



Barrio adentro: Una experiencia de política de salud en ejecución*

*Isabel Rodríguez Colmenares**,
María T. Rincón Becerra y Janeth Madueño*

Resumen

A partir de 1999 el aparato del Estado enfrenta un conjunto de transformaciones, siendo una de ellas la relacionada con salud, esto condujo a la implantación de una política fincada en los preceptos constitucionales, con el interés de atacar la exclusión social. Barrio Adentro es la expresión visible de este intento. En el estado Zulia, este programa se inicia desde el 2003. Por ello este trabajo tiene como objetivo reunir información sobre la opinión que tiene el usuario en cuanto a la atención ofrecida por dicho programa en la parroquia Idelfonso Vásquez en el sector Cujicito del Municipio Maracaibo. Se adelantó una investigación de tipo exploratoria, se seleccionó una muestra no probabilística de cincuenta y cuatro informantes a quienes se les administró un cuestionario semiestructurado y entrevistas efectuadas en la dirección domiciliaria del entrevistado. De acuerdo a las opiniones expresadas por los encuestados, los resultados muestran que: a) los usuarios indicaron sentirse bien atendidos, b) el trato dado por el médico es considerado como satisfactorio y humanizado; c) el tiempo de consulta se efectúa en un tiempo promedio entre 25 y 30 minutos; d) el tratamiento suministrado fue considerado como efectivo. Se concluye que la ejecución de dicho programa fue considerada como oportuna y apreciada por dicha población. Esto lleva a inferir que la estrategia adelantada por el gobierno nacional, comienza a arrojar algunos resultados congruentes con las directrices de la política en

* Este trabajo forma parte de los resultados del proyecto de investigación "Sistema de Organización del Trabajo en el Programa Misión Barrio Adentro (Región Zuliana)", adscrito al Centro de Estudios de la Empresa (CEE) de la Facultad de Ciencias Económicas y Sociales (FCES) de la Universidad del Zulia (LUZ).

** Centro de Estudios de la Empresa. Universidad del Zulia. Maracaibo, Venezuela.
E-mail: isarodri@cantv.net

salud que persigue ampliar la cobertura y atacar la exclusión social. Sin embargo, resulta prematuro adelantar una evaluación sobre los resultados e impactos que la ejecución del programa está teniendo.

Palabras clave: Política social, Política de salud, Barrio Adentro, Venezuela.

Barrio Adentro: An Experience of Health Policy in Execution

Abstract

Beginning in 1999 the State apparatus confronted a format of transformations, one of them related to health, and this led to the implementation of a policy based on constitutional precepts, focused on confronting social exclusion. Barrio Adentro is the visible expression of this process. In Zulia State, this program initiated in 2003. The objective of this paper is to gather information on the opinion of users as to the attention offered by such programs in the Idelfonso Vázquez Parrish in the Cujicito Sector of Maracaibo Municipality. Exploratory research was undertaken selecting a non-probabilistic sample of fifty-four (54) informants to whom a semi-structured questionnaire was applied and interviews undertaken in the homes of those surveyed. According to the opinions expressed by those surveyed, the results indicate that: a) users feel that they are well attended, b) the medical treatment was considered satisfactory and humanizing, c) the consultations time was from 25-30 minutes on the average, d) the treatment obtained was considered effective. The conclusion is that the execution of the program was considered as appropriate and was appreciated by the population. This infers that the strategy of the national government began to show congruent results in relation to the directives of health policy, which attempt to increase coverage and eliminate social exclusion. However, it is premature to propose an evaluation of the results and impacts that the execution of this program has had.

Key words: Social policy, health policy, Barrio Adentro, Venezuela.

1. Introducción

El sistema público nacional de salud en Venezuela, en el transcurso de las tres últimas décadas fue sufriendo un deterioro creciente resultado de la influencia de factores de tipo político, económico, social, cultural, demográficos, entre otros, lo que fue ocasionando la insatisfacción de las necesidades de salud en la población. El sistema se tornó inequitativo, excluyente e inefectivo pues no logró mejorar las condiciones de salud y por consiguiente las de vida de la población¹.

Los problemas derivados de esos factores tienen que ver, en términos más generales, con el estilo de funcionamiento del Estado rentista-populista (Machado, 2003; España, 1989; Baptista y Mommer, 1987), asociado a una economía basada en la sustitución de importaciones. Formando parte de la crisis del sector salud se encontraba también el hecho de la incongruencia entre políticas y estrategias expresadas en las definiciones y objetivos de la planificación en esta materia; un exagerado énfasis en la atención curativa más que en la prevención; la presencia de una multiplicidad de instituciones dispensadoras de salud funcionando sobre la base de diferentes modelos organizativos, sin mecanismos de vinculación y coordinación interinstitucional; aunado a ello, se fue desarrollando una medicina privada de importantes proporciones (Rodríguez y Pérez, 1996).

Por otra parte, como afirma Rincón (2004), en el sector salud se registró un marcado énfasis en la adopción del enfoque biólogo, individual y medicalizado; con escasa participación de la población; oferta de los servicios poco planificada; escaso trabajo en equipo; inadecuado sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes; dificultad para generar registros epidemiológicos confiables. Problemas éstos que, interrelacionados con los anteriormente mencionados, definieron una compleja dinámica de funcionamiento del sistema de salud. Esa situación de crisis que fue formándose y acentuándose en el tiempo, dio lugar a que se ensayaran un conjunto de reformas, siendo una de ella la descentralización; con lo que se permitió el traslado de competencias concurrentes hacia las gobernaciones; sin embar-

1 Al respecto existen distintos tipos de estudios donde se pone de manifiesto desde los inicios de la década del setenta la crisis del sistema público de salud. Se puede consultar los trabajos de: Castellanos (1982); Díaz Lovera (1982); Romero (1987); Briceño León (1992); Rodríguez y Pérez (1996) y Capriles et al (2001), entre otros.

go, a pesar del avance de dicho proceso no se alcanzaron los resultados esperados².

A partir de 1998, se produce un giro en el proceso político y social del país cuando tiene lugar el cambio de gobierno. Así a partir de 1999 se transformó el escenario político. Esto dio origen a la convergencia de una constelación de intereses que se articuló en torno a la necesidad de instaurar una nueva Constitución, la cual fue aprobada ese mismo año. En ella se reconoce en el artículo 83, la salud como un derecho social fundamental, obligación del Estado para garantizarlo como parte del derecho a la vida; así mismo, el artículo 84, establece el mecanismo de garantía de este derecho mediante el cual se plantea que el Estado gestionará un sistema de salud regido por los principios de gratuidad, interpretándose como el no pago por parte del usuario del disfrute de cualquier servicio de salud. Con lo que se pretende incrementar la cobertura, la calidad y la aceptación de los servicios prestados con la finalidad de mejorar las condiciones de vida de los venezolanos.

En este contexto jurídico, el Gobierno Nacional ha buscado crear una serie de dispositivos y procedimientos orientados a elevar los niveles de cobertura de atención a todos los ciudadanos, con el propósito de minimizar el deterioro de sus condiciones de vida; para ello se han implementado programas compensatorios basados en la atención primaria de salud, los cuales se aplican directamente en las comunidades para lograr superar problemas de tipo estructural y, otros como: exclusión, inequidad y accesibilidad.

