección de aguas servidas (%)	64	68	73	79	82
Fuente: Ministerio del Poder Popular para la Planificación y Desarrollo. Boletín Informativo N° 3. Septiembre 2008.					
* Mil Bolívares equivalen a 1 Bs F.					
** Cifra estimada					
a/ Datos correspondientes al período escolar 2006-2007					
b/ Datos correspondientes al período escolar 2006-2007					
c/ Datos correspondientes al período escolar 2006-2007					

IV.2. Los intentos de volver al pasado

En los años 2002 y 2003, el golpe de Estado y el sabotaje petrolero deterioraron los avances sociales y económicos, significando el equivalente a US\$ 14.000 millones en pérdidas directas a la industria petrolera nacional y un monto muy superior de pérdidas indirectas al país²¹. La mayoría de los indicadores sociales retrocedieron como consecuencia de estos actos criminales. El Índice de Desarrollo Humano descendió a 0,7880 en el 2003, el coeficiente de Gini se elevó a 0,4938, la pobreza aumentó hasta el 55,1% y la pobreza extrema a 29,8%. El desempleo se ubicó en 16,8 % de la PEA²².

²¹ Ramírez, Rafael. Ministerio del Poder Popular para Energía y Petróleo. Entrevista en VTV 28 de octubre 2008.

²² Ministerio del PP para Planificación y Desarrollo. Op. Cit.

IV.3. Inclusión masiva y acelerada

En el contexto de la crisis producida por las agresiones y los retrocesos en la calidad de vida y salud de la población, se inició oficialmente a Barrio Adentro en el año 2003, como la estrategia del proceso Bolivariano para superar la exclusión social en salud. De igual manera, se están desarrollando Misiones Sociales educativas, alimentarias, de protección social, cultura, deportes y de capacitación, que no solo contrarrestaron los daños ocasionados sino que permitieron retomar las tendencias a la mejoría de la calidad de vida y salud.

Destacan: el cumplimiento de las Metas del Milenio, en relación a la disminución de la población en situación de pobreza extrema en 9,7% para el 1er. Semestre 2007, siendo la meta 12,5% para el 2015. La disminución significativa de la desnutrición global en menores de 5 años, que se ubica en 4,2 % en el año 2007, y la meta para el año 2015 es de 3,85%, lo que indica que prácticamente cumplimos esta meta. El cumplimiento de la meta del Milenio en cuanto al acceso sostenible al agua potable y al servicio agua servida en redes. La equidad de género en la educación: el acceso a la educación, incluso es superior en las mujeres que en los hombres. Acceso a las nuevas tecnologías, que comprende acceso a internet y a la telefonía celular. Crecimiento del número de usuarios de Internet, que se ha incrementado significativamente desde 1999, cuando sólo alcanzaba 680.000 personas, llegando a cubrir a seis millones de personas durante el año 2008.

Simultáneamente, se ha producido un fuerte incremento de la tasa neta de escolaridad en todas las edades y niveles, de la cobertura de los programas de alimentación escolar (16 veces más). Es destacable que han sido alfabetizadas 1,6 millones de personas (Misión Robinson), de las cuales 1,1 millones están ahora en proceso de alcanzar el sexto grado de educación básica (Misión Robinson II). Este logro ha sido reconocido por la UNESCO y se ha declarado al país “territorio libre de analfabetismo”. Actualmente, menos del 4% de la población es analfabeta. Y se ha universalizado el acceso a la educación básica

La producción nacional de alimentos se ha incrementado considerablemente y, sumada a la importación y a los nuevos mecanismos de distribución (MERCAL, PDVAL y otros), han mejorado considerablemente la disponibilidad y accesibilidad y han satisfecho las necesidades nacionales en los principales renglones básicos. La producción de hortalizas se ha duplicado, aunque todavía no se ha logrado revertir totalmente la tradición de baja producción y consumo de algunas frutas y vegetales. Se ha iniciado la conformación de reservas alimentarias para enfrentar eventuales crisis coyunturales hasta por tres meses del consumo nacional.

IV.4. Barrio Adentro, la estrategia para la construcción del Sistema Público Nacional de Salud

IV.4.1.Las etapas de Barrio Adentro

Lo que hoy conocemos como Barrio Adentro I, II, III y IV, es el producto de un proceso que se inicia el 16 de abril del año 2003 con el arribo a la ciudad de Caracas de los primeros 53 especialistas de Medicina General Integral, provenientes de la hermana República de Cuba. Se configura así el Plan Barrio Adentro dirigido a atender la Región Capital. En el mes de julio de aquel año, el Presidente Hugo Chávez decidió convertir este plan en una Misión. Surge de esta manera la Misión Barrio Adentro, que en el segundo semestre del 2003 y en el transcurso del año 2004, abrió el camino hacia un cambio estructural en el acceso a la atención en salud para millones de venezolanos y venezolanas que hasta entonces habían estado excluidos de esa atención, expandiendo la red primaria y poniendo a disposición de familias ubicadas en los sectores de mayor exclusión, consultorios populares, médicos, odontólogos, consulta oftalmológica y entrega de medicamentos, entre otros beneficios, en lo que se llamó **Barrio Adentro I**.

IV.4.1.1. Barrio Adentro I

Etapas inicial dirigida a superar la exclusión social en salud, ha consistido en la instalación y operación de 6.576 puntos de consulta en los ambientes residenciales, priorizando las poblaciones tradicionalmente empobrecidas y sin acceso al sistema de salud a nivel urbano y rural.

La población organizada ha aportado locales provisionales para la residencia del personal de salud y para las actividades de atención integral, mientras progresivamente, en un esfuerzo conjunto del Estado y las comunidades organizadas se avanza en la construcción de nuevos centros de salud. Hasta octubre del 2008 se ha completado la construcción y equipamiento de 3.456 Consultorios Populares²³.

A esta labor, están sumadas 7.477 Defensoras de la Salud, provenientes de las comunidades, que se han capacitado para apoyar al médico y servir de promotores de salud integral, 2.383 odontólogos generales integrales, 986 médicos Generales Integrales y 1.847 vacunadoras. Corresponden todos a personal venezolano incorporado activamente a la Misión Barrio Adentro I.

IV.4.1.2. Barrio Adentro II

Ha consistido en desarrollar un sistema de servicios que ha elevado la capacidad de diagnóstico y de resolución de la primera etapa. Entre ellos se encuentran los *Centros de*

²³ Ministerio para el Poder Popular para la Planificación y Desarrollo. Logros de la Revolución en un país de 28 millones de habitantes. Caracas octubre 2008.

Diagnóstico Integral, que incluyen servicios de endoscopia, laboratorio clínico, electrocardiografía, oftalmología, emergencias, quirófano (CDI Quirúrgicos), Rx y ultrasonido; las *Salas de Rehabilitación Integral* destinadas a prestar los servicios de electroterapia, tracción cérico lumbar, termoterapia, hidroterapia, gimnasio pediátrico y adulto, terapia ocupacional, medicina natural y tradicional, terapia del lenguaje y podología; los *Centros de Tecnología Avanzada* (CAT) para asegurar la disponibilidad universal de capacidades de exámenes complementarios como resonancia magnética, tomografía axial computarizada, densitometría ósea, laboratorio SUMA, Rx, video endoscopia, ecosonografía tridimensional y electrocardiografía, las *Ópticas Populares*, destinadas a asegurar la disponibilidad de lentes correctivos para toda persona que los necesite; y otros establecimientos y servicios de acuerdo a las necesidades locales.

Hasta octubre del 2008 se han instalado y están operando 455 Centros de Diagnóstico Integral (CDI), estos incluyen más de 2000 nuevas camas incorporadas al sistema, 533 Salas de Rehabilitación Integral (SRI); se han construido 25 Centros de Alta Tecnología, y opera un número variable de Ópticas Populares. Algunos ambulatorios preexistentes han sido readaptados e incorporados a esta estrategia como parte de Barrio Adentro II, surgiendo de esta manera las Clínicas Populares. Esta etapa, junto a la anterior constituyen la red de servicios de primer nivel de atención del nuevo Sistema Público Nacional de Salud en desarrollo. Se ha previsto que esta red tenga capacidad de resolver alrededor del 90% de las necesidades y demandas de atención.

Es importante resaltar que Barrio Adentro II ha generado 9.956 nuevos empleos para personal venezolano en las áreas de medicina, enfermería, fisioterapia, bioanalistas, camareras, mantenimiento, choferes de ambulancia, recepcionistas y cocina.

IV.4.1.3. Áreas de Salud Integral Comunitaria

Los avances y el impacto social alcanzados con las etapas I y II de Barrio Adentro, sentaron las bases para la conformación de las *Áreas de Salud Integral Comunitaria* (ASIC), como la unidad básica organizativa y operativa de la estrategia de construcción y de gestión del SPNS.

Una ASIC se corresponde con un territorio social y un Consejo Comunal. En la misma se articulan la red de servicios primarios de salud, con las redes sociales comunitarias y otras Misiones Sociales. La red de servicios de la ASIC aplica un modelo integral e intersectorial de atención continua de salud familiar y comunitaria, universal y gratuito. Las ASIC son la unidad básica del SPNS y de las redes de Atención Primaria de la Salud.

IV.4.1.4. Barrio Adentro III

Consiste en la modernización y adecuación tecnológica de los hospitales existentes con la finalidad de articularlos con las áreas de salud integral comunitaria, logrando ampliar y consolidar el sistema de referencia y contrarreferencia, la atención de emergencias y desastres, la cobertura de los programas de salud y, así mismo, la unificación de los protocolos de atención. Se trata de que la red hospitalaria se integre a las áreas de salud integral comunitaria, dotándolas de un conjunto de unidades de mayor nivel de complejidad, las cuales asumirían el restante 10% de los problemas que no tienen posibilidad resolutive en Barrio Adentro I y II.

En la primera fase de intervención se está adecuando la estructura de 160 hospitales en todo el país, con 1.285 obras programadas, de las cuales 345 están ya finalizadas, 627 en ejecución y 313 por inicial, para una inversión inicial de Bs.F. 3.497.439.751.

Se han equipado además, 130 hospitales en la áreas de Imagenología, sostén de vida, mobiliario clínico, instrumental quirúrgico, equipos de apoyo diagnóstico, equipos de video endoscopia, quirófano y anestesia, diálisis, cocina y lavandería. Con una inversión de Bs.F. 966.921.338.

Otro de los pilares de la intervención de los hospitales se relaciona con la adecuación y aumento del talento humano que presta directamente servicios, en este sentido, se han creado 3.897 nuevos cargos entre obreros y empleados que permiten el pleno funcionamiento de las instituciones, a la vez se han jubilado 2.739 obreros y 1.724 empleados (2005-2008)

Resumen general de la intervención de Barrio Adentro III

Barrio Adentro III	N° Centros Asistenciales	Concepto	Inversión (Bs.F.)
Equipamiento	130	30.065 equipos entregados	966.921.338
Infraestructura	160	1.285 obras	3.497.439.751
INVERSION TOTAL			4.464.361.089

Fuente: Ministerio del Poder Popular para la Salud

IV.4.1.5. Barrio Adentro IV

Consiste en el desarrollo de una red de 16 nuevos centros hospitalarios de atención, investigación y formación de talento humano de alto nivel de especialización, para problemas de salud de relevancia nacional que así lo ameriten, y para la cooperación internacional solidaria. Actualmente está en ejecución la primera fase con 6 hospitales para una inversión de Bs. F. 1.272.370.000.

Obras a iniciar. Programa Barrio Adentro IV (1ra. Fase)

Anteproyecto	Tipo	Ubicación	Inversión estimada (Bs.F.)
Hospital General y Gastroenterología	III	El Vigía Estado Mérida	217.150.000
Hospital General y Urología	III	Valle de la Pascua Estado Guárico	161.250.000
Cardiológico de Adultos (Cirugía cardiovascular, hemodinamia y trasplante cardíaco. Incluirá un banco de tejidos y laboratorios de electrofisiología)	IV	Montalbán-Caracas Distrito Capital	187.695.000
Centro Nacional de Cáncer (Para atención especializada en diagnóstico y tratamiento de enfermedades neoplásicas)	III	Guaremas Estado Miranda	308.525.000
Hospital General, Toxicológico y Oncológico	III	Barinas Estado Barinas	204.250.000
Hospital General y Materno Infantil (con concentración en maternidad y pediatría)	III	San Fernando Estado Apure	193.500.000
TOTAL			1.272.370.000

Fuente: Ministerio del Poder Popular para la Salud

El primero de esta red es el Hospital Cardiológico Infantil Latinoamericano “Gilberto Rodríguez Ochoa”, inaugurado en agosto de 2006. Ha desarrollado una red de 15 centros en todo el país y hasta octubre 2008 ha atendido y resuelto problemas quirúrgicos cardiovasculares en 2.403 niños y niñas, incluidos 31 infantes de otros países.

IV.4.2. Barrio Adentro, modelo de atención y gestión integral

Barrio Adentro introduce un nuevo *modelo de atención en salud* que incluye una reconceptualización de la atención de primer nivel, una nueva forma de relación entre el pueblo y los servicios, y un nuevo modelo de gestión y nueva estrategia de formación de talento humano.

El *Modelo de Atención Barrio Adentro* recupera el enfoque integral y comunitario (promoción, prevención y recuperación de la salud) a partir del concepto de territorios sociales, asegura la continuidad de la atención con calidad y humanidad en todo el grupo familiar y en todas las necesidades y problemas, con personal especializado en Medicina General Integral y en Medicina Familiar, incluyendo el suministro de medicamentos, es gratuito y universal, y garantiza la accesibilidad territorial al ubicar los Consultorios Populares en la comunidad.

Asegura además el acceso organizado, oportuno y permanente a los recursos de calidad para el diagnóstico y tratamiento, ubicados en los CDI, CAT, SRI y otros establecimientos y servicios.

El modelo de atención desarrollado implica una superación de la tradicional concepción de primer nivel como atención simplificada, con personal de baja calificación y

limitados recursos diagnósticos y terapéuticos. Barrio Adentro, combina la cobertura universal con calidad y alta capacidad resolutive.

