



UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA

Escuela de Odontología

Facultad de Odontología

Comisión de Postgrado

CARACTERIZACIÓN DE LA RED AMBULATORIA CONVENCIONAL
ODONTOLÓGICA Y LA MISIÓN BARRIO ADENTRO ODONTOLÓGICA.

ESTADO BARINAS 2007

Tesis para optar al título de Magíster Scientiarum en Práctica Social y Salud

ANIERD ELIZABETH HERNÁNDEZ TORRES

Tutora: Dra. Miriam Sánchez

Caracas, Venezuela

2009

Agradecimientos

A mi ***Dios Todopoderoso***, gracias por tomar en tus manos misericordiosas mi vida, por ser la luz que me guía y cuida, gracias por bendecirme y protegerme siempre a mi y a los míos.

A mis padres, ***Reina y David Raúl*** por su amor, apoyo, ánimo y buen humor. Los Amo.
Gracias por ser mis ángeles acá en la tierra.

A mi compañero de vida, ***Luis*** gracias por compartir tu mundo conmigo, por ser incondicional, constante y maravilloso. Te Amo.
Gracias por ser el amor de mi vida.

A mi hija, ***Andrea Valentina*** por enseñarme la sonrisa perfecta, por ser auténtica, buena, noble y ejemplar, por hacerme inmensamente feliz. Te Amo hija mía.
Gracias por darme otra razón (la más importante) para vivir a plenitud mi vida.

A mis profesoras ***Rosalba y Miriam***, por asumir este reto conmigo.
Gracias por sus enseñanzas, su paciencia y su estima.

CONTENIDO

PRESENTACIÓN

CONTENIDO

ÍNDICE DE TABLAS

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO I

1.1.- La salud en Venezuela. Momentos históricos-----	11
1.2.-El Estado y la política de salud en Venezuela-----	17
1.3.-La política de salud y el Sistema de Salud en Venezuela-----	22
1.3.1.-La normativa nacional-----	30
1.3.2.-Modalidad de organización-----	40
1.3.3.-La red convencional y la red Barrio Adentro-----	44
1.4.-El sistema sanitario y la salud bucal en Venezuela-----	47
1.5.-Modalidad de organización en el Estado Barinas-----	53
1.5.1.-Red convencional y Barrio Adentro Barinas-----	56
1.6.-Operacionalización de variables-----	62

CAPÍTULO II

Marco metodológico-----	70
2.1.-Universo estadístico y muestra-----	71
2.2.-Instrumentos. Fuentes de información -----	71
2.3.-Procesamiento de datos-----	74

CAPÍTULO III

La situación de salud asociada con la atención sanitaria en la Red Convencional y la Red Barrio Adentro en el estado Barinas-----	77
La prestación de servicios-----	77
El financiamiento-----	89
Consideraciones finales-----	93
Bibliografía-----	100
Anexo A Tablas y Gráficos-----	107
Anexo B Entrevistas-----	130
Anexo C Protocolo de Salud Bucal-----	133
Anexo D Estructura Organizativa-----	134

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Indicadores sociales antes y después, Venezuela-----	16
Tabla 2 Cuadros comparativos entre el modelo tradicional y el sistema propuesto---	27
Tabla 3 Recursos en Odontología-----	49
Tabla 4 Indicadores en ambas estructuras sanitarias-----	49
Tabla 5 Denominación de cargos y sueldos-----	49
Tabla 6 Indicadores de Salud Bucal en 12 Estados-----	57
Tabla 7 El personal en ambas estructuras sanitarias -----	59
Tabla 8 Pacientes atendidos en la red ambulatoria convencional, Barinas-----	59
Tabla 9 Pacientes atendidos en la red Barrio Adentro Barinas-----	59
Tabla 10 Operacionalizacion de Variables-----	62
Tabla anexo 1 Características demográfica de los odontólogos-----	108
Tabla anexo 2 Actitud de los profesionales hacia el servicio-----	110
Tabla anexo 3 Equipamiento de los servicios por tipo-----	111
Tabla anexo 4 Percepción de las condiciones generales de los servicios-----	113
Tabla anexo 5a Actividades Odontológicas-----	115
Tabla anexo5b Prueba t student-----	115
Tabla anexo 6 Planilla Dsp04-----	117
Tabla anexo 7 Escala de sueldos-----	119
Tabla anexo 8 Consolidado de actividades 2006-----	120
Tabla anexo 9 Sistema de seguimiento y control-----	128

RESUMEN

El objetivo de esta investigación fue el de caracterizar las estructuras sanitarias odontológicas dependientes del Ministerio del Poder Popular para la Salud en el Estado Barinas, como lo son la Red Ambulatoria Convencional y la misión Barrio Adentro. También se caracterizaron los componentes que los conforman tales como el componente de atención odontológica, el componente personal de salud, el componente administrativo, la infraestructura y la dotación e insumos. Para lograr el objetivo trazado se diseñó un estudio transversal y descriptivo, con un muestreo censal o muestreo estadístico exhaustivo, tomando como referencia 21 servicios odontológicos en la Red Ambulatoria y 23 servicios odontológicos de Barrio Adentro en el Estado Barinas.

Algunos de los resultados obtenidos fueron: en el año 2007 solo 13,34 % de la población en Barinas acude a los servicios odontológicos dependientes del Ministerio del Poder Popular para la Salud (Red Ambulatoria Convencional y la Red de la Misión Barrio Adentro). Según la planilla de registro dsp04, en la red ambulatoria predominaba la actividad preventiva tales como sellantes de fosas y fisuras, control de placa y enjuagues de fluor en escolares, mientras que en Barrio Adentro la actividad predominante fue la curativa-restaurativa. También se obtuvo que en Barrio Adentro no se realizaba ningún tipo de tratamiento por especialidad tal como endodoncia, prótesis, entre otros. Se utilizaron varios instrumentos y técnicas para esta investigación, entre los cuales se pueden mencionar, el cuestionario de preguntas abiertas y cerradas, las entrevistas semiestructuradas, los cuales sirvieron para contrastar las diferencias encontradas antes y después de desarrollada la investigación.

INTRODUCCIÓN

En este momento socio político de la Venezuela contemporánea, donde se habla de una transición desde un modelo de Estado Liberal a otro de un mayor carácter social, los Ministerios del Poder Ejecutivo Venezolano deberían procurar desarrollar investigaciones con el propósito de caracterizar los alcances de los entes públicos en su ejecución, en procura de ir descubriendo los impactos positivos que incrementen la efectividad de las nuevas organizaciones y descartar aquellas acciones e impactos negativos. Dicha acción es con el propósito de transformar positivamente las acciones públicas que como deber le corresponde desarrollar a la proposición teórica contenida en la nueva filosofía de Estado y a su concreción jurídica contenida en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela.

En este sentido, la justificación de nuestro estudio, consiste en caracterizar las estructuras sanitarias que brindan atención odontológica, lo cual podrá contribuir a la integración esperada para la conformación del Sistema Público Nacional de Salud, específicamente en el área odontológica.

La caracterización es vista a través de tres ejes; el primer eje es *la política de salud y el Estado* en este inciso se aclaran las atribuciones del Estado en la elaboración de las políticas y estrategias en todo el ámbito nacional específicamente en este trabajo, el del sector de la Salud, el segundo eje es *el sistema de salud y las estructuras sanitarias* existentes en el país así como las articulaciones que lo hacen o no un sistema fortalecido y el tercer eje es *el sistema de salud y el financiamiento* donde se explica la procedencia del financiamiento de las estructuras sanitarias odontológicas estudiadas y el presupuesto disponible para su funcionamiento.

Se sostiene que la existencia de dos redes paralelas y los múltiples servicios de salud en nuestro país, profundizan la segmentación del sistema de salud y nos alejan del cumplimiento con el marco jurídico, conlleva a pérdidas de esfuerzo humano, así como también afecta la oferta de una mejor atención al usuario. A lo interno del ente rector en salud, en el Ministerio del Poder Popular para la Salud, coexisten dos estructuras que brindan atención a nivel nacional: la Red Ambulatoria Convencional y la de Barrio Adentro, y dentro de ellas la atención odontológica, la cual se constituyó en el objeto nuestro estudio, en este se caracterizaron los componentes de la misma, tales como la atención, el personal de salud, la coordinación y organización, el componente financiero, la condición de la edificación, la condición de los equipos, la dotación y los insumos. Para ello se seleccionó a Barinas, ya que la suscrita, para el momento de la realización de esta investigación, tenía la tarea de supervisar y controlar el área odontológica de ese estado. Los índices y particularidades en salud bucal del mismo afianzaron aún más el interés por estudiar esta región del país.

La situación de deuda social provocada por las pasadas políticas neoliberales condujeron a la búsqueda de cambios estructurales, entre los cuales surgió Barrio Adentro, estructura relativamente nueva la cual se debía conocer y describir, además de compararla con la experiencia hasta ahora acumulada en la red ambulatoria convencional.

Este tipo de trabajo permitió también documentar la historia de la atención odontológica venezolana, debilidad encontrada durante la elaboración de esta tesis. Así mismo, el estudio contiene los registros existentes de los momentos históricos, así

como estudios ya realizados sobre la situación de la salud bucal en los diferentes momentos políticos.

En función de los componentes de las estructuras sanitarias odontológicas se plantearon para esta investigación, un objetivo general y seis objetivos específicos esto con el fin de que esos objetivos definan y respondan al objeto de estudio.

El objetivo general de la investigación fue el de caracterizar las estructuras sanitarias que brindan atención odontológica: la Red Ambulatoria Convencional y el Barrio Adentro en el Estado Barinas.

Los objetivos específicos, que se planteron en función de los componentes de las estructuras sanitarias son los siguientes:

- Comparar las actividades realizadas en el componente de atención odontológica en las estructuras de la Red ambulatoria convencional y la Misión Barrio Adentro.
- Caracterizar el componente personal de salud que labora en ambas estructuras.
- Caracterizar la coordinación y organización en ambas estructuras.
- Caracterizar el componente financiero en ambas estructuras.
- Describir la condición de la infraestructura (pisos, techos y paredes de los servicios) en ambas estructuras.
- Caracterizar la condición de equipos, dotación e insumos en ambas estructuras.

La presentación final del informe de investigación se organizó en las siguientes partes: el Capítulo I contiene una breve historia de la salud en Venezuela, el Estado

y la política de salud en Venezuela, la política de salud y el Sistema de Salud en Venezuela, la normativa nacional, la modalidad de organización, la modalidad de organización en el Estado Barinas; la red convencional y la red Barrio Adentro, la red convencional y Barrio Adentro Barinas, el sistema sanitario y la salud bucal en Venezuela, así como la Operacionalización de Variables. El capítulo II contiene el marco metodológico, el universo estadístico y la muestra, los instrumentos, las fuentes de información y el procesamiento de datos. El capítulo III contiene la situación de la salud en el estado Barinas asociada con la atención sanitaria en la red Convencional y con la red Barrio Adentro; la prestación de servicios y el financiamiento.

Para cumplir con el objetivo central planteado en la investigación, se diseñó un estudio transversal y descriptivo, buscando conocer la situación de las mencionadas estructuras sanitarias que brindan atención odontológica, es decir, se buscó simplificar esa realidad para generar la producción de conocimientos y establecer relaciones entre variables. El tipo de muestreo fue el censal o muestreo estadístico exhaustivo, es decir, se seleccionaron mediante este procedimiento a 21 servicios odontológicos en la Red Ambulatoria y 23 servicios odontológicos en Barrio Adentro. Las fuentes de información fueron las preguntas mixtas (cerradas y abiertas), el cuestionario de preguntas abiertas, la evaluación actitudinal de la percepción de los profesionales hacia el servicio, la escala de estimación, el cuestionario de preguntas cerradas, entre ellas la escala de sueldos, la lista de cotejo o de chequeo, la entrevista estructurada por la cual se obtiene una percepción de las condiciones generales de los servicios, además de las entrevistas semi-estructuradas.

CAPÍTULO I

1.1.- La salud en Venezuela. Momentos históricos.

Para el entendimiento de este capítulo se consideraran dos momentos, el primer momento desde 1930 hasta 1999 y un segundo momento desde 1999 hasta la actualidad.

Primer momento (1930-1999).

Antes del año 1936, en plena economía agroexportadora, la importancia de la salud, radicaba en realizar saneamiento ambiental y medicina preventiva contra las epidemias rurales que azotaban el país, ya que era necesario promover condiciones óptimas para la reproducción social y para el desarrollo capitalista del país como política de Estado. Las fundaciones extranjeras, particularmente las norteamericanas, tenían un marcado interés por mejorar las condiciones de vida de los trabajadores, especialmente en las áreas donde se otorgaron concesiones petroleras, ya que servirían para mantener la fuerza de trabajo venezolana y proteger a sus trabajadores, ello con la finalidad de aumentar la productividad, es decir, un amparo no por interés en la salud de los venezolanos sino por sus intereses económicos. En lo que se refiere a la salud bucal la práctica odontológica estuvo vinculada sólo a la actividad clínica, siendo ésta de carácter netamente mutilante.

A partir del año 1936 se dan grandes cambios en el proceso socio-político de Venezuela, ya que se establecen y se profundizan los aspectos fundamentales del intervencionismo estatal en el proceso económico y social del país. La creación del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social determinó cambios sustanciales en la estructura de los servicios. Desde el punto de vista doctrinario, se le diferenció

profundamente del antiguo Departamento de Salubridad y de Agricultura y Cría, y la idea era que el nuevo ministerio se ocupara tanto de lo preventivo como de lo curativo. El ministro fundador, Dr. Enrique Tejera pensó en ambas vertientes y las separó en direcciones diferentes. Escogió el nombre de “Asistencia Social” para darle cabida a todos los instrumentos de lucha contra las causas indirectas de la enfermedad, incluso dio cabida al sistema de los seguros sociales.

La política general del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social fue dominada por un franco y decidido sanitarismo, hasta que oficialmente el ministerio hizo suya la doctrina de la sanidad integral a fines de ese período.

En 1938 se fundaron las unidades sanitarias, quedando de esta forma claramente diferenciados en cada localidad los dos tipos de organización, la preventiva (unidades sanitarias) y la curativa (hospitales).

En 1949 se crea la División de Higiene Dental en el Ministerio, la cual toma en cuenta la investigación epidemiológica en algunas zonas del país, lleva a cabo la fluoruración de los acueductos rurales, la revisión de normas y procedimientos, el fomento de los servicios ambulatorios de higiene dental para el medio rural y el sub-urbano, la intensificación de las actividades educativas, la fluoruración tópica de los dientes en las poblaciones cuyas aguas tuvieran bajo índice de fluor, así como la creación de los índices sanitarios administrativos para la evaluación del trabajo odontológico.

Ahora bien, Castellanos (1982) explica los efectos de la crisis mundial de la época la cual “eliminó definitivamente la agroexportación, lo cual se tradujo en un incremento de las migraciones hacia las zonas petroleras y las ciudades más

importantes, al punto de que en 1950 casi el 50% de la población habitaba en zonas urbanas” (p.87).

A partir de los 80’ el modelo económico profundiza su crisis, en presencia de una deuda externa que fue contraída con los países centrales y cuyo monto ascendió para 1990 a 34.000 millones de dólares. Esto se tradujo en una *deuda social* que se manifiesta en el deterioro de las condiciones y calidad de vida del venezolano. En esta época se dan reducciones presupuestarias del gasto social en los renglones de educación, salud, vivienda, empleo, entre otros. Los centros de asistencia de salud se hicieron menos accesibles a la población, el costo de los medicamentos se incrementó Feo (2006). En Venezuela se planteó, en salud, la estrategia de Atención Primaria, sin embargo, no se logró su implementación, lo cual significó una agudización del deterioro de las condiciones de vida de la población.

A partir de 1989, con la aplicación de las políticas neoliberales impuestas por el Fondo Monetario Internacional y el Banco Mundial, se acentuaron las restricciones presupuestarias, lo cual se tradujo en un mayor deterioro de la población venezolana y se tuvo que "La población ubicada en los hogares pobres representaba el 44% de la población nacional y la pobreza extrema el 19,9%" (M.S.A.S, 1997, p.12).

En la década de los 80 se observó un deterioro de los indicadores en lo que se refiere a salud, y en la década de los 90 se tenía "un perfil epidemiológico complejo, dado por la magnitud de la mortalidad aún persistente a causa de las enfermedades transmisibles, entre ellas: las enfermedades de infecciones intestinales y las infecciones respiratorias agudas, una tendencia ascendente de la mortalidad por enfermedades cardiovasculares y las neoplasias". (MSAS, 1997, p.12). Siguiendo este

comentario, se observan los siguientes indicadores: para 1994 la mortalidad materna era de 69,3 y la mortalidad infantil era de 24,5 (Ministerio del Poder Popular para la Salud, 2008).

Efectivamente, el Dr. Oscar Feo en 1991, expresó que “el empobrecimiento de las mayorías fue ocasionado por errores en la conducción del país y por el despilfarro ocurrido en los años sesenta” (p. 362), esto fue expresado por Feo durante el V Congreso Latinoamericano de Medicina Social realizado en Caracas.

Segundo momento 1999 hasta la actualidad.

En términos generales, la salud de la población mostró una gran acumulación de necesidades insatisfechas, con la mejora lenta de los índices epidemiológicos y se evidenció el deterioro de las edificaciones y equipos de los servicios de salud pertenecientes a la llamada red Ambulatoria Convencional. Por ejemplo, y según el Ministerio del Poder Popular para la Salud (2008), la mortalidad materna en 1989 era de 64,3 y para el 2005 era de 59,9, por lo que se observa entonces que la gestión del entonces Ministerio de Salud y Desarrollo Social no daba las respuestas que el Estado y los ciudadanos esperaban. Continuaban las situaciones de exclusión, las necesidades insatisfechas, aspectos que caracterizaban a la salud y por ende lo social del venezolano¹, lo que se manifiesta en las Estadísticas vitales del MPPS, (2008).

¹ En el comportamiento de las tasas de mortalidad se observa desaceleración en la disminución de los indicadores. Cada año se reduce en 0,85 puntos...aunque se mantiene la disminución, se manifiesta más lenta; esto puede probablemente explicarse a través de las condiciones de vida de la población que se han deteriorado de manera alarmante. Desde esta perspectiva es importante considerar la crisis de los años '80, con sus graves y profundas consecuencias.

Las instituciones públicas del Estado Venezolano, incluyendo las de Salud, no daban las respuestas esperadas en pro de las mejoras en salud del pueblo y continuaba creciendo la deuda social. Este factor, entre otros, hacen que suceda un hecho político-histórico: se rompen los patrones partidistas imperantes en Venezuela y llega al gobierno por vía electoral, el Teniente Coronel Hugo Chávez Frías, quien toma posesión en Febrero de 1999.

A pesar de lo establecido en la constitución de 1999, seguía existiendo la demora en la solución de las necesidades insatisfechas y acumuladas en el tiempo, esto debido a la lentitud de los procesos administrativos públicos de los ministerios, lo que entre otras razones, hizo que el Ejecutivo Nacional incorporara a las *misiones* en todos los aspectos sociales que tenían fallas estructurales, y en salud esta misión tomó el nombre de *Misión Barrio Adentro*. Las misiones tomaron la forma de programas sociales masivos, y pasaban a ser, junto con los componentes de un Modelo de Estado con cinco poderes (Ejecutivo, Legislativo, Judicial, Ciudadano y Electoral), el hecho de mayor trascendencia en las acciones de gobierno y determinan nuevas condiciones históricas para la trilogía en el desarrollo Social -Productivo -Político.

Funcionando a través de un organismo adscrito llamado “Fundación Misión Barrio Adentro”, que inicia actividades asistenciales en el 2003, Barrio Adentro incorporaba entonces una nueva estructura sanitaria de atención en el Ministerio del Poder Popular para la Salud bajo el criterio de misiones inclusivas, y es tomada en la actualidad como una línea estratégica que articula políticas sociales, la cual tiene como fundamento la Atención Primaria, base del Sistema Público Nacional de Salud. Tal como lo indica la *Estrategia de Cooperación OPS/OMS con Venezuela 2006-*

2008: “Barrio Adentro (BA) ha permitido una ampliación importante del acceso a la atención de los sectores excluidos, aumentando el número de establecimientos, de equipamiento, recursos humanos, financiamiento y prestaciones en todo el país”, arrojando cambios en los indicadores de salud (ver tabla 1).

***Tabla 1 Indicadores sociales
antes y después, Venezuela***

a	La pobreza bajó del 67 % en 1997 al 27% en el 2007	f	4804 ambulatorios en 1998 en el 2007 existen 11373 unidades de la red de atención primaria
b	El desempleo era 15,3% en 1998 bajó en el 2007 a 7 %	g	Cobertura ascendió de 21% en 1998 a 95% en el 2008, es decir de cada 100 Venezolanos 95 es atendido en Atención Primaria
c	Agua potable para 1998 era de 80% en el 2007 es de 95 %	h	En el año 2000 habían 4 consultas por cada 1000 habitantes, en el 2007 hubo 290 consultas por cada 1000 habitantes
d	Presupuesto para la salud era 2,8% del PIB en 1998, en el 2007 el presupuesto para salud es 6 % de PIB	i	La tasa de mortalidad infantil fue de 23,4 en 1997; en el 2007 bajo a 13,4 la tasa de mortalidad infantil
e	En 1998 había 20 médicos por cada 100.000 habitantes, en el 2007 existen 59,3 médicos por cada 100.000 habitantes	j	La tasa mortalidad materna en 1998 era de 67,2 en el 2007 bajo a 60,1

Fuente: Alocución del Presidente de la República Hugo Chávez, 19 de Febrero 2008

Es necesario aclarar que en cuanto a la cantidad de médicos (indicador en la tabla 1, letra e) por cada 100.000 habitantes, hay 59.3 médicos, lo cual es debido a más de 30.000 cooperantes cubanos entre médicos, técnicos y enfermeros que se trajeron al país producto de un convenio Cuba-Venezuela.

Con respecto a la cantidad de servicios de atención primaria, (tabla 1 letra f), aumentó la cantidad de servicios, pero con la posibilidad de que estén ubicados en la misma área de influencia sin la integración necesaria para la conformación del Sistema Público Nacional de Salud. Se refiere en esta tabla 1 letra h, a un aumento en la cantidad de consultas, más no se explica la cantidad de primeras consultas, emergencias, entre otras. Estos datos no refieren si hubo una mejoría o no en la salud bucal del venezolano.

Según el Instituto Nacional de Estadísticas (INE) en el año 2008 el porcentaje de pobreza para el primer trimestre de 1997 fue de 55,6 % y para el 2007 fue de 27,5%, por lo que las cifras dadas por el Presidente de la República no coinciden de manera exacta con lo que expresa el INE, sin embargo, se observa que la pobreza sí ha disminuido, mas en cuanto a los datos de agua potable, ellos coinciden en el porcentaje para el año 1998, pero para el 2007 establece que es de 92 % y no de 95%, sin embargo, también se acerca a lo establecido por el presidente de la Republica. La inversión social en salud como porcentaje del PIB según la publicación “Venezuela marcha hacia un destino mejor”(2007) del despacho de la Vicepresidencia, se establece que dicha inversión para el año 1998 era de un 1,36% y para el 2007 era de 2,25%, en este aspecto se observan, respecto a la tabla anterior, diferencias en los porcentajes. El resto de los indicadores en salud aportados por la tabla 1 coincidieron con los datos que manejó la Dirección de Epidemiología del Ministerio del Poder Popular para la Salud en el 2008.