Con el propósito de contrarrestar los efectos considerados como negativos del modelo de salud anteriormente imperante, el gobierno nacional se propuso adelantar el programa Misión Barrio Adentro, el cual surge dentro de la definición estratégica del Plan Bolívar 2000 que busca desde entonces atacar la exclusión (López Maya, 2004a), y darle una respuesta a la deuda social en materia de salud. El contexto político en el cual este programa se viene adelantando no ha sido favorable, pues sufre los ataques de los factores de la opinión de la oposición que se alinean en contra de la implantación de este programa inicialmente. Ahora en contra del avance hacia los otros niveles de Barrio Adentro II y III, que comprende la integración completa de dicha estrategia.

- 2 Al respecto ver algunos trabajos donde se demuestra que si bien la descentralización alcanzó algunos logros importantes no se tradujeron en mejorar los indicadores de salud sino más bien se produjo un proceso de fragmentación del sistema de salud donde el Ministerio perdió su papel de rectoría. Mascareño, (2000). este material refleja el comportamiento de la descentralización desde sus inicios, pero previo a la instauración del gobierno del actual Presidente de la República.

En virtud de las controversias suscitadas en torno a este programa, se quiso registrar la opinión que al respecto tienen los usuarios de él en un sector específico del Municipio Maracaibo, caracterizado por contar con una población de muy escasos recursos, niveles elevados de pobreza y que contarán con un establecimiento de salud tipo II, estos criterios fueron los establecidos para la selección del sector. Entendemos aquí la opinión como un juicio, dictamen o consideración que emite una persona sobre algo de manera espontánea teniendo como base su experiencia o exposición, en donde se aprecia la existencia de un gradiente subjetivo promovido por los sentimientos y uno racional conectado con el conocimiento.

Para la obtención de la información que comprende el estudio se utilizó como técnica de recolección de información la encuesta, conformada por preguntas cerradas y de opción, así como una sección de preguntas abiertas. La misma fue administrada en los meses de octubre –noviembre de 2004. Posteriormente, en el mes de enero de 2005, se efectuó una entrevista a la directora del ambulatorio Cujicito, asimismo se realizó una revisión de las estadísticas de morbilidad llevadas en dicho establecimiento, y finalmente entrevistas a miembros de la coordinación del programa comunitario que adelanta la Facultad de Odontología de la Universidad del Zulia en dicho sector. Todo esto con la finalidad de obtener un acercamiento a la opinión que tienen los habitantes de Cujicito sobre la atención recibida. Para la selección de los informantes se trabajó con una muestra de tipo no probabilística por cuotas. Los informantes a su vez debían cumplir con las siguientes condiciones, ser mayor de edad, haber asistido tanto al ambulatorio como al programa Barrio Adentro, y cuyas casas se encontraron ubicadas en las manzanas adyacentes al ambulatorio.

A los efectos de la investigación, se seleccionó la parroquia Idelfonso Vásquez, la cual se encuentra ubicada al noroeste del Municipio Maracaibo, ésta cuenta con una extensión de 49 Km², con una población aproximada de 120.993 habitantes, con una densidad poblacional aproximada de 2469 habitantes por km². En esta parroquia más del 50% de su población vive sumergida en la pobreza. Tiene un alto crecimiento poblacional; una mortalidad infantil de más de 30% por cada mil nacidos vivos; un déficit de establecimientos de salud, pues solamente cuenta con tres centros asistenciales⁵. Y, específicamente, en uno de sus sectores más deteriorado se encuentra el Barrio Cujicito, que cuenta con una población de 20.500 habitantes, carece de una red de agua potable y de aguas negras, lo que evidencia que los ciudadanos de este sector utilizan los denominados pozos sépticos y se ven obligados a comprar agua potable.

La comunidad Cujicito fue fundada el 20 de septiembre de 1958, surgió por invasiones realizadas por personas que ocupaban los terrenos de la Universidad del Zulia, pues fueron desalojados en aquel momento cuando

se iniciaron los trabajos de construcción de esta casa de estudios. Sus primeros habitantes fueron todos de las etnias Wayúy y Añú; este barrio originalmente tuvo por nombre "La Misma Tierra", haciendo homenaje a la obra literaria de Rómulo Gallegos, posteriormente recibió el nombre de Cujicito, por la gran existencia de matas de Cují⁴, ubicadas en toda esta área geográfica (Dirección Subregional de salud, s/f). En palabras de Luis Pedro España "este diagnóstico ubica a esta parroquia y particularmente al sector en un contexto que se transporta a los años setenta, es como si se descontextualizaran en el tiempo y se ubicaran en la época del general Juan Vicente Gómez" (España, 2001).

En este sector se encuentra construido el ambulatorio urbano II Cujicito, anteriormente llamado Módulo de salud, fundado en 1982, constituyendo su área de influencia los barrios La Resistencia, Rafito Villalobos, Cardinal Norte, Veinticuatro de Septiembre, Terepaima, Barrio Blanco y los Mangos. Funciona doce horas al día, prestando servicios de atención integral⁵. A partir del año 2003, comienza a tener también presencia el programa Barrio Adentro; esto trajo como consecuencia la apreciación, por parte de la autoridad del ambulatorio que la cobertura de atención se viera disminuida. En este sentido, despertó la necesidad de explorar la opinión que tenían los habitantes de Cujicito sobre dicho programa, dado que se aducía que había disminuido la cobertura de atención del ambulatorio a consecuencia de la presencia del mismo (Estrada, 2004 y Sulbarán, 2004).

A pesar de haber sido definida la investigación como de tipo exploratoria se efectuó un acercamiento de tipo muestral simple para poder seleccio-

3 Esta información se extrajo de los resultados del estudio que hicieron en conjunto, el Instituto de Investigaciones Económicas y Sociales de la Universidad Católica Andrés Bello (IIES-UCAB) y el Centro de Estudios Sociológicos y Antropológicos de la Universidad del Zulia a solicitud de la Alcaldía de Maracaibo, durante los años 2001-2002.

4 Este es un árbol de tierras muy secas y de frondosas ramas que requiere de muy poca agua para mantenerse, y es muy abundante en todo el estado Zulia.

5 Los servicios especializados con que cuenta este ambulatorio son: Medicina Familiar, pediatría, gineco-obstetricia, servicios de nutrición, odontología, laboratorio, trabajo social y ecografía. Con un personal constituido por un médico director, cuatro médicos generales, cuatro especialistas, un enfermero, dos nutricionistas, cuatro odontólogos, un bionalista, dos trabajadoras sociales, seis auxiliares de enfermería, dos asistentes dentales, un auxiliar de laboratorio, una secretaria, uno de historias médicas, cuatro camareras y un obrero (Estrada, 2004).

nar a los sujetos informantes clave, lo que nos llevo a manejar el concepto de muestra como una guía orientadora no propia de este tipo de investigación, pero que se consideró necesario para ubicarnos en el ámbito sociodemográfico y poder seleccionar un número de informantes con la mayor precisión posible, pues se deseaba tener un registro confiable de la opinión que le merecía la puesta en ejecución de este tipo de programa, y sobre algunos rasgos generales sobre la calidad de la atención recibida, de esta forma se obtuvo una población de 216 sujetos; sin embargo se optó por trabajar sólo con la cuarta parte, es decir con 54 sujetos, los cuales fueron entrevistados en su dirección domiciliaria, para lo cual se diseñó un cuestionario que incorpora una sección de preguntas abiertas que fueron grabadas, a las cuales se les aplicó la técnica del análisis de contenido.