Establecimientos de salud y equipos de Barrio Adentro
Periodo: abril 2003–octubre 2008

Nombre del indicador	Disponible a octubre de 2008	Población Cubierta	Comentarios
Puntos de consulta (*)	6.576	16.760.870	1 Consultorio Popular por cada 2.549 hab.
Centros de Diagnóstico Integral (CDI)	457	21.276.993	El total programado para cubrir el 100% de la población es de 600 CDI.
Salas de Rehabilitación Integral (SRI)	537	25.001.631	El total programado para cubrir el 100% de la población es de 600 CDI.
Centros de Alta Tecnología (CAT)	20	15.962.733	El total programado para cubrir el 100% de la población es de 35 CAT.
Equipos de Resonancia Magnética	14	15.962.733	1 por cada 1.140.195 hab.
Tomógrafos axiales computarizados	16	15.962.733	1 por cada 997.671 hab.
Densitómetros	20	1.812.539	1 por cada 90.627 mujeres mayores de 45 años.
Mamógrafos	20	1.812.539	1 por cada 90.627 mujeres mayores de 45 años.
Ecocardiógrafos tridimensionales	20	15.962.733	1 por cada 798.137 hab.
Gastros copios (video-endoscopias)	20	15.962.733	1 por cada .798137 hab.
Laboratorios clínicos SUMA	20	15.962.733	1 por cada 798.137 hab.
Sillones odontológicos	3.099	16.760.870	1 sillón odontológico por cada 5.408 hab.

Fuente: Ministerio del Poder Popular para la Salud

(*) Incluye Consultorios Populares nuevos, nasas adecuadas, locales adaptados y ambulatorios refaccionados

El modelo de atención de Barrio Adentro implica la articulación local con el conjunto de Misiones Sociales que promueven el mejoramiento integral de la calidad de vida de las poblaciones empobrecidas, asegurando el acceso a los alimentos, a la educación, al em-

pleo productivo, a la integración social, a la preservación de la cultura y el desarrollo de nuevos valores basados en la solidaridad y la corresponsabilidad social.

Barrio Adentro articula los servicios de atención de la salud con las redes sociales de organización y participación de las comunidades a través de los Comités de Salud y los Consejos Comunales como expresión del Poder Popular. Esta articulación se traduce en una fuerte apropiación colectiva por la comunidad y va desarrollando progresivamente capacidades para estadios más avanzados de participación popular en la planificación y control social.

La unidad base organizativa de la estrategia Barrio Adentro en la actualidad son las Áreas de Salud Integral Comunitaria. Estas son el resultado de la interacción entre el sistema de servicios de salud que conforman la etapa de Barrio Adentro I y II, con las redes sociales y de otros servicios, tomando como base un territorio social.

Barrio Adentro ha incorporado también en las ASIC una estrategia innovadora de **formación de talento humano** para la salud con alta calidad académica y compromiso social. Iniciado con la formación de médicos especialistas en Medicina General Integral (3 años), de los cuales han egresado 984 y de especialistas Odontólogos Integrales Comunitarios (837 egresados), posteriormente ha incluido la formación de Médicos Integrales Comunitarios a nivel de pregrado (6 años). En la actualidad la primera generación de estudiantes de MIC (cerca de 10.000 cursantes) ha completado el tercer año de su carrera. En total, en los diferentes niveles se han incorporado 20.578 estudiantes de medicina, mostrando las ventajas de que la formación se realice en el mismo ambiente del cual proviene la mayoría y en el cual trabajarán al egresar, es decir las comunidades empobrecidas.

El Plan Nacional de Salud asume a Barrio Adentro como la estrategia de construcción de la nueva institucionalidad en salud y al mismo tiempo eje articulador y de desarrollo del Sistema Público Nacional de Salud, asume como su unidad básica operativa las Áreas de Salud Integral Comunitaria (ASIC), a partir de las necesidades de la población, con un modelo de atención integral y continuo, con énfasis en la atención ambulatoria integral de calidad, familiar y comunitaria, con cobertura universal y gratuita y que se articula con el desarrollo del Poder Popular, y en coherencia con los mandatos constitucionales y del Plan Simón Bolívar 2007 – 2013, en tránsito al socialismo.

IV.4.3. Cobertura e impacto actual de Barrio Adentro y las Misiones Sociales

Hasta octubre del 2008, se ha alcanzado una cobertura de 25 millones de personas, el 95 % de la población total, con énfasis en la población tradicionalmente excluida por razones sociales, territoriales o culturales.

Indicadores Misión Barrio Adentro (Acumulado 2008)

Centros de Diagnóstico Integral (CDI)

INDICADOR	ACUMULADO 2008*
Casos de emergencia	21.221.785
Casos vistos en consulta	10.660.377
Vidas salvadas	502.263
Exámenes realizados	192.290.299

Salas de Rehabilitación Integral (SRI)

INDICADOR	ACUMULADO 2008*
Consultas realizadas	4.545.215
Pacientes en rehabilitación	20.034.194
Tratamientos aplicados	177.673.392
Medicina natural y tradicional	7.795.202

Centros de Alta Tecnología (CAT)

INDICADOR	ACUMULADO 2008*
Exámenes realizados	9.120.504

Fuente: Ministerio del Poder Popular para la Salud

En los Consultorios Populares se han realizado 318.731.160 consultas ambulatorias. En los CDI se han atendido 21.221.785 emergencias, 10.660.377 consultas y 192.290.299 exámenes complementarios. En las SRI se han atendido a 20.034.194 personas que han recibido 4.545.215 consultas, 177.673.392 sesiones de tratamientos de rehabilitación y 7.795.202 aplicaciones de medicina natural y tradicional. En los CAT se han practicado 9.120.504 exámenes²⁴. Se ha registrado que la estrategia Barrio Adentro, hasta ahora, ha salvado la vida al menos a 502.263 casos graves que podrían haber fallecido.

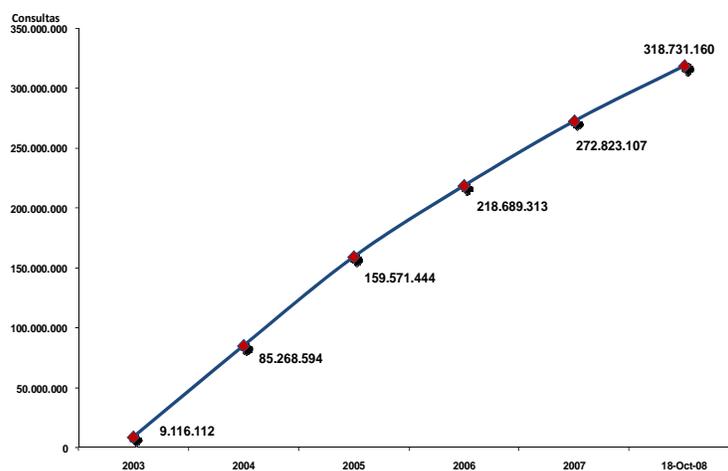
Barrio Adentro y el conjunto de las Misiones Sociales han transformado positivamente la calidad de vida, sobre todo de la población que había sido más excluida, esto ha logrado descender la tasa de mortalidad infantil hasta 13,7 por mil NV, el Índice de Desarrollo Humano ha subido a 0,8263, el coeficiente de Gini ha caído a 0,4200, la relación entre el ingreso del 20% más rico y 20% más pobre ha descendido a 9,3, la inversión social

²⁴ Ministerio del Poder Popular para la Planificación y Desarrollo (MPPPD). Logros de la Revolución. Caracas octubre 2008.

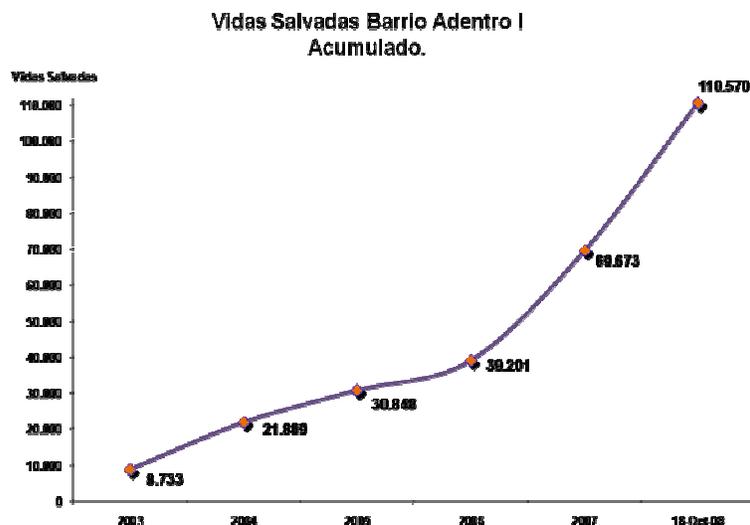
representa ya el 20,2% del PIB, y como consecuencia la pobreza se ha reducido a 28,3% y la pobreza extrema a 9,5%. El desempleo ha descendido a 7,3 % de la PEA, y el empleo formal representa el 57,5%.

El desarrollo de Barrio Adentro como ente integrador de los niveles de atención del naciente Sistema Público Nacional de Salud y como mecanismo que articula los centros de salud con la formación del nuevo talento humano y las misiones sociales creadas por la Revolución Bolivariana; ha sido posible, en buena parte, por la participación abnegada y solidaria de los médicos y demás personal de salud formados por la Revolución Cubana. Este contingente de profesionales y técnicos cubanos altamente especializados y con un alto sentido del internacionalismo revolucionario, unen hoy su esfuerzo con el cada vez mayor número de profesionales y técnicos venezolanos que laboran con entusiasmo y dedicación en las diferentes instancias de Barrio Adentro.

Consultas Barrio Adentro I Acumulado



Fuente: Ministerio del Poder Popular para la Salud



Fuente: Ministerio del Poder Popular para la Salud

Inmunizaciones:

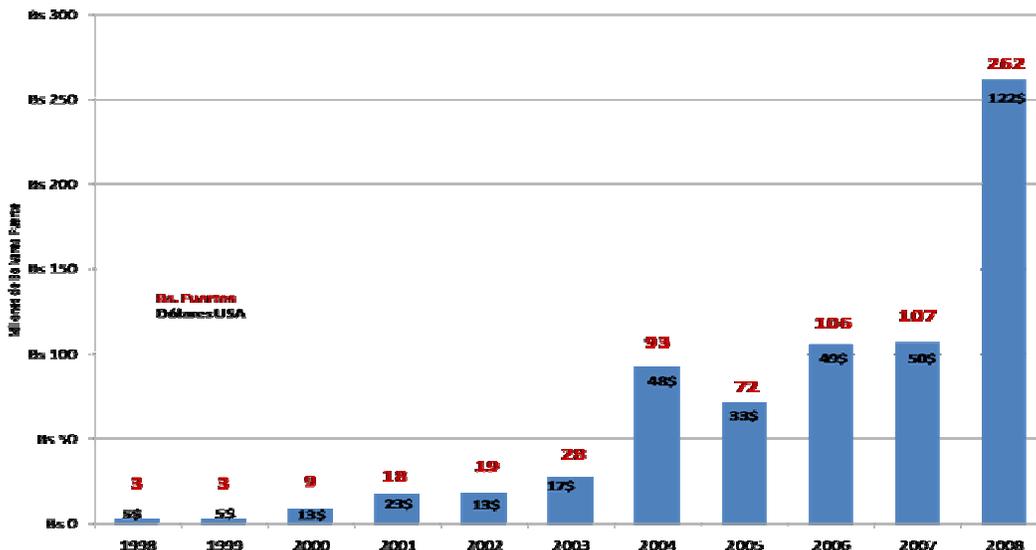
Otro de los grandes logros de la Revolución ha sido la implementación de un Plan Ampliado de Inmunizaciones completamente gratuito que desde el año 2000 ha incluido progresivamente, los biológicos Pentavalente, Antihepatitis B, Antihepatitis A, Antihaemophilus, Antinfluenza y Rotavirus. Además de las existentes como la Antipolio, Triple bacteriana, Toxoide Tetánico, Triple Viral, BCG, Anti Rábica Humana, anti-neumococo, los cuales protegen a la población contra 15 enfermedades.

Dentro de los logros de la gestión, se cuenta también la inclusión de nuevos grupos sociales como la población indígena, población penitenciaria y los adultos mayores escolarizados, quienes por primera vez han sido tomados en cuenta para recibir el beneficio de las vacunas, derecho que era solo destinado a la población infantil.

Durante los últimos 7 años, el Gobierno Bolivariano ha realizado una inversión extraordinaria en vacunaciones dentro del Plan Ampliado de Inmunizaciones, pasando de una inversión de 9 millones a 106 millones para el 2006.

Muestra de esta política emprendida por el gobierno durante estos 7 años, es la cobertura, de un 98%, alcanzada en la vacuna contra el sarampión en niños y niñas, y la inmunización de la población contra la fiebre amarilla en un 60%.

Programa Ampliado de Inmunizaciones. Inversión Anual (1998-2008) Millones de Bs.F.



Fuente: Ministerio del Poder Popular para la Salud

Es así como durante la gestión del Gobierno Bolivariano se ha abordado la vacunación bajo los siguientes lineamientos: identificación de nuevos grupos poblacionales, alianzas estratégicas con otros actores, y la vacunación de rutina. Sobre éste último punto se incrementaron los puestos de vacunación, los cuales están dispuestos a lo largo de la geografía nacional durante todos los días para que acuda la población a recibir sus vacunas de forma gratuita.

Asimismo se ha mejorado la cadena de frío con la adquisición de 800 mts² de cavas refrigeradoras para la conservación de la vacunas y de aquellos medicamentos que requieren de un proceso de refrigeración.

Otro de los grandes logros en inmunizaciones, ha sido la construcción de una planta nacional productora de vacunas en las adyacencias del edificio sede del Instituto Nacional de Higiene “Rafael Rangel”. Esta Planta está concebida para ser una de las más modernas de América Latina y del mundo, construida para el manejo integral de la producción, contando para estos efectos con laboratorios para producción de antígenos, formulación, mezcla, llenado y embalaje de vacunas, un laboratorio para el control microbiológico, biológico y fisicoquímico de las vacunas y un centro de producción de biomodelos. Todas estas áreas poseen instalaciones modernas que cumplen con los estándares internacionales de calidad y los criterios de las Buenas Prácticas de Manufactura (BPM) y donde los principios técnicos y estructurales, establecidos en los diferentes proyectos han sido avalados por expertos internacionales a los fines de obtener la Certificación Internacional como país productor y el libre acceso a los mercados internacionales.