1.2.- El Estado y la política de salud en Venezuela

Las políticas públicas nacionales son definidas por el Estado venezolano, las cuales han surgido en contextos histórico-políticos específicos que las han caracterizado. Las políticas de salud en los años 80 se caracterizaron por un recorte del gasto social y el abandono de la salud pública², (Blanco y López 1991, p. 38).

² La política sanitaria —ámbito particular de la política social es modelada de 1.982 a la fecha, a la luz de la disminución del presupuesto destinado al sector salud, la descentralización sin recursos, la privatización, el traslado del costo de los servicios al usuario, el fomento del autocuidado y la insistencia en la culpabilidad individual en la generación de la enfermedad.

En el segundo gobierno de Carlos Andrés Pérez 1989-1994, se impulsa la reforma del Estado, tanto en su política como en su administración, tomando auge la visión neoliberal, que reduce el accionar del Estado y se promueve la descentralización como proceso político para permitir, según esa visión, un Estado eficiente³, COPRE (1988).

También para la década de los 80 específicamente en 1986 se observó en el VII Congreso de Salud Pública MSAS (p.94-267), la definición de la política de salud y sus prioridades, con principios teóricos tales como la salud integral⁴, la atención médica primaria, con la consideración del grupo social y del Sistema Nacional de Salud, categorías observadas también en el decreto número 1798 del 20/01/83 de la Presidencia de la República, del *Reglamento, organización y funciones de los establecimientos públicos* (1983, p.112), donde se explica que la política de salud y las prioridades del gobierno son el desarrollo de la atención médica primaria y la implantación de un Sistema Nacional de Salud y los objetivos de esta política están en dar una prestación de servicios que además de integral sea accesible, oportuna, eficaz e indiscriminada de tipo de ambulatorio con énfasis a lo preventivo, al diagnóstico y

³ El Estado venezolano cambia su política económica y su rol adquiriendo importancia la visión neoliberal, que busca la reducción del Estado y la internacionalización de la economía. En este contexto, se da impulso a la descentralización como proceso político con expresión territorial institucional, lo que significa una redistribución territorial del poder... remite al doble mecanismo de crear instancias de participación democrática más extendidas y gobernables, y ser un poderosísimo impulso para descongestionar al Estado y permitir su eficiencia

⁴ El Estado Venezolano ha establecido que la atención médica en Venezuela es una asistencia médica integral, que abarca los aspectos físicos, mentales y sociales tanto de la salud como de las enfermedades, relacionándolas entre sí y no de forma aislada, por lo que abarca también el grupo social del cual forma parte, sea este laboral, educativo y en especial del grupo familiar... El gobierno Nacional ha establecido como prioridades de su gestión el desarrollo de la atención médica primaria y la implantación en el país de un Sistema Nacional de Salud.

tratamiento precoz de las enfermedades y es la puerta de entrada al Sistema Público Nacional de Salud⁵.

Si se comparan las categorías y el marco teórico que definen la política sanitaria de la década de los ochenta con el debilitamiento de lo público, desmantelamiento de los programas de control de enfermedades, la limitada eficacia de la intervención epidemiológica puntual y el deterioro en la salud en la década mencionada, se evidencia que en esa época hubo un distanciamiento entre lo teórico y lo operativo y pregona un estado asistencialista que solo intervenía para aliviar la pobreza con programas mínimos y selectivos, dejando el bienestar social en manos del mercado, en el ámbito de lo privado. El análisis de estos documentos que toman estas categorías también revelan que no hubo innovación en las categorías y aspectos teóricos de la Misión Barrio Adentro, la innovación en Barrio Adentro está ubicada en el ámbito operativo con la implementación de consultorios populares en zonas excluidas de difícil acceso y la incorporación de recurso humano foráneo.

Otro ejemplo del uso de las categorías en BA que ya existían en la red ambulatoria convencional, se observa en Pacheco (1986) cuando señala que:

dentro de las políticas a ejecutar en el punto dedicado a la marginalidad se pretende: Facilitar a la población de los barrios marginales el **acceso a los servicios** básicos asegurando una **asistencia integral** y haciendo especial énfasis tanto en el

⁵ las prioridades del gobierno son el desarrollo de la atención médica primaria y la implantación de un Sistema Nacional de Salud...los objetivos de esta política: dar una prestación de servicios que además de integral sea accesible, oportuna, eficaz e indiscriminada de tipo de ambulatorio que da énfasis a lo preventivo, al diagnóstico y tratamiento precoz de las enfermedades y es la puerta de entrada al sistema público nacional de salud.

incremento sustancial de los **programas preventivos** como en el impulso a **programas de atención primaria de la salud** sobre todo en las áreas de obstetricia y materno infantil, extender e **incrementar el numero de módulos de servicios** a fin de que además de la prestación de servicios previstos se faciliten y emprendan las tareas relativas a la **integración, organización y participación comunitaria**. (p. 78)

Urdaneta en el año 1991 explicó que la visión y el enfoque de las políticas en salud en la década de los 80 y 90, son el producto del capitalismo donde resulta imposible garantizar la accesibilidad universal, de todos, en forma eficiente y cuando se necesita, “los sofisticados avances en gran parte solo estaban al alcance de minorías privilegiadas”. (p. 15); situación esta que interfirió en el desarrollo de las categorías mencionadas.

Pacheco (1986) señala una diferencia y una deficiencia en la red ambulatoria que influyó en el poco desarrollo de las categorías mencionadas, referida a las condiciones de los profesionales “durante muchos años la política social de salud, por falta de una posición explícita al respecto, estuvo sujeta a las características propias de las condiciones profesionales de quien en un momento dado tuviera la responsabilidad de dirigirla” (p.2115). También en el mismo texto Pacheco (1986) agrega “la concepción biologicista que se tiene de la salud y la especialización ha dificultado la conformación de un real equipo de salud” (p.2118). Estos son otros aspectos, que pudieron haber debilitado a la red ambulatoria, quitándole capacidad

resolutiva y dando otra posible justificación para que se conformara, años después, a Barrio Adentro.

Feo (1999) mantenía una diferenciación de las políticas entre el deber ser del camino al socialismo y las mal aplicadas políticas de corte neoliberal de los ochenta y noventa donde los ejes programáticos de estas políticas habían sido: recorte del gasto social, descentralización, privatización, con una creciente desigualdad en el acceso a los servicios de salud y una situación de alta conflictividad social. “Ello facilitó un reagrupamiento y redefinición de las fuerzas políticas en pugna, por un lado las que intentan construir un proyecto democrático popular, y por el otro, el proyecto del gran capital, afianzado en el individualismo, el mercado y la desigualdad”. Como alternativa ante esta situación se planteó un proyecto alternativo que permitiera una reorientación de la política sanitaria y recuperara los derechos sociales fundamentales de la población, esto “con una concepción social de la producción de la salud colectiva que redistribuya la riqueza social hacia las clases trabajadoras, y priorice el fortalecimiento y expansión de las instituciones públicas” (p. 32), donde se propusieron las siguientes líneas estratégicas de acción: creación de un servicio único de salud, universal e igualitario, enfrentamiento del proceso de privatización, transformación democrática de la acción pública, revalorización del valor del trabajo institucional.

Hoy día Venezuela está en un momento transitorio, por tratarse de la impulsión de un modelo de Estado socialista. El presidente constitucional ha insistido en la construcción del socialismo del siglo XXI, esto a pesar de la desaprobación al cambio propuesto de la Carta Magna, en elecciones de Diciembre de 2007.

Bien vale la pena destacar que ha sido difícil para el gobierno venezolano profundizar cambios estructurales en el país, que van desde la conceptualización a la práctica de un modelo socialista que rompa con las bases del capitalismo, profundamente arraigadas en la nación por tantos años que ocasionaron tantos desequilibrios creados a las mayorías, a los cuales intentaron compensar con programas sociales que no rectificaban el mal causado.

Actualmente las políticas públicas, entre ellas las de salud han sido expresadas a través de las misiones, esto debido a que las mismas son el componente principal de la llamada revolución bolivariana⁶ así lo explica el sociólogo José Manuel Giménez (2007).

1.3.-La política de salud y el Sistema de Salud en Venezuela.

Las políticas públicas según Petrizzo Páez (2006) son “el instrumento principal de la actuación gubernamental” (p. 36) y las políticas públicas dan la directriz en cada ámbito de la vida nacional. En el caso específico de la salud, el actual gobierno ha centrado sus esfuerzos y directrices hacia Barrio Adentro como eje central de la política en salud. En la Guía práctica de Salud (2006) del Ministerio de Salud, en su capítulo de “Redes integradas para un Sistema Público Nacional de Salud” se plantea la aspiración del ministerio de asumir la construcción de “un sistema que responda con calidad y prontitud a las necesidades de la población”, asumiendo que no está constituido dicho sistema y entendiendo que las

⁶ Los principales componentes de la revolución son las misiones bolivarianas, destinadas a atacar los problemas más críticos de la población como son alfabetización, salud e instrucción en el dominio de un oficio que permita a la persona desempeñarse en una actividad productiva para su comunidad, la puja por la integración latinoamericana o lo que también se conoce como La Patria Grande que soñaron Miranda, Bolívar, Martí y tantos otros, en un marco de democracia revolucionaria apuntando hacia el socialismo del siglo XXI

características que este debe asumir son las descritas en la Constitución Nacional en su artículo 84. Esto al mismo tiempo que el gobierno crea las misiones inclusivas, de lo que se desprende, como ya se mencionó, a Barrio Adentro como principal política pública en salud. Feo y Vega (2007) indican que en el pasado sistema de salud existía una desarticulación entre las instituciones y dentro de las mismas, “dificultando así la atención apropiada y en tiempo real a la población” (p. 68), este inciso describe el anterior sistema de salud venezolano, señala la fragmentación, aludiendo a las instituciones del sector público y el propio fraccionamiento interno, las cuales dan otra justificación mas para la creación de la misión Barrio Adentro.

Por otra parte el profesor Abad, (2002) expresa que “el sistema de salud de la actualidad, con su diversos componentes, logrará alcanzar lo que el sistema convencional en Venezuela no ha podido lograr y el cual es un nuevo Modelo en la prestación de los servicios de salud en el país, que busca aumentar la cantidad y la calidad de vida, en relación al fenómeno Salud – Enfermedad” (p. 120). De hecho este autor describe a la misión Barrio Adentro como “una política de salud que tiene como objetivo general garantizar el acceso a los servicios de salud de la población excluida, mediante un modelo de gestión de salud integral orientado al logro de una mejor calidad de vida”. Este autor también señala las articulaciones y vinculaciones propias y necesarias de un sistema de atención que destaca características de la Atención Primaria en Salud y estas son:

- Atención ambulatoria.
- Tecnologías apropiadas a las necesidades.
- Ubicación de fácil acceso en la comunidad.

- Actividades asistenciales eminentemente preventivas.
- Elevada capacidad resolutoria de los problemas de salud.
- Sistema de referencia y contrarreferencia con los otros niveles atención.
- Cuenta con población sectorizada.
- Tiene participación activa de la comunidad.
- Requiere de un financiamiento especial.

Barrio Adentro guía la política actual de salud, esto según el concepto de la Guía práctica de Barrio Adentro (2006) “Es la concreción de la Atención Primaria en salud, como prioridad de la política de salud” (p. 25), lo que explica que el Sistema Público Nacional de Salud que está en construcción esté subordinado a una estructura sanitaria desarticulada, como lo explica la Magíster Amelia Acosta, funcionaria pública del Ministerio del Poder Popular para la Salud en entrevista realizada para este trabajo: “las estructuras sanitarias están conformadas por elementos o componentes tales como recurso humano, estructura física, organización; que no se encuentran vinculadas entre sí, están fragmentadas, no están articuladas, lo que plantea la dificultad de hablar de sistema de salud”. Se entiende entonces que, si se caracteriza apropiadamente y se establecen las articulaciones necesarias, se logrará iniciar la transformación necesaria hacia el Sistema Público Nacional de Salud, tal como se establece en el marco jurídico venezolano.

El Sistema Público Nacional de Salud es aquel que integra las políticas, planes y acciones de salud del sector público, así como la función normativa que regule las actividades públicas y privadas de salud (Sistemas Integrado de Salud, 2006). De este concepto se desprende la importancia y la necesidad de la conformación

inmediata de este sistema, con el que se podría no solo aplicar la política sino también la evaluación de las estrategias que se desprenden de la misma, verificando así el rendimiento y productividad de la gestión en salud. Al observar esta definición se puede observar que en el país no existe un sistema de salud, estamos ante la presencia de estructuras sanitarias aisladas, ya que no existe integración, ni articulación entre la Red Ambulatoria y Barrio Adentro en el Ministerio de Salud y mucho menos entre las otras instituciones prestadoras de salud.

Afanador (2006) aporta otro enfoque, basado en la articulación que es el deber ser: “el conjunto de organizaciones e instituciones que lo integran están coordinadas, resultando el conjunto (sistema), mayor que la suma de sus partes, es decir, el sistema es una red de relaciones, desde este enfoque es que consideramos que se debe construir y funcionar el sistema público” (p. 194).

Esta definición como ya se dijo refleja el deber ser, ahora bien si se va a dar esa red de relaciones entre todas las instituciones y organizaciones, es determinante que se integren las estructuras que coexisten en el Ministerio del Poder Popular para la Salud: la Red Ambulatoria y Barrio Adentro, aún más si se considera lo que expresa Afanador(2006), “la complejidad del Sistema Público Nacional de Salud justifica la identificación y clarificación de manera precisa, de la arquitectura (estructura) y de las funciones de cada uno de los componentes que lo integran” (p. 57).

En el Ministerio del Poder Popular para la Salud, se está a la espera de la aprobación de la nueva estructura organizativa por parte del Ministerio de Planificación y Desarrollo, y de la aprobación del reglamento orgánico por parte de la Procuraduría General de la Republica, el Reglamento Interno en elaboración y de

la Ley de Salud por parte de la Asamblea Nacional. Sin embargo, dentro del propio Ministerio de Salud, en sus bases, se podría iniciar la integración de las dos estructuras paralelas (Barrio Adentro y Red Ambulatoria), avanzando al menos en uno de sus programas nacionales, el de salud bucal, todo esto con el fin último de conseguir ese sistema de salud integrado y fortalecido.

En la lectura del documento *Sistemas Públicos en Venezuela* (2006), se aclara que “se debe articular a través de una Dirección General, a la Red Ambulatoria convencional con Barrio Adentro” (p. 22), y se considera este aspecto como un avance importante, pues “articular” es el verbo adecuado para hablar de sistema y también se considera importante porque se toma en cuenta a la red convencional, en ese mismo texto se señala que “a través de la Dirección General del Primer Nivel de Atención se debe articular la Red Ambulatoria Convencional al modelo de gestión de los Consultorios Populares y articular con los Comités de Salud las Direcciones Regionales de Salud y las demás misiones”. Sin embargo existen lecturas que desconocen a la red ambulatoria, al leerse en *Guía Práctica de Salud* (2007), “El avance más importante en la construcción del Sistema Público Nacional de Salud ha sido el desarrollo de la misión Barrio Adentro” (p. 25) nótese que no menciona la red convencional, que no plantea la integración de la estructuras para conformación del sistema de salud y mucho menos que estas están funcionando de manera paralela.

Según el texto *Sistemas Públicos en Venezuela*, (2006) una de las propuestas preliminares de Barrio Adentro I como parte de la Dirección General del I Nivel de Atención, en el Sistema Público es la de “Establecer la integración de la estructura funcional de Barrio Adentro I con la red Ambulatoria Convencional de atención

primaria, para establecer una política rectora del Ministerio, la demarcación territorial y el ámbito de influencia poblacional de los consultorios populares, considerando la referencia y contrarreferencia con los otros niveles de atención a los fines de su expansión y consolidación” (p. 97). En esta propuesta se considera de manera explícita el término integración, sin embargo ¿Cómo sería la metodología? También plantean la comparación entre el sistema propuesto y el modelo tradicional (véase la tabla 2).

Tabla 2. Cuadro comparativo entre el modelo tradicional y el sistema propuesto (sistema público nacional de salud)

MODELO TRADICIONAL	SISTEMA INTEGRADO PROPUESTO
Célula fundamental Red Ambulatoria.	Célula fundamental Consultorios Populares, base de Barrio Adentro I, II, III, IV
Fraccionado Inercial.	Sistema Integrado Funcional (integra todos los entes creando el sistema prestacional de salud)
Orientación a lo Curativo.	Orientación prioritaria, promoción o prevención de Salud.
No toma en cuenta a la Comunidad Organizada.	Se fundamenta en la participación de la Comunidad Organizada, expresión del Poder Popular, Comités de Salud, Consejos Comunales y ejercicio del Control Social.
No incorpora la dinámica socio-económica y socio-cultural.	Activa Socio-económica productiva y Socio-cultural a la Comunidad Organizada.
Dependiente de transnacionales para el abastecimiento de insumos.	Crea un Sistema Autogestionario de Producción de Insumos, suministros y medicamentos con transferencia tecnológica
Orientado a la reproducción de modelos de salud privatizadores y dependientes.	Orientado hacia un Sistema Público Nacional de Salud Científico-Tecnológico Intersectorial-Participativo. Construcción del Socialismo del Siglo XXI.
No le da importancia a la investigación, docencia y extensión.	Es prioritaria la Investigación, Docencia, Extensión, la innovación e invención Científico-tecnológica en Salud.
No existe sistema de información.	Crea un sistema de información e inteligencia de Salud de supervisión, control de Gestión y evaluación continua de las actividades denominado Catastro Nacional de Salud y sus componentes, Catastro Socio-Sanitario y Catastro Socio-hospitalario.
No maneja la coordinación e inteligencia operativa.	Crea la Sala de Inteligencia Operativa (SIO) y de Control de Gestión, Cerebro del Sistema.
No ejerce políticas de Saneamiento Sanitario Ambiental y de Contraloría Sanitaria.	Crea un Sistema para el ejercicio de políticas en Saneamiento Sanitario Ambiental y Contraloría Sanitaria.

Fuente: Ministerio de salud. Sistemas Públicos en Venezuela, 2006.

En el sistema integrado, inexplicablemente no se incluye a la red convencional en su célula fundamental; no se ha observado el funcionamiento de ese sistema de contraloría sanitaria, no se conoce ese sistema autogestionario, además de que ha existido poca o ninguna investigación. Entonces se podría concluir que se necesita una política que genere posteriores estrategias, para lograr la integración de las estructuras sanitarias existentes que logren la red de atención y red de relaciones necesarias para la conformación de un Sistema Público Nacional de Salud fortalecido.

Propuesta en Gabinete Ministerial.

Se consideró necesario introducir este aparte en la tesis por ser la propuesta que se esta discutiendo actualmente en Gabinete de Ministros (Octubre 2008), y que sería la base del Sistema Público Nacional de Salud, propuesta basada en la estructura realizada por la Coordinación Cubana de Barrio Adentro conocidas como las Área de Salud Integral Comunitaria (ASIC), definidas como una red de unidades asistenciales, docentes e investigativas de la Atención Primaria de Salud dotadas de modernos medios diagnósticos y terapéuticos, con especialistas de alto nivel científico técnico, que brindan servicios médicos gratuitos, forman recursos humanos de pre y postgrado en ciencias de la salud y resuelven, con participación social e intersectorial, los problemas sanitarios identificados en las comunidades.

Las áreas señaladas cuentan con Óptica, Odontología, Consultorio Popular, Centro de Diagnóstico Integrales, Sala de Rehabilitación y Docencia y tienen como función el seguimiento, la evaluación y el análisis de la situación de salud, vigilancia de la salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud pública,

promoción de salud, atención médica a enfermos y discapacitados, participación de los ciudadanos en la salud; desarrollar la planificación y la gestión en salud, regulación y fiscalización en materia de salud, evaluación y promoción del acceso equitativo de la población a los servicios de salud, desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud, garantía y mejoramiento continuo de la calidad de los servicios, investigación en salud, así como preparación de las unidades de salud ante emergencias y desastres naturales. (Coordinador Nacional Cubano de Barrio Adentro I, 2008)

Según la propuesta del Sistema Público Nacional de Salud, “Estos ASIC serán la base de la estructura del Sistema Público Nacional de Salud, luego los ASI Distrito, con base en los ASIC y como agregado las Clínicas Populares, un Hospital General y los Centros de Alta Tecnología. Luego el ASI Estatal que estaría conformado por el ASI Distrital más un Hospital Quirúrgico, Hospital Pediátrico y Hospital Gineco-Obstétrico, luego el ASI Regional conformado por los ASI Estadales más tres hospitales especializados. Según el texto Propuesta del Sistema Público Nacional de Salud (2008) los niveles de gestión serían el ASIC a nivel de Consejo Comunal o confederación comunal, Distrito Sanitario a nivel estado, municipio, parroquia, estatal a nivel estatal, regional a nivel de Vicepresidencia Territorial y el Sistema Público Nacional de Salud a nivel nacional”,(p. 95).

Cabe señalar que “Cada programa de salud y servicios deben ubicar su inserción, la red ambulatoria formará parte con sus edificaciones, que bien pueden ser servicios de atención integral como también pueden ser casa para abuelos, para la

atención materna infantil entre otros”, *Coordinación Nacional Cubana de Barrio Adentro I* (2008).

1.3.1. La normativa nacional

La Constitución de 1947, establecía en su capítulo IV, *de la salud y de la seguridad social* lo siguiente:

Artículo 51. El Estado velará por el mantenimiento de la salud pública. Todos los habitantes de la República tienen el derecho a la protección de la salud. El Estado establecerá los servicios necesarios para la prevención y tratamiento de las enfermedades.

En dicho texto se entiende entonces que el Estado aseguraba la presencia de servicios de salud para prevenir y tratar las enfermedades. Posteriormente, en la Constitución de 1961 se señala que:

Art. 76. Todos tienen derecho a la protección de la salud. Las autoridades velarán por el mantenimiento de la salud pública y proveerán los medios de prevención y asistencia a quienes carezcan de ellos. Todos están obligados a someterse a las medidas sanitarias que establezca la ley, dentro de los límites impuestos por el respeto a la persona humana

Tanto en la Constitución de 1947 como en la de 1961 se puede observar la contemplación de la salud, estableciéndola como “un derecho a la protección de la salud”, sin embargo, y aún cuando la salud era considerada como un derecho, el

modelo de Estado imperante no aseguraba la calidad de vida⁷, así lo explica Vera (1.991), asegurando que la salud y sus condiciones han sido afectadas por los procesos políticos económicos y sociales, donde las acciones específicas en el ámbito de lo social han quedado relegadas.

En 1999, en Diciembre el pueblo venezolano va a un referéndum, aprobando la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela de ese año, publicada en Gaceta Oficial el día jueves 30 de Diciembre en su número 36.860, donde se establece que la República debe ser democrática, participativa, protagónica, multiétnica y pluricultural, consagrando a la salud como un derecho social en sus artículos 83, 84, 85 y 122. A continuación:

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.

⁷ En general, se constata que la estructuras económicas, políticas y sociales no han asegurado ni aseguran una adecuada calidad de vida para la mayoría de la población y consecuentemente tampoco un nivel adecuado de salud para esas mayorías... la política social en general y en particular la de salud, son asumidas como un mecanismo funcional del sistema y que la orientación que les da el Estado tiene carácter reformista, porque tienden a satisfacer básicamente las exigencias de la reproducción ampliada del capital.