2. Una alternativa de comportarse el Estado venezolano en salud

En Venezuela, a raíz del triunfo alcanzado por Hugo Chávez Frías en las elecciones de 1998, empieza a tener lugar la implantación de un proyecto que se ubica equidistante de las viejas prácticas del Estado del Bienestar, que ya habían empezado a ser socavadas con la presencia de las políticas de corte neoliberal, que se abrieron paso en el último tercio de la década del ochenta, así como por la concepción consagrada en el Consenso de Washington que venía siendo acogida como una alternativa⁶ asociado al enfoque neoliberal.

Esas ideas fueron, en los inicios de la década del noventa presentadas y acogidas por muchos políticos, economistas, politólogos y sociólogos, pues consideraban que nos encontrábamos rezagados respecto a lo que estaba ocurriendo en otras regiones; sobre todo en lo relacionado con las prác-

6 Reconocido es que, para ese momento histórico, en algunos países de América Latina habían comenzado a aplicar la receta definida por el Fondo Monetario Internacional (FMI), la cual consistía básicamente, en que para poder renegociar la deuda externa y obtener nuevo financiamiento en el exterior debía aplicarse un reajuste estructural de la economía en forma severa, que requería una reducción del gasto público para combatir el déficit fiscal, limitar las restricciones a las transacciones internacionales, elevar los ingresos fiscales internos, por la vía de la subida de los precios de los productos que controla el Estado, como la gasolina e incrementar los impuestos, entre otras exigencias. Al respecto ver: Lander (1992); Gutiérrez (2002) Mújica (2002).

ticas proteccionistas y por la forma poco provechosa con la que el Estado estaba aplicando su política distributiva de recursos hacia la sociedad. Por lo que se argumentó y se trató de demostrar que la crisis vivida en aquel entonces estaba íntimamente relacionada con el estatismo que había impulsado el Estado del Bienestar. “El neoliberalismo denunció no sólo el estatismo, sino que condena toda intervención como consustancialmente nefasta”, por lo que el retiro del Estado en salud sirvió para aligerar el camino a la privatización sobre la base de ensayos de modelos de gestión a nivel subnacional, con la hipótesis de mejorar los servicios, garantizándole así al “cliente” una mejor atención y ampliar la cobertura. Sin embargo, la reorientación del sistema de salud lejos de lograr ser más equitativo, contar con los recursos y elevar la calidad de los servicios se volvió más importante y excluyente para un importante número de personas de escasos recursos.

Teniendo en cuenta este telón de fondo es que aparece con tanto arraigo y pertinencia histórica, un proyecto político de tipo “alternativo” montado sobre el principio de democracia participativa y protagónica López Maya (2004a), que contrasta y se opone a la estrategia de corte neoliberal y que para algunos estudiosos de la materia lo definen como proyecto “contra hegemónico” (Lander citado por López Maya, 2004a). El proyecto presentado por Chávez fue denominado “Una revolución democrática” y contempla cinco ejes de acción⁷ que en su conjunto persiguen la interacción de las políticas públicas sociales con la finalidad de alcanzar la democratización de la política social, la inclusión y saldar la deuda social que el Estado había ido acumulando en el tiempo.

Tal como las políticas sociales vinieron siendo concebidas e impulsadas en los distintos planes de la nación, aunque formalmente procuraban crear condiciones de vida aceptables para la población, en términos de lograr atacar el desempleo, los bajos salarios, el analfabetismo, elevar la escolaridad, y permitir que el grueso de la población tuviera la oportunidad de lograr una vivienda con servicios básicos, sobre todo educación y salud,⁸ los problemas se volvieron una constante, que con más o menos recursos destinados, y bajo distintas directrices de planificación, los gobiernos anteriores trataron infructuosamente de resolver. Pero ellos se siguieron agravando en el tiempo, sobre todo los relacionados con salud.

7 Ver al respecto el documento presentado por Hugo Chávez Frías (1998) “La propuesta de Hugo Chávez para transformar a Venezuela. Movimiento V República. Documento Caracas.

8 No pudieron resolver problemas como el de la pobreza, la desigualdad social, marginación y la exclusión, Cardozo (2003).

De acuerdo con nuestra manera de analizar el proceso, hasta que no se produjo un cambio en la concepción global de la política de salud, soportada por una normativa de rango superior como la Constitución Nacional de 1999 y una disposición política propicia, no se pudo echar a andar un modelo de atención alternativo de salud que conjugara estrategias macro con lineamientos provenientes de los enfoques propuestos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), que desde 1970 venían impulsando la estrategia de Atención Primaria en salud; pero en las distintas ocasiones en que se trató de asumir como una política global, se afrontaron distintos tropiezos, como sucedió con la creación de los Sistemas Locales de Salud a finales de la década de los ochenta, que naufragó hacia mediados de los años noventa.

Plantean Feo y Curcio (2004), que la concepción de la nueva Constitución es más amplia que la de 1961, pues considera la salud como un derecho social fundamental a ser garantizado por el Estado, sin distinciones ni discriminaciones de ningún tipo, como parte del derecho a la vida, expresando claramente la vinculación entre salud, calidad de vida y bienestar colectivo. Los lineamientos políticos formulados en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela aprobada en 1999, fueron publicados en la Gaceta Oficial No. 5.453, de fecha 24 de marzo de 2000. En este mismo orden de ideas, en el capítulo V referente a los derechos sociales y de las familias se consagra el derecho a la salud, en el artículo 83, en este sentido, "el Estado promoverá y desarrollará políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios. Toda persona tiene derecho a la protección de la salud, así como el deber de participar activamente en su promoción y defensa...". Este artículo a, su vez, destaca el derecho a la participación de la comunidad en la prestación del respectivo servicio. Esta Constitución al igual que la Constitución del 61, plasman la salud como un derecho de todo individuo y que como tal el Estado debe garantizarlo.

"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" (CRBV, Art. 83).

Es en este artículo, donde se aprecia un marcado hincapié en la no privatización del servicio de salud bajo ningún concepto y en ningún nivel de atención, puesto que la salud es un servicio social, insustituible y que debe ser garantizado por el Estado (Rincón, 2004).

En lo que corresponde a la garantía del derecho a la salud, el artículo 84 de la CREV manifiesta que 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”.

Esto deja ver que la rectoría en materia de salud descansa en las manos del Estado y de la sociedad civil (Rincón, 2004). Sin embargo, es preciso indicar que a diferencia de lo pautado en la Constitución de 1961, donde no se advertía explícitamente en ninguno de sus artículos la prohibición de la privatización de este tipo de servicio, tan sólo hacía referencia de manera tácita pues como se trataba de un servicio de utilidad pública el Estado debía garantizarla, mientras que en la actual constitución se observa un avance en materia jurídica cuando explícitamente se garantiza este derecho.

El Artículo 85, del 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...”.