La nueva Planta constituye un contundente aporte a la salud del pueblo venezolano. Está diseñada para la producción integral de la vacuna DPT, que inmuniza contra difteria, tosferina y tétanos, considerada internacionalmente como la base para la incorporación de otros antígenos para la obtención de otras vacunas combinadas, como las vacunas tetravalente (DPT + Hepatitis B), pentavalente (DPT, Hepatitis B+ *Haemophilus influenzae*), entre otras, que actualmente se importan. Estas producciones están en fase experimental de desarrollo en el marco del Convenio Cuba-Venezuela.

Simultáneamente, se producirá la vacuna tetánica que protege contra el tétanos y la dupla adulto que protege contra difteria y tétanos. Todas estas vacunas son para aplicación masiva anual por parte del Ministerio del Poder Popular para la Salud, garantizando un amplio espectro de protección contra todas estas enfermedades. Adicionalmente, esta planta, tendrá capacidad para formular y envasar otras vacunas y cualquier otro Producto Biológico, que otros laboratorios nacionales produzcan.

La producción de la nueva Planta se reflejan en el cuadro siguiente:

Vacunas	N° Dosis / Año
Combinadas: Dupla, DPT, Tetravalente y Pentavalente	25.000.000
Tetánica	10.000.000
Formulación, llenado y embalaje de otras vacunas	85.000.000
Capacidad Instalada: Total del área de formulación, Llenado y embalaje (Incluye vacunas combinadas y otras vacunas)	120.000.000

Fuente: Ministerio del Poder Popular para la Salud

Esta producción, además de satisfacer los requerimientos nacionales de estos rubros, permitirán el establecimiento de alianzas internacionales, abastecimiento de otros países y la incorporación a todos aquellos convenios de cooperación regional que establezca el Estado Venezolano.

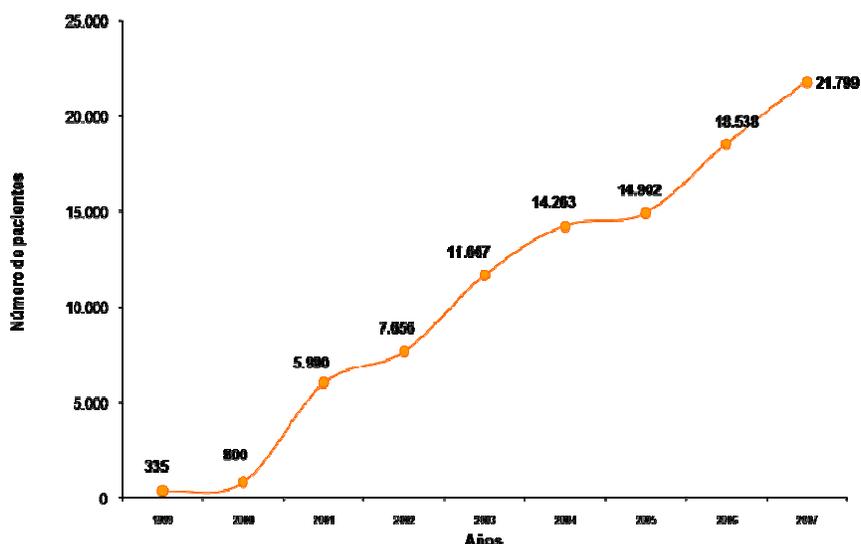
LUCHA CONTRA EL VIH/SIDA:

Desde el año 1.999, el Gobierno Bolivariano ha puesto en marcha un Programa Nacional contra el VIH/SIDA, enmarcado en la garantía constitucional del derecho a la salud, conformado por:

- **Componente de atención**, que incluye: diagnóstico, programa de profilaxis, programa de tratamiento anti-retroviral y seguimiento virológico/inmunológico y programa de tratamiento para infecciones oportunistas.

- **Componente de educación y prevención**, conformado por el proyecto escuelas promotoras de salud, proyecto participación de la sociedad en la prevención del VIH/SIDA y promoción de los derechos humanos de las personas seropositivas.

Pacientes con VIH/SIDA que Reciben Terapia Antirretroviral
Venezuela, 1999 - 2007



Fuente: Programa Nacional de VIH/SIDA. Ministerio del Poder Popular para la Salud

El programa incluye la política de suministro gratuito y universal de medicamentos antirretrovirales, alcanzando a más de 21.000 pacientes para el año 2008, esto es, **100%** de los pacientes registrados, lo cual representa una inversión de más de 50 millardos de bolívares.

Nutrición y seguridad alimentaria

Desde 1999, en la República Bolivariana de Venezuela se han realizado grandes esfuerzos tendientes a mejorar los niveles de salud y nutrición de la población, en concordancia con el mandato constitucional del derecho social a la salud y de la soberanía y seguridad alimentaria, a través de la instrumentación de políticas públicas de producción, distribución y venta de alimentos así como de protección nutricional a poblaciones vulnerables.

Venezuela. Redes sociales de distribución de alimentos. Octubre 2008

Casa de alimentación	6.075
MERCAL	16.275
PDVAL	353
TOTALES	22.703

Fuente: Ministerio del Poder Popular para la Alimentación. PDVAL

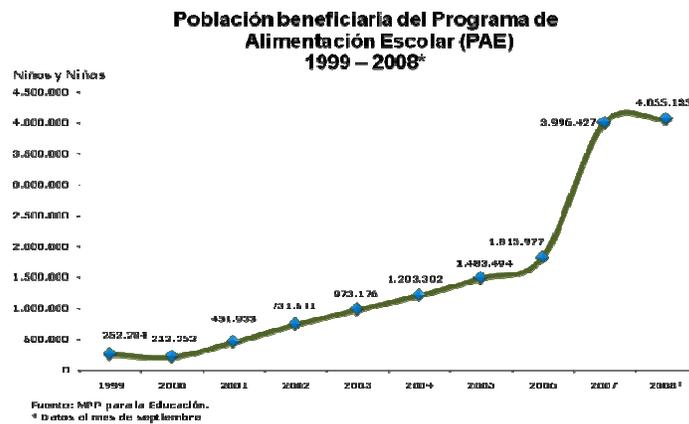
Venezuela.Producción nacional de alimentos seleccionados. 1997 y 2007		
Alimento	1997	2007
Arroz (toneladas)*	792.239	1.054.857
Carne de aves (kg)	8.915.908	27.523.007
Carne bovino (kg)	1.974.099	2.155.721
Leche cruda (litros)	1.431.072.215	1.724.363.321
Queso (kg)	53.976,678	116.465.054

Fuente: Ministerio del Poder Popular para la Agricultura y Tierras
*Asociación de Productores de Arroz 2008

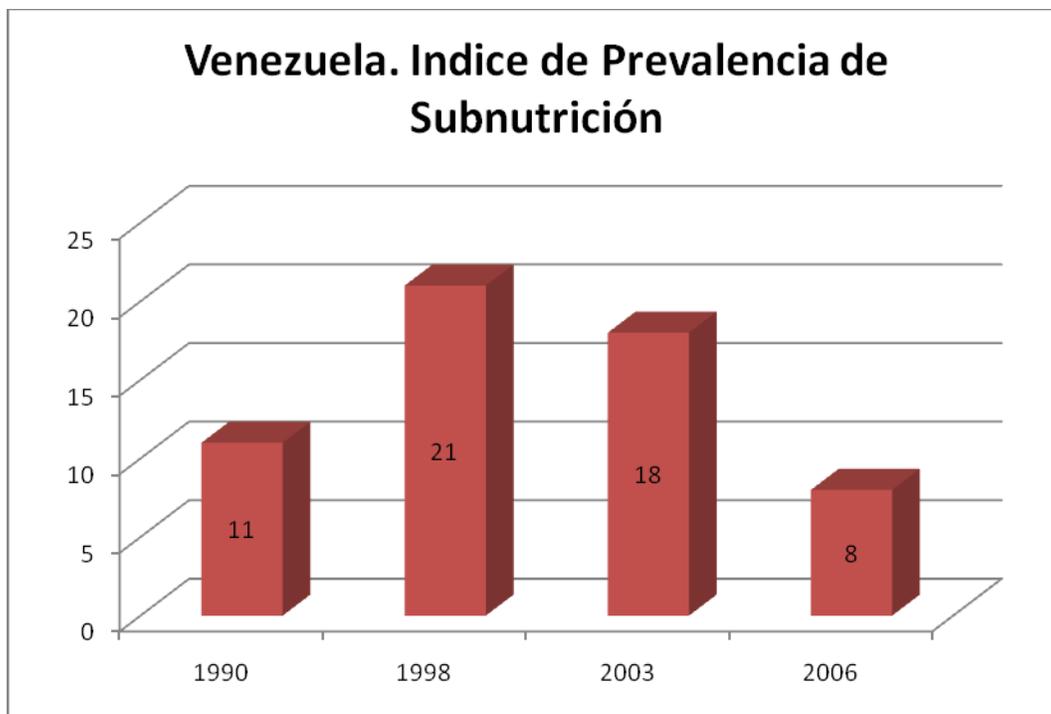
Con la Misión Alimentación se suministran alimentos subsidiados y la población (Red MERCAL, PDVAL) y alimentos preparados de forma gratuita a la población en situación de extrema pobreza. Para el año 2008, las Casas de Alimentación

ascendieron a 6.075, distribuidas en todo el territorio nacional.

El Programa de Alimentación Escolar, que garantiza una alimentación balanceada en los centros de educación primaria, ha aumentado considerablemente, pasando desde 252.248 alumnos (1.999) a 4.055.135 alumnos (2008).



Se evidencian avances en los indicadores seleccionados para el seguimiento de las Metas del Milenio. El **Índice de Prevalencia de Subnutrición (IPS)** que aporta información sobre el porcentaje de personas que no cubren su requerimiento mínimo de calorías, pasó de 11% en 1990 a 8% de la población en 2008 (INN). Por otra parte la desnutrición global (peso/edad) en los menores de 5 años, que disminuye de 7% en 1990 a 4,2% en el 2007.



Fuente: INH-USA. Hojas de Balance de Alimentos 1990-2001
 INH. Hojas de Balance de Alimentos 2002-2006
 INH. Estimaciones 2007

Salud y Seguridad en el trabajo:

Es durante el proceso bolivariano cuando se da inicio a la reactivación de la salud ocupacional en Venezuela; acción de desarrollo institucional que permitirá el diseño y ejecución de la política nacional en materia de prevención, salud y seguridad laborales y la construcción de un sistema público de inspección y vigilancia de condiciones de trabajo y salud de los trabajadores y trabajadoras, con un criterio integral acorde con las exigencias del mundo laboral actual para el control y prevención de accidentes y enfermedades ocupacionales, enmarcado dentro del Sistema de Seguridad Social Venezolano que actualmente se diseña.

Aunque el Instituto Nacional de Prevención, Salud y Seguridad Laborales (INPSA-SEL), había sido creado por la Ley Orgánica de Prevención, Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo, el 18 de julio de 1986, fue en el mes de mayo del 2002 cuando se le dio un verdadero impulso.

En julio del 2005 se reforma la Ley Orgánica de Prevención, Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo, en el marco de las leyes de la Seguridad Social, dando mayor fortaleza a la seguridad y salud en el trabajo.

El INPSASEL actualmente ha creado 12 Direcciones Estadales de Salud de los Trabajadores, como desconcentradas que prestan atención directa al trabajador, trabajadora, empleador y empleadora. Ejecutan los proyectos del INPSASEL, haciendo énfasis en la creación de una cultura para la prevención y promoción de la salud en los centros de trabajo, también cuentan con una atención integral del trabajador y trabajadora, prestando asesoría técnica especializada en las áreas de: Medicina Ocupacional, Salud, Higiene, Ergonomía, Seguridad y Derecho Laboral. Así mismo, prestarán servicios de evaluación de ambientes y condiciones de trabajo, investigación de accidentes de trabajo, trámites para la certificación de servicios de salud ocupacional y la conformación de los Comités de Seguridad y Salud Laboral.

Hasta la fecha se han registrado 23.377 Comités de Seguridad y Salud Laborales (desde enero 2007) y 80.927 Delegados de Prevención (desde septiembre 2005), sin embargo, de 387.636 empresas registradas como activas en el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS), apenas un 6,8% cuentan con la figura de Delegado de prevención y un 5,33% cuentan con el Comité de Seguridad y Salud Laboral.

Actualmente el INPSASEL cuenta con 213 inspectores de Seguridad y Salud en el Trabajo y 29 médicos en toda la geografía nacional.

Accidentes laborales y trabajadores atendidos

Período	Accidentes investigados	Investigación de origen de enfermedad	Trabajadores atendidos
2003	4.481	-	13.665
2004	2.184	445	10.326
2005	3.899	709	11.854
2006	2.865	706	17.500
2007	4.045	2.555	18.784
2008	1.685	1.416	36.950

Fuente año 2003: Dirección de Salud Medicina del Trabajo

Fuente año 2004, 2005, 2006, 2007, 2008 : INPSASEL

V. LOS PRINCIPALES DESAFÍOS ACTUALES EN SALUD

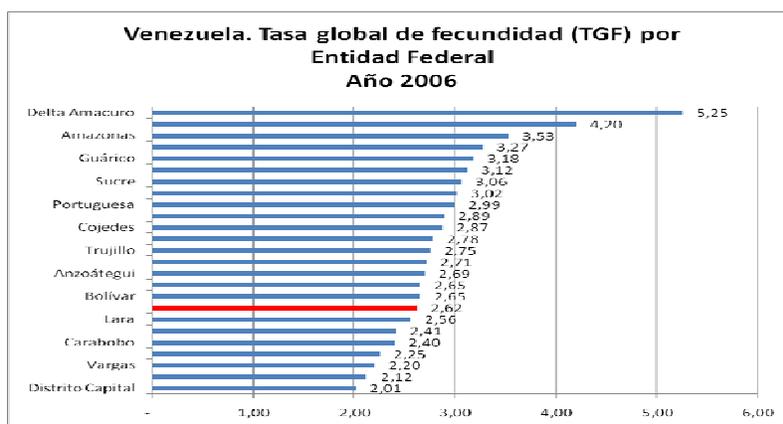
Los avances sociales en el desarrollo de las primeras etapas del Sistema Público Nacional de Salud, configuran la oportunidad de avanzar hacia estadios superiores de salud y calidad de vida. Muchos de los problemas y desafíos que caracterizan la situación de salud de la población venezolana son expresión de las deformaciones e inequidades en las condiciones de vida y de trabajo, así como en los servicios de salud, que han sido derivadas del modo de producción y desarrollo capitalista en nuestra historia y en particular en los últimos 40 años del siglo XX. Entre estos desafíos se han identificado los siguientes:

V.1.Desafíos de la reproducción social de la enfermedad y daños a la salud

V.1.1. Transición demográfica

La población venezolana crece a un ritmo anual alrededor de 14,6 por mil habitantes (2010-2015) y de continuar las tendencias actuales, para el 2015-2020 aun podría crecer anualmente 12,88 por cada mil habitantes²⁵. La fecundidad, aunque tiende a reducirse a nivel nacional (alrededor de 2.5 por mujer en edad fértil para 2007²⁶), es más alta en aquellos Estados con menor desarrollo económico social y en los grupos sociales más pobres y con menor nivel educativo²⁷.