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 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

En éstos puede observarse el marco jurídico de la salud como derecho del venezolano en la actualidad, y en comparación con las otras dos constituciones, se considera a la salud como un *derecho social* y el disfrute de ese derecho sería a través del Sistema Público Nacional de Salud.

Posterior a cuatro años del accionar de las misiones, surge la propuesta de reforma constitucional por parte del presidente Chávez, una reforma del texto jurídico fundamental, base y sustento de la estructura del Estado y del ordenamiento jurídico del país y que propone el soporte del Estado venezolano como Estado socialista. Dicha propuesta presentaba contenido ideológico y tenía como primordial objetivo el de construir las bases "socialistas" de la nación. La propuesta de reforma constitucional presentada por el presidente Chávez reconocía y formalizaba la existencia de las misiones y un sistema paralelo, y así se manifestó en su artículo141⁸.

⁸ Las administraciones públicas son las estructuras organizativas destinadas a servir de instrumento a los poderes públicos, para el ejercicio de sus funciones, y para la prestación de los servicios. Las categorías de administraciones públicas son: las administraciones públicas burocráticas o tradicionales, que son las que atienden a las estructuras previstas y reguladas en esta constitución y las leyes; y "las misiones", constituidas por organizaciones de variada naturaleza, creadas para atender a la satisfacción de las más sentidas y urgentes necesidades de la población, cuya prestación exige de la aplicación de sistemas excepcionales, e incluso, experimentales

Esa reforma, en Diciembre del 2007 en comicios electorales, no fue aprobada por el país, pero los sistemas excepcionales, es decir las misiones, siguen funcionando, lo que deja al Ministerio del Poder Popular para la Salud, como institución del Estado, afrontando una situación digna de resaltar y que, como ya se mencionó, contribuye con la justificación del presente trabajo de investigación. Lejos de continuar con la conformación del Sistema Público Nacional de Salud, se mantiene la presencia de dos estructuras sanitarias de atención: una misión Barrio Adentro institucionalizada a través de una fundación y una administración paralela controlada por el Ministerio como lo es la Red Ambulatoria Convencional. Organizaciones internacionales, como la Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud, resaltan este aspecto estimulando aún más ésta investigación, ya que han establecido prioridades para la agenda de cooperación apoyando la construcción del Sistema Público Nacional de Salud, aportar diseños alternativos de integración de los prestadores (MS, IVSS, IPASME, PDVSA y otros); “aportar diseños alternativos de integración de redes de servicios de salud (Barrio Adentro con sistema convencional y otros prestadores) conforme al nuevo Modelo de Atención y Prioridades Sanitarias Nacionales”. Estrategia de cooperación OPS/OMS con Venezuela (2006-2008).

Continuando con la normativa nacional, la existencia de dos estructuras sanitarias en el Ministerio del Poder Popular para la Salud también pareciera afectar la integración expresada en la Carta Magna en su artículo 84, que establece la conformación del Sistema Público Nacional de Salud el cual es importante porque evitaría una crisis político-organizativa y evitaría también la existencia de un

sistema público de salud fragmentado. En los Planes de la Nación, que es una manera cómo se hacen operativas las políticas públicas, se podía observar que existían unos planes económicos y otros sociales, lo que explica que no se estaba considerando a la realidad de manera integral y con la complejidad que ameritaba. Bien vale la pena recordar entonces a Torres-Goitía (1.991) quien expresó que la política de salud no logra apartarse del modelo médico biologicista y a-histórico y considera despectivamente lo político ignorando al Estado y a la población general, de este modo la simple sumatoria de planes y programas tecnocráticos se presenta como políticas de salud “la deliberada mutilación de la *política* en la formulación de las políticas de salud, no sólo ofende irreverentemente desde Aristóteles a Maquiavelo y Gramsci, sino que al aislarlas de la realidad las hace inoperantes y sin eficacia alguna” (p. 103).

En el III Plan de la Nación se menciona otro aspecto teórico en cuanto a “incorporación de los individuos al proceso de transformación social que significa el desarrollo”. Este aspecto, manifiesta nuevamente la separación entre lo teórico y lo operativo mencionado en el aparte anterior, pues este aspecto tampoco fue desarrollado.

En el IV Plan de la Nación define la Promoción popular, como “un conjunto de esfuerzos integrados destinados a estimular transformaciones en el sistema socioeconómico que permite la incorporación y la participación deliberada y consciente del hombre como sujeto de todos los procesos y fines del desarrollo”. Sin embargo en esa época este aspecto no se llevó a la práctica. Pacheco (1986) realiza un análisis del VI plan de la Nación, donde también se consiguen términos como:

“democracia participativa, la participación activa del pueblo y la red de organizaciones sociales” (p. 54).

Estos párrafos siguen aportando la descripción y las bases teóricas-normativas del sistema administrativo en salud en el modelo de estado capitalista.

Hoy en día sigue como proyecto la Ley de Salud y del Sistema Nacional de Salud, y se explica que al año siguiente a la entrada en vigencia de esta Ley se procederá a la transferencia de todo lo relacionado con la atención médica del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales y de los centros hospitalarios dependientes del ministerio con competencia en materia de salud Sanchez (2006).

Preparada para una segunda discusión en la Asamblea Nacional, esta ley todavía no ha sido aprobada, pero si bien esto es lo que va a ocurrir al año siguiente de la entrada en vigencia de la ley, sería sensato proporcionar todas las herramientas para la integración de las estructuras sanitarias y odontológicas que existen en el Ministerio de Salud, como una primera acción. Proporcionar las herramientas para que ocurra la “integración” en lo interno sería el trabajo inicial, situación nada sencilla como explica Sanchez (2006) “por ser Barrio Adentro considerada como el eje de la política de salud”⁹.

⁹ Preocupan altamente las indefiniciones en términos de aprobación en segunda discusión de la Ley de Salud y del Sistema Público Nacional de Salud, sobre todo en un escenario donde la “Misión Barrio Adentro” con sus tres niveles de atención es a juicio del Presidente de la República la consolidación de dicho Sistema. Esto se produce sin una base legal que lo sustente ni una institucionalidad reconstruida para tal fin. Parece que lo que se consideró un programa para atender la emergencia sanitaria, se volviera la guía para la elaboración de una ley, sin contemplar los requerimientos técnicos que exige cualquier norma jurídica

Advierte también Sánchez (2006), refiriéndose a Barrio Adentro y la Ley de Salud que “...su propia conflictividad interna obstaculiza el proceso de reestructuración necesaria para asumir la reforma y conjugarlos con los cambios que se imponen desde afuera en una suerte de respuestas paliativas a las necesidades de salud de la población.”

Durante el modelo de Estado capitalista fue aprobada la Ley de Salud, sin embargo su activación fue muy limitada ya que existía “un contexto político complejo...un plazo de cumplimiento que resultó excesivamente largo...las capacidades técnicas e institucionales para tal implementación no estaban desarrolladas con la suficiente profundidad, por último... la aprobación de la Ley del Sistema Nacional de Salud es realizada por un gobierno a punto de finalizar su gestión administrativa” Sánchez (2007).

Refiere Sánchez (2006) que la descentralización se inicia en 1990, sin que el MSAS realizara la ratificación de que las gobernaciones podían responder ante esta responsabilidad¹⁰.

Se crean otros subsistemas paralelos fuera del ente rector, sin gobernabilidad, ni normas establecidas por el Ministerio de Salud sin embargo la red ambulatoria si se ve normada a través del decreto número 1798 del 20/01/83 de la Presidencia de

¹⁰ No se determinó si las gobernaciones como entes receptores de las nuevas responsabilidades contaban con las capacidades suficientes o no para asumir el nuevo rol a desempeñar. Incluso no se diseñó una Ley o Reglamento que delineara los parámetros a ser seguidos por los Estados en la implementación y direccionalidad del proceso descentralizador en salud, lo que trajo como consecuencia que cada gobernación creara instituciones con rango de Secretaría de Estado, cuyas formas organizativas dieron paso a la conformación de diversos modelos de gestión que oscilan entre Corporaciones, Fundaciones, Institutos Autónomos y Direcciones Regionales.

la Republica del *Reglamento, organización y funciones de los establecimientos públicos* (1983)

Lo preventivo comprende: La educación para la salud individual familiar y comunitaria en su concepción integral; la prevención de enfermedades infecciosas y no infecciosas. Fomento y conservación de la salud por controles de sanos, con prioridad al grupo materno infantil, anciano y población laboral; planificación familiar, promoción de la nutrición y asistencia social a las familias económicamente insolventes; promoción de saneamiento ambiental y del suministro de agua potable; organización, desarrollo y participación de las comunidades en los programas de salud.

Lo curativo comprende el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, la rehabilitación. (p.13).

Ya a finales de los 90 se introduce con el VIII Plan de la Nación (1.990-1.995) una estrategia basada en la reorganización administrativa, democratización del sector y énfasis en la prevención, bajo el supuesto de que las desigualdades sociales, donde Geiringer (1.991) opina que este ultimo aspecto es el “factor fundamental en la causalidad de la problemática de la salud-enfermedad” (p. 318), también expresa que todo esto habia que hacerlo con “criterios técnicos de distribución más equitativa de los recursos y con reformas institucionales”. Este parrafo aclara la necesidad evidente de cambios y se le suma el hecho de que existió desidia en la toma de decisiones oportunas en materia de salud durante esta etapa, otra muestra de ello y que se considera importante de recordar es la Ley Orgánica del Servicio Nacional de Salud,

según la cual en un período de 10 años se integrarían las principales instituciones de salud, pero ello no se dió, ya que no se pudo instrumentar la norma, hubo apatía con el desarrollo de los recursos financieros, “los aspectos financieros fueron poco desarrollados en la legislación” Sánchez (2006), hubo poca fuerza centralizadora de la gestión pública y a esto se le suma que la aprobación de la Ley de Sistema Nacional de Salud es realizada por un gobierno a punto de finalizar su gestión administrativa Sánchez (2006).

Ahora bien, el proyecto de Ley de Salud y Sistema Público Nacional de Salud aprobado en Diciembre del 2004 se encuentra en segunda discusión en la Asamblea Nacional y tiene como meta la integración, como lo explica Sánchez (2007) “la integración en un Sistema Único de Salud a todos los centros prestadores de ese servicio en Venezuela que estén financiados total o parcialmente por la vía fiscal, con la finalidad de articular una efectiva red sanitaria”. Este proyecto de Ley explica que se crea el Sistema Público Nacional de Salud bajo la rectoría del Ministerio de salud, de carácter único, intersectorial y participativo e integra las políticas, planes y acciones, así como los órganos, entes y servicios de salud del sector público destinados a la promoción de la calidad de vida y salud, prevención de la enfermedad, tratamiento oportuno y la rehabilitación de calidad a las personas a nivel nacional.

Otro elemento normativo a destacar en la actualidad, es el Plan de Desarrollo Económico Social de la Nación 2007-2013, en el cual se observa el esquema emanado de la Presidencia de la República, en el subtítulo de “Venezuela hacia el socialismo del siglo XXI” corroborando una vez más la dirección del gobierno de Chávez hacia este modelo de Estado Socialista. Se presentan allí 7 líneas estratégicas: Nueva Ética

socialista, Suprema Felicidad Social, Democracia Protagónica y Revolucionaria, Modelo Productivo Socialista, Nueva Geopolítica Nacional, Venezuela: Potencia Energética Mundial, Nueva Geopolítica Internacional.

“Suprema Felicidad Social” es la línea donde está inmersa como una de las estrategias “profundizar la atención integral en salud de forma universal” y las políticas escritas son “expandir y consolidar los servicios de salud de forma oportuna y gratuita, reducir la mortalidad materno-infantil y en niños menores de cinco años, fortalecer la prevención y control de enfermedades, propiciar la seguridad y soberanía farmacéutica, incrementar la prevención de accidentes y de hechos violentos, optimizar la prevención del consumo de drogas”, todo esto bajo el amparo de la carta magna.

1.3.2.- Modalidad de organización

Los servicios prestadores de la Red Ambulatoria Convencional existen y obtienen su clasificación de los establecimientos de atención médica durante la presencia del capitalismo como modelo de Estado, específicamente en el año 83 en el decreto 1798, en el Reglamento Orgánico y en las Funciones de los Establecimientos de la Red (1989, p.14) se aporta la clasificación de los establecimientos de salud en ambulatorios, los que a su vez se dividen en rurales tipo I, equivalente a dispensarios rurales sin médicos y los tipos II con médicos que sirven a poblaciones menores de 10.000 habitantes. Los urbanos se clasifican en tres: tipo I, equivalente al modulo de servicios; tipo II, equivalente a los ambulatorios tipo B del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social y Tipo III son ambulatorios tipo A del mismo Ministerio. Todos en poblaciones mayores de 10.000 habitantes.

Ahora bien, la manera como se organizaron en Venezuela los servicios de salud tuvo lugar en los llamados y aun existentes Distritos Sanitarios que son la base estructural de la Red Ambulatoria Convencional, que se crean para “transferir competencias y poder a nivel local” Sánchez (2006). Se dice, según Briceño-León (2003) que son un “modelo de organización en salud muy exitoso por varias décadas en el desarrollo de políticas de salud local, e inclusive base referencial para algunos países de América Latina y el Caribe” (p. 33), pero según Briceño Leon (2003) estos están sustentados en los principios de educación sanitaria enmarcada en la política ministerial que tenían un contenido filosófico reduccionista del ser humano y sus dimensiones sociales, culturales, económicas y políticas. Explica que se trata de: “La prevención, promoción, educación y fomento de la salud enmarcado en el modelo de Leavell y Clark, el cual explica a la salud en la visión de la evolución natural de la enfermedad, inscrita y diferenciada en los tres niveles de atención médica, en correspondencia al grado de complejidad de la patología presentada por los pacientes” (p. 43), donde el paciente es receptor pasivo de las acciones y el profesional de la salud, es dueño de conocimientos absoluto, los cuales de acuerdo a su visión y a sus expectativas diseñaban y ejecutaban las acciones de educación sanitaria, es decir, había la atención de casos con orientación benéfico/asistencialista, subordinado a las decisiones biomédicas del sistema sanitario.

Dentro de la organización existente se consideran el tipo de servicio y los equipos de trabajo que conforman la red ambulatoria convencional, los cuales están estructurados también por niveles donde se tiene al *Ambulatorio Rural tipo I* que es un dispensario rural con dos o más ambientes con el siguiente personal: un auxiliar

de medicina simplificada el cual cumple funciones estadísticas, de inmunizaciones y educación, control de sanos, diagnóstico y tratamiento según el manual de medicina simplificada, esto es lo que se considera Atención Primaria. *Ambulatorio Rural tipo II* que contiene dos o tres consultorios con ambiente de observación y depósito de fármacos y otros y se presta atención médica del primer nivel o primario con un equipo de salud integrado por médico general, odontólogo, enfermera, personal de bienestar social, aseo y limpieza, y dentro de sus funciones esta la atención médica integral, preventiva, curativa de tipo ambulatorio, educación sanitaria, planificación familiar, desarrollo de las comunidades, promoción de saneamiento ambiental y asistencia nutricional. *Ambulatorios Urbanos tipo II y III* los cuales cuentan con los ambientes necesarios según requerimientos de las especialidades y se presta atención médica del segundo nivel y laboran médicos especialistas: pediatras, gineco-obstetras, internistas, cardiólogos y otras necesidades médicas y odontológicas generales, enfermería, bienestar social, aseo y mantenimiento, técnico de rayos x y laboratorio. (VII Congreso de Salud Pública del MSAS, 1986)

Como ya se vio la red convencional está estructurada en función de niveles, y presenta fallas en la articulación entre esos niveles, con un modelo de atención doblemente fragmentado esto según Feo (2006), el autor habla de la “fragmentación institucional con múltiples instituciones del sector público que ofrecen respuestas a reducidos sectores de la población” (p. 354), sin embargo, Barrio Adentro también presenta esa estratificación con Barrio Adentro I, II, III, IV, entonces podemos observar que se siguen cometiendo los errores criticados, se sigue complejizando la estructura y no se visualiza la integración, de hecho, se establecen comparaciones

entre una y otra¹¹, así se observa en el texto la Guía práctica de Barrio Adentro, (2007) y la realidad es que Barrio Adentro también presenta debilidades en estos aspectos, sin embargo, muchos consideran un avance importante el desarrollo de Barrio Adentro en la construcción del Sistema Público Nacional de Salud.

Barrio Adentro contempla en su organización a los consultorios populares, los centros de diagnóstico integral, las salas de rehabilitación, los centros de alta tecnología, las ópticas, y trata de explicarse como una “red de relaciones” con la estructura llamada ASIC, la cual fué descrita en párrafos anteriores, esto según la Guía Práctica de Barrio Adentro, (2006).

Para comprender la modalidad de organización de los servicios de la red ambulatoria hay que aclarar que estos dependen de las Direcciones Regionales de Salud, las cuales dependen directamente del ciudadano Ministro de Salud, sin embargo presupuestariamente dependen también de las gobernaciones de cada estado y de Dirección General del Primer Nivel de Atención en Salud, los servicios odontológicos de la red ambulatoria dependen de la Coordinación Nacional de Salud Bucal la cual depende de la Dirección General de Programas de Salud (ver anexo D). La Dirección de Primer Nivel, contempla dentro de su estructura organizativa a los servicios del Primer Nivel, a Barrio Adentro y a la Red Ambulatoria Convencional, sin embargo, con Barrio Adentro se presenta una situación a destacar y ésta es que el componente cubano y la Coordinación de Salud Bucal dan las directrices en los

¹¹ el sistema actual no define puertas de entrada, dejando a la persona la iniciativa de dirigirse a donde cree que le pueden dar una respuesta, ni garantiza a las y los ciudadanos un contacto permanente con el sistema, que permite el seguimiento continuo de las condiciones de salud. Ni dispone de mecanismos de referencia y contrarreferencia eficaces, conformándose con una normativa que no pasa de convertirse en una buena intención y por ultimo, en su estructura jerárquica, considera el hospital como centro del sistema, el eje del mundo

servicios odontológicos del Primer Nivel de Atención, lo que resalta la compleja organización que podría desencadenar en duplicidad en las funciones de las unidades administrativas propias del ministerio y la foránea, constituida por lo cubanos.

1.3.3.-Red Ambulatoria y Red Barrio Adentro.

Las dos estructuras sanitarias del Ministerio del Poder Popular para la Salud que brindan atención médico odontológica, presentan aparentes diferencias en los lineamientos, modelos de gestión y exigencias. Estas estructuras son: la Misión **Barrio Adentro** considerado como “la concreción de la atención primaria en salud, constituida para dar respuestas a las necesidades sociales de la población especialmente la excluida” Guía Practica (2006), y que también es considerada una política estratégica la cual conforma la columna vertebral de la estructura organizativa del Ministerio de Salud; y la **Red Ambulatoria Convencional** que se define como “los establecimientos públicos prestadores de atención médica integral en servicios de salud organizados por niveles de atención, a las poblaciones rurales y urbanas con los programas de salud, y encargados también de fomentar el desarrollo de programas comunitarios” (Pacheco-García, 1986, p. 29). La condición de la Red Ambulatoria, según Santana (2007) es la de “hospitales y ambulatorios totalmente abandonados con equipos obsoletos, con un recurso humano viciado, sujeto a todas las privaciones del mundo: salario pésimo, fragmentado, sin ningún tipo de seguridad social” (p. 118).

Para el año 1999 se puede observar que toda la red ambulatoria presentaba un franco deterioro, como se indica en el texto La Estrategia de Cooperación de OPS/OMS 2006-2008, el diagnóstico que hace el Ministerio de Salud de la línea base

de su accionar, es que el modelo conceptual dominante en el sector salud en los últimos 20 años, consintió y promovió la desinversión social y el consecuente deterioro de la infraestructura de servicios, su obsolescencia y la falta de mantenimiento de la tecnología de apoyo, incidiendo en la capacidad resolutive de los establecimientos públicos; descuidó la calidad de la atención e hizo abandono de los protocolos de diagnóstico y tratamiento; reposó la organización del trabajo en función de la satisfacción de las demandas de gremios y sindicatos, con congelamiento de cargos y disminución en la práctica de los tiempos de dedicación contratados; y permitió el deterioro de la producción y el serio retroceso de los sistemas de información y monitoreo, bases para la toma de decisiones.

En cuanto al personal de salud, existe, según la Dirección de Ambulatorios del Ministerio de Salud en el año 2007, un déficit de aproximadamente de 40.000 enfermeras, existen también grandes problemas en los servicios de la red convencional los cuales van desde problemas en el ajuste de sueldos, en la carga horaria, hasta problemas de infraestructura. Por el otro lado, tenemos a la Misión Barrio Adentro, con unidades portátiles nuevas, pero instaladas en casas de familias, otras en módulos que ya presentan problemas en la infraestructura, ubicados muchos de ellos en áreas donde ya existían ambulatorios. Algunos objetan el hecho de que Barrio Adentro aumente la cobertura¹², (Proyecto Resten, 2005).

¹² Barrio Adentro, cuya intención de dar cobertura a sectores de población sin atención en salud es loable, pero puede complicar más el panorama al crear una red paralela, sin rendición de cuentas a las autoridades regionales ni depender directamente de las autoridades nacionales de salud... Por otra parte, está el problema de la falta de integración a la red de salud pública y por último y no menos importante esta la falta de transparencia en la gestión, nadie sabe cuánto y cómo se gasta y nadie rinde cuentas.

A todo eso se le podría agregar la carencia de planificación para la instauración de los consultorios populares, la falta de elaboración de un diagnóstico en general para establecer la situación de los servicios a nivel nacional, tal como se hizo en los ochenta con los servicios de la red ambulatoria. Era necesario un análisis situacional y la posterior planificación para instaurar los servicios de la salud bucal de Barrio Adentro y esto aún en el 2008 no se ha realizado.

Por otra parte la descripción del componente de infraestructura y también de lo que se considera equipo de trabajo en Barrio Adentro fue revisado en el texto Estructura del consultorio popular (2004) donde se señala que el consultorio popular es también la residencia de los cooperantes cubanos, y que para la zona del Distrito Capital se hicieron los llamados octogonales por cuestiones de espacio geográfico, en cuanto al ambiente describe que en la planta baja cuenta con una sala de cura, el consultorio médico y odontológico (no están presentes en todos), hay dos baños, sala de espera, en la parte superior cuenta con la cocina 2 habitaciones un baño, también señala que el personal que conforma el equipo de trabajo, médico cubano, defensora de la salud, odontólogo y estomatólogo.

En la gaceta 38494 del 7 de Agosto 2006, el Ministerio de Salud y para la Vivienda y el Hábitat, en su capítulo I artículo 1 expresa que:

La infraestructura debe ser flexible y adaptable a zonas de alta densidad poblacional. La construcción, estructura y materiales de infraestructura dependerán de la ubicación geográfica...Descripción:
Sala de espera y atención comunitaria, sanitarios sin ducha,

lavamopas, consultorio, sala de cura, preclínica, nebulización y vacunas, área de desecho.

No se consiguió por gaceta la descripción y especificaciones que debe tener en estos consultorios populares los servicios de odontología.

No obstante las dificultades mencionadas, se están ejecutando políticas sociales en materia de salud y se han aplicado pese a todos los problemas en materia de planificación, infraestructura y talento humano, entre otros.

1.4.- El sistema sanitario y la salud bucal en Venezuela.