Afirma Curcio (1999: 41) que “Si analizamos la situación real del sistema de salud venezolano nos encontramos con un modelo que excluye a un porcentaje de la población mediante el cobro del servicio en los establecimientos públicos”. Asimismo, sostiene que “en la medida en que el financiamiento de la salud sea garantizado por el gobierno para toda la población se reducirá el problema de la exclusión de algunos grupos de la población del aseguramiento del riesgo a enfermar”. Por otro lado, considera que “...la intervención del Estado” no sólo debe ser “como financiador y prestador de servicios”, en donde la supremacía, utilizando el término de Bobbio, debe ser, “la pública sobre la privada”. Se deduce de las afirmaciones formuladas por Curcio (1999) que se rechaza todo proceso de intervención privada, por considerar que la salud es materia de Estado y como tal debe ser garantizada por éste, es decir, tanto la prestación del servicio como el financiamiento son su responsabilidad.

La carta magna de 1999, en su Artículo 86, establece que “toda persona tiene derecho a la seguridad social como un servicio público de carácter no lucrativo, que garantice la salud y asegure protección...”. 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. ...”

Vale plantear que en el anteproyecto de Ley de Salud, en el título correspondiente a los Deberes y Derechos de las Personas, se plantea que la defensoría del pueblo “creará los mecanismos necesarios para garantizar la promoción, defensa y vigilancia del derecho constitucional a la salud,...”. En lo que corresponde a los derechos de los pueblos indígenas, estos “tiene el derecho al uso de sus medicinas y prácticas de salud tradicionales como parte de los procesos de preservación y restitución de la salud. Con esto no se menoscabará el derecho de “estos pueblos al acceso, sin discriminación alguna, a todas las instituciones, establecimientos, servicios y programas de salud”.

Estos artículos dejan ver la expresión de los lineamientos de la política formal en dicha materia y la adopción de la atención primaria como una estrategia que define integralmente las acciones en salud. Asimismo, vale destacar, que este marco jurídico, le ha permitido al Estado ensayar una estructura paralela de gestión y atención distinta a la tradicionalmente implementada por el Ministerio de Salud y Desarrollo Social. La creación de esta nueva estructura ha prosperado en medio de la situación de tensión política vivida en el país durante los últimos años⁹. Con esto se ha dado paso al surgimiento de Barrio Adentro como estructura que busca atender los problemas de salud de los sectores socialmente excluidos de manera rápida, tratando así de alcanzar los objetivos de la política al margen de las estrategias de consenso político, e incluso fuera de las esferas del ente rector en materia de salud.

3. Barrio Adentro: una política de salud

Es con el nacimiento de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela que la Salud pasa a ser un derecho social fundamental, y el Estado comienza a recuperar su papel rector en la construcción de un nuevo sistema público nacional de salud de carácter intersectorial, descentralizado y participativo, y con expresión en la realidad de la atención primaria de salud. La Carta Magna hace énfasis en los principios de corresponsabilidad, solidaridad, protagonismo y participación que implican una nueva relación Estado-Sociedad, en la que las comunidades recuperan su papel en la formación, ejecución y control de la gestión pública.

9 Ver el trabajo de López Maya (2004b).

Esta nueva relación Estado-Sociedad es la base del Plan Barrio Adentro, el cual surge el 16 de abril de 2003 en la Alcaldía del Municipio Libertador, en el marco del Convenio Venezuela-Cuba, como respuesta del Estado venezolano para la solución de las principales necesidades sociales y de salud, constituyéndose como el punto de partida para el desarrollo de la Red de Atención Primaria Integral¹⁰, prevista en la Constitución y en el Proyecto de Ley Orgánica del Sistema Público Nacional de Salud¹¹.

Esta Misión depende del ejecutivo Nacional y constituye una política de salud basada en la atención médica y la prevención de enfermedades como principal objetivo, y con un sentido de justicia social humanitaria; garantizando la salud como un derecho social fundamental, sin excluir a ninguna persona y sin distinción de razas, religión o tolda política, implantado en la Parroquia y los Municipios de cada Estado del País especialmente en aquellos más deprimidos.

- 10 La Atención Primaria de Salud como estrategia que busca resolver los problemas de la atención se propuso en Alma-Ata, capital de la República Socialista Soviética de Kazaknistán, bajo el patrocinio de la OMS y la UNICEF en 1978, con la participación de 134 países que firmaron el acuerdo. Dicha estrategia se encuentra basada en principios como: a) Integral, b) Integrada, c) Continua y permanente, d) Activa, e) Accesible, f) trabajo de equipo de salud, g) Comunitaria y Participativa, h) Programada y evaluable, i) Docencia e investigación. Se busca el desarrollo de un: a) Enfoque epidemiológico y social activo; b) Trabajos en red por equipos de salud; c) Continuidad o longitudinal de la atención; d) Enfoque democrático y participativo (OMS (1978) y Martín y Cano, 1998).
- 11 No se ha logrado un consenso para la aprobación del anteproyecto de Ley, el cual ha suscitado una gran polémica y reacción por parte de los distintos gremios como el Colegio de Médicos y líderes nacionales y regionales que se oponen a ella, pues según Jorge Sánchez Meleán (2005), quien es uno de los abanderados opositores a este proyecto, "el proyecto que pretende regular los centros de salud del país no cumple con la normativa legal necesaria...- y advierte que- el gobierno está a punto de generar un colapso en el sector salud si se consolida su deseo de integrar en un solo organismo a todas las instituciones públicas hospitalarias como el IPASME, Seguros Social, cuestión que es un retroceso para los cuatrocientos establecimientos de salud..." por otras parte, los ataques a la Ley de salud tienen que ver con el carácter de reversión que tendría el proceso de descentralización. Así en opinión de Márquez (2005) lo que pretende el gobierno nacional es aprovechar la coyuntura favorable en la Asamblea Nacional, pues cuenta con la mayoría para centralizar el sector salud.

Con Barrio Adentro, se ha garantizado la atención a un 60% o más de los excluidos de la población; esta atención está dirigida por médicos cubanos, dado el convenio entre el gobierno y Cuba. Para el año 2003 en el municipio Maracaibo se han establecido 220 consultorios con 424 médicos cubanos, posteriormente se incorporaron 220 médicos de nuestro país para atender los problemas de salud de los habitantes de todas las parroquias del Municipio Maracaibo (Bianco, 2003). Con esto se busca garantizar la cobertura y desarrollar mecanismos de integración con otros aspectos con los que tiene que ver la salud, como por ejemplo, bailes, deportes, rehabilitación física, educación para la salud, entre otros, pues cada médico debe atender en forma integral a 250 familias.

Los sitios de atención médica por parte de los médicos cubanos, se ubican en la propia comunidad, aunque también realizan visitas domiciliarias periódicas, para ejecutar una labor de promoción y educación de la salud en el seno familiar; de igual forma se contempla el suministro gratuito de medicamentos tales como: antibióticos, antihipertensivos, antipiréticos, antiparasitarios, terapias respiratorias, equipo de sutura entre otros; algunas de las especialidades aplicadas de este programa son: medicina general, pediatría, ginecología, odontología, entre otros.