Progresivamente se ha reducido la proporción de menores de 15 años y aumentado la proporción de población en edad productiva (15 a 65 años). Esto, a la vez que representa una “ventana de oportunidad” en términos del desarrollo de las fuerzas productivas del país (bono demográfico), representa importantes desafíos desde la perspectiva de salud. Ello demanda asegurar capacidades y estrategias para la atención integral del perfil de: primero, las necesidades y problemas de salud de la población adolescente y adulta joven, incluyendo los problemas de violencia, adicciones y consumo de alcohol, tabaco y drogas, salud reproductiva; y, segundo, los problemas de salud crónicos no transmisibles, muchos de los cuales constituyen características que acompañarán toda la vida las personas, que además tendrán una expectativa de vida cada vez mayor.



Fuente: Instituto Nacional de Estadística

Concentración en grandes conglomerados urbanos

La población venezolana está concentrada en zonas urbanas (más del 90%) y en pocas ciudades. Esto se traduce en una alta densidad demográfica en los grandes centros urbanos, y

²⁵ Idem.

²⁶ Ministerio del Poder Popular para la Salud. 2008.

²⁷ Ministerio del Poder Popular para la Salud. Indicadores Epidemiológicos 2006. caracas noviembre 2008 (en prensa)

en la existencia de numerosas barriadas tradicionalmente marginalizadas, con deteriorada calidad de vida y alta vulnerabilidad social y frente a desastres naturales.

Población de Venezuela. Composición por edad y urbanismo

AÑO	% Pob. urbana	Población Total	% < 15 años	% 15 a 65 años	% > 65 años	Crecimiento quinquenal promedio anual (x 1000 h)
1950	53,7	5.093.708	43,5	54,6	1,9	40,3
1960	67,4	7.578.911	45,7	51,8	2,5	36,4
1970	77,2	10.721.092	45,6	50,9	2,7	34,4
1980	84	15.091.222	40,7	56,1	3,2	27,5
1990	84,4	19.730.746	38	58,3	3,7	22,1
2000	87,81	24.309.309	33,7	62,1	4,2	20,8
2010	88,08	28.832.004	29,4	65,4	5,2	17,1
2020	87,1	33.063.900	26,2	66,5	7,3	13,7

Fuente: Instituto Nacional de Estadística.

V.1.2. Modos y estilos de vida capitalistas

Las *enfermedades crónicas no transmisibles*, para el año 2006, representaron alrededor del 44% de la muertes en hombres y del 60% en mujeres y una pesada carga de morbilidad. En este grupo se encuentran las enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares, así como la diabetes, el cáncer y otras. Sin embargo, solo la diabetes y las enfermedades cardiovasculares constituyen el 61% del total de muertes por este grupo.

La diabetes y las enfermedades cardiovasculares constituyen importantes desafíos para las redes de atención en salud. Más que episodios agudos constituyen una característica que acompaña a la persona durante toda su existencia, haciendo necesaria una atención continuada a lo largo del ciclo de vida, que acompañe desplazamientos por cambios de residencia o trabajo. Además, demanda la disponibilidad de atenciones y exámenes complejos cuya accesibilidad debe ser asegurada por el Sistema de Salud en forma permanente.

El 67,8% de las muertes por diabetes y el 87,4% por enfermedades cardiovasculares ocurrieron después de los 65 años, con seguridad en la mayoría de los casos después de 20 años o más años de evolución.

La diabetes, además de ser por si misma una importante causa de muerte, es junto con la hipertensión arterial un condicionante relevante de la mortalidad por enfermedades

cardiovasculares. Más del 92 % de los casos de diabetes en el país son tipo II, evitables en muy alta proporción.

Venezuela. Principales causas de mortalidad general (orden y tasas por mil habitantes). 1997-2006

Causa de muerte	1997		1998		1999		2000		2001	
	Orden	Tasa								
Enfermedades del corazón (105,109,121,152)	1	91,5	1	93,0	1	91,9	1	91,4	1	94,4
Cáncer	2	61,6	2	60,9	2	62,8	2	62,9	2	63,9
Accidentes de todo tipo (V-01-Y59)	4	31,8	3	33,5	4	33,0	4	32,8	3	35,8
Enfermedades cerebrovasculares (160-169)	3	33,1	4	32,7	3	34,4	3	33,1	4	33,8
Suicidios y homicidios (X60-Y09)	7	17,3	7	17,0	7	22,2	5	31,6	5	32,3
Diabetes mellitus (E10-E14)	6	21,2	6	20,9	5	24,1	6	24,6	6	25,6
Afecciones del período perinatal (P00-P96)	5	24,2	5	22,5	6	22,4	7	21,8	7	20,0
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias (J40-J47)	-	-	-	-	-	-	8	10,9	8	13,9
Neumonías	9	11,8	8	12,6	8	11,9	9	9,8	9	11,8
Anomalías congénitas	10	8,4	9	8,0	10	8,4	0	-	-	-
Enfermedades del hígado	-	-	-	-	-	-	10	8,8	10	9,2
Causa de muerte	2002		2003		2004		2005		2006	
	Orden	Tasa								
Enfermedades del corazón (105,109,121,152)	1	88,6	1	95,7	1	92,9	1	91,8	1	92,4
Cáncer	2	65,0	2	67,1	2	67,0	2	68,3	2	68,6
Accidentes de todo tipo (V-01-Y59)	3	34,4	5	32,3	3	32,1	5	31,9	5	34,6
Enfermedades cerebrovasculares (160-169)	5	32,2	4	34,2	5	31,7	3	32,7	4	34,7
Suicidios y homicidios (X60-Y09)	4	32,3	3	38,7	4	32,1	4	32,4	3	36,1
Diabetes mellitus (E10-E14)	6	24,7	6	27,5	6	27,3	6	27,5	6	26,6
Afecciones del período perinatal (P00-P96)	20	19,8	7	21,1	7	20,1	7	20,5	7	18,3
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias (J40-J47)	8	11,3	8	13,1	8	12,1	8	12,8	8	11,9
Neumonías	9	9,6	9	12,7	9	11,0	9	9,9	9	10,7
Anomalías congénitas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Enfermedades del hígado	10	9,3	-	-	10	8,5	10	9,2	10	9,2

Fuente: Ministerio del Poder Popular para la Salud
 (*) Enfermedades infecciosas intestinales ocupan el lugar que falta en los años: 1997 (8); 1998 (10); 1999 (9); 2003 (10). En el resto sale de las diez primeras

Este conjunto de problemas, aunque intervienen factores genéticos, está estrechamente relacionado con el tabaquismo, la vida sedentaria y hábitos alimentarios no saludables. Comportamientos que a su vez son socialmente producidos y reproducidos por la dinámica económica y social estructural y relacionados con el consumismo propio del metabolismo social del capital.

El consumo elevado de azúcares refinados, “grasas trans”²⁸, el bajo consumo de frutas y verduras asociado a su disponibilidad y precio en el mercado, principalmente para los sectores más pobres. Todos ellos son conocidos factores de riesgo para el sobre peso, la diabetes, y modificaciones del perfil lipídico que incrementan los riesgos de enfermedades cardiovasculares, cáncer y sus secuelas. Las intervenciones más eficientes para disminuir estos riesgos son aquellas relacionadas con políticas públicas para regulación de alimentos procesados y facilitar el acceso y estimular el consumo de frutas y verduras. Estas políticas a su vez, en el caso venezolano, están estrechamente vinculadas a la soberanía, seguridad alimentaria y al desarrollo endógeno.

El sedentarismo tiene una elevada prevalencia afectando al 64,1% hombres adultos y 78,6% mujeres adultas²⁹. Las investigaciones muestran que en América Latina el uso de transporte público es un determinante para la actividad física de un porcentaje significativo de la población³⁰. De allí, la necesidad de articular la política de salud a políticas y prácticas de diseño urbano y uso del terreno que fomenten la actividad física en áreas geográficas: proyectos de infraestructura para mejorar la **continuidad** y la **conectividad** de calles, veredas y ciclovías, espacios públicos para actividad física, reglamentos de zonificación local y normas para el diseño de caminos que promueven **caminar para llegar al destino**, aumentar la seguridad y reducir obstáculos.

Indicadores para accidentes de vehículos. Venezuela, 1996 – 2007

Año	Parque Automotor	Accidentes	Muertos	Lesionados
	Vehículos	por mil veh.	por mil veh.	por mil veh.
1996	2.133.165	36,84	1,25	10,40
1997	2.179.040	34,26	1,16	9,67
1998	2.201.977	35,67	1,21	10,07
1999	2.247.851	37,49	1,27	10,58
2000	2.293.726	32,29	1,03	9,76
2001	2.506.250	35,89	1,17	9,83
2002	2.704.271	32,04	1,19	8,66
2003	2.764.066	31,79	1,18	8,59

²⁸ Organización Panamericana de la Salud. Iniciativa para la Prevención de Enfermedades Crónicas.- Aceites Saludables y eliminación de grasas trans de origen industrial. Washington 2008.

²⁹ Ministerio del Poder Popular para la Salud, Organización Panamericana de la Salud. Estudio sobre la prevalencia de la morbimortalidad de las enfermedades crónicas no – transmisibles en Venezuela Análisis de sistemas de registros, investigaciones y publicaciones disponibles 2007.

³⁰ Jacoby, E et. Al.

2004	2.959.075	28,39	0,96	7,21
2005	3.154.084	35,48	0,98	8,64
2006	3.545.626	36,32	0,96	8,81
2007	4.037.056	38,64	1,05	8,27

Fuente: Anuarios del Instituto Nacional de Transporte y Tránsito Terrestre. Cálculos realizados por la OPS/OMS Caracas 2008



Fuente: Ministerio del Poder Popular para la Salud

El tabaquismo, sigue siendo alto en el país (la prevalencia de fumadores en la población de 15 años y más es de 17%³¹) y, como tal, un importante factor de riesgo de las enfermedades crónicas. Ello se produce, a pesar de haberse aplicado en el país importantes medidas de regulación para el mercadeo y consumo de productos tabáquicos desde hace varias décadas, siendo pionero a nivel internacional, en algunas de ellas.

La mortalidad por **accidentes** da cuenta de 34,6 muertes anuales por cada 100.000 habitantes, 67,5% debidas a accidentes de transporte. Esta tasa también se ha mantenido relativamente estable desde los años 90. Las muertes por **violencia** (suicidios y homicidios) representaron 36,1 muertes por cada 100.000 habitantes en el año 2006 y tiene tendencia ascendente. Los accidentes y la violencia tienen una alta importancia en la población adolescente y joven.

La evidencia disponible muestra que el incremento de la frecuencia de accidentes de transporte está directamente relacionado con el incremento del parque automotor. La tasa de accidentes, muertes y lesionados por cada 1.000 vehículos se ha mantenido relativamente estable; pero, al aumentar el número de vehículos, el número de estos daños a la salud tiende a aumentar.

³¹ Oficina Nacional Antidrogas. Caracas 2005.

La **violencia** (suicidios y homicidios) constituye la primera causa de muerte de 15 a 44 años de edad y tienen una marcada distribución social, territorial y por género. Mientras en algunos estados como Carabobo, Bolívar, Anzoátegui, Zulia, las tasas son muy superiores a la nacional, en otros como Amazonas, Monagas, Vargas, Libertador, Trujillo, dichas tasas registradas de homicidios son muy inferiores³². Mientras las muertes por violencia representan el 12,24% y los accidentes el 9,72% del total de muertes en los hombres (sumados el 21,96%), los accidentes solo representan el 4,5% de las muertes y los homicidios no aparecen entre las principales causas de muerte. en las mujeres. Las muertes por violencia y accidentes y sobre todo por homicidios, están concentradas en hombres de 15 a 44 años. En Venezuela las muertes por homicidios están predominantemente vinculadas a hechos delictivos y corresponden a la violencia social y sus consecuencias³³. La posibilidad de reducir estas muertes está vinculada a una estrategia que enfrente sus condicionantes, al mismo tiempo que fortalezca las capacidades de atención de urgencias.



Fuente: Ministerio del Poder Popular para la Salud

Experiencias internacionales muestran que el consumo de alcohol, la prevalencia de armas en la población civil, el consumo y tráfico de drogas, y algunas circunstancias como la permanencia en lugares de expendio de bebidas alcohólicas, son factores asociados a hechos de violencia³⁴. También muestran que los esfuerzos por reducir el porte de armas y el consumo de alcohol de determinados días, horas y lugares, tienen un efecto muy significativo en la reducción de los hechos violentos³⁵, al igual que muestran la relevancia de reducir la promoción de la violencia por los medios de comunicación y propiciar un mejor manejo de las informaciones sobre estos hechos³⁶.

³² Ministerio del Poder Popular para la Salud. Indicadores Epidemiológicos 2006. caracas noviembre 2008 (en prensa).