En lo referente a la salud bucal, se destaca el desarrollo de la medicina preventiva conocida como la *época de oro* hasta mediados de la década 50 del siglo XX, después de lo cual toma fuerza la medicina curativa y se va desarrollando una red de instituciones hospitalarias en el país. Se profundizó su crecimiento institucional, centrada en dos vertientes principales que fueron la independencia académica de la profesión odontológica, con énfasis en la formación tecnocientificista del personal y el asistencialismo al nivel de servicio con predominio de lo mutilador en las acciones (Córdova, 1991, p. 29)

En 1951 se crea en el Instituto Nacional de Odontología el Laboratorio de Investigación y Control de Caries Dental, el Departamento de Endodoncia y de Ortodoncia Preventiva; para el año 1958 se cambia el nombre de División de Higiene Dental por el de División de Odontología Sanitaria, delimitando con más claridad su campo de acción, en lo que a medidas educativas se refiere, haciendo intentos por promover la salud bucal.

En estudios como el EPIO (1972) que demostraban los indicadores en salud, entre ellos la tasa de mortalidad general de 6,7 por cada 1000 nacidos vivos, en salud bucal específicamente se observa que tan sólo un 15,83% de la población de 7 -14 años estaban libres de caries y en el mismo estudio se señalan “datos reveladores de un problema de altas proporciones, que avanza sin barreras preventivas ni restaurativas que interfieran su curso”. Más adelante se señala, en cuanto al índice CPOD de Klein Palmer, (el cual equivale al promedio aritmético de los valores individuales de dientes cariados+dientes obturados+dientes extraídos+extracciones indicadas), que “los resultados evidenciaron que de cada 100 dientes lesionados por caries, escasamente 12,23 llegaron a ser restaurados, los restantes 87,77 seguirán el ciclo destructivo de la enfermedad...los valores porcentuales de cariados disminuyen al aumentar la edad mas sólo para cambiar su denominación de diente cariado a extracción indicada”

La Coordinación Nacional de Salud Bucal era la encargada de normar las dos mencionadas estructuras de atención odontológicas, y manejaba para el 2007 indicadores tales como índice de atrición y de conservación de dientes permanentes (tabla 4), también el número de odontólogos (tabla 3), la denominación de cargos y sueldos de la red ambulatoria (tabla 5). En la coordinación Nacional no había mayores detalles de los componentes de las estructuras sanitarias y mucho menos las especificaciones de cada componente. Para el 2007, se observa que la Misión Barrio Adentro posee 80,5 % del índice de conservación de dientes, siendo este más cercano al ideal comparado con la red ambulatoria que tiene 68,8%, (ver tabla 4). También se observa que hubo mayor cantidad de consultas en Barrio Adentro que en la Red

Ambulatoria Convencional, sin embargo estos datos son insuficientes para caracterizar a ambas estructuras.

Tabla 3. Recurso Humano en Odontología.

Red ambulatoria Desde los años 60	1351 odontólogos 1163 odontólogos fijos 188 odontólogos contratados	1209 higienistas dentales	1392 sillones 1020 funcionando
Misión Barrio Adentro Desde el 2003	2225 odontólogos 3019 estomatólogos	0 higienistas dentales	3019 sillones odontológicos

Fuente: Coordinación Nacional de Salud Bucal. Ministerio del Poder Popular para la Salud, 2007

Tabla 4 Indicadores en ambas estructuras sanitarias

Indicadores	Barrio Adentro	Red Ambulatoria
Índice Conservación de Dientes Permanentes	80,5 %	68,8 %
Total Consultas	3.793.348	2.985.222

Fuente: Coordinación Nacional de Salud Bucal. Ministerio del Poder Popular para la salud, 2005

Tabla 5 Denominación de cargos y sueldos

Horas de Trabajo	DENOMINACION DEL CARGO				
	Odontologo I	Odontologo II	Odontologo III	Odontologo Jefe I	Odontologo Jefe II
1	Bs. 127.288,00	Bs. 135.037,00	Bs. 142.989,00	Bs. 151.101,00	Bs. 155.200,00
2	Bs. 254.576,00	Bs. 270.073,00	Bs. 285.979,00	Bs. 302.202,00	Bs. 310.400,00
3	Bs. 381.864,00	Bs. 405.110,00	Bs. 428.968,00	Bs. 453.302,00	Bs. 465.600,00
4	Bs. 509.153,00	Bs. 540.147,00	Bs. 571.957,00	Bs. 604.403,00	Bs. 620.801,00
5	Bs. 636.441,00	Bs. 675.183,00	Bs. 714.947,00	Bs. 755.504,00	Bs. 776.001,00
6	Bs. 954.661,00	Bs. 1.012.775,00	Bs. 1.072.420,00	Bs. 1.133.256,00	Bs. 1.164.001,00
8	Bs. 1.298.339,00	Bs. 1.377.374,00	Bs. 1.458.491,00	Bs. 1.541.228,00	Bs. 1.583.041,00

Fuente: Cálculo de Sueldos, Dirección General de Recursos Humanos. Ministerio de Salud, 2005

En lo que se refiere a la tabla número 5, ésta establece la denominación del cargo y el sueldo existente hasta el 2007, posteriormente se realizó una nueva denominación de cargos que se explicará en el capítulo III.

En el caso específico de Odontología, según el VII Congreso de Salud Pública en cuanto a la “Situación Actual de la División de Salud Oral”, MSAS (1986), el equipo de salud está conformado por el odontólogo, la auxiliar, y se da una jerarquización según el manual de cargos del MSAS a saber Odontólogo I, II, Jefe I, Jefe II, con una carga horaria de 2, 4, 6 y 8 horas. La condición laboral de los odontólogos en la red ambulatoria es de fijos y contratados, al igual que el personal auxiliar.

El equipo de salud en odontología de la Misión Barrio Adentro no cuenta con el personal auxiliar y tenían un horario a dedicación exclusiva de 8 horas diarias con un sueldo único de 2.000,00 BsF. La condición laboral de los odontólogos de la misión pasó, de contratados a fijos para Junio de 2008 y se le realizó un ajuste de sueldo (a 1.483 Bs.F) según escala establecida, esta disminución conllevó a problemas con los odontólogos de Barrio Adentro, ya que estos no deseaban ésta disminución salarial, esto según entrevista realizada en el año 2008 a la adjunta de la Dirección de Recursos Humanos.

La Coordinación Nacional de Salud Bucal dependía de la Dirección General de Salud Poblacional, y era esta Dirección la que exponía las políticas de salud bucal en la red ambulatoria. Estas políticas estaban orientadas hacia un modelo práctico, con las siguientes características: modelo de práctica regionalizado, con énfasis en la atención primaria, con participación activa de la comunidad. Dentro de esas políticas

de realizaban énfasis en la preparación de recursos humanos acordes con los niveles de atención (Primaria, secundaria y especializada) del modelo regionalizado: miembros de la comunidad, personal profesional y auxiliar, distribución, combinación y redistribución de funciones de los recursos humanos, enfoque del modelo regionalizado y diseño por niveles (Dirección de Salud Poblacional, 2005).

Las Políticas en Salud Bucal eran las siguientes:

1. Investigación de la Atención Bucal

Por los estudios epidemiológicos realizados en Venezuela, el Estudio para la Planificación Integral de la Odontología (E.P.I.O.) (1968-72) y de los estudios más recientes (1983) de Proyecto Venezuela (FUNDACREDESA), y otros que se desarrollan, incorporando las metodologías últimas conocidas en epidemiología.

2. Prevención masiva

3. Participación activa de la comunidad. Educación Popular y Promoción para la Salud.

4. Integración Docencia-Servicio-Investigación y Gremio. Actualización para asistentes dentales y personal profesional.

5. Vigilancia Epidemiológica Estadística.

Hoy en día la Coordinación Nacional de Salud Bucal pertenece a la Dirección General de Programas de Salud adscrita al Viceministerio de Salud Colectiva, sin embargo el Viceministerio de Redes y Servicios y la Coordinación cubana tiene mayor control del área operativa a través de los coordinadores regionales médico-

estomatológico, estableciendo esto una situación única y por primera vez dada en el Ministerio de Salud.

Como ya se mencionó en la Coordinación Nacional de Salud Bucal, se contempla a Barrio Adentro como un eje articulador de las políticas sociales que agrega otra estructura que brinda atención odontológica, además de la red ambulatoria, y se continúa con las acciones de fluorización, vigilancia epidemiológica y la investigación, aunque un tanto disminuida. En la actualidad las políticas de Salud Bucal según Coordinación de salud Bucal (2007) son:

1. Garantizar la salud buco-dental como un derecho.
2. Ampliar la cobertura de atención buco-dental integral en función de mejorar la prestación del servicio. Como cobertura ideal es necesario un odontólogo por cada 3.650 habitantes y un personal auxiliar por cada dos odontólogos. Esta cobertura fue replanteada en la Coordinación Nacional y puesta como norma.
3. Fortalecer el sistema de información gerencial de indicadores de gestión y de indicadores de salud bucal en todo el país.
4. Acompañamiento en la construcción de nueva infraestructura para coadyuvar en el desarrollo del Sistema Público Nacional de Salud (Consultorios Populares Odontológicos, Clínicas Populares, CDI). Esta es una de las nuevas políticas instauradas.
5. Mejorar la calidad, cobertura, eficiencia y atención oportuna de los servicios de salud con énfasis en el fortalecimiento de la atención primaria en salud.

6. Incorporación de nuevas tecnologías a los servicios odontológicos, tales como los radiovisógrafos, monitores, etc. para el diagnóstico radiográfico.

7. Continuar el desarrollo de la prevención masiva, tal como la fluorización de la sal, conjuntamente con acciones propias de educación y prevención en consulta odontológica en charlas a la comunidad, así como también supervisando la correcta aplicación del instrumento de recolección de datos en todo el país.

8. Fortalecimiento del sector salud en educación y capacitación del recurso humano.

1.5 Modalidad de organización sanitaria en el Estado Barinas.

El Estado Barinas cuenta con una población de 732.144 habitantes (INE, 2006). Se encuentra situado en la región sudoccidental de Venezuela con la mayor parte de su territorio ubicado en los Llanos y la otra, en los Andes. Son sus límites: Los estados Mérida, Trujillo, Portuguesa y Cojedes por el norte; El estado Apure por el sur; Guárico por el este y los estados de Mérida y Táchira por el oeste. Debe su nombre a las tribus que poblaban las estribaciones de la cordillera andina, en el valle del río Santo Domingo. Su superficie es de 35.200km, un 23,84 % del territorio nacional. Sus municipios son: Andrés Bello, Ezequiel Zamora, Antonio José de Sucre (Socopó), Pedraza, José Antonio Páez, Barinas, Bolívar (Barinitas), Cruz Paredes, Obispo, Rojas, Alberto Arvelo (Sabaneta), Sosa, Arismendi. Más del 32,23% de la población del estado se concentra en la ciudad de Barinas (236.000 h.). Para la región llanera se tenía según el estudio EPIO (1972) un índice de dientes cariados perdidos y obturados (CPOD) de 9,94 siendo el cuarto entre las cinco regiones en

este índice, un Índice Periodontal 0,73 y un 12,34 % con bolsas periodontales, siendo el segundo mas alto comparado con las demás regiones, el Índice Higiene Oral Simplificado (IHOS) es de 3,44; y esta considerado por el EPIO “la peor situación”, comparado con el resto de las regiones. No se consiguieron en este estudio, datos específicos para el Estado Barinas en cuanto a estos índices.

La Dirección Regional del Estado Barinas gerencia la salud en el Estado, coordinando tanto la Red Ambulatoria Convencional y la Misión Barrio Adentro. Dentro de su estructura organizativa tienen a un coordinador estatal, quien coordina tanto para la red ambulatoria como para la misión. La atención primaria y de salud bucal cumplen con los lineamientos dictados desde el nivel central (Ministerio), la Fundación Misión Barrio Adentro es encargada del aspecto financiero en éste y en todos los estados, es decir, se encarga del pago del estipendio de los cooperantes cubanos y de la nómina del personal venezolano. En la red ambulatoria convencional este aspecto lo lleva el Ministerio de Salud, por lo que es un Estado centralizado donde el presupuesto para el cumplimiento de las actividades de la red convencional es asignado directamente desde el Ministerio.

El Director Regional del estado depende, como los demás Directores, del Despacho del Ministro de Salud. La Dirección Regional de Barinas cuenta con una Coordinadora Médica Nacional y su adjunto, ambos con especialidades en Salud Pública y son los que coordinan al personal constituidos por: defensoras y defensores de la salud, médicos, auxiliares, técnicos, odontólogos, bioanalistas, entre otros, así como también coordinan la Red Ambulatoria y Barrio Adentro, es decir, todo lo pertinente al primer nivel de atención. Dicha coordinadora le suministra información

y rinde cuentas tanto al Director Regional de Salud como al Director del Primer Nivel de Atención en Salud. Esta Dirección fue creada a mediados del año 2007 y es donde se integran el control y seguimiento de los planes y programas ejecutados por los consultorios populares y ambulatorios rurales tipo I y II y ambulatorios Urbanos Tipo I. Entre sus funciones está la de “fortalecer el primer nivel de atención aumentando su capacidad resolutive mediante la implantación, consolidación y extensión de consultorios populares y los ambulatorios de la Red Convencional haciendo énfasis en la promoción de la salud y la calidad de vida” (Dirección General del I Nivel, 2007, p. 14).

El Estado Barinas se encuentra organizado sanitariamente en siete (07) Distritos Sanitarios a saber: Barinas, Barinitas, Pedraza, Sabaneta, Libertad, Santa Bárbara y Socopó. Solo 4 de ellos poseen servicios odontológicos, hay un total de 344 establecimientos de Salud para el Estado distribuidos de la siguiente forma: 01 Hospital Tipo III, 06 Hospitales Tipo I, 17 Centros Diagnósticos Integrales, 01 Centro de Alta Tecnología, 17 Salas de Rehabilitación Integral, 64 Consultorios Populares, 01 Ambulatorio Urbano Tipo III, 16 Ambulatorios Urbanos Tipo I, 43 Ambulatorios Rurales Tipo II, 178 Ambulatorios Rurales Tipo I.

El Estado Barinas contaba con características políticas particulares al momento de la realización de este estudio, ya que el gobernador es el padre del Presidente de la República y se caracterizaba por tener un acercamiento importante con la coordinación cubana de la región. Tanto en medicina como en odontología se tenía una misma coordinación para Barrio Adentro y para la Red Convencional, y en odontología lograron la unificación de los datos en la planilla “ejecución mensual de

actividades” que recoge todas las actividades que realiza el odontólogo y el estomatólogo en consulta.

La coordinadora del estado Barinas tuvo el apoyo absoluto de la Dirección de Salud, sin embargo, ha tenido problemas con la supervisión y monitoreo por falta de vehículo, igualmente, ella manifiesta problemas con la dotación de medicamentos a consultorios populares donde se han asignado médicos venezolanos, pues la misión cubana solo dota de medicamentos a aquellos que cuentan con médico cubano. Dicha coordinadora expresa que las relaciones con la misión cubana han sido satisfactorias.

1.5.1 Red convencional y Barrio Adentro en el estado Barinas.

Barinas fue escogido gracias a la designación dada por la Coordinación Nacional de Salud Bucal a la suscrita, para la supervisión directa de este estado. Es por esto que el objeto de estudio de esta investigación son los consultorios populares de Barrio Adentro que poseen servicios odontológicos, y los ambulatorios de la Red Ambulatoria que poseen servicios odontológicos, así como también es importante señalar que la investigadora era el enlace entre la Dirección General del Primer Nivel de Atención y la Coordinación Nacional de Salud Bucal, lo que hizo viable y factible el proyecto. Se contó con un absoluto apoyo para este proyecto, tanto por parte de la Dirección Regional de Salud, como del sindicato regional y de la Gobernación. Resulta interesante destacar este estado, por ser el único en el que la red convencional odontológica ha atendido mayor cantidad de pacientes y también por el hecho de que la instalación de consultorios populares de la Misión Barrio Adentro fue hecha en la misma área de influencia de los ambulatorios.

Con el fin de continuar con la caracterización de la Red Convencional y Barrio Adentro se debe subrayar que doce estados venezolanos poseen la misma coordinación odontológica para ambas estructuras sanitarias, ese coordinador supervisa y regula la atención en Barrio Adentro y en la Red Ambulatoria Convencional, lo que se considera un avance hacia la integración y es considerada otro apoyo para la escogencia de Barinas. La tabla 6 refleja cuáles son esos estados, así como también evidencia el total de consultas odontológicas, el índice de conservación de dientes permanentes y el índice de atrición. Nótese también que el estado Barinas posee uno de los mejores índices.

Tabla 6 Indicadores de salud bucal en 12 estados que tienen la misma coordinación regional

ESTADOS	Total Consultas Odontológicas.	Índice de Conservación de dientes Permanentes	Índice de Atrición
AMAZONAS	3931	52,89	93,49
APURE	10699	55,36	81,71
BARINAS	17404	70,65	27,26
BOLIVAR	40154	48,19	87,99
DELTA A.	9666	94,92	59,13
MERIDA	10184	0,00	64,47
MIRANDA	18844	61,39	79,41
NVA. ESPARTA	13186	82,65	50,84
PORTUGUESA	28996	77,69	86,80
SUCRE	39288	58,92	30,55
TACHIRA	17059	0,00	73,16
VARGAS	19204	58,89	80,87

Fuente: Coordinación Nacional del Programa de Salud Bucal 2005, Ministerio de Salud.

En entrevista realizada en el año 2008 a la Mg. Sc Amelia Acosta, Enfermera de Salud Pública Jefe IV, Adjunta a la Dirección General del Primer Nivel de Atención de Salud del Ministerio del Poder Popular para la Salud, se establecieron definiciones importantes para esta investigación, como por ejemplo:

Barrio Adentro y la Red Ambulatoria Convencional se definen como estructuras sanitarias prestadoras de servicios de salud a la población bajo ideologías diferentes, si estuviesen articuladas, vinculadas y organizadas, conformarían el Sistema de Salud, donde la red ambulatoria convencional coloca énfasis en la prevención y promoción... La conformación de estas estructuras viene dada por: atención propiamente dicha, componente personal de salud, administrativo-financiero, infraestructura, específicamente pisos, techos y paredes así como servicios básicos.

La anterior definición se puede adaptar a las estructuras sanitarias que prestan atención odontológica, y está avalada por la definición aportada por el Director del Sistema Público Nacional de Salud, Dr. José Delgado en el taller denominado “La transformación del Sistema Publico Nacional de Salud” (2008).

Estas estructuras sanitarias que prestan atención odontológica en Barinas son los consultorios populares y ambulatorios convencionales donde según información inicial, se cuenta con 20 servicios odontológicos de la Red Ambulatoria ubicados en 4 municipios como lo son Barinas, Bolívar (Barinitas), Pedraza, Alberto Arvelo (Sabaneta) y la Red Barrio Adentro con 19 servicios odontológicos, donde la instauración de los consultorios populares fue realizada en los municipios Barinas,

Bolívar (Barinitas), Antonio José de Sucre (Socopó), Alberto Arvelo (Sabaneta) y Pedraza.

Tabla 7. El personal de ambas estructuras

Misión Barrio Adentro	31 odontólogos	31 sillones odontológico
Red Ambulatoria Convencional	77 odontólogos	36 sillones odontológicos

Fuente: Coordinación Regional, Barinas año 2006

Tabla 8. Pacientes atendidos en la Red Ambulatoria Convencional-Barinas

GRUPOS DE EDAD	< 7 AÑOS		7-14 AÑOS		> 15 AÑOS		TOTAL	
	F	M	F	M	F	M	F	M
PACIENTES ATENDIDOS	3.225	3.314	7.228	6.231	14.693	9.346	25.146	18.891

Fuente: Coordinación Odontológica Regional del Estado Barinas, 2005

Se encontró que la Red Convencional centra sus actividades en pacientes atendidos por ciclos de vida, evidenciándose que, sumados todos los grupos de edad, dan un total de 44.037. La mayor cantidad de pacientes atendidos odontológicamente son del sexo femenino con un total de 25.146 mientras que en menor proporción se atendieron a los pacientes masculinos con un total de 18.891. En la red ambulatoria convencional se ha atendido un total de 44.037 personas de una población total de 732.144, lo que indica que existe un 6 % de población que ha sido atendida en estos servicios en el año 2005.

Tabla 9. Pacientes atendidos en la Red Barrio Adentro –Barinas

GRUPOS DE EDAD	< 7 AÑOS		7-14 AÑOS		> 15 AÑOS		TOTAL	
	F	M	F	M	F	M	F	M
PACIENTES ATENDIDOS	1.488	1.321	3.821	2.893	17.606	12.691	22.915	16.905

Fuente: Coordinación Odontológica Regional del Estado Barinas, 2005

También se observó en las tablas anteriores que la red convencional atiende en mayor cantidad a los menores de edad, a diferencia de Barrio Adentro. Entonces, para el año 2005 la Red Ambulatoria Convencional atendió mayor cantidad de

pacientes, lo que establece una diferencia entre los indicadores nacionales y estatales, pues en los nacionales se establece que Barrio Adentro realizó mayor cantidad de consultas odontológicas. Otra diferencia es que en el estado Barinas se hace la recolección de los datos estadísticos discriminados por grupos de edad y sexo, lo que ocurre en pocos estados, también se puede afirmar que en el estado Barinas se ha logrado la recolección satisfactoria y unificada de los datos estadísticos.

Se considera que esta investigación sería también referencia importante para el resto de los estados de Venezuela, que tienen los mismos componentes administrativos-financieros, de dotación, así como semejanzas en el perfil del personal y de infraestructura. Esta investigación se aproximará a una serie de razonamientos y reflexiones del por qué Barinas, a pesar de los aspectos positivos, como la inclusión de consultorios populares en zonas marginales, en lugares poco accesibles, ha tenido una mejoría lenta en la salud bucal de sus habitantes. Se aproximará a conocer los nudos críticos que faciliten la identificación del problema o los problemas en las estructuras sanitarias que brindan atención odontológica, así como también las debilidades en sus componentes.

Ahora bien, tomando en cuenta la realidad planteada y los referentes empíricos, es necesario conocer: ¿cuáles son los componentes que identifican a las estructuras sanitarias odontológicas y apreciar cuáles son actualmente las características de cada componente en ambas estructuras? ¿Están caracterizadas las estructuras sanitarias odontológicas para propiciar la integración de los mismos, en vía a la conformación del Sistema Público Nacional de Salud establecido en la Constitución Nacional? ¿Son estos datos descriptores de las estructuras sanitarias que brindan atención

odontológica en el Ministerio del Poder Popular para la Salud?, ¿Hay duplicidad en los esfuerzos y en la atención brindada por los servicios odontológicos del Ministerio de Salud? ¿Se conoce cómo es la atención odontológica del Ministerio del Poder Popular para la Salud y cuáles son sus componentes?

Las anteriores interrogantes y sus posibles respuestas justificaron la necesidad de esta investigación, ello aunado al hecho de que el Ministerio del Poder Popular para la Salud tiene en la actualidad la obligación de identificar y caracterizar las estructuras de atención existentes para lograr el Sistema de Salud y lograr la estructura organizativa armónica con los procesos de cambios que la comunidad y las políticas de Estado exigen, así como aportar las herramientas para continuar con la conformación del Sistema Público Nacional de Salud, y cumplir con lo establecido en el artículo 84 de la Constitución Nacional.