De acuerdo con los razonamientos que se han venido desarrollando, se tiene que el gobierno de Chávez da viabilidad a una alternativa en materia de salud, que aun cuando estaba presente, como ha sido la Atención Primaria en Salud, no había sido considerada como una estrategia para atacar la exclusión social y llegarle a los más pobres, pues la inclusión social no había sido definida hasta 1998, como un eje articulador de la política pública social de salud, la cual requiere de la formulación de un marco regulatorio general controlado por el Estado, para crear las condiciones de transformación del aparato burocrático.

Por ello, el Plan Barrio Adentro, que surgió como un plan piloto, se transforma en el 2003 en Misión Barrio Adentro, constituyéndose en una estrategia global de salud para coordinar integralmente los aspectos relacionados con salud, educación, cultura y deporte, por lo que esta Misión está, fundamentalmente, centrada en ofrecer a los barrios urbanos servicios de salud *in situ* que comprenda atención médica y suministro de medicamentos gratuitos, atención domiciliaria a aquellas personas que por razones de su edad, grado de discapacidad o enfermedad no pueden ser trasladadas a los centros de salud las 24 horas del día, pues la idea es que el recurso médico esté ubicado en el lugar y disponible para hacerle frente a una emergencia de salud menor o a un diagnóstico rápido antes de que la situación se complique u ocurran traslados innecesarios que colapsan las emergencias de los hospitales.

Con relación a lo planteado la concepción de la política social en salud cambia, por cuanto deja de ser universalista, al estilo del Estado de Bienestar, que se prestaba para que realmente se beneficiara el que contaba con los dispositivos de tener mayor información, disponer de ciertos recursos y vinculaciones políticas. También cambia, con respecto a la concepción focalista del Estado de corte neoliberal, ya que sólo trataba de ir hacia los más vulnerables, lo cual significa que sigue siendo en el fondo excluyente, pues estaba dirigida sólo al 20% más pobre de la población.

Por otra parte, intenta romper con el modelo de gestión de salud imperante que ha sido predominantemente curativo. Interpreta la salud como un fenómeno multicausal y dinámico, en el cual intervienen una diversidad de factores; se concibe como una síntesis de varios procesos asociados con el modo de vida que llevan las personas. Se contempla no sólo la adecuación de los métodos y tecnologías prácticas relacionadas con el diagnóstico y la atención requerida por un sujeto que está enfermo, sino que aparecen otros programas como los relacionados con deporte, educación y cultura; por lo cual se puede afirmar que supera el enfoque de atención tradicional en salud, pues está concebida la política de salud como una estrategia coordinada e integral para darle una respuesta holística a la salud, por lo que efectivamente se busca incorporar al sector salud en el desarrollo, mediante el diseño de acciones conjuntas con otros sectores.

4. Barrio Adentro su expresión en la realidad: Sector Cujicito

El programa Barrio Adentro fue puesto en marcha a partir del 15 de mayo de 2003 en el sector Cujicito; de acuerdo con la investigación desarrollada se evidencia una serie de resultados que a continuación se desglosan, tomando en cuenta los siguientes aspectos: a) características del informante; b) opinión sobre la atención recibida; c) consideración sobre el período de tiempo de espera y en consulta; d) opinión sobre el tratamiento indicado; e) gratuidad del servicio; f) opinión sobre los beneficios obtenidos por el programa.

a) Características de los Encuestados

Con respecto a las características sociales y económicas de los 54 encuestados ubicados en el sector Cujicito, se pueden destacar algunos rasgos que dan idea del perfil de los sujetos. Se encontró que el 85% de los encuestados eran del sexo femenino y el 15% restante del masculino. Del total de ellos un 28% vive en concubinato, demostrándose de esta manera que existe una preponderancia de las relaciones de parejas sin ningún vínculo legal, otro 26% lo conforman las personas casadas y un número muy significativo de 33% lo representan las personas solteras.

Resultó ser importante el hecho, que los informantes seleccionados (bajo el esquema descrito en la parte introductoria de este trabajo), tuvieran un tiempo de residencia superior a los diez años domiciliados en este sector, pues el 80% de ellos llevan viviendo en el barrio más de ese tiempo; esto garantizó que contarán de un conocimiento importante sobre la historia de su comunidad y un sentido de pertenencia con respecto al lugar.

Por otra parte, en cuanto al nivel de instrucción un 30% manifestó haber culminado sus estudios de primaria, mientras que un 26% no logro terminarla. Solamente un 6% manifestó haber alcanzado un nivel de Técnico Superior Universitario, y un 4%. restante indicó no haber tenido acceso a ningún tipo de estudio (Cuadro 1).

Con respecto a la situación laboral, se observó un alto índice de desempleo que alcanzó un 61%, el restante 30% de los ocupados pertenecen al sector informal, pues se dedican a ser vendedores ambulantes, bodegueros, jardineros, entre otros. Y sólo un 9% manifestaron tener una ocupación formal debido a que tienen un empleo fijo (Cuadro 1).

Con respecto a cómo los encuestados consideran su condición de salud, se registró que sólo 6% la interpretó como excelente; 37% buena y 56% regular. En términos generales, esto puede interpretarse como que estos encuestados tienen una opinión de su condición de salud muy poco favorable, pues han experimentado durante el último año varios episodios de enfermedad que los han obligado a acudir a los servicios de salud. Los que consideraron su salud como excelente, fueron aquellos informantes que tenían menos de 23 años (Cuadro 2).

La preocupación por la condición de salud se asocia con el envejecimiento, ya que ella se incrementa con la edad, al ver que disminuyen las facultades físicas que limitan el desempeño de las actividades de trabajo, recreacionales y sociales. También, en nuestra sociedad resulta ser muy frecuente que el interés por la salud del núcleo familiar sea asumido integralmente por la mujer, pues sobre ella se ha deslizado la responsabilidad por el sostenimiento de la descendencia, y en muchos casos de los padres, hermanos y sobrinos producto del condicionamiento que ejercen los patrones socioculturales. Aunado a ello, se encuentra el hecho que la mujer es la que experimenta directamente el proceso reproductivo que hace que sienta la necesidad de estar más pendiente de su salud por el desgaste fisiológico y psicoemocional que representa el embarazo en la generalidad de los casos.

Esto resulta ser consistente con lo que plantean los analistas que realizan estudios sobre la salud en términos de géneros pues es la mujer la que tradicionalmente se ha convertido en jefe de familia, responsable del cuidado de su descendencia y sociológicamente más vulnerables por la desigual-

Cuadro 1
Características socioeconómicas de los informantes

Items	Alternativas	Porcentaje
Se ha enfermado el último año	SI	100%
	No	0%
Sexo	Femenino	85%
	Masculino	15%
Edad	18 a 23 años	13%
	24 a 29 años	19%
	30 a 35 años	19%
	De 36 años o más	50%
Estado Civil	Soltero	33%
	Casado	26%
	Concubino	28%
	Divorciado	4%
	viudo	9%
Años de residencia	Menos de un año	2%
	De 5 a 10 años	19%
	De 10 años o más	80%
Nivel de instrucción	Sin estudio	4%
	Primaria completa	30%
	Primaria incompleta	26%
	Bachiller completo	4%
	Bachiller incompleto	30%
	T.S.U completo	4%
	T.S.U incompleto	0%
	Universitario completo	2%
	Universitario incompleto	2%
Trabaja actualmente	Si	39%
	No	61%
Situación laboral	Trabajo fijo	9%
	Trabajo informal	30%
	Ninguno	61%
Ocupación	Libre ejercicio	4%
	Técnico superior	0%
	Estudiante	14%
	Vendedor	29%
	Trabajador calificado	5%
	Oficios del hogar	48%
	Trabajador no calificados	0%
	Otros	0%
Ingreso mensual	Menos de 100.000	24%
	De 101.000Bs a 250.000	50%
	De 251.000Bs a 500.000	22%
	Mas de 501.000Bs	4%

Fuente: Elaboración Propia sobre los datos levantados en la investigación

Cuadro 2

Opinión sobre la consideración de salud de los entrevistados

Items	Alternativas	Porcentaje
¿Cómo considera su salud?	Excelente	6%
	Buena	37%
	Regular	56%
	Mala	2%
	Muy mala	0%

Fuente: Elaboración Propia sobre los datos levantados en la investigación

dad jurídica, laboral y social (Gil La Cruz, 2000; Hardely y Jiménez, 2000; Kliksberg, 2003 y González, 2004).