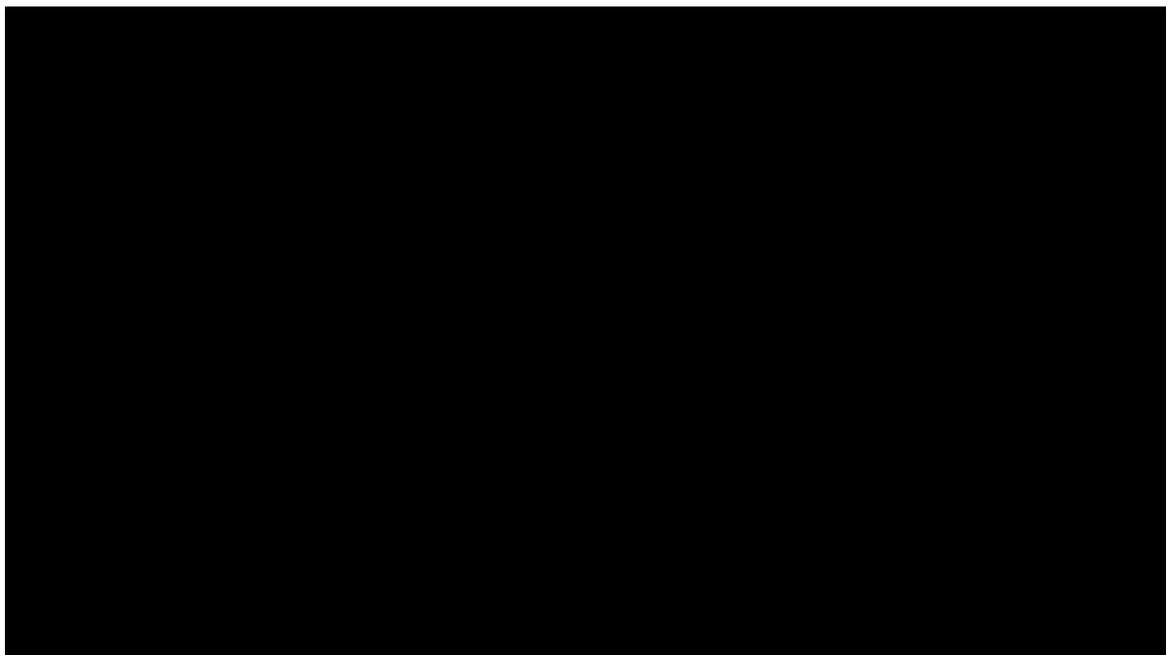
³³ Acero, Hugo.- Op. Cit.

³⁴ OMS.- Informe Mundial sobre Violencia. Ginebra 2002.

³⁵ CEPAL.- Seguridad Ciudadana y Violencia en América latina. Diagnóstico y Políticas. Santiago 1999.

³⁶ Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial de la salud 2002. Ginebra 2002.

Aunque el consumo per cápita de bebidas alcohólicas en Venezuela (107 litros per cápita año 2007)³⁷ se ha mantenido predominantemente estable o con leve tendencia al descenso, ha sido considerado por la OMS entre los más altos de América Latina. El consumo aumenta considerablemente en la temporada decembrina (más de tres veces el promedio mensual) marcando una clara variación estacional³⁸.



Violencia de género. Constituye un importante problema en el país. A los daños físicos y psicológicos en las víctimas directas se agrega el efecto sobre el medio ambiente familiar y sobre la vida comunitaria. Durante los primeros 9 meses del 2008, INAMUJER registró los siguientes eventos:

- 2.753 Mujeres atendidas a través del Servicio de ayuda telefónica 0800 Mujeres
- 34 Mujeres ingresadas en las Casas de Abrigo del INAMUJER
- 18 niños ingresados en las Casas de Abrigo del INAMUJER
- 25 niñas ingresadas en las Casas de Abrigo del INAMUJER
- 4.172 casos atendidos por las Defensorías de Protección y Atención a la víctima.

Estudios realizados a partir de las llamadas a los centros de apoyo de INAMUJER indican que entre 2001 y 2007, entre el 63,6% y el 71,4% del total de llamadas correspondieron a hechos de violencia. El 55% de las consultas telefónicas realizadas en ese período

³⁷ Organización Panamericana de la Salud. Evaluación de las políticas públicas de control del consumo de alcohol en Venezuela; dos estudios. Caracas 2008.

³⁸ Organización Panamericana de la Salud.- Evaluación de las políticas públicas de control del consumo de alcohol en Venezuela; dos estudios. Informe preliminar. Caracas, noviembre 2008.

fueron por hechos de violencia. El 98% de las personas agraviadas que ha consultado son del sexo femenino, y más del 50% tenían edades entre 20 y 39 años. Alrededor del 50% de las agraviadas que solicitaron apoyo tenían educación secundaria o de técnico medio, aunque la gran mayoría se dedicaba a oficios del hogar.

Casi la totalidad fueron agredidas en el ambiente residencial familiar, y más del 60% fueron agredidas por su pareja actual. Entre los desencadenantes identificados en este estudio, se señaló las desavenencias familiares, los celos y el consumo de alcohol³⁹.

V.1.3. Desigualdades sociales

Este perfil de causas de muerte, sin embargo, corresponde a la población total. Hay variaciones importantes según el sexo, según los territorios, clase social y la interculturalidad. No obstante los avances logrados en la reducción de la pobreza, aun persisten desigualdades en la situación de salud que necesitan ser superadas. Las inequidades sociales aun son un importante determinante de la situación de salud.

V.1.3.1. Desigualdades territoriales

El promedio nacional del Índice de Desarrollo Humano, para el año 2004, era de 0,8010; sin embargo, algunos territorios como Libertador, Miranda, Carabobo era superior a 0,850 y en otros como Amazonas, Trujillo, Barinas, Delta Amacuro, Sucre era menor de 0,7100⁴⁰.

De igual manera, la mayoría de los indicadores de mortalidad muestran desigualdades importantes entre los diferentes estados, que muestran la diversidad de niveles y formas de desarrollo económico y social heredados del capitalismo.

Mortalidad infantil

Aunque la tasa nacional de mortalidad infantil se ha reducido considerablemente y mantiene una franca tendencia a la reducción, mostrando los mejorías en la calidad de vida de la población y de la atención de salud de la infancia, persisten importantes desigualdades en su frecuencia entre territorios y grupos sociales que en el contexto del Plan Nacional de Salud deberán ser eliminadas o reducidas considerablemente.

Así, mientras que la tasa nacional en el 2006 fue de 14,2 por mil nacidos vivos registrados, en algunos estados como el Zulia alcanzó el mismo año 21,0 y en otros como Miranda, Vargas, Sucre, estuvo alrededor de 10 a 11.

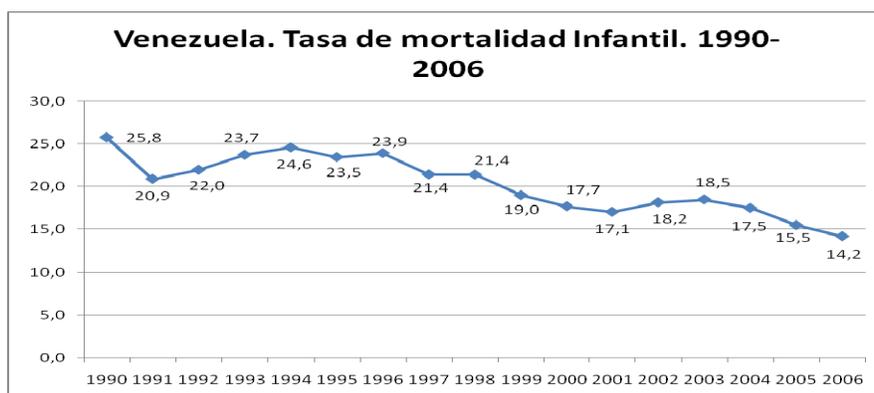
³⁹ Observatorio Bolivariano de Género. Boletín N° 1. Análisis a partir de llamadas al servicio 0800 MUJERES. 2008.

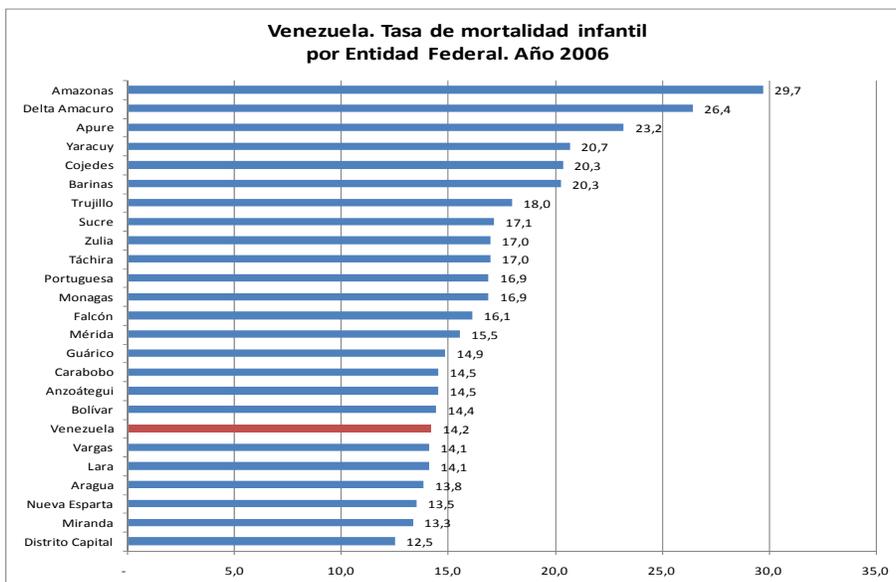
⁴⁰ Ministerio del Poder Popular para la Salud. Op. cit. Noviembre 2008 (en prensa).

Venezuela. Diez principales causas de mortalidad infantil (orden y tasas por mil nacidos vivos). 2000-2006

Causa de muerte	2000		2001		2002		2003		2004		2005		2006	
	Orden	Tasa												
Afecciones del período perinatal (P00-P96)	1	9,7	1	9,3	1	10,1	1	9,7	1	8,2	1	8,2	1	8,4
Anomalías congénitas	2	2,6	2	2,8	2	3,0	2	2,6	2	2,4	2	2,3	2	2,6
Diarreas y gastroenteritis por virus y de presunto origen infeccioso (A-08-A09)	3	1,6	3	1,6	3	1,6	3	2,1	3	1,1	5	0,9	3	0,8
Influenza y neumonía (J10-J18)	4	0,8	4	1,0	4	0,7	4	0,9	5	0,7	3	0,5	5	0,5
Accidentes de todo tipo (V-01-Y59)	5	0,6	5	0,6	5	0,7	6	0,6	4	0,5	4	0,6	4	0,6
Deficiencias de la nutrición (E40-E64)	6	0,5	6	0,6	6	0,6	5	0,8	6	0,4	6	0,2	6	0,3
Meningitis (G00-G03)	7	0,3	7	0,2	7	0,2	8	0,1	7	0,2	7	0,1	7	0,1
Septicemia (A40-A41)	8	0,2	8	0,2	8	0,2	7	0,2	8	0,1	8	0,1	8	0,1
Tosferina (A37)	9	0,1	9	0,1	9	0,1	9	0,1	9	0,1	9	0,1	9	0,1
Broquilitis aguda (J21)	10	0,1	10	0,1	10	0,1	10	0,1	-	-	10	0,1	10	-
Infecciones por transmisión sexual (A50-A664)	-	-	-	-	-	-	-	-	10	1,1	-	-	-	-

Fuente: Ministerio del Poder Popular para la Salud

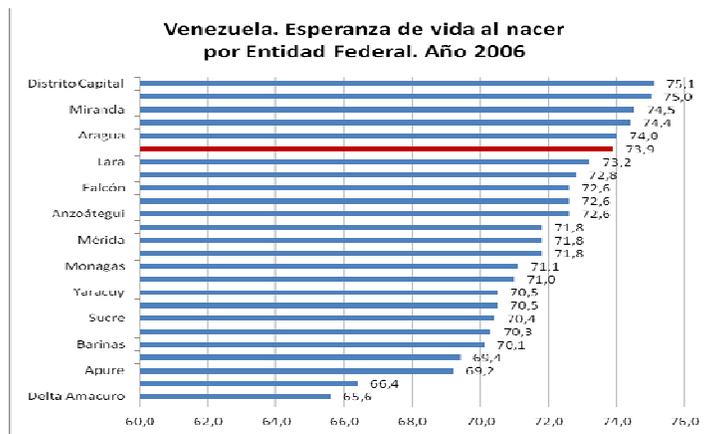




Fuente: Ministerio del Poder Popular para la Salud

Esperanza de Vida al Nacer

Ha aumentado progresivamente y ha llegado a 73,9 años. Sin embargo, persisten desigualdades importantes que deben ser superadas en el contexto del Plan Nacional de Salud. Mientras algunos estados y territorios como Vargas, Libertador, Miranda y otros llegan alrededor de los 75 años, otros como Amazonas, Delta Amacuro, Apure, entre otros, aun están por debajo de los 70 años⁴¹.