Tabla 10. Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSION	INDICADORES	PREGUNTAS	FUENTES DE	INSTRUMENTO
Sistemas de Atención Odontológica	OPERATIVA	Variables secundarias		DIRECTRICES	INFORMACION	DE RECOLECCION DE DATOS
El sistema de atención odontológica recibe al paciente, lo diagnostica, y aporta el tratamiento necesario con el fin de cambiar la situación de salud bucal inicial, donde el proceso de asistencia esencial es ofrecida por un equipo (odontólogos, técnicos electromecánicos e higienistas) que prestan sus servicios para que la población pueda tener acceso al sistema odontológico, de forma general y equitativa, a todos los individuos y familias de la comunidad a través de los medios adecuados a ellos, conformando parte integral del sistema sanitario del país.	Grupo de elementos que al interactuar proporcionan servicio odontológico para el común	Componente atención odontológica -Promoción -Preventivas -Curativas -Emergencias	-Número de pacientes atendidos -Número y tipo de actividades preventivas, -Número de charlas dadas en sala de espera, enseñanza de técnica de cepillado. -Sellantes de fosas y fisuras, aplicación de flúor, limpiezas, operatorias, cementos emergencias, curas, tratamiento a abscesos (drenaje)	¿Cuáles son las actividades realizadas en los servicios odontológicos? ¿Cuántos servicios existen? ¿Existe atención odontológica en todos los municipios de Barinas? ¿Cuál sistema atendió mayor cantidad de pacientes? ¿Qué sistema realiza mayor cantidad de exodoncias? ¿Qué sistema realiza mayor cantidad de prótesis y tratamiento de conducto?	planilla de recolección de datos DSP04 Observación de campo	Planilla de recolección de datos DSP04

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERATIVA	DIMENSION	INDICADORES	PREGUNTAS DIRECTRICES	FUENTES DE INFORMACION	INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS
Red Ambulatoria Convencional Odontológica: que se define como los establecimientos públicos prestadores de servicios de atención odontológica integral en los diferentes niveles de atención, a las poblaciones rurales y urbanas, ubicada en los 24 estados. Inició sus actividades como sistema de atención en los años 60.	Es el sistema prestador de Salud Bucal perteneciente al MPPS, ofrece atención odontológica a los pacientes y que actualmente cuenta con equipos obsoletos, unidades dañadas y personal contratado y fijo de 1 a 8 horas, que labora en servicios odontológicos Es coordinado financieramente por el MPPS	Variables secundarias componente atención odontológica -Promoción -Preventivas -Curativas -Emergencias	-Número de pacientes atendidos -Número y tipo de actividades preventivas, -Número de charlas dadas en sala de espera, enseñanza de técnica de cepillado Sellantes de fosas y fisuras, aplicación de fluor, limpiezas operatoria, cementos emergencias, curas, tratamiento a abscesos (drenaje)	¿Qué actividad odontológica prevalece en la red ambulatoria? ¿Qué porcentaje de personas ingresan a este sistema odontológico? ¿Cuántas actividades odontológicas de promoción se han realizado en este sistema durante el año 2007? ¿Cuántas actividades odontológicas de prevención se han realizado en este sistema durante el año 2007? ¿Cuántas actividades odontológicas curativas se han realizado en este sistema durante el año 2007?	Planilla de recolección de datos DSP04 Observación de campo	Planilla de recolección de datos DSP04

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERATIVA	DIMENSIÓN	INDICADORES	PREGUNTAS DIRECTRICES	FUENTES DE INFORMACIÓN	INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS
Barrio Adentro Odontológico: Es parte de la concreción de la Atención Primaria en salud, como prioridad de la política de salud del Ministerio de Salud, para dar respuestas a las necesidades bucales de la población, especialmente la excluida, inicia actividades en el año 2003 por un Convenio con la República de Cuba; la misión barrio adentro odontológica esta ubicada en 24 estados a nivel nacional.	Es el sistema de atención odontológica, que presta atención al paciente sin contar con personal auxiliar, a 8 horas diarias y que comparte actividades con el estomatólogo, estas actividades pueden ser llevadas a cabo en unidades móviles, casa de familia o servicios odontológicos. Es coordinado financieramente por la Fundación Misión Barrio Adentro.	Variables secundarias componente atención odontológica -Promoción -Preventivas -Curativas -Emergencias.	-Número de pacientes atendidos -Número y tipo de actividades preventivas. -Número de charlas dadas en sala de espera, enseñanza de técnica de cepillado -Sellantes de fosas y fisuras, aplicación de fluor, limpiezas, operatoria, cementos emergencias, curas, tratamiento a abscesos (drenaje).	¿Qué actividad odontológica prevalece en Barrio Adentro? ¿Qué porcentaje de personas ingresan a este sistema odontológico? ¿Cuántas actividades odontológicas de promoción se han realizado en este sistema durante el año 2007? ¿Cuántas actividades odontológicas de prevención se han realizado en este sistema durante el año 2007? ¿Cuántas actividades odontológicas curativas se han realizado en este sistema durante el año 2007?	Planilla de recolección de datos DSP04 Observación de campo.	Planilla de recolección de datos DSP04.

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERATIVA	DIMENSIÓN	INDICADORES	PREGUNTAS DIRECTRICES	FUENTES DE INFORMACION	INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS
Odontólogo-estomatólogo: Personal profesional de la salud especializado en la cavidad bucal y que se encarga del diagnóstico, tratamiento y prevención de las enfermedades que afectan a los dientes y demás tejidos de la boca así como zonas adyacentes a la misma. (Diccionario de especialidades médicas).	Son aquellos profesionales especialistas en la cavidad bucal que laboran en el servicio y ofrecen atención odontológica a los pacientes	-componente personal de salud bucal: Odontólogos, Higienistas y Estomatólogos. Técnico electromecánico.	-Cantidad de odontólogos e higienistas Años de experiencia, nivel de educación, cantidad de hombres y mujeres, edades, sueldos	¿Cuántos odontólogos laboran en los sistemas de atención? ¿Cuántos técnicos electromecánicos existen a nivel nacional? ¿Cuántos odontólogos poseen estudios de 4to nivel? ¿Cuál es el sexo predominante entre los odontólogos de los sistemas de atención odontológica del MPPS? ¿Cuántos odontólogos consideran que continuarán trabajando en los servicios de ambos sistemas odontológicos? ¿Qué edades tienen los odontólogos que trabajan en ambos sistemas de atención odontológica? ¿Cuál es la carga horaria de los odontólogos en ambos sistemas	Observación de campo. RRHH de la Dirección Regional de Salud.	Cuestionario de preguntas mixtas (cerradas y abiertas).
Higienista dental: Auxiliar del odontólogo	Higienista dental: Auxiliar del odontólogo, ayuda en el manejo de materiales dentales e instrumental en el acto odontológico, realiza el control de citas, vacío de estadísticas					
Técnico Electromecánico: Encargado del mantenimiento y arreglo de equipos	Técnico Electromecánico: Encargado del mantenimiento y arreglo					

	de equipos			de atención? ¿Está presente la higienista en ambos sistemas de atención? ¿A los odontólogos de Barrio Adentro les molesta trabajar con el estomatólogo?		
VARIABLE	DEFINICIÓN OPERATIVA	DIMENSION	INDICADORES	PREGUNTAS DIRECTRICES	FUENTES DE INFORMACION	INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS
Malone, T. W. and Crowston, K. (1991). La coordinación es "el acto de gestionar las interdependencias entre actividades. Coordinar es disponer un conjunto de cosas o acciones de forma ordenada, con vistas a un objetivo común (según Diccionario de la Lengua Española)	La coordinación: Es la actividad reguladora, o de ordenación sobre los sistemas odontológicos del Ministerio del Poder Popular para la Salud y busca que distintas actividades sigan un mismo ordenamiento, se orienten a los mismos objetivos, o se eviten conflictos entre ellas,	-componente coordinación	Número de citas Número de referencias Manejo de estadísticas	¿Cuál es la unidad encargada de la coordinación de los sistemas de atención odontológica? ¿Cómo es la recolección de datos estadísticos en los sistemas de atención odontológica? ¿Tienen planilla de recolección de datos en los sistemas de atención odontológica? ¿Existe manual de cargo para ambos sistemas de atención odontológica?	Coordinación médica regional del Estado Barinas Observación de campo	lista de cotejo o de chequeo

	obedeciendo las políticas Nacionales en Salud Bucal			¿Los odontólogos de estos sistemas de atención tienen a donde referir a los pacientes?		
VARIABLE	DEFINICIÓN OPERATIVA	DIMENSION	INDICADORES	PREGUNTAS DIRECTRICES	FUENTES DE INFORMACION	INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS
El componente financiero estudia la obtención y gestión, por parte de una compañía, individuo o del Estado, de los fondos que necesita para cumplir sus objetivos y de los criterios con que dispone de sus activos.(Enciclopedia Libre)	Es aquel que solventa el pago de las nóminas, estipendio cubano, bonos, entre otros del personal que labora en los servicios odontológico	Componente financiero	-Presupuesto de salud bucal del estado Barinas	¿Qué organismo o unidad maneja el aspecto financiero de la red ambulatoria y de barrio adentro? ¿Existe escala de sueldos en los sistemas de atención odontológica? ¿Cuál es el presupuesto aprobado para salud bucal en la red ambulatoria Barinas? ¿Cuál es el presupuesto aprobado par salud bucal en Barrio Adentro Barinas?	RRHH Ministerio del Poder Popular para la Salud y RRHH de la Fundación Barrio Adentro	cuestionario de preguntas cerradas

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERATIVA	DIMENSIÓN	INDICADORES	PREGUNTAS DIRECTRICES	FUENTES DE INFORMACIÓN	INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS
Componente infraestructura: Conjunto de elementos físicos estructurales que se consideran necesarios para el funcionamiento de una organización o para el desarrollo de una actividad, esto según el Diccionario de Lengua Española	Área física (paredes, techos) donde se desempeña el servicio odontológico	componente infraestructura	-Cantidad de servicios existentes Condición física de los servicios: -Cantidad en buen estado. -Cantidad en mal estado -Cantidad en regular estado	¿Cuántos servicios odontológicos existen? ¿Cómo es la condición de las paredes en los servicios de barrio adentro? ¿Cómo es la condición del techo en los servicios de Barrio Adentro? ¿Cómo es la condición de las paredes en los servicios de la red ambulatoria? ¿Cómo es la condición del techo en los servicios de red ambulatoria? ¿Dónde se edificaron los consultorios de barrio adentro? ¿Se edificaron en casas de familia los servicios de odontología de Barrio Adentro?	Trabajo de campo Encuesta a Personal	El instrumento de observación escala de estimación, el instrumento de observación denominado lista de cotejo o de chequeo.

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERATIVA	DIMENSION	INDICADORES	PREGUNTAS DIRECTRICES	FUENTES DE INFORMACIÓN	INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS
Equipos: Conjunto de instrumentos, utensilios y objetos necesarios para la realización de cierta actividad según el Diccionario de Lengua Española Insumos: Mercancías o productos de primera necesidad que se suministran	Equipos odontológicos: el compresor que imprime fuerza a la unidad odontológica que es aquella donde se coloca al paciente para realizar actividades propias de la odontología, utilizando los materiales dentales considerados como insumos, también a las unidades dentales se les conectan las turbinas, micromotores que son también equipos propios del uso del odontólogo	Componente equipos, dotación de insumos	-Cantidad de sillones por consultorio -Cantidad de compresores por consultorio -Servicios equipados -Condición de los equipos Dotación: tipo y cantidad	¿Cuántos sillones y compresores tienen los servicios de Barrio Adentro? ¿Cuántos sillones y compresores tienen los servicios de la Red ambulatoria? ¿Cuál es el estado de los sillones y compresores de la red ambulatoria y Barrio Adentro? ¿La dotación de insumos es entregada a tiempo en Barrio Adentro y en la Red ambulatoria? ¿Cuál es la calidad de los suministros en Barrio Adentro y en la Red Ambulatoria?	Trabajo de campo Encuesta a Personal	Lista de cotejo o de chequeo, y el instrumento de observación escala de estimación

CAPÍTULO II

Marco metodológico

La base filosófica de esta investigación coincide con el paradigma *empírico analítico*, las ciencias empírico-analíticas o naturales, son las metodologías científicas que producen, en una forma técnica, el conocimiento útil. El énfasis en la predicción y el control de los procesos objetivos se relacionan directamente con los intereses técnicos. Este trabajo de investigación esta ubicado bajo este paradigma debido a que esta basado en ideales de explicación, predicción y control, Ruiz (2001).

En esta investigación se recogen y analizan datos sobre variables, donde se puede observar que la realidad puede ser estudiada a través de las mismas. Entre estas variables podemos enumerar: Barrio Adentro, Red Ambulatoria Convencional, personal, componente coordinación-administración, componente financiero, edificaciones, equipos e insumos.

La investigación, que se realizó en un tiempo determinado, es una investigación *transversal*, donde se hace el estudio simultáneo de las variables en determinado momento; también se puede agregar que el estudio es *descriptivo* porque determina la situación de las variables a estudiar. Canales, Alvarado, Pineda (1986). La práctica en este estudio es conocer y caracterizar las estructuras sanitarias que brindan atención odontológica, también permite la producción de conocimientos y establecer relaciones entre variables. Hay confiabilidad en los instrumentos, representatividad de la muestra, confirmación de la teoría y existe distancia entre objeto y sujeto.

El estadístico que asesoró este trabajo de investigación, Licenciado Hugo Casanova, indicó que el mismo “fue descriptivo-comparativa en uno de sus objetivos,

pues se determinó las actividades odontológicas de Barrio Adentro y la Red Ambulatoria separadamente y se estableció una comparación básica entre ellas. Ahora, dado que establecer diferencias entre dos comportamientos es difícil cuando se encuentran pequeñas diferencias (por ejemplo afirmar que 12% y 11% son iguales o diferentes), se recurrió a la comparación estadística usando una prueba de hipótesis estadística y de t student en las actividades odontológicas del componente atención. Podríamos catalogar el estudio como inferencial por este motivo, para el primer objetivo”.

2.1.-Universo estadístico y muestra

Canales, Alvarado, Pineda (1986) definen *Universo estadístico* como “el conjunto de individuos y objetos del cual se desea conocer algo en una investigación” En esta investigación se refiere entonces al conjunto de consultorios populares y ambulatorios del estado Barinas que tienen servicios Odontológicos; Barinas posee 21 servicios odontológicos en la Red Ambulatoria y 23 servicios en Barrio Adentro.

Muestra. El tipo de muestreo fue censal o muestreo estadístico exhaustivo, es decir, 21 servicios odontológicos en la Red Ambulatoria y 23 servicios odontológicos en Barrio Adentro.

2.2.-Instrumentos. Fuentes de información

“Instrumento de recolección de datos es cualquier recurso, dispositivo o formato (en papel o digital), que se utiliza para obtener, registrar o almacenar información” Fidias (2006). La observación realizada en este caso fue la observación estructurada que “es aquella que además de realizarse en correspondencia con unos objetivos, utiliza una guía diseñada previamente, en la que se especifican los elementos que

serán observados”, es decir, en esta investigación se planteó un instrumento para cada objetivo planteado, donde los datos fueron obtenidos a través de la observación directa en los servicios durante 6 meses de visitas programadas y a través de lo aportado por los coordinadores de los servicios odontológicos, por odontólogos y la coordinadora del estado Barinas. Diferentes instrumentos fueron utilizados, entre estos se encuentran:

- Encuesta que fue realizada a cada odontólogo, la cual se define como “una técnica que pretende obtener información que suministra un grupo o muestra de sujetos acerca de sí mismos, o en relación con un tema particular” Fidias(2006). Las preguntas realizadas fueron ¿te molesta no tener auxiliar en tu equipo de trabajo? ¿Te molesta trabajar con los estomatólogos? (ver anexo 2).
- Se le realizaron a cada odontólogo de cada servicio preguntas mixtas (cerradas y abiertas) las cuales “indican la presencia o ausencia de un aspecto o conducta a ser observada” Fidias (2006), Mediante cuestionario de preguntas mixtas (cerradas y abiertas) (ver anexo 1).
- Se le suministró a cada odontólogo de cada servicio un cuestionario de preguntas abiertas, una evaluación actitudinal de la percepción de ellos hacia el servicio de manera espontánea, es decir la pregunta fue abierta. Los aspectos negativos fueron verbalizados mediante cuatro grupos de expresiones (ver anexo 2).
- Se le realizó una escala de estimación la cual es un “instrumento que busca medir cómo se manifiesta una situación o conducta” Fidias(2006), y que fue utilizado en los siguientes ítems: *dotación calidad de los suministros, entrega de los suministros y*

condición de los equipos, infraestructura. Elementos: condición física: de paredes y de techo (ver anexo 3).

- Cuestionario de preguntas cerradas, las cuales “son aquellas que establecen previamente las opciones de respuesta que puede elegir el encuestado” Fidias (2006). Entre ellas *La escala de sueldo* que fue verificada gracias a este instrumento (ver anexo 7).

- Lista de cotejo o de chequeo, “también denominada lista de control o de verificación, que es un instrumento que indica la presencia o ausencia de un aspecto o conducta a ser observada” Fidias(2006) (ver anexo 3)

- Entrevista estructurada o formal la cual “es la que se realiza a partir de unas guía prediseñadas que contiene las preguntas que serán formuladas al entrevistado” Fidias (2006). Para contemplar la opinión del odontólogo se realizó una entrevista estructurada y se obtuvo la percepción de los entrevistados sobre las condiciones generales de los servicios, para lo cual se usó una escala ordinal de tres niveles (Bueno, Regular y Malo). Mediante una entrevista estructurada o formal se obtuvo *la Actitud de los profesionales hacia el servicio*. También se obtuvo mediante este instrumento la percepción de las *condiciones generales de los servicios por tipo de servicio* (ver anexo 4).

- Entrevistas semi-estructuradas pues “aun cuando existe una guía de preguntas, el entrevistador puede realizar otras no contempladas inicialmente” Fidias(2006). Se realizaron 3 entrevistas semi-estructuradas, una al Director del Sistema Público Nacional de Salud, a Amelia Acosta y al expresidente de la Fundación Misión Barrio Adentro Dr. Luís Lira (ver anexo b).

Se obtuvo a principios del año 2008 la planilla DgSP04 (ver anexo 6) la cual consolida las actividades odontológicas de la Red Ambulatoria y de Barrio Adentro de todo el año 2007, y a la cual se le realizó el análisis respectivo.

2.3.-Procesamiento de datos.

De las tablas ubicadas en resultados, la tabla 5-a, denominada Actividad Odontológica en la Misión Barrio Adentro y en la Red Ambulatoria, muestra algunos estadísticos descriptivos característicos de la actividad odontológica de la Red Ambulatoria (R) de Barrio Adentro (B). El valor N o número de servicios evaluados, la media aritmética y la desviación típica. Las actividades evaluadas fueron las de promoción, prevención, actividades curativas, de emergencias, las endodoncias y las cirugías. Seguidamente, se evaluó la tabla anexo 5b denominada Prueba t student para diferencia de muestras independientes, asumiendo varianzas iguales muestra la prueba t de student para la significación de la diferencia entre las medias de las actividades odontológicas de la Red ambulatoria y Barrio Adentro, asumiendo varianzas iguales. Esta prueba se hizo como complemento de la tabla anexo 5 debido a que por simple observación de las medias de las actividades de la Red Ambulatoria y Barrio Adentro no se puede decidir si su diferencia es importante. De modo que se analizaron solo aquellas diferencias entre las actividades que fueran estadísticamente significativas, para lo cual se han sombreado las celdas de la tabla anexo 5b que contienen diferencias importantes.

La prueba que se corrió es conocida ampliamente, pero se mencionaran algunos aspectos importantes antes de iniciar el análisis de las medias. La estructura del contraste de hipótesis es como sigue:

1. Contraste: Hipótesis Nula (H_0) la media de B y la de R son iguales para cada actividad, es decir, no existen diferencias estadísticamente significativas

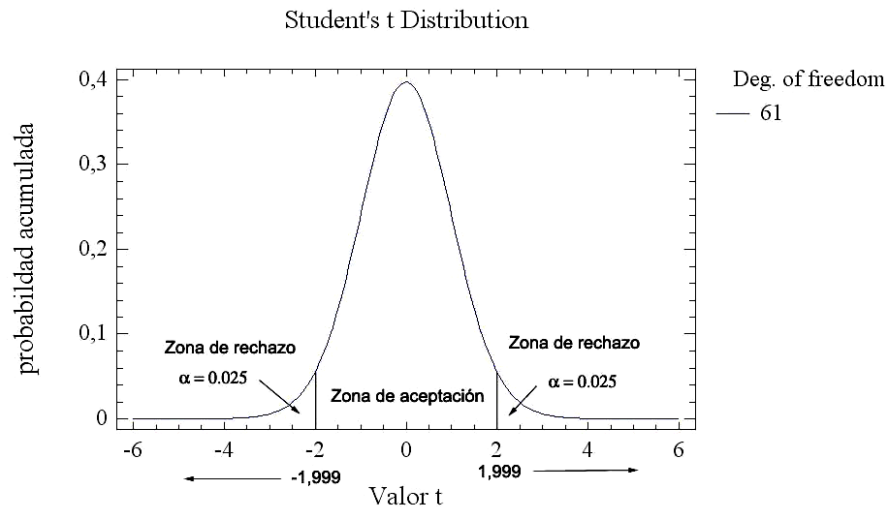
$(\bar{\chi}_R - \bar{\chi}_B) = 0$, Hipótesis Alternativa (H_1) las medias de B y R son diferentes estadísticamente

$$2. \text{ Estadístico de contraste: } t = \frac{(\bar{\chi}_B - \bar{\chi}_R)}{\sqrt{(\eta_B - 1)S_B^2 + (\eta_R - 1)S_R^2}} \sqrt{\frac{\eta_B \eta_R (\eta_B + \eta_R - 2)}{\eta_B + \eta_R}}$$

3. Grado de significación: $\alpha = 0.05$

4. Grados de libertad: $\nu = \eta_B + \eta_R - 2$

5. Criterio: rechazar H_0 si $t < -1.999$ o $t > 1.999$ ó si $p < \alpha = 0.05$ (significación bilateral)



Según tabla anexo 5-b, todas las actividades realizadas entre Red ambulatoria(R) y Barrio Adentro (B), salvo charlas, curas y otras (no especificadas) ofrecen diferencias importantes por tipo de servicio. Los valores t (columna 2) y las diferencias (columna 5) entre las actividades de R y B son favorables a la Red Ambulatoria (R) si son negativas y favorables a Barrio Adentro (B) si son positivas. Esto se debe a que la diferencia se hizo B-R y como R es generalmente mayor, pues da negativa la diferencia. Los valores t son en su mayoría negativos de modo que en charlas, enseñanza, sellantes, flúor, drenajes, conductos y exodoncias sobresale la Red

Ambulatoria con diferencias significantes para todas, menos para charlas y otras (actividades de cirugía).