Con relación a la interrogante ¿A cuál servicio se dirigió cuando necesitó atención médica? Los encuestados manifestaron que el 54% se dirigieron al ambulatorio Cujicito, mientras que el 41% prefirió acudir al Programa Barrio Adentro (PBA), y el 5% restante a otras alternativas, entre las cuales destacan el Seguro Social y los servicios privados. Esto puede tener una doble lectura; por un lado, se refleja la persistencia en la preferencia hacia los tradicionales centros asistenciales; y por la otra, que puede existir un cierto temor de acudir a un programa que es nuevo y que, a su vez, presta el servicio de manera distinta a la acostumbrada por el aparato del Estado, los entes paraestatales y las empresas privadas.

b) Opinión sobre la calidad de la atención recibida

Con respecto, a cómo consideraron los usuarios la calidad de la atención recibida. Tenemos que un 49% manifestaron sentirse mejor atendidos en el PBA. Al contrastar esta afirmación con la sección de las preguntas abiertas que incluía el cuestionario, estas que tenían como propósito indagar sobre el parecer de los sujetos en relación con la atención recibida en el ambulatorio Cujicito y en el PBA, se consiguió que la tendencia se mantenía, pues la opinión de los usuarios comparativamente favorecía al PBA. Igual parecer fue sostenido en las entrevistas que se les realizó posteriormente. Como un ejemplo de ello presentamos las afirmaciones ofrecidas por los entrevistados frente al hecho de cómo se sintió atendido por el médico de Barrio Adentro: la primera, de sexo femenino, dijo haber acudido “por que la atienden rápido”, mientras que otra persona del mismo sexo, dijo que en el programa “son muy tratables, cariñosos y hablan muy claro”; un entrevistado del sexo masculino declaró que en el PBA “son muy amigables dan una buena atención”; y por último, otro entrevistado de este mismo sexo afirmó que “en el programa atienden bien y siempre están allí”.

Esto evidencia que se ha conformado una opinión favorable sobre la calidad de la atención recibida por parte de esta comunidad con respecto al

programa. Mientras que el 44% manifestó haber recibido también una atención satisfactoria en el Ambulatorio Cujicito; esto demuestra que la diferencia en la opinión que manifestaron unos y otros entrevistados con relación a los programas de salud, es mínima, lo que evidencia que no existe una distancia significativa entre ambos, y el 2% restante fue extremadamente crítico, al manifestar su inconformidad, con ambos servicios, pues su opinión fue la de no haberse sentido bien atendido en ninguno de los dos. Lo que parece estar influyendo en las preferencias del informante con respecto al PBA, es el tiempo que éste le dedica en la consulta, su ubicación directa en las comunidades, además del componente de la gratuidad de los medicamentos, aspecto este analizado posteriormente.

Estas inferencias surgen al procesar la información suministrada por los encuestados; el 13% de los que acudieron al Ambulatorio Cujicito afirmaron haber sido atendidos por el médico de medicina general, el 21% que asistió al PBA, sostuvo que recibió atención de médicos generales. Estos promedios evidencian que en su mayoría las personas son atendidas por un médico general, lo que podría indicar que en estos servicios de salud, ésta es la especialidad más ofertada y que a ese nivel se logran resolver una serie de problemas de salud que no requieren de la presencia del especialista, ni el empleo de alta tecnología diagnóstica.

c) Consideración sobre el período del tiempo de espera y en consulta

Con respecto al tiempo en el cual el usuario espera para ser atendido por el médico, un 44% de los informantes manifestaron que en promedio esperan entre un lapso no menor de diez minutos y no más de una hora o 30 minutos, en el Ambulatorio Cujicito. Constituyendo el principal, problema para el usuario habitual del ambulatorio, no tanto el tiempo de espera sino el problema de la poca regularidad en el otorgamiento de las citas, pues los testimonios levantados condujeron a evidenciar que la atención médica en este centro asistencial no es regular. Mientras que de los que acuden al PBA, un 11% dijeron haber sido atendidos en un tiempo máximo de veinte minutos. Sólo el 6% dijo haber tenido que esperar más de treinta minutos.

Con relación al tiempo que el médico le dedica a la consulta, tenemos que en el Ambulatorio Cujicito el usuario es atendido entre diez y quince minutos, en el 65% de los casos, mientras que el PBA el 70% manifestó ser atendido por el médico entre treinta y treinta y cinco minutos, esto quiere decir, que el médico de PBA le dedica mayor tiempo al paciente en el acto médico de la consulta.

De acuerdo con la literatura de la sociología de la medicina, la relación médico-paciente se afianza más en los casos en los cuales el médico le dedica mayor tiempo al sujeto; igualmente la efectividad del tratamiento tiene

también que ver con la cantidad de tiempo en que el acto médico transcurra, pues permite que el usuario interprete las indicaciones suministradas por el médico, aclare las dudas, permitiendo afianzar una relación de credibilidad y confianza del paciente con respecto al médico. La ejecución del acto médico orientada hacia la demostración del interés por su problema y por cómo este se siente, hace que el acto médico sea más humano, más centrado en la persona como tal y no como si se tratara de un cliente más (Palacio, 2001).

d) Opinión sobre el tratamiento indicado

Como una de las características del PBA, tiene que ver con el suministro de los medicamentos, se quiso conocer la opinión que para estos usuarios representaba el tratamiento suministrado. Al considerar las respuestas dadas por los informantes sobre la opinión que le merecía la efectividad del tratamiento suministrado en el PBA, el 96% manifestó que fue efectivo, mientras que el 4% declaró que no lo fue. Con respecto a la calidad de los medicamentos su opinión fue: en cuanto a excelente, bien, regular, malo y no saben, tenemos que el 48.75% los calificó como excelentes; un 39,38% los calificó como bien; 9.37% regular y solamente un 2.50% manifestó no saber si son buenos o malos.