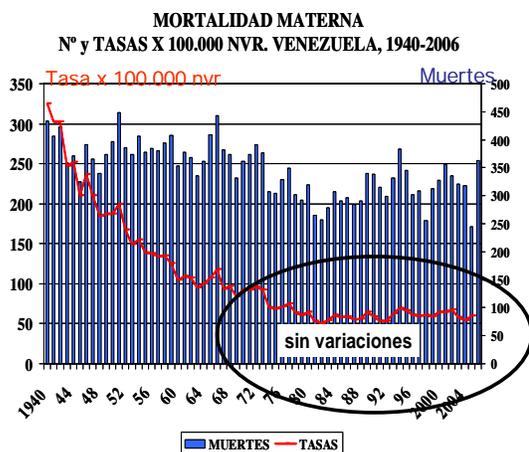
Fuente: Ministerio del Poder Popular para la Salud

V.1.3.2. Mortalidad materna

⁴¹ Ministerio del Poder Popular para la Salud. Indicadores Epidemiológicos 2006. Caracas noviembre 2008. (en prensa)

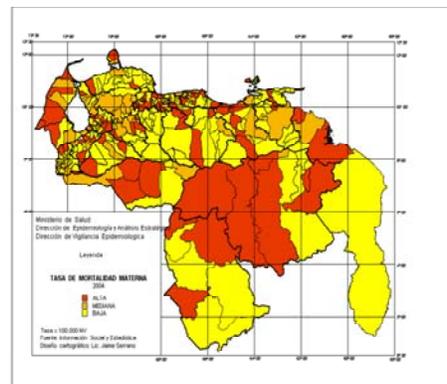
La mortalidad materna ha mantenido una tendencia predominantemente estable desde los años 80 hasta el presente, alrededor de 60 por 100.000 nacidos vivos registrados. Considerando que más del 90% de los nacimientos ocurren en establecimientos de salud, y los avances obtenidos en la calidad de vida de la población y en la cobertura del sistema de salud, este comportamiento se ha convertido en un desafío que debe ser enfrentado con un enfoque integral y con carácter prioritario en el marco del Plan Nacional de Salud

Evolución nacional en el tiempo

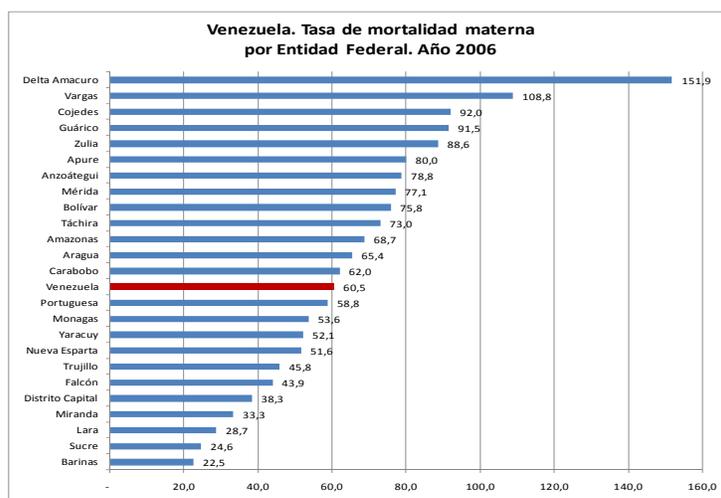


Fuente: Ministerio del Poder Popular para la Salud

Evidencia nacional de vulnerabilidad



Fuente: Ministerio del Poder Popular para la Salud



Fuente: Ministerio del Poder Popular para la Salud

Las muertes maternas tienen marcadas diferencias según territorios y grupos sociales. Mientras algunos estados como Delta Amacuro, Vargas, Cojedes y otros tienen tasas superiores a 80 muertes por 100.000 nacidos vivos registrados, otros como Barinas, Sucre,

Lara presentan tasas menores de 30⁴². Estudios del Ministerio del Poder Popular para la Salud, muestran que la tasa es muy superior en los estratos más pobres de la población, y es más alta en las mujeres no incorporadas al mercado de trabajo y de bajo nivel educativo⁴³.

V.1.3.3. Desigualdades por grupos étnicos y culturales

Aunque la población venezolana es predominantemente mestiza y bastante menos heterogénea que en muchos otros países latinoamericanos, desde una perspectiva de equidad la atención integral de salud de las minorías étnicas constituye un derecho que está consagrado en la Constitución Bolivariana

De acuerdo al Censo Nacional del año 2001, un total de 532.738 personas se declararon pertenecientes a algún pueblo indígena, de los cuales 354.400 habitaban en comunidades indígenas. Por lo menos 28 grupos y subgrupos étnicos culturalmente diferenciados existen en por lo menos 10 estados y territorios del país. Esto representa alrededor del 23% de la población total del país para ese mismo año. Históricamente estos pueblos han sido socialmente excluidos, expropiados y en muchos casos llevados a los límites de su extinción.

Con el proceso Bolivariano se ha desarrollado grandes esfuerzos para la inclusión social de estos pueblos, respetando y restableciendo sus derechos económicos y sociales, a la propiedad de sus tierras y sus características culturales, y el poder para decidir sobre destino y su vida, llegando a revertirse las tendencias a la eliminación en varios de los grupos étnicos, de acuerdo al mandato Constitucional (Art. 122) que establece: “Los pueblos indígenas tienen derecho a una salud integral que considere sus prácticas y cultura. El Estado reconocerá su medicina tradicional y las terapias complementarias, con sujeción a principios bioéticos.”

Similares consideraciones valen para los pueblos afrodescendientes localizados en varios territorios del país.

V.1.4. Impacto del calentamiento global sobre la salud

Algunos fenómenos climáticos registrados en las últimas décadas como incrementos en la temperatura del aire y cambios en la precipitación pluvial favorecen condiciones para la colonización y reproducción de los insectos transmisores del dengue, la ma-

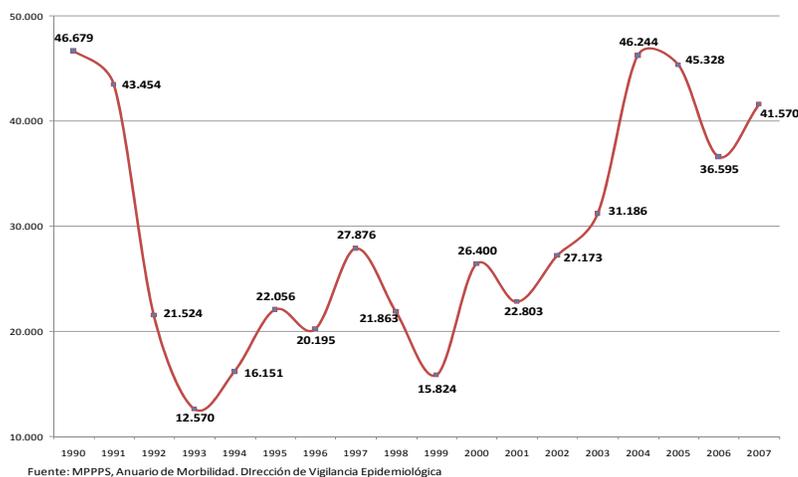
⁴² Ministerio del Poder Popular para la Salud. Op. cit 2008. (en prensa)

⁴³ Ministerio del Poder Popular para la Salud. Dirección General de Epidemiología. 2008.

laria, la enfermedad de Chagas y la Leishmaniasis⁴⁴. Las áreas endémicas de estas enfermedades en Venezuela se identifican con espacios geográficos en los que se registran estos fenómenos pero estas enfermedades se están registrando en zonas del mundo en las que antes era impensable su presencia, asociadas a estos fenómenos climáticos. Estos bruscos y cada vez más visibles trastornos de tipo atmosférico son consecuencia directa de una agresión continuada y sistemática al medio ambiente desde hace mucho tiempo, especialmente sobre la capa de ozono que influyen en la degradación del entorno y contribuyen con la aparición de nuevos focos de infección derivados de una reducción en los mecanismos de defensa que la propia naturaleza otorga.

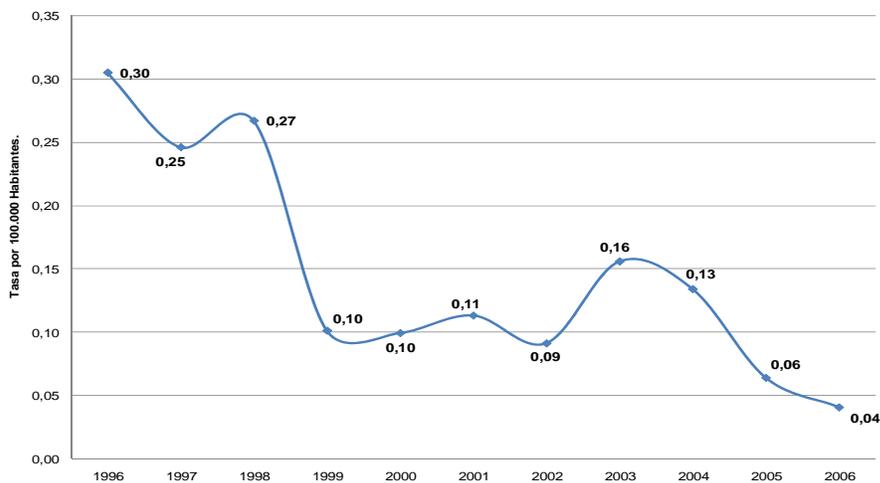
La evaluación de estas condiciones y la realización de acciones pertinentes representan crecientes desafíos para continuar reduciendo la mortalidad y mantener la morbilidad dentro de límites de control.

Casos Registrados por Malaria.
Venezuela 1990-2007



44 Panel Intergubernamental de Cambio Climático y Tercer Informe de Evaluación-2003 del Programa de Naciones Unidas para el Medio Ambiente/PNUMA

Muerte por Paludismo Venezuela 1996-2006



Fuente: MPPPS. Anuario de Mortalidad, Dirección de Información Social y Estadística

El incremento de la frecuencia e intensidad de fenómenos atmosféricos potencialmente catastróficos son desafíos crecientes para la protección de la vida y salud de las poblaciones vulnerables.

Así mismo, la contaminación atmosférica (incluido polen y esporas), vinculada al calentamiento global constituye un desafío para prevenir enfermedades alérgicas, asma y respiratorias crónicas.

Se espera que podrían aumentarse los riesgos de enfermedades infecciosas no endémicas transmitidas por agua y alimentos, vinculados a cambios en la ecología microbiana de los mismos.

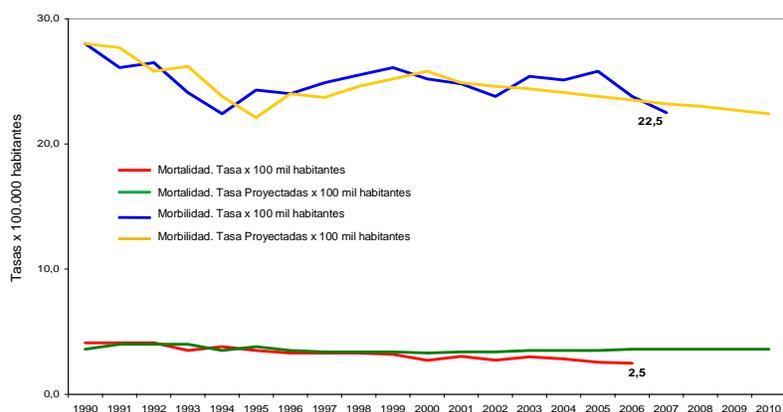
V.1.5. Enfermedades transmisibles

Tuberculosis y VIH/SIDA

Venezuela ha desarrollado históricamente un efectivo programa de control de la Tuberculosis. Nuestra incidencia se ubica entre las más bajas del continente (22,5 por 100,000 en 2007). Sin embargo, al igual que en muchos países latinoamericanos, la asociación con el VIH/SIDA y la preocupación por la multiresistencia bacteriana (MDR), aun estando entre las más bajas del continente (8,9% y 0,3% respectivamente), constituyen importantes desafíos.

El país ha logrado considerables avances en asegurar el acceso universal de la atención integral de personas VIH+, incluyendo los medicamentos ARV, así como en las acciones de prevención. La eliminación de la transmisión vertical (madre-hijo(a)) y continuar fortaleciendo la atención integral y la prevención de la transmisión del VIH en la población joven, constituyen importantes desafíos.

Tuberculosis. Incidencia y Mortalidad
Venezuela 1990-2007



Fuente: MPP para la Salud.

Otras enfermedades transmisibles prevenibles.

Continuar fortaleciendo la inmunización de la población hasta lograr la eliminación o control de todas las enfermedades prevenibles por vacunas. Mantener la vigilancia y continuar reduciendo la morbilidad por las Enfermedades Diarreicas Agudas. Asegurar la prevención y control de la morbilidad y mortalidad por las Enfermedades Transmitidas por Alimentos, así como las Infecciones Respiratorias Agudas.

V.2.Desafíos de las deformaciones del sistema de salud heredadas del capitalismo

V.2.1. Rectoría del Sistema Público Nacional de Salud

A pesar de la existencia del mandato constitucional, se requiere el desarrollo de instrumentos regulatorios para fortalecer la una nueva institucionalidad en salud que se ha iniciado con Barrio Adentro, que reflejen adecuadamente los nuevos enfoques de la salud pública; entre estos, la Ley del Sistema Público Nacional de Salud.

Esta ley permitiría, entre otros asuntos, definir claramente los roles y competencias de cada ente involucrado en la reproducción social de la salud; definir las competencias y funciones de cada uno los componentes del sistema.

V.2.2. Fragmentación y segmentación del sistema de salud

Tal y como se señala líneas arriba, el sistema público de salud fue desmantelado durante los últimos 30 años del siglo XX, y sobre todo en los años 90, mediante tres procesos simultáneos: a) El debilitamiento progresivo de las capacidades técnicas, operativas, financieras y de ejercicio de la rectoría del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, b) La descentralización y multiplicación de órganos públicos con competencias y atribuciones en salud, c) La privatización de los servicios, sobre todo los de carácter restaurativo.

En consecuencia, el sistema heredado se caracterizaba por la multiplicidad de entes con competencias en salud, una baja capacidad resolutive y una fuerte subordinación al complejo médico industrial y en general al sector privado. Esto se traduce en debilidades para asegurar la atención continua durante el ciclo de vida y de los daños específicos (fragmentación) y la existencia de diversos regímenes prestacionales y modelos de atención para diferentes sectores de la población (segmentación).

V.2.3. Financiamiento del Sistema Público Nacional de Salud

El financiamiento público de los programas sociales y, por tanto el de salud, se ha elevado considerablemente en los últimos años. A los recursos asignados por vía presupuestaria se han sumado los aportes procedentes de los ingresos petroleros extraordinarios. Entre 1998 y 2007, la inversión pública social se elevó de 5.670.152 a 98.712.236 millones de Bs F (17,4 veces), de los cuales 13.597.517 millones (13,8%) provienen de PDVSA y FONDEN⁴⁵. Sin embargo, es necesario asegurar la continuidad y sostenibilidad a mediano y largo plazo de estos aportes, en un entorno de inestabilidad económica internacional. Por otro lado, persisten variadas fuentes de financiamiento y mecanismos de asignación que se traducen en diferentes regímenes de prestación con diferentes modelos de atención, lo que determina la existencia de diferentes niveles de ejercicio de la ciudadanía en salud. Esto último genera distorsiones e ineficiencias, tales como las superposiciones financieras y el subsidio cruzado, ambos expresados en el crecimiento desordenado del aseguramiento privado con cargo al financiamiento público.