CAPITULO III

La situación de salud asociada con la atención sanitaria en la Red Convencional y la Red Barrio Adentro en el estado Barinas

3.1.-En la prestación de servicios:

3.1.1-Los relacionados con el componente de atención odontológica en la Red Ambulatoria Convencional y Misión Barrio Adentro. Los principales hallazgos:

La red ambulatoria posee servicios odontológicos en los siguientes municipios Barinas, Bolívar (Barinitas), Pedraza y Alberto Arvelo (Sabaneta). Posteriormente se instalaron servicios odontológicos de Barrio Adentro en los municipios Barinas, Obispos, Bolívar (Barinitas), Cruz Paredes, Antonio José de Sucre (Socopo), Pedraza, Alberto Arvelo (Sabaneta) y Rojas, municipios estos que ya tenían tales servicios gracias a la red convencional (a excepción de Obispos, Cruz Paredes y Rojas en donde no había servicios odontológicos de la red ambulatoria convencional). Esto quiere decir que quedan sin esta atención odontológica los municipios Andrés Eloy Blanco, Ezequiel Zamora, José Antonio Páez, Sosa y Arismendi. Un 38,46% de los municipios en el estado Barinas carecen de los servicios odontológicos dependientes de Ministerio de Salud, evidenciando la falta de planificación en Barrio Adentro y corroborando que lo teórico esta distanciado de la realidad, de lo operativo, ya que contradice la definición de Barrio Adentro como “la concreción en atención primaria” debido a que se quebrantan principios fundamentales de la Atención Primaria en Salud (APS) tal como la Cobertura y el Acceso, todo ello según el documento “Valores, principios y elementos esenciales de un sistema de salud basado en la APS”, OPS (2008). A pesar de la señalada cantidad de municipios sin servicios

odontológicos en Barinas, se observa un aumento en la cantidad de consultas comparando al año 2005 con el 2007, donde para el año 2005, según la Coordinación Nacional de Salud Bucal (2005), se realizaron 17.404 consultas odontológicas y para el 2007, según la Coordinación Regional del estado Barinas (anexo 6) se realizaron 104.996. Lo que no se pudo dilucidar es si este aumento ha tenido lugar debido a que son las mismas personas que se atendieron en un servicio de la red convencional y luego asistieron a uno de Barrio Adentro o si el aumento en la cantidad de habitantes del 2005 al 2007 hace que aumenten los pacientes que asisten a consulta.

En Barrio Adentro el sistema de registro e información entregado por la Coordinación del estado Barinas, la planilla dsp04, evidencia que se ha atendido a un total de 52.060 personas de una población total de 732.144, lo que indica que existe un 7,1 % de población que ha sido atendida en estos servicios en el año 2007. En la Red Ambulatoria Convencional, según esta misma planilla, se ha atendido a un total de 52.936 personas de una población total de 732.144 lo que indica que existe un 7,23 % de población que ha sido atendida en estos servicios en el año 2007. En resumen, del 100 % de la población total del estado Barinas para el año 2007, representado por 732.144 personas, se han atendido odontológicamente a un 14,34% de la población, es decir, 104.996 personas. Lo anterior sumando los pacientes atendidos en la Red Ambulatoria Convencional y los atendidos en la Red de la Misión Barrio Adentro.

En cuanto a la atención odontológica propiamente dicha, se obtuvo que en la red ambulatoria hay mayor cantidad de actividades preventivas (ver anexo 6) tales como charlas, enseñanza de técnica de cepillado, sellantes de fosas y fisuras, lo que destaca el énfasis en la promoción y prevención, así como las exodoncias y los conductos

obturados, lo que destaca la realización de tratamientos especializados. Observando las actividades, la Red Ambulatoria Convencional para el año 2007 atendió mayor cantidad de consultas 52.936 (Barrio Adentro atendió 52.060) y esto a pesar de las condiciones de obsolescencia de los equipos de la red ambulatoria convencional.

Las actividades curativas predominan en el accionar de Barrio Adentro con respecto a la Red Ambulatoria, cuya actividad predominante es la prevención en número muy superior al dado por Barrio Adentro. Esto también confronta el aspecto teórico y el operativo ya que se plantea en Barrio Adentro “la concreción de atención primaria”, donde la prevención y promoción deberían estar destacadas como parte de los principios de la atención primaria y operativamente no es así.

Es de señalar que se obtuvo de la coordinación del estado un cuadro con la sumatoria de las actividades odontológicas del año 2006 (anexo 8) donde se observa únicamente en el área de promoción una mayor cantidad de charlas en Barrio Adentro que en la Red Ambulatoria, mientras que en enseñanza de técnica de cepillado, sellantes y flúor, la Red Ambulatoria posee mayor cantidad. Es importante señalar que la Coordinación Regional de Salud Bucal del estado Barinas y la Coordinación Nacional Salud Bucal, para el año 2005 presentaron índice de atricción, número de consultas y conservación de dientes permanentes, (ver tabla 4 y 6) mientras que en los años 2007 y 2008 no se encontraron indicadores desarrollados, mucho menos interpretados, indicadores tales como: CPOD, IHOS, ceo, cobertura, atricción y conservación de dientes permanentes, lo que dificulta la comparación de datos y afecta directamente la planificación, seguimiento y control de los servicios y la atención odontológica propiamente dicha.

Barrio Adentro parece superar a la Red Ambulatoria tan sólo en profilaxis, resinas, amalgamas, pulpotomías y momificación (ver anexo 5). Esto refuerza el análisis ya realizado en los párrafos anteriores. Los gráficos integrales formados por diagramas de sectores (anexo 5 gráfico 5) son bien explícitos, al mostrar que el color amarillo de la Red Ambulatoria y el verde de Barrio Adentro.

La planilla DSP04 ubicada en el anexo 6 arroja resultados semejantes excepto en fluor y curas y drenaje, los cuales no aparecen escritos de manera explícita en dicha planilla. El resto de las actividades corroboran los datos obtenidos en el estudio estadístico realizado para esta investigación. También la dsp04 demuestra que en la Red Ambulatoria se realizan cirugías mayores, prótesis, endodoncias, mientras que en Barrio Adentro no.

Análisis de datos Planilla DSP04 año 2007: La Red Ambulatoria Convencional para el año 2007 realizó mayor cantidad de consultas 52.936 (Barrio Adentro atendió 52.060 consultas). Estos datos coinciden con los datos iniciales de esta investigación donde para el año 2005 la Red Ambulatoria atendió mayor cantidad de pacientes y esto a pesar de las condiciones de obsolescencia de los equipos de la Red Ambulatoria Convencional, las cuales serán vistas en el *componente de equipos*. También este resultado establece una diferencia en los indicadores nacionales y estatales, pues en los primeros Barrio Adentro presentaba mayor cantidad de consultas odontológicas (así se observa en tabla 4).

Barinas ha logrado la recolección satisfactoria y unificada de los datos estadísticos en ambas estructuras sanitarias, y estos se registran en la planilla Dgsp 04. En la Dgsp04 la profilaxis está ubicada como ítem 29 sin especificar si es una

actividad restauradora, preventiva u otra mientras que en la planilla “consolidado de actividades” del año 2006 entregado por la Coordinadora Odontológica Regional, aparece como parte de las actividades preventivas, trayendo como consecuencia la interpretación equívoca de las actividad, pues afectaría la sumatoria final de las actividades preventivas y restauradoras.

En la red ambulatoria predominan las actividades preventivas con un 64,86 % y estas contemplan control de placa en los centros de salud, control de placa en grupos escolares, enjuague de fluor en escolares, aplicaciones de laca fluor, sellantes de fosas y fisuras. En Barrio Adentro las actividades predominantes son las curativas-restaurativas con un 76,26 %, han realizado tan sólo 9.012 actividades preventivas comparadas con las 74.632 actividades preventivas realizadas en la red ambulatoria. Como se mencionó en líneas anteriores esto (lo operativo) colide con lo teórico donde las actividades preventivas no son mayoría en Barrio Adentro.

De las obturaciones (amalgama más resinas) se hacen en mayor cantidad en Barrio Adentro, con un total de 65.936 obturaciones en dientes permanentes y 9.792 obturaciones en dientes temporales y en la Red Ambulatoria 29.768 obturaciones en dientes permanentes y 7.264 obturaciones en dientes temporales. En cuanto al tipo de resina utilizada las estructuras sanitarias, en Barrio Adentro es la autocurada mientras que en la red ambulatoria se utiliza la fotocurada.

En la Red Ambulatoria se realizaron 416 tratamientos de conductos con obturación completa, mientras que en Barrio Adentro no realizan endodoncia y no reflejan conductos obturados, aspecto ya mencionado antes, lo cual evidencia la

presencia de tratamientos especializados de endodoncia en la Red Ambulatoria y la ausencia de tratamientos especializados en Barrio Adentro.

3.1.2-En cuanto al componente personal de salud que labora en ambas estructuras sanitarias odontológicas: la Red Ambulatoria Convencional y Barrio Adentro, los hallazgos fueron:

- En Barrio Adentro según el Dr. Luís Lira, Presidente de la Fundación Misión Barrio Adentro, 2007; “hay déficit de aproximadamente 3000 médicos a nivel Nacional”. El Estado venezolano formó y sigue formando a médicos venezolanos para superar el déficit de profesionales que existe.
- Según encuesta realizada en el 2006 a los coordinadores regionales, estos señalan que existe un solo técnico electromecánico por estado, quedando desasistido la gran mayoría de los municipios. En el Plan Operativo Anual (POAN) 2007 y 2008 no existió la inclusión de la capacitación o formación de este recurso humano necesario para el mantenimiento de los equipos, ello a pesar de ser parte de las Políticas de Salud Bucal 2007 enumeradas en este trabajo en la página 52, lo que evidencia la falta de planificación en función de las necesidades del servicio.
- Para el año 2006 la Coordinación Regional de Barinas reportó 31 odontólogos para Barrio Adentro y 77 odontólogos para la Red Ambulatoria, pero en esta investigación se logró identificar a 35 odontólogos en Barrio Adentro, y 60 estomatólogos en Barrio Adentro, quienes trabajan un turno siendo asistidos por el componente cubano y el siguiente turno los odontólogos asisten al estomatólogo. En Barrio Adentro no hay higienistas y la compañía del estomatólogo parece desmotivarlos (ver anexo 2). Se hallaron 28 odontólogos en la red ambulatoria y 32

higienistas dentales. Esto expone la falta de conformación de equipos de trabajo tradicionales en el área de salud bucal en los servicios odontológicos de Barrio Adentro. Aún hoy, para el momento de la entrega de este trabajo, no se tenía contemplada la inclusión de higienistas dentales en el presupuesto de Barrio Adentro odontológico.

- Desde Junio del 2008 el Presidente de la República en acto público otorgó a los odontólogos de Barrio Adentro cargo fijo, pues el personal era contratado, y una vez que pasaron a fijos realizaron el reclamo porque se les disminuyó el sueldo (fue ajustado a la tabla de sueldos entregada por el Ministerio de Planificación y Presupuesto). En la red ambulatoria son contratados 7, los demás son fijos.

- La red ambulatoria tiene un 14,3% de odontólogos que poseen estudios de cuarto nivel, específicamente postgrado clínico, lo que se refleja en la atención odontológica, satisfaciendo a los pacientes que acuden al servicio y que necesitan la especialidad de endodoncia. En Barrio Adentro 8% de los odontólogos realizaron el postgrado de odontología general integral, lo que pareciera no haber tenido impacto en la atención a los pacientes, ya que en la planilla DGSP04 no se perciben modificaciones. Por el contrario, esta planilla refleja que en Barrio Adentro no se ha realizado ningún tratamiento endodóntico, quirúrgico o protésico, lo que a su vez evidencia que no se tomaron en cuenta los datos estadísticos para la planificación del postgrado en función de las necesidades del servicio y del paciente.

- En cuanto a la distribución por sexos, ambos servicios se caracterizan por el predominio del sexo femenino. Sin embargo, en Barrio Adentro existe mayor

cantidad de mujeres pues allí 82,9% son mujeres y en la Red Ambulatoria solamente 46,4% son del sexo femenino.

- En cuanto a la continuidad en el servicio, los profesionales de ambas estructuras creen que sí van a continuar en su trabajo para el año próximo, en Barrio Adentro un 60% y en la Red Ambulatoria un 75%, pero los de la Red Ambulatoria están más seguros de ello y presentaban personal motivado. Esto puede deberse a que la mayoría de ellos eran funcionarios públicos, es decir en la categoría de fijos, con más tiempo de servicio. Se recuerda que para el momento de la consolidación de los resultados obtenidos por esta investigación, los odontólogos de Barrio Adentro no habían sido promovidos a cargo fijo.

- Los odontólogos de Barrio Adentro tienen como promedio de edad 29 años y los de la Red ambulatoria tienen 42 años. Los odontólogos de la Red Ambulatoria son mayores en edad que los de Barrio Adentro significativamente.

- Los odontólogos de Barrio Adentro poseen una carga horaria de 8 horas, las cuales no son cumplidas a cabalidad, pues en el 80% de las visitas realizadas a los servicios se observó que el odontólogo llegaba a las 9 a.m. y terminaba la labor antes de las 3 p.m. Los odontólogos de la Red Ambulatoria tenían carga horaria de seis horas las cuales, en el tiempo que duró el trabajo de campo, se constató el cumplimiento a cabalidad del horario.

3.1.3-En cuanto a la coordinación y organización en ambas estructuras sanitarias odontológicas: la Red Ambulatoria Convencional y Barrio Adentro, los hallazgos fueron:

Era la Coordinación Nacional de Salud Bucal, a través de la Coordinación Regional del estado Barinas la que se encargaba de coordinar, evaluar y planificar los servicios en ambas estructuras sanitarias odontológicas del estado. Para el mes de Julio del 2008 pasó tal responsabilidad a la Coordinación Médica Regional venezolana y cubana, por orden del Ministro de Salud Jesús Mantilla. También ocurre la particularidad de que en Barrio Adentro hay una coordinación equivalente, que es la coordinación cubana la cual guía el accionar en el estado Barinas, tal cual como se hace a nivel nacional. Esta Coordinación Nacional recibe órdenes del Viceministro Cubano que está destacado en el país, y es quien da los lineamientos y normativas en la misión.

Los odontólogos de la Red Ambulatoria se guían por el manual descriptivo de clases de cargo del ministerio, el cual plantea especificaciones oficiales de la administración pública nacional, así como el código, atribuciones y deberes generales y funciones inherentes a el ejercicio, grado, requisitos mínimos generales para su desempeño, jerarquía según su antigüedad, tiempo en la administración pública y estudios de postgrado. Los odontólogos de Barrio Adentro no poseían manual de cargo ni especificaciones, tan solo hay odontólogos asistenciales, Coordinadores de Estado y Coordinadores Municipales, se infiere que al pasar a fijos se regulen por el manual de cargos actual del ministerio.

Existe un protocolo de Salud Bucal que fue elaborado en el 2005 (anexo C), el cual se revisó y fue aprobado por el Director del Primer Nivel. Esto se considera un avance, sin embargo la Coordinación de Salud Bucal actual no retoma ese protocolo y los servicios odontológicos desde el 2006 han funcionado sin ese instrumento tan

valioso. Entonces resulta evidente la necesidad de una Coordinación Nacional y Regional de Salud Bucal que realmente coordine todos los componentes de las estructuras sanitarias odontológicas, así como también dicte los lineamientos y las normativas en concordancia con el componente cubano.

El trabajo de campo en cuanto a este objetivo destacó lo siguiente:

- Los odontólogos ofrecieron expresiones referidas al hecho de no tener dónde referir pacientes. En esto ambas estructuras sanitarias ofrecen críticas similares (42,9% en BA contra 47,8% en RA) (anexo 3). Este aspecto evidencia la falta de coordinación y organización de los servicios en cuanto a referencia y contrareferencia. Odontología no ha logrado organizarse en los niveles 1 y 2 del Sistema de Salud, situación esta que podría generar otro trabajo de investigación.

- En cuanto al sistema de citas odontológicas, la investigación indica que existe control y deja claro el interés del servicio en la continuidad del tratamiento de los pacientes. Ambos servicios están sobre el 90%, es decir, en Barrio Adentro 100% de los servicios establecen citas y 90,5% de los servicios de la Red Ambulatoria establecen citas, (anexo 3).

- Un instrumento utilizado por la coordinación estatal y observado en este estudio fue la ficha de ejecución mensual de actividades Dgsp04, pues tanto Barrio Adentro y la Red Ambulatoria hacen la recolección de los datos estadísticos con esta ficha en la cual anotan a los pacientes discriminados por grupos de edad y sexo. Sin embargo, la coordinación regional del estado entregó para el desarrollo de esta investigación una planilla llamada “consolidado de actividades” (anexo 8) muy diferente a la Dsp04 (anexo 6). Al solicitar una explicación, no se obtuvo respuesta

del por qué de ésta situación. La realización de estadísticas es similar en ambos servicios, el 100% de los servicios en Barrio Adentro las realiza y en la Red Ambulatoria se realizan en un 90,5%. Ciertamente 10 puntos de diferencia podrían ser significativos cuantitativamente, pero no cualitativamente, pues ambos están en valores de 90% o más, (anexo 3)

3.1.4.-En cuanto a la condición de la infraestructura (pisos, techos y paredes en ambas estructuras sanitarias odontológicas) la Red Ambulatoria Convencional y Barrio Adentro, los hallazgos fueron: En cuanto a la condición de las paredes, Barrio Adentro tiene servicios con un 56,5% en el nivel Bueno, mientras que en la Red Ambulatoria tiene tan sólo 42,9% en el mismo nivel. (Anexo 4).

- La percepción sobre el techo continúa la misma evaluación favorable de Barrio Adentro sobre Red Ambulatoria, en efecto un 87% en B.A calificó como bueno mientras que un porcentaje similar en RA, de 85,7%, lo evalúa como regular. (Anexo 4).

Los servicios de Barrio Adentro presentan mejores condiciones en sus edificaciones pero esto no es de extrañar debido a que tienen funcionando 5 años, mientras que los de la red tienen más de 20 años en funcionamiento y, sin embargo, sus edificaciones, según el estudio, no presentan mal estado.

- Dos de los servicios odontológicos de Barrio Adentro fueron ubicados en casa de familia, mientras que en la Red Ambulatoria ninguno esta ubicado en casa de familia.

3.1.5.-En cuanto a la condición de equipos, dotación e insumos en ambas estructuras sanitarias odontológicas: la Red Ambulatoria Convencional y Barrio Adentro, los hallazgos fueron:

- Los coordinadores de Barrio Adentro venezolanos solicitan los suministros a la Coordinación de Salud Bucal y esta a su vez los solicita a la Fundación Misión Barrio Adentro. La Red Ambulatoria solicita sus suministros y equipos a las Direcciones Regionales y a la Coordinación de Salud Bucal. Todo esto complica aún más el panorama integracionista.

- En los 21 servicios de la Red Ambulatoria hay 33 sillones y 21 compresores y en los 23 servicios en Barrio Adentro, 60 sillones y 35 compresores.

- Existen equipos obsoletos, de más de 20 años en la Red Ambulatoria, todos tienen compresor y unidades dentales, pero en la red existen 2 equipos dañados.

- En la Red Ambulatoria la opinión censada de los jefes de servicios y odontólogos es que en un 76,2% consideran obsoletos los equipos, mientras que en Barrio Adentro tan solo un 30,4% consideran que tienen mucho tiempo los equipos. (Anexo 2).

- La percepción que tienen los odontólogos sobre la condición de los equipos en Barrio Adentro (100% Buenos) supera a la Red Ambulatoria (52,4% Buenos y 38,1% Regulares), lo cual puede ser debido a que son equipos más nuevos ver anexo 4.

- En cuanto a la calidad de los suministros, en BA un 95,7% son considerados como Regular, en un 76,2% de los de la RA se les declara como Buenos, y así lo refiere la tabla y el gráfico 4, (anexo 4).

- En la entrega de los suministros en BA el 100% considera que es bueno, en la RA un 76,2% lo considera bueno, y así se observa en anexo 4.

3.2.-El financiamiento

3.2.1.-En cuanto al componente financiero en ambas estructuras sanitarias odontológicas: la Red Ambulatoria Convencional y Barrio Adentro, los hallazgos fueron:

El aspecto financiero de Barrio Adentro es asumido por la Fundación Misión Barrio Adentro, Fundación adscrita al Ministerio del Poder Popular para la Salud. Este Ministerio asume también el aspecto financiero de la Red Ambulatoria. Este aspecto evidencia una dualidad en la elaboración de los presupuestos y en el gasto. Los montos exactos en el gasto específico en Salud Bucal del estado Barinas no pudieron ser obtenidos, pero se sabe que para la Dirección del Primer Nivel de Atención, que coordina los ambulatorios rurales tipo I, II y Urbanos tipo I, se aprobaron para el año 2008 Bs.F 44.027.675,00 (*Ministerio de Salud 2008*) y para Barrio Adentro I con los Consultorios Populares aproximadamente Bs.F. 45.000.000,00. Tanto en la Fundación Barrio Adentro como en el ministerio se realiza el control y seguimiento de los presupuestos en una planilla denominada Sistema de Control y Seguimiento (anexo 9) donde se coloca lo ejecutado física y presupuestariamente por trimestres. Dicha planilla explica lo realizado con el presupuesto y refleja si se esta cumpliendo o no con las metas planteadas.

La Fundación Misión Barrio Adentro entrega un estipendio mensual a los estomatólogos cubanos, el cual equivale a un sueldo mínimo, lo cual implica un gasto en el presupuesto de la nación que se justifica en el caso de los médicos, por la falta

de este recurso humano, pero en el caso de los odontólogos no pareciera existir la necesidad porque en el país existen suficientes odontólogos.

La escala de sueldos anterior al año 2008 está ubicada en el anexo 7, actualmente y según decreto número 6.054 de fecha 29 de Abril de 2008, la escala de sueldos para los profesionales universitarios que son empleados públicos, es de Bs.F 1483,00 para los P1, Bs.F 1566,00 para los P2 y Bs.F 1594,00 para los P3, donde la numeración 1, 2 y 3 después de la letra P establece la antigüedad y el nivel de especialización del profesional.

El presupuesto debería ser planificado en función de un aumento en los sueldos, así como para la adquisición de nuevos equipos para la red ambulatoria y planificarse no para la construcción de nuevos servicios, sino para el acondicionamiento de los de la red y tan sólo se construirían nuevos en los sitios donde la población carece de servicios odontológicos. Se unificarían igualmente los horarios de atención, los protocolos de atención, los recursos, los sueldos, entre otros, todo esto en función de la integración necesaria.

Desde el punto de vista del contexto político de esta investigación y por la velocidad de los cambios que se suceden, se tuvo que consultar con expertos quienes han sido actores importantes en momentos de consolidación de la Misión Barrio Adentro y del Sistema Público Nacional de Salud. No se consiguieron estas reflexiones en ninguna literatura, y en eso radica su importancia. Se logra esclarecer gracias a estas entrevistas a expertos que ambas estructuras sanitarias nacen producto de políticas específicas según la época, que poseen servicios de salud que no se han modificado con la misma velocidad en la que se han modificado las necesidades de la

población. La asignación presupuestaria es consumida en un alto porcentaje por el gasto que genera el personal y no se poseen instrumentos que apoyen la planificación de los servicios y la movilización de recursos en forma estratégica y equitativa.

Se logra discernir también que el Presidente de la República instaure a Barrio Adentro como eje articulador, mas sin embargo el ministerio respectivo que ha trabajado con la Red Ambulatoria y Barrio Adentro de manera simultánea, no ha logrado la articulación o la integración, esto sin mencionar los demás entes públicos prestadores de salud como IPASME, IVSS, entre otros. Gracias a las mencionadas entrevistas también se logra corroborar la existencia de políticas paralelas en las estructuras sanitarias: “sin embargo coexisten políticas sanitarias donde todo lo que es programático lo hace la Dirección General de Programas de Salud; en la red y en la misión es lo traído por los cooperantes cubanos” tal como lo expresó el Dr. Lira ex presidente de la Fundación Misión Barrio Adentro en entrevista realizada. Es decir, que los cooperantes cubanos ejecutan normas programaticas que le son propias.