Y en el caso del Ambulatorio Cujicito, algo que llamó poderosamente la atención, fue el hecho que un 20% de los informantes declaró que por no contar con los recursos económicos suficientes para adquirir los medicamentos en las farmacias, no cumplieron con el tratamiento. Un 77 % manifestó que el tratamiento indicado resultó ser efectivo, mientras que un 3% no sabían si era bueno o malo, porque por razones distintas a las económicas no cumplieron con las indicaciones pautadas por el médico tratante.

e) Opinión sobre la gratuidad de los servicios

El estudio de la variable gratuidad de los servicios sirvió para evidenciar que la disminución en la cobertura del Ambulatorio Cujicito no obedeció a la presencia del PBA como originalmente fue sostenido en entrevista efectuada a la Directora del ambulatorio, (Estrada, 2005), sino por el contrario, los informantes manifestaron que el hecho de que se les cobrara por los servicios, se constituyó en un factor limitante para ellos, por lo que preferían buscar otras alternativas. En este caso, la opinión emitida por el 56% de los informantes fue que en el ambulatorio Cujicito, se les exigía colaboración directa por los servicios prestados.

De acuerdo con la entrevista realizada a la Directora del Ambulatorio Cujicito ella manifestó que en los seis años que lleva administrando ese centro de salud los recursos suministrados por la Dirección Regional de Salud "no resultan ser suficientes ni están acordes para la institución debido a que

no recibió presupuesto desde junio del año pasado, debido a esto es que nos hemos visto en la necesidad de pedir una colaboración, una compensación monetaria por el servicio prestado, no se trata de un cobro, el que materialmente no puede colaborar se le exonera, además eso no es en todos los servicios" (Estrada, 2005). Esto revela que se produce una contradicción con lo pautado en el Art. 84 de la Constitución, estimulando a que las personas busquen otras alternativas de salud en donde no tenga que cancelar ninguna colaboración, como el programa Barrio a Barrio¹² promovido por la propia Gobernación del estado Zulia, a través de la Dirección de Desarrollo Social, y el PBA ejecutado por el ejecutivo nacional.

En donde se demuestra que no es su presencia lo que ha contribuido a afectar la disminución de la cobertura del centro de salud, sino su tendencia a prácticas relacionadas con los esquemas privatizadores, ya que PBA presta sus servicios de manera gratuita y durante las veinticuatro horas del día, ya que el médico residente permanentemente en el sector.

f) Beneficios del Programa Barrio Adentro para el sector Cujicito

El 65% lo consideró de gran beneficio para el sector, un 17.50% consideró que no había visto ningún beneficio para la salud de las comunidades del sector y otro 17% no opinó al respecto sobre este programa¹⁵. Los beneficios del PBA no se pueden circunscribir a áreas específicas todavía, si bien es cierto se han atendido muchos casos y pudo haber contribuido a salvar muchas vidas en un tiempo record, los problemas de salud exceden la mera atención médica, por lo que consideramos que los resultados que tengan que ver con su impacto, tendrán que ser analizados en un tiempo más pro-

- 12 El programa Barrio a Barrio desde 2003 hasta febrero 2004 ha realizado 674 jornadas de atención integral en salud, educación y actividades especiales. Específicamente en la parroquia Idelfonso Vásquez 53.931 consultas. De los encuestados en nuestra investigación 10% manifestó haber acudido a alguna de estas consultas.
- 13 Estos datos son consistentes por su nivel de coincidencia con otra investigación que fue adelantada en la Escuela de Sociología, la cual tuvo por objeto la evaluación desde la perspectiva del beneficiario al PBA en el sector Bajo Seco, también del municipio Maracaibo en el período 2004, en donde al indagar sobre la variable beneficio que representa para la comunidad dicho programa, se obtuvieron los siguientes resultados, el 98.13% respondió que ha sido de gran beneficio y con respecto a cómo le parece la ejecución del programa, el 56.25% lo calificó como excelente, el 29.38% como bueno y el 8.12% regular, y solo el 6.25% no sabe como calificarlo (Orono y Pérez, 2005).

longado, cuando efectivamente se de la integración de los aspectos culturales y deportivos, que en su conjunto están previstos para ser desarrollados. Mediante el componente cultural se logra afectar los hábitos de vida no sanos: tabaquismo, alcoholismo, mal nutrición, entre otros, pero estos efectos no son de conquista inmediata. En esta primera etapa se ha tendido a resolver los problemas más urgentes relacionados con la asistencia médica, ofreciendo atención a las comunidades en las áreas más demandadas como lo son: medicina general, odontología en inmunizaciones de adultos y niños.

Conclusión

Los cambios impulsados en la política social por parte del gobierno nacional a raíz de las transformaciones del marco institucional a finales de 1998, dieron paso al diseño de una estrategia organizativa en materia de salud, que busca combatir la exclusión, inequidad e ineficiencia del sector público, y que ha desarrollado un estilo de gestión que camina paralelo a las formas tradicionales de afrontar la organización de los sistemas de salud, y a su vez, pretende renovar las estructuras por medio de las cuales se han venido adelantando los programas de salud. En este sentido, aparece en ejecución el PBA, el cual como ha sido analizado, comprende la puesta en ejecución de un nuevo modelo de atención en salud fundamentado en la atención primaria, la cual estaba presente en el viejo modelo de prestación del servicio de manera formal, pero no había logrado convertirse en una política global de salud, que promoviera el desarrollo de una serie de aspectos como educación, cultura y deporte de forma coordinada en las comunidades, para garantizar elevar los niveles de salud y llegar a los sectores más deprimidos de la sociedad, con el propósito de contribuir a minimizar las condiciones de deterioro en las cuales se desenvuelve la acción de vida de la población.

Como hemos podido apreciar en este primer acercamiento, el PBA es algo novedoso implementado en un escenario de fuertes contradicciones políticas, que ha sido atacado por los factores de la oposición, liderados principalmente por el Gremio Médico; sin embargo, se observan algunos cambios en el establecimiento de la política social en salud, por cuanto se ha pretendido buscar la integración en salud de aspectos tales como: educación, cultura y deporte. Se coloca el énfasis en la necesidad de la gratuidad del servicio, se ha pretendido llegar a sectores extremadamente excluidos de la población, al colocar los módulos de Barrio Adentro en los espacios geográficos en donde se encuentran ubicados aquellos barrios de más difícil acceso, modificando los esquemas de prestación del servicio y por la presencia del médico en las comunidades, no como un agente extraño y poco alcanzable por parte de los integrantes de la comunidad, pues el médico al

residenciarse en la zona favorece el hecho de que las personas puedan recibir la atención en forma rápida cuando así lo requieren.

Por otra parte, la relación médico paciente parece afianzarse pues en opinión de los informantes giró en torno a la disposición del médico a dedicarle mayores tiempo al momento de efectuar el acto médico y, adicionalmente obtener de este programa los medicamentos de manera gratuita, se ha convertido en atractivo frente al ambulatorio Cujicito, en el cual tiene que pagar y además comprar los medicamentos en los establecimiento. Por ello, la opinión con respecto al trato suministrado por el médico, fue considerada en un porcentaje elevado como favorable.

Como trabajo exploratorio, sólo se han mostrado algunas opiniones que tienen los que han gozado de los beneficios del programa en este sector, por lo que se requieren adelantar otros estudios, no sólo en el Zulia, sino en otras regiones del país, con el propósito de efectuar comparaciones que permitan establecer similitudes y diferencias en la forma como se ha venido ejecutando esta política, la cual esta comenzado arrojar su primeros resultados.