V.2.4. Talento humano e insumos para la salud

⁴⁵ Ministerio del Poder Popular para la Planificación y Desarrollo. Boletín Informativo N° 3. Septiembre 2008.

El primero de ellos se refiere a la formación del talento humano requerido, con los perfiles ocupacionales necesarios, con cantidad y calidad adecuados a los nuevos retos y enfoques que impone la construcción de la nueva institucionalidad (inspirados en los valores del socialismo: solidaridad, humanidad, honestidad y transparencia, eficiencia, compromiso social, corresponsabilidad y articulación con el Poder Popular), así como el nuevo modelo de atención y de gestión de la salud; el segundo se vincula a la relación asimétrica con el complejo médico industrial en relación con la tecnología y los insumos estratégicos. Aun cuando se han logrado avances en el desarrollo de instalaciones públicas para la producción de vacunas y de algunos insumos, el sistema público de salud presenta vulnerabilidades en cuanto a tecnología e insumos básicos que, al ampliarse la cobertura del mismo y elevarse la capacidad adquisitiva de la ciudadanía, se han traducido en el fortalecimiento de algunas tendencias especulativas y oligopólicas que afectan considerablemente a la población y podrían afectar el desarrollo del SPNS. El tercero se refiere a la construcción de unas sólidas e innovadoras estrategias de solidaridad internacional.

V.3.La participación popular como desafío

Desde la llegada del presidente Hugo Chávez al poder en 1999, se ha generado en Venezuela una dinámica social sin precedentes en relación, tanto a los procesos de participación de la población, como al esfuerzo del Estado por generar esos procesos y espacios nuevos en todos los niveles de su gestión. Desde la Constitución Bolivariana (1999), cuya elaboración y aprobación constituyó un primer marco e incentivo a la participación popular, hasta la aprobación de la Ley de los Consejos Comunales, que ha reconocido el derecho de la población a “ejercer directamente la gestión de las políticas públicas” (art.2), se han definido las funciones de las organizaciones sociales y se han precisado los espacios de participación en el poder público y en los procesos de formulación, ejecución y evaluación de las políticas públicas. Con la Revolución Bolivariana, “...la participación popular deja de ser un recurso accesorio de la política y se convierte en eje dinamizador y orientador de la acción del Estado, a través de formas de trabajo basadas en la construcción de Poder Popular y en la apropiación colectiva de recursos de poder político, social, financiero y científico...”⁴⁶.

La participación de la población ha sido determinante para los avances alcanzados en el derecho a la salud y la calidad de vida, incluidos los avances en la construcción del sistema público de salud con la estrategia Barrio Adentro⁴⁷. Sin embargo, es necesario fortalecer aun más la participación social en salud desde la perspectiva de la consolidación del Poder Popular. En el contexto de transición de la sociedad venezolana desde la muerte de

⁴⁶ Alvarado. C, Martínez M.E., Vivas S, Gutierrez N y Metzger W.- Cambio Social y Política de Salud en Venezuela. Medicina Social V3 (2): 113-129. México 2008.

⁴⁷ Los Comités de Salud son organismos conformados por las comunidades, y han tenido a su cargo asegurar las condiciones para la instalación y operación de los Puntos de Consulta y Consultorios Populares, incluyendo la asignación de viviendas como locales provisionales, alojamiento del personal, seguridad y apoyo logístico. Están conformados por un promedio de 10 personas cada uno.

un Estado viejo hacia el nacimiento de otro nuevo, es necesario profundizar la transformación de la relación entre la población y el Estado, en este caso con el sistema de salud.

Es imperativo romper con la forma burocrática de entender la participación de la población restringida exclusivamente a tareas instrumentales subordinadas a la institucionalidad, y establecer mecanismos que permitan fortalecer la participación de la población en la gestión política de la salud, como protagonista de la construcción de la nueva institucionalidad pública, en la transición al socialismo. La participación se fundamenta en la corresponsabilidad definida en la Constitución Bolivariana y se expresa en la planificación participativa y la contraloría social en todos los establecimientos y niveles de gestión, los que progresivamente se subordinan política y administrativamente a los órganos del Poder Popular, al mismo tiempo que se fortalece la subordinación técnica normativa y de conducción estratégica interna del SPNS al Ministerio del Poder Popular para la Salud.

Las estructuras burocráticas tienden a mantener una relación vertical que restringe el accionar de los comités de salud a tareas instrumentales de ejecución y a mantener una asimetría de la información que limita el empoderamiento. La poca visibilidad del trabajo de los comités de salud puede debilitar su reconocimiento por las propias comunidades, y dificultades en su articulación con los consejos comunales. La limitada articulación entre los Comités de Salud y la falta de oportunidad para reflexionar sobre su propia práctica no facilita la solución de las dificultades.

Uno de los desafíos fundamentales del Plan Nacional de Salud es conseguir que en la estructuración del Sistema Público Nacional de Salud y en la implementación de las políticas de salud se consoliden los espacios y mecanismos permanentes de participación protagónica que favorezcan la construcción del poder popular.

El Plan Nacional de Salud asume como una importante prioridad el fortalecimiento de la participación en el marco de la construcción del Poder Popular. La participación constituye así la estrategia central de transformación del sector salud y de construcción del Sistema Público Nacional de Salud, avanzando progresivamente hacia la planificación participativa, la corresponsabilidad y la contraloría social, en todos los niveles de gestión y en todos los establecimientos, en un ejercicio de rectoría democrática y participativa, en el que progresivamente se desarrolla el poder del pueblo organizado.

VI. EL ENFOQUE CONCEPTUAL DEL PLAN NACIONAL DE SALUD

La salud en Venezuela es un derecho constitucional y corresponde al Estado la responsabilidad de asegurar que toda la ciudadanía tiene acceso a las intervenciones y recursos

necesarios para la promoción, la defensa y la recuperación de su salud a nivel individual y colectivo. Esta concepción se aleja de la idea de focalización, típica de las reformas neoliberales y de “lucha contra la pobreza” del pasado. Asumir la salud como derecho implica asumir la universalidad, no mediada por la capacidad de pago ni otra condición social, al mismo tiempo que la adecuación a las necesidades específicas de cada población. Las intervenciones en salud constituyen los mecanismos para desarrollar capacidades de las personas y las comunidades y poblaciones para la promoción, la defensa y restauración de la calidad de vida y salud de todos y todas. Por tanto, es necesario asumir un marco conceptual que permita comprender los procesos determinantes de los problemas que caracterizan hoy la situación de salud del país y permitan articular el desarrollo de las redes de servicios de salud con los esfuerzos intersectoriales para continuar mejorando la calidad de vida.

VI.1. Determinación de la situación de salud

La situación de salud de poblaciones no se distribuye al azar⁴⁸. Su comportamiento diferencial está determinado por procesos que se relacionan con la forma como las poblaciones viven y trabajan, de las cuales emergen necesidades y problemas que en interacción con las respuestas de la sociedad y el Estado (promoción, prevención y recuperación) ante ellas, se traducen en la producción y reproducción social de condiciones de vida desfavorables para la salud y con impacto diferenciado en los grupos poblacionales. Cuando estas diferencias son socialmente determinadas y por lo tanto evitables, se denominan inequidades sociales en salud. Es propósito central del Plan Nacional de Salud avanzar hacia la eliminación de estas inequidades.

Los determinantes de la situación de salud corresponden a diferentes ámbitos de la estructura y dinámica de la sociedad: El modo de vida (general), las condiciones de vida (particulares), y los estilos de vida y atributos personales y familiares (singular).



⁴⁸ Organización Mundial de la Salud. APRENDER DE LAS EXPERIENCIAS. Ginebra 2008.

VI.1.1.El modo de vida. La determinación estructural

En última instancia, las desigualdades e inequidades en la situación de salud se articula con el **modo de vida**, el cual deviene de la interacción entre el modo de producción, el grado de desarrollo de las fuerzas productivas, la distribución y ejercicio del poder, y los patrones culturales de producción y consumo que se derivan de ellas, con las condiciones naturales de existencia, incluyendo las características bioclimáticas del territorio de asentamiento.

VI.1.2.Condiciones de vida particulares. Los determinantes mediadores

En un nivel intermedio o espacios mediadores, la situación de salud de las poblaciones esta determinada por las condiciones de vida particulares de cada población. Entre estas condiciones de vida están los procesos relacionados con el ambiente residencial y el ambiente laboral y su acceso particular a bienes y servicios.

VI.1.3.Los determinantes singulares inmediatos

En un nivel singular, la situación de salud de poblaciones esta determinada por los estilos de vida y las diferencias individuales o entre familias y pequeños grupos, que determinan riesgos diferenciales para problemas específicos de salud.

VI.1.4.El sistema de salud como determinante

El sistema de salud, expresión de las respuestas sociales ante la salud, es un gran determinante de la situación de salud. Las inequidades de acceso a servicios oportunos y de calidad, de carácter integral se traducen en desigualdades e inequidades en la situación de salud.

VI.2. Integralidad e Intersectorialidad de las intervenciones

En consonancia con este marco conceptual, el Plan Nacional de Salud incluye intervenciones en los diferentes niveles de determinación de la situación de salud. Así mismo, las intervenciones contempladas en el Plan Nacional de Salud se aplican en diferentes ám-

bitos. El ámbito de la gran ciudad y de los nuevos polos de desarrollo. El ámbito de los barrios y espacios residenciales, los ámbitos familiares, los escolares y los laborales.

Para que estas intervenciones sean efectivas, deben ser ejecutadas en forma intersectorial y coordinada. El SPNS en proceso de construcción, se ubica así como un ejecutor de intervenciones integrales de salud y como un coordinador de las intervenciones intersectoriales que contribuyan a modificar los determinantes estructurales y las condiciones de vida, que producen y reproducen la situación de salud.



VI.3. Participación, Poder Popular y construcción del socialismo

Un componente esencial de la construcción del SPNS y de las estrategias intersectoriales de promoción de la calidad de vida y salud poder popular y la participación en salud, es la participación popular. La participación es asumida como parte del proceso de conformación del Poder Popular como protagonista de la transición al socialismo. Por lo tanto, la participación en salud no tiene carácter instrumental. Se fundamenta en la corresponsabilidad definida en la Constitución Bolivariana y avanza hacia la planificación participativa, en los diferentes espacios y niveles de gestión del SPNS y hacia la contraloría social en todos los establecimientos y niveles de gestión. En el Plan Nacional de Salud se asume que progresivamente la gestión en salud, a todos los niveles desarrollan espacios de participación y progresivamente se subordinan política y administrativamente a los órganos del Poder Popular, mientras se fortalece la subordinación técnica normativa y de conducción estratégica interna del SPNS.

VII. VISION OBJETIVOS Y METAS

VII.1. Visión

Se habrá mejorado la situación de salud, compatible con la calidad de vida propia de una sociedad socialista del siglo XXI.

Construido el Sistema Público Nacional de Salud universal, gratuito, con un modelo de atención integral, con la máxima capacidad científico-técnica, y que garantiza la intersectorialidad para la intervención en los determinantes de la salud.

En todos los niveles de gestión del SPNS estarán operando mecanismos de participación activa de la población organizada y de los órganos del Poder Popular correspondiente, con funciones de corresponsabilidad, planificación participativa y contraloría social.

VII.2. Objetivo General

Asegurar una buena calidad de vida y salud de la población, consolidando el Sistema Público Nacional de Salud, estructurado en la Misión Barrio Adentro y enmarcado en la construcción del Poder Popular y la transición al Socialismo del siglo XXI, acorde con los mandatos de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela y el Primer Plan Socialista “Simón Bolívar” 2007 – 2013.

VII.2.1. NUEVA INSTITUCIONALIDAD

Objetivo Estratégico:

Consolidar la nueva institucionalidad del Sistema Público Nacional de Salud basado en Barrio Adentro como eje integrador de la red única de servicios, con rectoría única, financiamiento asegurado, desarrollo soberano científico-tecnológico, talento humano de calidad y solidario internacionalmente.

METAS: NUEVA INSTITUCIONALIDAD

Propósito	Año Base 2008	2013	2018
Los establecimientos de salud, incluyendo Gobernaciones, Alcaldías, IVSS, IPASME y PDVSA están integrados al Sistema Público Nacional de Salud y a las ASIC.	-	80%	100%
Aumento de la proporción de los medicamentos esenciales producidos en el país	5%	20%	40%
Aumento de la producción en el país insumos de insumos requeridos por el Sistema Publico Nacional de Salud	5%	30%	60%

Incremento de los egresados en distintas profesiones integrados al Sistema Público Nacional de Salud	1.821 médicos generales integrales y odontólogos comunitarios egresados	35.000	80.000
Aumento de los pacientes atendidos en Misión Milagro Internacional	83.000	253.000	618.000
Médicos formados en la ELAM-Venezuela	-	300	2.000
Cobertura de Inmunizaciones según esquema nacional	93,52% (sarampión). 77,25% (fiebre Amarilla)	100%	100%

POLÍTICA 1

Consolidar la rectoría Pública de Salud sus bases legales y su conducción estratégica acordé con el Plan Nacional de Salud

Proyectos Estratégicos:

- ✓ Desarrollo del Nuevo Ente Rector en Salud.
- ✓ Ordenamiento del sector privado en Salud.

Medidas

- ✓ Formular y aprobar la ley de Salud.
- ✓ Creación del Nuevo Ministerio del Sistema Público Nacional de Salud.
- ✓ Conformar una Junta Sectorial de salud, para el seguimiento y evaluación del Plan Nacional de Salud.

POLÍTICA 2

Consolidar la red única de servicios del Sistema Público Nacional de Salud, con atención integral y continua, a partir de Barrio Adentro, basada en las Áreas de Salud Integral Comunitaria, con subsistemas de gestión desconcentrados y articulados con los órganos del poder popular.