Se establece que la planificación es necesaria para un correcto desarrollo de las estructuras sanitarias. Se evidenció la carencia de recurso humano, específicamente el personal médico. Y finalmente se expresa claramente que a pesar de ser “la punta de lanza” de la política del Estado en Salud, Barrio Adentro no ha logrado ser la columna vertebral del Sistema Público Nacional de Salud venezolano, sin embargo, se realiza el intento de que sea así.

Ahora bien, Barrio Adentro instaurado durante un modelo de Estado en transición, y considerado política estratégica, cuenta con tan solo 5 años de instalada

y ya ha presentado fallas atribuibles a la falta de planificación y a la carencia de integración en los esfuerzos.

Antes de iniciar la investigación, una de las preguntas realizadas era referida a los datos iniciales y si estos eran suficientes para describir las estructuras sanitarias odontológicas, entonces ahora se sabe que tan solo la mención de un indicador o con o de un dato estadístico no es suficiente para una caracterización; es necesario el análisis, así como también es necesario identificar los componentes y relacionarlos. Otra de las preguntas era: ¿Hay duplicidad en los esfuerzos y en la atención brindada por los servicios odontológicos del Ministerio de Salud? En este sentido se comprobó que hubo un aumento de la cantidad de servicios y también que la mayoría de ellos se ubicaron en áreas geográficas que ya poseían servicios de salud odontológicos.

Otra pregunta fué: ¿Cuáles son los componentes que conforman las estructuras sanitarias que brindan atención odontológica? y ¿cuáles son actualmente las características de cada componente en esas estructuras? Esta respuesta se obtuvo a este nivel de la investigación, y se aclara que no se tenía descrito los componentes de las estructuras sanitarias odontológicas.

Otra pregunta fué: ¿Están caracterizadas las estructuras sanitarias que brindan la atención odontológica con el fin de propiciar la integración de los mismos en vía a la conformación del Sistema Público Nacional de Salud? No existía una caracterización organizada de las estructuras que brindan atención odontológica, existían juicios de valor y supuestos en relación a la Red Ambulatoria y Barrio Adentro. Gracias a este trabajo se logró la comprobación científica de la condición de cada elemento de las estructuras sanitarias que brindan atención odontológica.

Consideraciones Finales

El modelo de Estado Nacional imperante pauta el comportamiento de todas las estructuras públicas, incluyendo las de salud. Es por esto que las estructuras sanitarias tienen características propias del modelo que las vio nacer. Las estructuras sanitarias estudiadas se conformaron durante momentos históricos-políticos diferentes, y esto permite precisar el abordaje y la importancia que el Estado le dió a la salud de los pueblos, estableciendo el tipo de estructuras sanitarias y la atención médica y odontológica propiamente dicha.

Durante el capitalismo hubo un debilitamiento de las estructuras públicas del Estado lo cual quedó expuesto en el marco teórico de esta investigación, y que viene a comprobarse en el trabajo de campo, el cual evidenció: obsolescencias en los equipos, falta de contratación de técnico electromecánico, entre otras, es decir, durante el capitalismo se fragmentó el Sistema de Salud, existiendo múltiples organismos que brindaban atención, todos desarticulados entre sí y por niveles de atención, con lentitud en sus procesos administrativos, con la imposición y crecimiento de un modelo individual-curativo de alto consumo tecnomédico.

Las mencionadas situaciones, entre otras, propician en el 2003 el nacimiento de la Misión Barrio Adentro dirigido a toda la población, pero específicamente a los que fueron excluidos en años anteriores, programa que ha pretendido resolver la inmensa deuda social existente en el ámbito de la salud, y si bien ha funcionado aumentando indiscutiblemente la cantidad de servicios, también plantea una contradicción con lo que se establece en nuestra Carta Magna en cuanto a la construcción del Sistema Público Nacional de Salud, debido a la carencia de un sistema de salud articulado y

fortalecido, por cuanto ambas estructuras sanitarias transitan desvinculadas y desarticuladas y con recursos insuficientes, con dualidad en el gasto, en la construcción de servicios, en la contratación de personal entre otros, lo que provoca la desintegración de esfuerzos, y también deja claro la falta de una adecuada planificación y el desinterés hacia la red ambulatoria nacida hace mas de 20 años.

Barrio Adentro surge, en parte, debido a la gestión poco eficiente por parte del Ministerio de Salud, sin embargo, en los servicios de la red ambulatoria de Barinas, que fue parte del epicentro de este estudio, se evidenció el trabajo de los profesionales atentos al cumplimiento de horarios y brindando una optima atención, esto llevó a preguntarse si Barrio Adentro debió tomarse como una misión, que era su objetivo inicial, o si se debió integrar paulatinamente a la estructura de la red con el fin de crear un sistema fortalecido. Lo que sí se sabe es que lo actual, el que estén paralelos, genera como ya se dijo un doble gasto, edificaciones con una misma área de influencia, falta de capacitación necesaria al personal, específicamente a los técnicos electromecánicos, capacitación a los odontólogos sin planificación, sin observación ni estudio estadístico que oriente hacia la necesidad de cubrir en lo público especialidades odontológicas como endodoncia y cirugía, entre otras, ya que se pudo observar que la especialidad “Odontología General Integral” no parece haber tenido impacto en la atención odontológica a los pacientes.

No se evidenció en la Mision Barrio Adentro la realización de tratamientos especializados (endodoncia), quedando excluidos así de la atención odontologica que se brinda a la población que acude a estos servicios públicos.

En Barinas la Red Ambulatoria odontológica a pesar de no haber recibido los esfuerzos de las políticas de Estado, tales como sueldos atractivos, equipos nuevos, edificaciones reacondicionadas, entre otras, continúa aportando una valiosa atención a los pacientes en el área odontológica, sobretodo en la endodoncia. Barrio Adentro colabora con el aumento de la cantidad de servicios, pero en cuanto a la atención odontológica propiamente dicha, no da aportes novedosos.

La Coordinación Nacional de salud bucal, entre otras cosas, perdió la posibilidad de administrar directamente la salud bucal de cada estado por orden directa del Ministro de Salud, el cual les entregó esa potestad a los coordinadores médicos regionales de Barrio Adentro. ¿Como quedaría entonces la Red Ambulatoria Convencional Odontológica? Ella es y era también coordinada por la Coordinación Nacional de Salud Bucal, pues queda aún más separada y desvinculada de Barrio Adentro.

Es certera la opinión que expresa que existe mayor cantidad de servicios, pero es preponderante recurrir a la planificación estratégica como base de la integración de las estructuras, para responder a las necesidades reales de cada sector y para la construcción de nuevos servicios odontológicos en áreas que no posean estas estructuras. También favorecería la integración la unificación de los instrumentos, tales como la planilla de recolección de datos, para realizar la oportuna y adecuada vigilancia en salud, así como definir las responsabilidades y funciones del personal de salud para poder medir su desempeño y actuación, homologar los sueldos y la carga horaria, todo esto para aportar respuestas regulares y articuladas a las necesidades bucales de la población.

La comparación de las estructuras, aún cuando no se tenía establecida, surgió como producto del primer objetivo planteado en esta tesis, sin embargo, el objetivo principal fue el caracterizar para conocer y entender estas estructuras sanitarias odontológicas en el estado Barinas, observar el comportamiento de las variables, dar alternativas para lograr la integración, con el fin último de mejorar la salud bucal del venezolano y dar el aporte necesario previo a la puesta en marcha de la Ley de Salud.

Ahora bien, siendo la red ambulatoria un sobreviviente del Modelo de Estado Capitalista, que cuenta con los servicios, el personal graduado y especializado, se consideraría una decisión inteligente por parte de las autoridades del ente rector el utilizarla para el desarrollo del Sistema de Salud vinculándola y articulándola con Barrio Adentro. Lo que han brindado hasta ahora los servicios odontológicos de Barrio Adentro es mayor cobertura, también un postgrado a sus odontólogos, pero en cuanto a instauración de servicios en otras áreas de influencia, cumplimiento de horario, equipo de salud, calidad de suministros y capacitación del personal hay mucho que planificar.

Los componentes de las estructuras que brindan atención Odontológica fueron fácilmente identificados: recurso humano, infraestructura, administrativo, financiero, suministro y equipos, los cuales fueron descritos por observación directa y gracias también a la opinión dada por los odontólogos. Al ser caracterizados estos componentes y realizando este análisis se logra establecer que el sistema de atención odontológica debe ser una red de relaciones, deben ser elementos vinculados y articulados, pues si no es así no se puede hablar de sistema sino de estructuras sanitarias aisladas. Desde este enfoque es que se debe considerar y construir al

Sistema Público. Por supuesto, no se puede dar esa red de relaciones si no existe la integración, y esta debe ser precedida por la caracterización de las estructuras de salud, en este caso específicamente de las estructuras sanitarias que brindan atención odontológica. Establecer comparaciones puede ser infructuoso, debido a que la red ambulatoria odontológico esta en desventaja respecto a Barrio Adentro odontológica por todo lo anteriormente explicado. Sin embargo, podría el primero ofrecer una cantidad valiosa de experiencias y razones que la han llevado a durar más de 20 años en el país y aún hoy día continua brindando atención odontológica a la población. También se reconoce en esta red ambulatoria la realizacion de tratamientos especializados como la endodoncia, necesaria en los servicios públicos donde y según las estadísticas hay, a pesar de la demanda, pocos casos atendidos, situación esta que podría cambiar si se planificara y dirigieran los esfuerzos hacia esta meta.

Fortalecer el Sistema Nacional Público de Salud no es sólo la compra de equipos y aumentar el numero de servicios, es también fortalecer la prevención, la promoción, la planificación, estimular la participación popular en los servicios odontológicos, que son aspectos también considerados en la Carta Magna y el fin último y lo más importante: que las millones de personas excluidas sean atendidas con calidad y eficiencia en servicios de salud integrados e integrales.

Se deben realizar todos los esfuerzos en función de cumplir con la normativa legal y jurídica referida a la conformación del Sistema Público Nacional de Salud. La estructuración del mismo ha tenido esfuerzos infructuosos y largas esperas, y no se observan los avances requeridos para la integración y conformación sólida del

Sistema de Salud, para que no sólo sea con calidad, eficaz y efectivo, si no también sustentable en el tiempo.

También es importante recordar las áreas de salud integral comunitaria (ASIC) como estructura base del sistema de salud. Sería interesante que en futuras investigaciones se aborde esta propuesta para que Odontología se inserte de manera bien planificada, utilizando inclusive, servicios de la red ambulatoria para la ejecución de ciertas especialidades. Esta propuesta del Sistema Público de Salud esta siendo discutida a nivel de gabinete ministerial cuando este trabajo ya estaba por culminarse. Estos ASIC, junto con las áreas de atención distrital, estatal y regional serán a futuro los que conformen la red del Sistema Público Nacional de Salud. Debemos los expertos ocuparnos en la introducción pertinente y apropiada de la odontología en los ASIC y en el Sistema de Salud en sí. La inclusión de la red ambulatoria en los proyectos del Sistema de Salud se vislumbró en este proyecto de los ASIC, no como servicios de atención médica odontológica, si como prestadores de otro tipo de servicios tales como locales para el adulto mayor o un albergue materno infantil, lo cual resulta incoherente a la luz de los resultados arrojados por esta investigación donde se observa una alta productividad de la red ambulatoria así como personal calificado y responsable en ella. Es por esto que me siento en la obligación de reportar la necesidad de que Odontología encuentre donde insertarse y articularse en sus distintos niveles, y especialidades en la estructura del sistema en construcción.

Se reconoce en este trabajo la gratuidad, la universalidad de la salud mencionadas en la Carta Magna, lo que establece un gran logro de la gestión gubernamental, totalmente diferente al discurso privatizador, de recuperación de

fondos, cobros, colaboraciones que existía en épocas anteriores al gobierno actual. El Sistema Público de Salud demanda sistematización y la organización de la salud pública así como también la organización de la salud bucal. Se debe rescatar el proceso de construcción del Sistema de Salud, la cual debe ser documentada y difundida en el escenario de la salud pública del estado Barinas y a nivel Nacional, como parte importante del contexto histórico del Ministerio de Salud, aún más en el escenario de recentralización que se vislumbra, situación que se presenta sin indicios de integración de las estructuras sanitarias existentes a lo interno del Ministerio del Poder Popular para la Salud.

Así mismo, se debe incentivar la investigación de la mano de la academia y la ciencia, con el fin de mejorar las técnicas empleadas en los tratamientos y elevar la calidad de la atención odontológica de la población, así como apoyar las actividades en función de la prevención de enfermedades y educación en salud bucal. Cada área a investigar deberá basarse en el principio de sustentabilidad y resolver problemas específicos de la comunidad.

Definitivamente debe surgir la integración como una opción para mejorar la atención sanitaria de todos los venezolanos, posibilitando la ejecución de acciones conjuntas, pues apoyar la salud bucal significa apoyar la salud general integral e integrada. Debemos promover la socialización de trabajos como este para el conocimiento del sistema de salud venezolano y abrir paso a los aportes que tanto técnicos como la población en general pueden dar.

BIBLIOGRAFIA

Abadía & Oropeza (2005) *¿Cómo usar el Manual APA?*” visitado marzo 2007

<http://www.apastyle.org>

Bravo, Rafael *Temas de investigación en Atención Primaria* (visitado Diciembre 9,2006), de <http://www.abadib.es/5jornadas-salud/comunicacion10.htm>

Infomed Red de Salud de Cuba visitado enero 2008 <http://www.sld.cu/>

Perfil curricular de la facultad de Odontología. visitado2006,
<http://www.odon.edu.uy/catedrasyserv/matdent/programa.htm>(Fac de Odontología de Uruguay)

Población total, según entidad federal, 2000- 2015 visitado 2006, Marzo 23 de
<http://www.ine.gov.ve/poblacion/distribucion.asp>

Proyecto RESVEN (2005.) Informe Final. La reforma de salud en Venezuela: el
impacto de la descentralización en el desempeño de los sistemas de salud y en
las condiciones de salud de la población. Caracas. N° 2001001440. Págs. 2-13.
<http://www.resven.com>

¿Qué es un sistema de Salud? visitado 2008, Marzo 18 de
<http://www.who.int/features/qa/28/es/index.html>

Sistema de salud, visitado 2008, marzo 17
<http://www.who.int/features/qa/28/es/index.htm>)

Ruiz, C *Epistemología,* recuperado 26 Mayo 2007 de
<http://www.monografias.com/trabajos4/epistemologia/epistemologia.shtml>

- Abad, J (1994) *Sistema de Salud, Venezuela*
- Afanador (2006) Los sistemas de salud *Instituto Nacional de Salud, Volumen 26 Biomedica Bogota Colombia* Págs. 178, 193
- Álvarez Roberto (2004), *Una interpretación de la misión barrio adentro desde la perspectiva de un trabajador de la salud*. Ministerio de Salud. Venezuela.
- Ander-Egg Ezequiel(1996) *La planificación educativa*. Buenos Aires: magisterio del Río de la Plata.
- Barrio Adentro: Derecho a la salud e inclusión social en Venezuela*, (2006) OPS, Venezuela
- Barboza, Lilian La dinámica socio-histórica en el área metropolitana y su impacto en las condiciones de vida de la familia y el perfil salud-enfermedad bucal del escolar. Caracas 1997.
- Briceño-León, Roberto. *Las Ciencias Sociales y la Salud: un diverso y mutante campo teórico*. Págs. 33-43.
- Briceño-León, R. (1990). *Los efectos perversos del petróleo*. Caracas, Fondo Editorial Acta Científica Venezolana.
- Briceño-León, García, Rodríguez & Tovar. *Las Ciencias Sociales y la Salud en la modernización en Venezuela*. Págs. 63-76.
- Bronfman & Díaz. La Cooperación Técnica Internacional y las Políticas de Salud. Págs. 227-239.
- Cátedra de Odontología Sanitaria. (2003). *La epidemiología como herramienta para conocer el proceso salud-enfermedad colectivo*. Departamento de Odontología Preventiva y social, UCV. Venezuela

- Cabello N (1990) *La investigación en las ciencias humanas*, Editorial Tropikos, Caracas
- Canales, Alvarado & Pineda E (1989), *Metodología de la investigación*, OPS-OMS
- Belmartino, Susana. 1.991. “Estado y Políticas de salud: opciones y perspectivas”. (Ponencia) *II Taller Latinoamericano de Medicina Social*. Pág. 189.
- Castell M. (1981) *Metodología y epistemología de las ciencias sociales* "Ed. Ayuso Madrid
- Córdova, Y & Viso, C. (1991) “Historia regional, reproducción social y poder”. Congreso Latinoamericano V de Medicina Social. Pág. 350. Universidad Central de Venezuela.
- Congreso Latinoamericano V de Medicina Social (1.991). *Proyectos Políticos y Alternativas de Salud en América Latina*. Libro de Ediciones del Rectorado de la Universidad Central de Venezuela (UCV). Caracas.
- Constitución Nacional de la Republica Bolivariana de Venezuela*, 1999.
- Chávez, H (2008) *Venezuela marcha hacia un destino mejor*. Imprenta Nacional
- Decreto numero 1798 del 20/01/83 de la Presidencia de la Republica Bolivariana de Venezuela
- Estudio para la planificación Integral de la Odontología* 1972 Ministerio de Sanidad y Asistencia Social Departamento de Odontología
- Informe anual de la Coordinación Nacional del Programa de Salud Bucal* (2005), Estrategia de cooperación OPS/OMS con Venezuela 2006-2008
- Estructura del consultorio popular* (2004), Ministerio de Salud, Venezuela

Feo, O (1991) Relatoría *Congreso Latinoamericano V de Medicina Social*". Pág. 362. Universidad Central de Venezuela

Fernández R, González, C & Recondo, P (1984) *Derecho Internacional Privado: Parte Especial*, España

Fidias G. Arias (2006), *El proyecto de Investigación. Introducción a la metodología científica* 5ta edición editorial Episteme. Caracas Venezuela

Geiringer, A (1.991). Estado y políticas de salud: opciones y perspectivas. *II Taller Latinoamericano de Medicina Social*. Pág. 318. Libro de Ediciones del Rectorado de la Universidad Central de Venezuela (UCV)

Rojas, F (1.997). "Estrategias internacionales, políticas nacionales y proyectos locales de salud". Congreso Latinoamericano V de Medicina Social. Venezuela Pág. 225.

Sáenz, O. (1.991). Impacto de la crisis económica y las políticas neoliberales sobre la salud colectiva en América Latina (algunas consideraciones teóricas y prácticas). Congreso Latinoamericano V de Medicina Social. Venezuela

Godet Michel (1993) *De la anticipación a la Acción. Manual de prospectiva y estrategia*. Marcombo. Barcelona.

Grassi, Estela (2003): *Políticas y problemas sociales en la sociedad neoliberal. La otra década infame (I)*. Espacio Editorial. Buenos Aires.

Guía Practica de Salud para Barrio Adentro I en Caracas (2007) Ministerio de Salud de la Republica Bolivariana de Venezuela

Klein H, Palmer CE, Knutson JW (1938). Studies on dental caries. Dental status and dental needs of elementary schoolchildren. U.S. Public-Health Rep 53: 751-65.

- Kornblith, M. y Maingón, T. (1985). *Estado y gasto público en Venezuela. 1936-1980*, Caracas, Ediciones de la Biblioteca, Universidad Central de Venezuela.
- Kornblith, M. (1991). "The Politics of Constitution-Making: Constitutions and Democracy in Venezuela". *Journal of Latin American Studies*. Vol 3. 1:61-89.
- Laurell, Asa "La Política de Salud en el contexto de las políticas sociales". Págs. 1-18. México
- Ley reforma de la ley orgánica de salud*, Junio 2002. Venezuela
- Ley orgánica de salud*, Noviembre 1998. Venezuela.
- López Santos (2004) *Sistema de Salud*. Elsevier España
- Martínez, A.(2006) Políticas del Sector Salud en Venezuela: 1.993-2.003. Cuestiones Políticas. Edición XX Aniversario. Número 37. Págs. 111-127.
- Menéndez, E. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*. "Ciências Sociais e Saúde na América Latina: visões contemporâneas". Volumen 8. Número 1. 2003Págs. 185-191; 194-197; 205-206.
- Pacheco (1986). Ponencia: Política Social de Salud en el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. MSAS, Caracas Venezuela
- Pimentel, E. El desarrollo sostenible de los sistemas de salud: un paradigma emergente y saludable. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*. "Ciências Sociais e Saúde na América Latina: visões contemporâneas". Volumen 8. Número 1. 2003. Págs. 243-249.
- Plan desarrollo económico y social de la nación 2001-2007*, Septiembre del 2005.

Polanco, Vera y Goldfeld (1980) *Estructura de poder en el sector salud*. Mimeo

CENDES

Escobar, G. (1994). Venezuela. Recent Political and Economic Developments,

Caracas, IESA, (mimeo). CENDES

Testa Mario (1984) *Aspectos sociales en el financiamiento del sector salud* Mimeo.