Referencias Bibliográficas

- Asamblea Nacional Constituyente. Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. Gaceta Oficial Gaceta Oficial No. 5.453, de fecha 24 de marzo de 2000. Caracas
- BAPTISTA, A.; MOMMER, B. (1987) **El petróleo en el pensamiento económico de Venezuela: un ensayo**. IESA. Caracas, Venezuela.
- BIANCO, F. (2003) "Barrio Adentro atendió a más de 700 mil personas en menos de seis meses" En **Radio Nacional Venezolana** www.rnv.gov.ve, fecha de consulta 13-05-2004.
- BRICEÑO-LEÓN, Roberto (1992) "Salud y Reformas de la sociedad y el Estado". En **Ciencia y Tecnología en Venezuela: un reto una esperanza**. COPRE, Caracas, Venezuela
- CAPRILES, E.; DÍAZ POLANCO, J.; FERNÁNDEZ, Y.; PEREIRA, C. (2001) **La reforma del Sistema de salud de Venezuela: opciones y perspectivas**. Papel de trabajo preparado por el equipo del proyecto RESVEN, presentado a la Comisión de Asesoría Económica y Financiera de la Asamblea Nacional el 05-02-2001, Caracas, Venezuela.
- CARDOZO B., M. (2003) "Evaluación de Políticas de Desarrollo social". En **Revista Política y Cultura**. No. 20. Universidad Autónoma de Metropolitana Xochimilco. México. Pp. 139-154.
- CASTELLANOS, P. (1982) "Notas sobre el Estado y la Salud en Venezuela". En **Cuadernos de la Sociedad Venezolana de Planificación**. Nos. 156-158. Caracas, Venezuela. pp. 69-121.
- CURSIO, P. (1999) "La salud: ¿espacio público o privado?". En **Cuadernos del Cendes**. No. 42. Universidad Central de Venezuela. Caracas, Venezuela. pp. 25-44.

DÍAZ LOVERA, A. (1982) **20 años de crisis médica 1961/1981**. Caracas, Venezuela: Editado por Edipublica.

Dirección Subregional de Salud (s/f) **Historia del Ambulatorio**. Mimeo.

Entrevista

ESPAÑA, L.P. (1989) **Democracia t Renta Petrolera**. Universidad Católica Andrés Bello (UCAB). Caracas, Venezuela.

ESPAÑA, L.P. (2004) "A Idelfonso Vásquez se la traga la pobreza". En **La Verdad**. Cuerpo D. Maracaibo, Venezuela.

ESTRADA, Z. (2004) Entrevista como Directora del Ambulatorio Cujicito realizada el día 07/12. Maracaibo, Venezuela.

ESTRADA, Z. (2005) Entrevista como Directora del Ambulatorio Cujicito realizada el día 20/01. Maracaibo, Venezuela.

FEO, O.; CURCIO, P. (2004) "La salud en el proceso constituyente venezolano" En **Revista Cubana Salud Pública**. (online). abr.-jun. Vol.30, No.2. Disponible en <http://scielo.sld.cu/scielo.php>

GIL LA CRUZ, M. (2000) **Salud y fuentes de apoyo social: análisis de una comunidad**. Centros de Investigaciones Sociológicas, Siglo XXI, España.

GONZÁLEZ, M. (2004) El género un enfoque transversal en las políticas de salud del estado venezolano En **Revista Venezolana de Gerencia**. Año 9. No. 27 FACES. LUZ. Maracaibo, Venezuela. Pp. 395-413.

GUTIÉRREZ B., T. (2002) "La Política Social en situaciones de Crisis Generalizada e Incertidumbre en Venezuela": En **Revista Venezolana de Gerencia**. Año 7. N° 18. LUZ Maracaibo Venezuela. Pp.220-236.

HARDELY, E.; JIMÉNEZ, A.L. (2000) **Masculinidad y género en salud y equidad: una mirada desde las Ciencias Sociales**.

KLIKSBERG, B. (2003) Hacia una nueva visión de la política social en América Latina: desmantelando mitos. En **Revista Venezolana de Gerencia** Año 8 No. 21. LUZ. FCES. Maracaibo, Venezuela. Pp. 9-37.

LANDER, E. (1992) "Los Aprendices de Brujo: Retos Tecnológicos a Política Venezolana". En **Revista Nueva Sociedad** N° 121. Caracas, Venezuela. Pp. 124-133.

LÓPEZ MAYA, M. (2004a) "Democracia Participativa y Políticas Sociales en el Gobierno de Hugo Chávez Frías": En **Revista Venezolana de Gerencia**. Año 9, N° 28. LUZ. Maracaibo, Venezuela. Pp. 585-603.

LÓPEZ MAYA, M. (2004b) "Venezuela 2001-2004: actores y estrategias". En **Revista Cuadernos del CENDES**. No. 56. Centro de Estudios del Desarrollo. Universidad Central de Venezuela. Pp.105-128.

MACHADO, C. (2003) "Política y programas sociales (1989-2002)". En **Gaceta Laboral** Vol. 9, No. 2. Centro de Investigaciones y Estudios Laborales y de Disciplinas afines (CIELDA). Facultad de Ciencias Jurídicas y Políticas. Universidad del Zulia. Maracaibo, Venezuela. pp. 165-189.

MÁRQUEZ, E. (2005) "Reglamento que centralizará el Sistema Público de Salud no es legal". En **La Verdad**. 01 de Septiembre Cuerpo C1. Maracaibo, Venezuela.

- MARTÍN, A.; CANO, J. (1998) "Contenido de la Atención Primaria de Salud". En **Elementos conceptuales de la Atención Primaria de Salud**. España.
- MASCAREÑO, C. (2000) **Balance de la Descentralización en Venezuela: Logros, Limitaciones y Perspectivas**. PNUD, ILDIS, Nueva Sociedad. Caracas, Venezuela.
- MUJICA, N. (2002) "Estado y Política Social en Venezuela ¿La Quinta República o el Regreso al Pasado?". En **Revista Venezolana de Gerencia**. Año 7. N° 18. LUZ, Maracaibo, Venezuela. Pp. 237-266.
- OMS (1978). "Alma Ata. Atención Primaria de Salud". En **Salud para todos** No. 1. Washington D.C
- RINCÓN, M.T. (2004) **Modelos de Gestión de los Servicios de Salud promovidos por las gobernaciones venezolanas (1989-2003)**. Trabajo final del programa de investigador Novel. CEE-LUZ –FONACIT. Maracaibo, Venezuela.
- RODRÍGUEZ, I.; PÉREZ, J. (1996) "Descentralización, participación y democratización: el marco político para el fortalecimiento de los sistemas locales de salud". En **Cuestiones Políticas**, No. 17. Universidad del Zulia. Maracaibo, Venezuela. Pp. 61-83.
- ROMERO, A. (1987) **La crisis de la salud y la enfermedad en Venezuela**. Mérida, Venezuela: Editorial Venezuela. C.A.
- SÁNCHEZ MELEÁN, J. (2005) Médicos solicitarán nulidad de la Ley de Salud si es aprobada por la Asamblea Nacional. En **La Verdad**. 03 de Septiembre. Cuerpo C1.
- SULBARÁN, K. (2004) Entrevista como Coordinadora del Programa Social Comunitario de la Facultad de Odontología de la Universidad del Zulia. Realizada el día 08/11. Maracaibo, Venezuela.