Proyectos Estratégicos:

- ✓ Desarrollo del modo de atención y el modo de gestión en el SPNS en sus distintos subsistemas: Área de salud integral comunal, distrital integral comunitario de salud, Estatal integral Comunitario de salud, regional integral comunitario de salud.
- ✓ Articulación de la red integrada de SPNS con las redes sociales desde las ASIC.
- ✓ Desarrollo de líneas de atención de acuerdo a los problemas priorizados con expresión en todos los subsistemas de la red.
- ✓ Desarrollo del Sistema de Información y Vigilancia de Salud.

Medidas

- ✓ Resolución Ministerial que crea el nuevo ordenamiento en red del SPNS.

- ✓ Resolución Ministerial que crea la red de urgencia con su respectivo sistema de regulación
- ✓ Resolución Ministerial que ordene la integración de todos los establecimientos de salud a las Áreas de Salud Integral Comunitaria (ASIC) de Barrio Adentro.
- ✓ Resolución conjunta de los Ministerios del PP para la Salud, para la Educación y la Educación Superior, que incorpora la salud reproductiva y la prevención del VIH-SIDA, y de las enfermedades crónicas, en los programas de educación primaria, secundaria, universitaria y Misiones Educativas.

POLÍTICA 3

Garantizar el financiamiento público del sistema de salud, principalmente, sostenido por el ingreso fiscal; administrado por el Estado; solidario; progresivo y predecible en el tiempo; integrado; que responda a las prioridades sanitarias y se distribuya con equidad en función de los proyectos; con la participación vinculante del poder popular.

Proyectos Estratégicos:

- ✓ Crear e implementar un sistema de cuentas nacionales de salud que garantice la progresividad y el uso eficiente de los recursos.
- ✓ Desarrollo del Fondo Único de Salud con expresión en los diferentes niveles territoriales, que garantice la integración de las fuentes de financiamiento.
- ✓ Implementar la rendición pública de cuentas en todos los niveles territoriales e instituciones del sistema.
- ✓ Uniformar e integrar los recursos y prestaciones de los diferentes regímenes especiales.

Medidas:

- ✓ Crear la normativa del mecanismo equitativo de asignación financiera dentro del sistema que garantice la solidaridad, la transparencia, las prioridades, en función de proyectos.
- ✓ Decretar la contratación con una aseguradora del Estado, de todos los mecanismos de seguros de salud de los ministerios y organismos adscritos al nivel central

POLÍTICA 4

Consolidación de la capacidad soberana e independencia científica y tecnológica para producir y garantizar la disponibilidad del talento humano y los recursos científico – técnicos e insumos necesarios para la salud de la población.

Proyectos Estratégicos:

- ✓ Desarrollar un sistema nacional soberano con innovación tecnológica para la producción, validación, adquisición, certificación y distribución de medicamentos, equipos e insumos para la salud.

- ✓ Estructurar la formación, capacitación y gestión del Talento Humano.

POLÍTICA 5

Construcción de capacidades para el fortalecimiento de la solidaridad internacional en salud y el liderazgo de Venezuela en las agendas internacionales.

Proyectos Estratégicos:

- ✓ Fortalecimiento de la solidaridad internacional en formación de talento humano y atención integral en salud
- ✓ Generar capacidades en el ministerio de salud, cancillería, escuela latinoamericana, acordar posiciones comunes de los países del Alba, Petro-Caribe, para llevar posiciones comunes en materia de salud, ante foros internacionales, Convenio Hipólito Unanue, convenios de intercambios de experiencias, temas epidemiológicos de las fronteras, eventos para promocionar Barrio Adentro.

VII.2.2. CONDICIONES PROMOTORAS DE CALIDAD DE VIDA Y SALUD

Objetivo Estratégico y Metas

1.1. Promover condiciones que favorezcan una producción social de la salud enmarcada en la convivencia solidaria, en armonía con la naturaleza y un modo de vida saludable en los territorios sociales.

METAS: CONDICIONES PROMOTORAS DE CALIDAD DE VIDA Y SALUD

Propósito		Año Base	2013	2018
Disminuir el índice de prevalencia de subnutrición (IPS)		8% (2006)	5,5%	2,5%
Aumentar adecuaciones de las disponibilidades alimentarias de calcio		50% (2006)	80%	100%
Disminuir la desnutrición global		4,2% (2007)	3,5%	3,0%
Disminuir el bajo peso al nacer		9% (2007)	6%	4%
Disminuir la prevalencia de anemia	En embarazadas	40% (2004)	25%	20%
	En <3años	60% (2004)	30%	25%
Incrementar la prevalencia de la Lactancia Materna Exclusiva (LME)		27% (2008)	45%	70%
Reducir la mortalidad materna		60,5 por 100.000 (2006)	50,0	40,0

Reducir la mortalidad infantil	14,2 por 1.000 (2006)	9 por 1.000	7 por 1.000
Disminuir el porcentaje de la población de 7-14 años con sobrepeso (Peso-Talla)	19,3% (2007)	15%	12%

Incrementar la esperanza de vida al nacer	73,9 años (2006)	77,5	79,9
Reducir la tasa de homicidios	36,1 por 100.000 (2006)	25 por 100.000	20 por 100.000
Reducir la tasa de mortalidad por accidentes de tránsito	23 por 100.000 (2006)	20 por 100.000	17 por 100.000
Reducir la mortalidad por homicidios	32,6 por 100.000 (2006)	25 por 100.000	20 por 100.000
Reducir la mortalidad accidentes de transporte	23,20 por 100.000 (2006)	20,0 por 100.000	15,0 por 100.000
Reducir el sedentarismo	Hombres adultos	64% (2001)	50%
	Mujeres adultas	78% (2001)	60%
Disminuir la mortalidad por diabetes y enfermedades cardiovasculares	152,2 (2006)	138,9	125,6
Disminuir la mortalidad por cáncer	68,6 por 100.000 (2006)	62,7 por 100.000	56,1 por 100.000
Aumento de los municipios con manejo integral los residuos y desechos sólidos e integrados a un sistema de Vigilancia Sanitario Ambiental.	20 % (2008)	40 %	80 %
Incrementar los ambientes productores de vectores controlados con participación de la comunidad	30 % (2008)	70 %	100 %
Disminuir los índices de infestación de vectores	16 %	13 %	10 %
Disminuir la prevalencia de enfermedades asociadas a la salud ambiental (dengue, malaria)	5% (2008)	10 %	10 %
Incrementar los rellenos de desechos tóxicos operativos y estratégicamente ubicados	-	1	5

POLÍTICA 1

Asegurar una alimentación saludable y una nutrición adecuada a lo largo del ciclo de vida, en concordancia con los mandatos constitucionales sobre Salud, Soberanía y Seguridad Alimentaria.

Proyectos Estratégicos:

- ✓ Producción nacional, disponibilidad y acceso suficiente de alimentos de acuerdo a las recomendaciones nutricionales establecidas por el MPPS.

- ✓ Promoción de una alimentación saludable para todo el ciclo de vida
- ✓ Protección nutricional de grupos vulnerables de la población.
- ✓ Prevención y Control de las Deficiencias de Micronutrientes
- ✓ Vigilancia y control de inocuidad y calidad de los alimentos.

Medidas:

- ✓ Regulación y Control sobre la distribución de alimentos procesados (con grasas trans y elevados contenidos de azúcares refinados y sal) y no procesados: (frutas, verduras, leguminosas), de acuerdo con recomendaciones nutricionales actuales, por la Misión Alimentación (MERCAL, Casas de Alimentación, PDVAL, alimentación de los trabajadores, PAE y Cantinas Escolares).
- ✓ Elaboración de Normas para la evaluación del Sistema de Gestión de Calidad en Pequeñas y Medianas Empresas (PYME) de la cadena agroalimentaria (adaptación de la ISO22000) en base a la Ley Orgánica de Soberanía y Seguridad Alimentaria (LOSSA)
- ✓ Regulación y Control de la publicidad sobre productos alimentarios en los medios de comunicación masiva.
- ✓ Regulación de contenidos de alimentación saludable en las currícula del sistema educativo, por parte del MPPS.

POLÍTICA 2

Promoción de territorios sociales que fortalezcan la convivencia solidaria y la seguridad ciudadana en el cotidiano de la vida familiar y comunal.

Proyectos:

- ✓ Formación de una cultura basada en la tolerancia y el respeto a la vida, en todos los niveles del sistema educativo.
- ✓ Desarrollo de marcos comunicacionales para que los medios de comunicación masiva promuevan una cultura basada en la paz, la tolerancia y el respeto a la vida.
- ✓ Fortalecimiento de capacidades de los consejos comunales, órganos policiales y gobiernos locales para la construcción de una cultura de paz y la prevención de factores generadores de violencia. (Posesión de armas, consumo de alcohol, drogas, inadecuada gestión del espacio urbano).
- ✓ Fortalecimiento de las redes de atención integral que impidan la reproducción social de la violencia (victimas de todas las formas de violencia, núcleo familiar de la población privada de la libertad, jueces de paz).
- ✓ Desarrollo del sistema de vigilancia epidemiológica de la violencia

Medidas:

- ✓ Revisión de la regulación y control de los contenidos violentos en los medios masivos audiovisuales.

- ✓ Ampliación de la regulación y el control para restricción de expendio y consumo de alcohol.
- ✓ Normativas para la inclusión de contenidos relacionados con la prevención de violencia en todos los niveles del sistema educativo.

POLÍTICA 3

Asegurar el funcionamiento de un sistema de tránsito seguro para conductores, pasajeros y peatones.

Proyectos :

- ✓ Fortalecimiento de la educación vial en todos los niveles del sistema educativo, en las escuelas de conductores y en los procesos de expedición de licencias.
- ✓ Desarrollo de estrategias comunicacionales para educación vial a través de los medios de comunicación masiva.
- ✓ Fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica para accidentes de tránsito (mapa de riesgos).

Medidas:

- ✓ Reactivación de la Comisión Interministerial para la Atención, Prevención y Educación Vial (CIAPEV) con una perspectiva de tránsito seguro.
- ✓ Resolución sobre la estructura incentivos a instituciones y a funcionarios vinculados al cumplimiento de la legislación de tránsito.
- ✓ Control automatizado de la velocidad de transporte público y privado en las principales carreteras y autopistas del país.
- ✓ Actualización de la normativa de tránsito terrestre con una perspectiva de salud pública.
- ✓ Regulación sobre la venta y publicidad de bebidas alcohólicas en la vialidad interurbana.

POLÍTICA 4

Asegurar a la población ambientes que favorezcan la actividad física, la recreación, la cultura y el deporte en los centros educativos, laborales y residenciales.

Proyectos:

- ✓ Consolidación de Barrio Adentro Deportivo, escuelas deportivas y de instalaciones seguras para la recreación y el deporte.
- ✓ Fortalecimiento de planificación urbana que favorezca el transporte público, las vías peatonales y ciclo-vías y el desarrollo de incentivos para el uso de bicicletas.
- ✓ Fortalecimiento de capacidades de sistema educativo para adecuar la oferta de educación física a los requerimientos de actividad física desde la perspectiva de la salud pública.

Medidas:

- ✓ Regulación para incluir la actividad física en los espacios laborales
- ✓ Reforma de contenidos curriculares en educación física en todos los niveles educativos
- ✓ Incorporar normas en regulación de la planificación urbana para favorecer el transporte público, vías peatonales y de bicicletas.

POLÍTICA 5

Promover la salud ambiental del entorno familiar, comunitario, de los centros educativos, de salud, recreativos y de trabajo, que permita el desarrollo de espacios libres de riesgos.

Proyectos Estratégicos:

- ✓ Construcción y adecuación de viviendas saludables atendiendo a las particularidades sociales y culturales de la población.
- ✓ Promoción de espacios libres de riesgos ambientales a nivel de las comunidades, viviendas, planteles educativos, establecimientos de salud y centros recreativos.
- ✓ Corresponsabilidad de la población en la gestión de los desechos sólidos y en el desarrollo de iniciativas de reciclaje a nivel comunitario.
- ✓ Fortalecimiento de la utilización de gas como fuente de energía
- ✓ Aseguramiento de condiciones y ambiente de trabajo promotores de calidad de vida y salud, con la participación y organización de los trabajadores

Medidas:

- ✓ Decreto sobre la conformidad sanitaria de los centros turísticos
- ✓ Regulación de la emisión de gases de los vehículos a motor.
- ✓ Normativas de vivienda saludable para certificación de los planes de vivienda.
- ✓ Normativas de promoción de salud para certificación de los ambientes laborales.

VII.2.3. PARTICIPACION PROTAGONICA Y PODER POPULAR EN SALUD

Objetivo Estratégico:

1.2. Asegurar los mecanismos y espacios que permitan la participación protagónica del Poder Popular en la ejecución, seguimiento, control y evaluación del Plan Nacional de Salud, y su corresponsabilidad en el cumplimiento de las metas institucionales y de intervención sobre los determinantes de la salud en los distintos niveles de gestión de los territorios sociales.

METAS: PARTICIPACION PROTAGONICA Y PODER POPULAR EN SALUD

Propósito	Año Base	2013	2018
Incrementar la participación de los órganos del poder popular en la planificación, ejecución, monitoreo y evaluación de las acciones de salud en las Áreas de Salud Integral Comunitaria.	-	60%	100%
Incrementar la participación de los órganos del poder popular en la planificación, ejecución, monitoreo y evaluación de las acciones de salud en las Áreas de Salud Integral a nivel de comunas, distrito, estatal y nacional.	-	50%	100%

POLÍTICA 1

Consolidar la participación protagónica del poder popular en la gestión del Sistema Público Nacional de Salud

Proyectos Estratégico:

- ✓ Desarrollo de las instancias, mecanismos y capacidades de los funcionarios y de consejos comunales para la participación

Medidas:

- ✓ Regulación de las instancias y mecanismos de participación popular en todos los niveles de gestión del Sistema Público Nacional de Salud.

POLÍTICA 2

Impulsar la participación protagónica del poder popular en los espacios de articulación intersectorial y las instancias institucionales para la promoción de calidad de vida y salud

Proyecto Estratégico:

- ✓ Desarrollo de las instancias, mecanismos intersectoriales y capacidades de los funcionarios y de consejos comunales para la participación.

Medidas:

- ✓ Regulación de las instancias y mecanismos de participación de los consejos comunales y otros órganos del poder popular en la gestión intersectorial del Plan Nacional de Salud.