CENDES

Propuesta del Sistema Publico Nacional de Salud (2008) Gabinete Ministerial,

Republica Bolivariana de Venezuela

Reglamento Organización y Funcionamiento de los establecimientos Públicos de la

Red (1983)

Sánchez, M (2006) *Del Sistema Nacional de Salud al Sistema Público Nacional de*

Salud Seminario La Reforma de la Seguridad Social en Venezuela. Universidad

Central de Venezuela

Vera S (1989), *Política Social y Gasto Público, un análisis del sector Salud en*

Venezuela 1960-1983, Universidad Nacional Autónoma de Honduras, trabajo

de grado para obtener titulo de Master Trabajo Social. Honduras

Carrasco, C (2003) *Motivos de las visita al servicio odontológico en el Estado*

Barinas, investigación para obtención de especialidad en Gerencia

Seijas, Félix (2006) *Investigación por muestreo*. Ediciones FACES. Universidad

Central de Venezuela, Venezuela

Sistema Publico en Venezuela (2006), Ministerio de Salud y Desarrollo Social,

Venezuela

- Stolkiner, A “Crisis, medidas de ajuste y su impacto en salud” - Mesa Plenaria
(Trabajo libre) *Congreso Latinoamericano V de Medicina Social*. Pág. 315.
Universidad Central de Venezuela
- Torres-goitía J “Condiciones políticas, proyectos políticos y construcción de
estrategias en salud”. *Congreso Latinoamericano V de Medicina Social*.
Venezuela Pág. 103.
- Urdaneta, A (1991) Palabras de apertura *V Congreso Latinoamericano de Medicina
Social*. Pág. 15, Universidad Central de Venezuela
- Urbaneja, M S (1991) *V Congreso Latinoamericano de Medicina Social*. Pág. 15,
Secretaría General del Evento. Pág. 26. Universidad Central de Venezuela
- Yépez F (1991) *Análisis comparativo de los sistemas de salud algunos aspectos
metodológicos*, salud pública, México

Anexo A
Tablas y Gráficos

Anexo 1

Datos demográficos de los odontólogos

La recolección de estos datos se realizó con el desarrollo del siguiente cuadro:

Servicio	edad	sexo	Nivel de educación	Años de experiencia	¿Cree usted que el próximo año usted estará trabajando en este servicio
----------	------	------	--------------------	---------------------	---

Consolidación de la información por parte del estadístico:

Tabla Anexo 1. Algunas características demográficas, nivel educativo, sexo, percepción de prosecución en el trabajo y años de experiencia por tipo de servicio. Frecuencias simples, porcentajes y medias

		Tipo de Servicio		
			Barrio Adentro	Red Odontológica
Nivel Educativo	Tercer Nivel	N	35	24
		%	100	85,7
	Especialización, cursos	N	0	4
		%	0	14,3
Total	N		35	28
	%		100	100
Sexo	Masculino	N	6	15
		%	17,1	53,6
	Femenino	N	29	13
		%	82,9	46,4
Total	N		35	28
	%		100	100
Percepción de prosecución en el trabajo	Si	N	21	21
		%	60	75
	No	N	3	0
		%	8,6	0
	No sé	N	11	7
		%	31,4	25
Total	N		35	28
	%		100	100
Edad	Media		29	42
	Mediana		27	45
	Moda		26	46
Años de Experiencia	Media		4	16
	Mediana		3	17
	Moda		2	15

Fuente: Entrevistas realizadas a los jefes de servicio y odontólogos de los consultorios populares y ambulatorios de los 9 municipios del Estado Barinas, Barinitas, Socopo, Sabaneta,, Pedraza, Libertad, Santa Bárbara, Rojas y Cruz Paredes

Gráfico 1 Algunas características demográficas, nivel educativo, sexo, percepción de prosecución en el trabajo y años de experiencia por tipo de servicio. Frecuencias simples, porcentajes

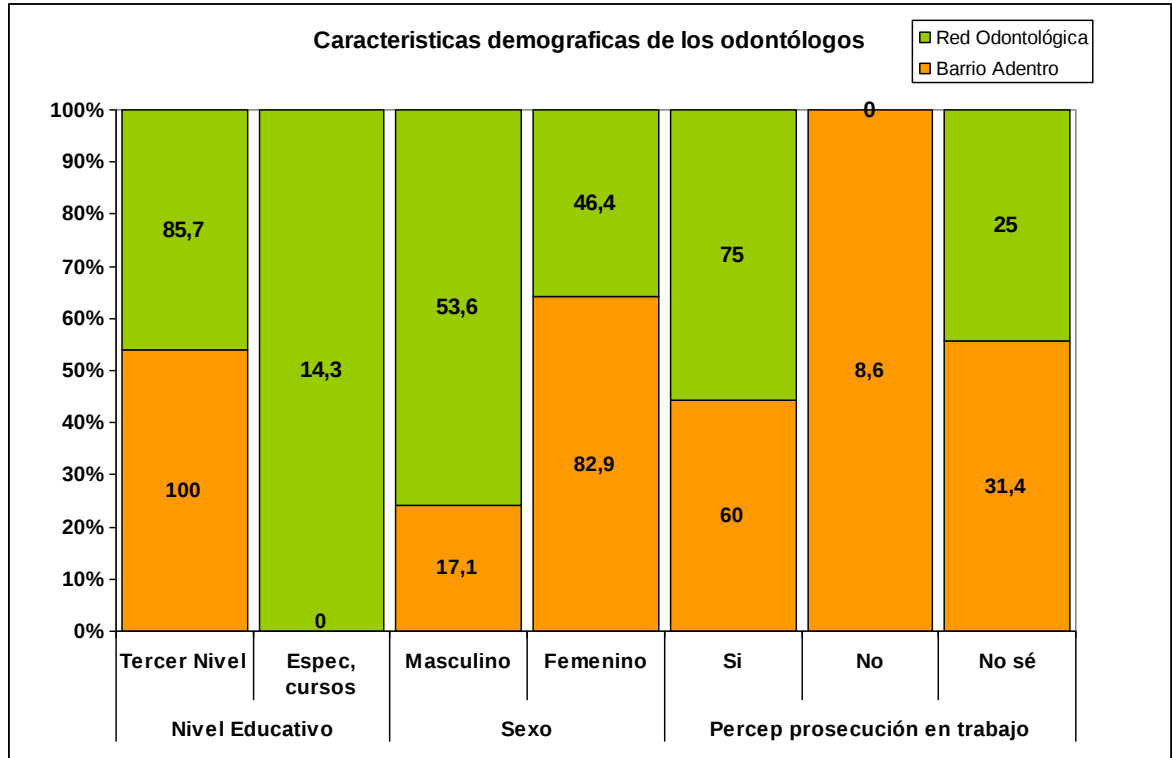
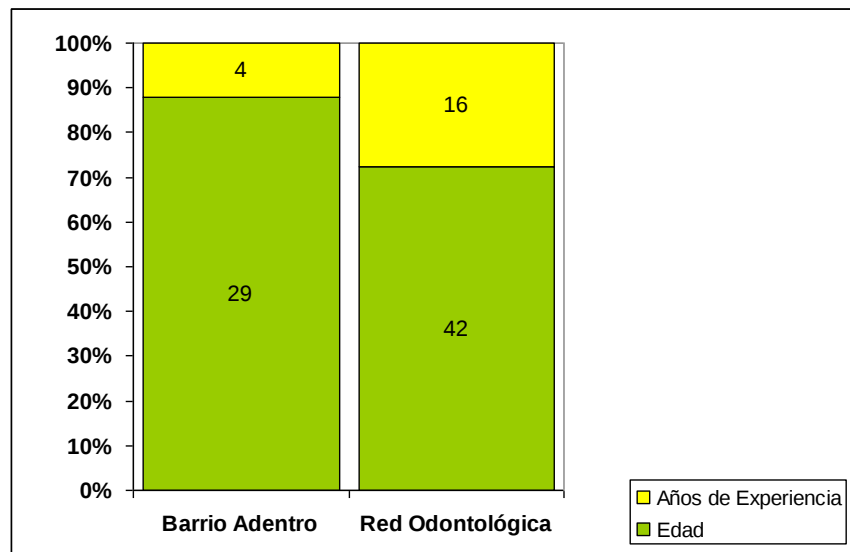


Gráfico 2 Algunas características demográficas, nivel educativo, sexo, percepción de prosecución en el trabajo y años de experiencia por tipo de servicio. Las barras representan medias



Anexo 2

Tabla anexo 2. Actitud de los profesionales hacia el servicio. Aspectos negativos por tipo de servicio. Frecuencias y porcentajes

			Tipo de Red	
			Red Ambulatoria (Base: 21)	Barrio Adentro (Base: 23)
Aspectos Negativos	Calidad regular de los suministros	N	5	16
		%	23,8	69,6
	No hay donde remitir pacientes	N	9	11
		%	42,9	47,8
	Mala condición de paredes y techos	N	21	7
		%	100	30,4
	Tienen mucho tiempo los equipos	N	16	7
		%	76,2	30,4
Total	N		21	23
	%		100	100

Fuente: Entrevistas realizadas a los jefes de servicio y odontólogos de los consultorios populares y ambulatorios. Año 2007

Se les realizó a los odontólogos asistenciales de Barrio Adentro las siguientes preguntas:

¿Te molesta no tener auxiliar en tu equipo de trabajo?

El 62,4 % respondió que sí, 18% no respondió, 19,6% dijo que no

¿Te molesta trabajar con los estomatólogos? ¿Por qué?, el segundo ítem de esta pregunta abarcó 3 posibilidades “debido a la diferencia en la formación académica, referidos específicamente a términos y procedimientos clínicos”, “debido a que se sentía supervisado”, “se lo reserva”.

El 35,2% dijo que sí, debido a la diferencia en la formación académica, referidos específicamente a términos y procedimientos clínicos.

12 % dijo que sí, debido a que se sentía supervisado.

21% dijo que sí, se reserva la explicación a esta respuesta

31,8 dijo que no.

Anexo 3

a) El sistema de citas, sistema referencia y contrarreferencia y manejo de estadísticas, se obtuvo a través del llenado del siguiente cuadro

Red ambulatoria	Posee sistema de citas odontológicas		Aplica el sistema referencia y contrarreferencia		Realizan estadísticas	
	si	no	si	no	si	no

b) La tenencia de sillón y compresor, servicio abastecido, ubicado en casa de familia se obtuvo a través del llenado del siguiente cuadro:

Red ambulatoria	Equipamiento Tiene sillón Compresor				Condición de los equipos			Cantidad de sillones	Cantidad de compresores
	si	no	si	no	bueno	regular	malo		

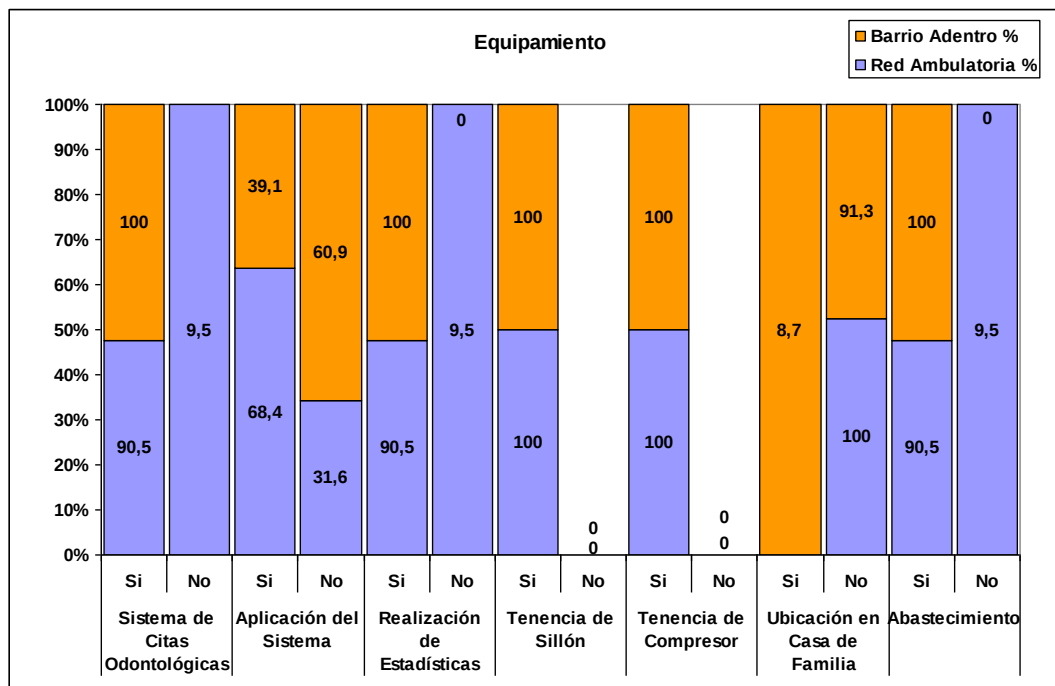
Consolidación de la información por parte del estadístico:

Tabla anexo 3 Equipamiento de los servicios por tipo de servicio. Frecuencias y porcentajes

		Tipo de Red			
		Red Ambulatoria		Barrio Adentro	
		N	%	N	%
Sistema de Citas Odontológicas	Si	19	90,5	23	100
	No	2	9,5		
Total		21	100	23	100
Aplicación del Sistema	Si	13	68,4	9	39,1
	No	6	31,6	14	60,9
Total		19	100	23	100
Realización de Estadísticas	Si	19	90,5	23	100
	No	2	9,5		
Total		21	100	23	100
Tenencia de Sillón	Si	21	100	23	100
Total		21	100	23	100
Tenencia de Compresor	Si	21	100	23	100
Total		21	100	23	100
Ubicación en Casa de Familia	Si			2	8,7
	No	21	100	21	91,3
Total		21	100	23	100
Abastecimiento	Si	19	90,5	23	100
	No	2	9,5		
Total		21	100	23	100

Fuente: Entrevistas realizadas a los jefes de servicio y odontólogos de los consultorios populares y ambulatorios de los 9 municipios del Estado Barinas, Barinitas, Socopo, Sabaneta,, Pedraza, Libertad, Santa Bárbara, Rojas y Cruz Paredes

Gráfico 3 Equipamiento de los servicios por tipo de servicio. Porcentajes



Anexo 4

La recolección de estos datos se realizó con el desarrollo del siguiente cuadro:

red ambulatoria	Condición de las paredes			Condición de techos			Ubicado en casa de familia	
	bueno	regular	malo	Bueno	regular	malo	si	no

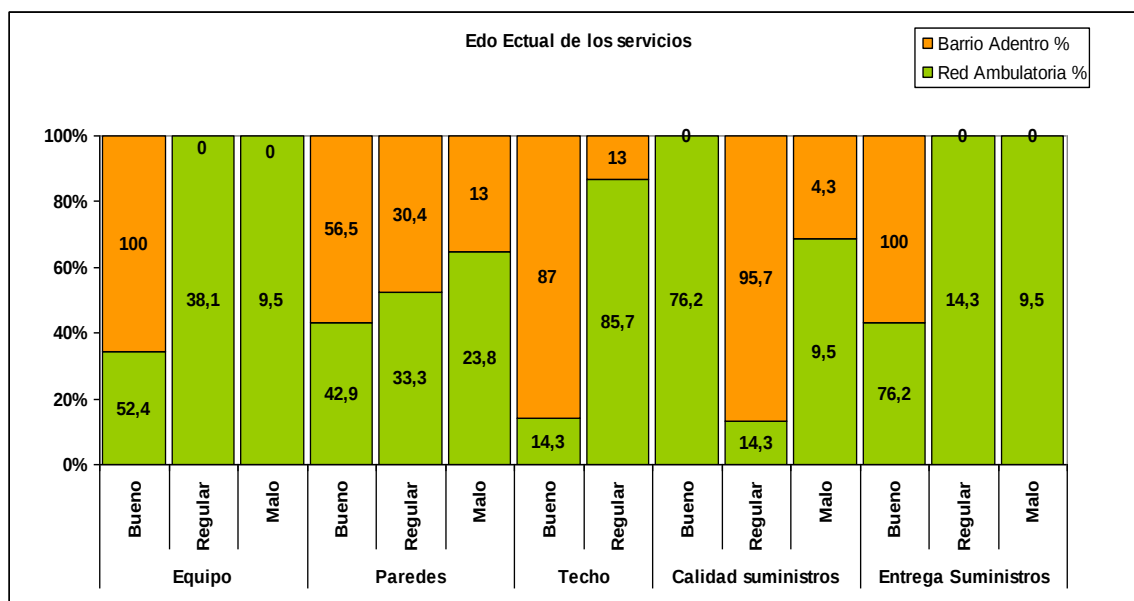
Red ambu	Calidad de los suministros			Entrega de los suministros			Servicio abastecido	
	bueno	Regular	malo	Bueno	regular	malo	si	no

**Tabla anexo 4 Percepción de las condiciones generales de los servicios por tipo de servicio.
Frecuencias y porcentajes**

		Tipo de Red				Total	
		Red Ambulatoria		Barrio Adentro		N	%
		N	%	N	%		
Condición del Equipo	Bueno	11	52,4	23	100	34	77,3
	Regular	8	38,1	0	0	8	18,2
	Malo	2	9,5	0	0	2	4,5
Total		21	100	23	100	44	100
Condición de las Paredes	Bueno	9	42,9	13	56,5	22	50
	Regular	7	33,3	7	30,4	14	31,8
	Malo	5	23,8	3	13,0	8	18,2
Total		21	100	23	100	44	100
Condición del Techo	Bueno	3	14,3	20	87,0	23	52,3
	Regular	18	85,7	3	13,0	21	47,7
Total		21	100	23	100	44	100
Calidad de los suministros	Bueno	16	76,2	0	0	16	36,4
	Regular	3	14,3	22	95,7	25	56,8
	Malo	2	9,5	1	4,3	3	6,8
Total		21	100	23	100	44	100
Entrega de Suministros	Bueno	16	76,2	23	100	39	88,6
	Regular	3	14,3	0	0	3	6,8
	Malo	2	9,5	0	0	2	4,5
Total		21	100	23	100	44	100

Fuente: Entrevistas realizadas a los jefes de servicio y odontólogos de los consultorios populares y ambulatorios de los 9 municipios del Estado Barinas, Barinitas, Socopo, Sabaneta,, Pedraza, Libertad, Santa Bárbara, Rojas y Cruz Paredes

Gráfico 4 Percepción de las condiciones generales de los servicios por tipo de servicio. Porcentajes



Anexo 5

Tabla anexo 5-a Actividad odontológica en la Misión Barrio Adentro y en la Red Ambulatoria. Total entrevistados, medias y desviaciones típicas. Año 2007

		Sistema de atención odontologica	N	Media	Desviación típica.
Promoción	Charlas	Barrio Adentro	35	632,91	150,83
		Red Ambulatoria	28	700,75	177,13
	Enseñanza Técnica del Cepillado	Barrio Adentro	35	343,00	130,73
		Red Ambulatoria	28	733,46	204,55
Prevención	Sellantes de fosas y fisuras	Barrio Adentro	35	12,60	4,35
		Red Ambulatoria	28	45,46	13,47
	Fluor	Barrio Adentro	34	43,94	20,87
		Red Ambulatoria	28	420,64	171,43
Curativas	Resinas	Barrio Adentro	35	173,60	60,42
		Red Ambulatoria	28	133,25	57,87
	Amalgamas	Barrio Adentro	35	696,71	176,33
		Red Ambulatoria	28	243,04	88,20
Emergencias	Curas	Barrio Adentro	35	46,77	17,50
		Red Ambulatoria	28	45,04	12,12
	Drenajes	Barrio Adentro	35	1,34	3,81
		Red Ambulatoria	28	5,54	10,64
Endodoncias	Conductos Obturados	Barrio Adentro	35	0,00	0,00
		Red Ambulatoria	28	16,93	42,41
	Pulmonías y Momificación	Barrio Adentro	35	46,77	17,50
		Red Ambulatoria	28	34,96	19,35
Cirugías	Exodoncias	Barrio Adentro	35	163,91	44,03
		Red Ambulatoria	28	249,64	55,77
	Otras	Barrio Adentro	35	17,77	50,56
		Red Ambulatoria	28	28,04	49,52
	Profilaxis	Barrio Adentro	33	536,30	111,09

Fuente: Consolidado entregados por los jefes de servicio y odontólogos de los consultorios populares y ambulatorios de los 9 municipios del Estado, Barinas, Barinitas, Socopo, Sabaneta,, Pedraza,

Tabla anexo 5 b, Prueba t student para diferencia de muestras independientes asumiendo varianzas iguales

Se han asumido varianzas iguales	Prueba T para la igualdad de medias					
	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	
Charlas	-1,641	61	0,106	-67,84	41,33	
Enseñanza Técnica del Cepillado	-9,196	61	0,000	-390,46	42,46	
Sellantes de fosas y fisuras	-13,597	61	0,000	-32,86	2,42	
Fluor	-12,721	60	0,000	-376,70	29,61	
Profilaxis	11,940	59	0,000	287,34	24,07	
Resinas	2,683	61	0,009	40,35	15,04	
Amalgamas	12,415	61	0,000	453,68	36,54	
Curas	0,446	61	0,657	1,74	3,89	
Drenajes	-2,168	61	0,034	-4,19	1,93	
Conductos Obturados	-2,367	61	0,021	-16,93	7,15	
Pulmonías y Momificación	2,538	61	0,014	11,81	4,65	
Exodoncias	-6,821	61	0,000	-85,73	12,57	
Otras	-0,808	61	0,422	-10,26	12,70	

Fuente: Consolidado entregado por los jefes de servicio y odontólogos de los consultorios populares y ambulatorios de los 9 municipios del Estado, Barinas, Barinitas, Socopo, Sabaneta,, Pedraza, Libertad, Santa Bárbara, Rojas y Cruz Paredes Año 2007

Gráfico 5 Actividad odontológica en la Misión Barrio Adentro y en la Red Ambulatoria. Los sectores y valores representan medias

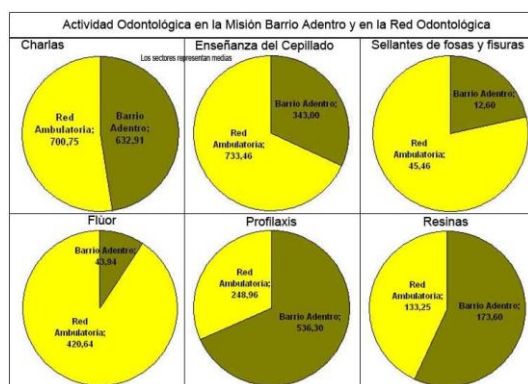
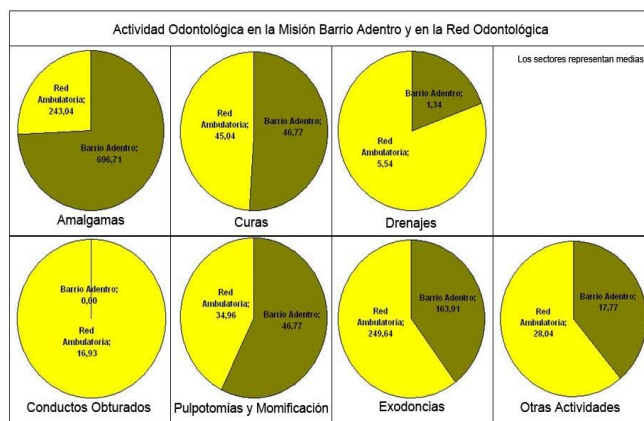


Gráfico 6 (Continuación) Actividad odontológica en la Misión Barrio Adentro y en la Red Ambulatoria. Los sectores y valores representan medias



Anexo 6

Planilla DSP04 que consolida las actividades odontológicas de la red ambulatoria y de Barrio Adentro de todo el año 2007

Region: LOS ANDES				Tipo de Establecimiento: BA /RAC				
D.Municipal de salud: BARINAS				Nombre del responsable: ADELA MEZA				
Nombre del establecimiento: COORDINACION REGIONAL DE ODONTOLOGIA				Fecha: año 2007				
				PROGRAMA DE SALUD BUCAL DSP04				
REDES DE ATENCION				BARRIO ADENTRO		RED AMBULATORIA		AMBAS REDES
GENERO				TOTAL		TOTAL		TOTAL
No		F	M		F	M		
1	TOTAL DE CONSULTAS	29004	23056	52060	29352	23584	52936	104996
2	INGRESOS	13988	11004	24992	16076	13324	29400	
3	SUCESIVAS	15016	12052	27068	13276	10260	23536	
4	ALTAS							
5	TIPO DE CONSULTAS	26836	22340	49176	22692	17732	40424	98352
6	CURATIVAS-RESTAURATIVA	24328	20048	44376	17904	13916	31820	
7	DE EMERGENCIA	2508	2292	4800	4788	3816	8604	
8	TOTAL PREVENTIVAS(9+10+11+12+13)	4656	4356	9012	39756	34876	74632	
9	CONTROL DE PLACA EN CENTROS DE SALUD	312	183	495	6948	5536	12484	
10	CONTROL DEPLACA EN GRUPOS ESCOLARES	600	768	1368	10160	9220	19380	
11	ENJUAGUES DE FLUOR EN	0	0		19756	17732	37488	

	ESCOLARES							
12	APLICACIONES DE LACA FLUOR	3596	3136	6732	1704	1360	3064	
13	SELLANTES DE FOSAS Y FISURAS	148	208	356	1188	1028	2216	
14	ACTIVIDADES EDUCATIVAS(15+16)	17872	14352	32224	26244	23372	49616	81840
15	CHARLAS EDUCATIVAS EN GRUPOS ESCOLARES	1516	1596	3112	15312	14452	29764	
16	CHARLAS EDUCATIVAS EN CENTROS DE SALUD	16356	12756	29112	10932	8920	19852	
17	OBTURACIONES EN DIENTES T.(18+19)	4832	4960	9792	3940	3324	7264	17056
18	AMALGAMA	3644	3636	7280	2328	1948	4276	
19	RESINA	1188	1324	2512	1612	1376	2988	
20	OBTURACIONES EN DIENTES P(21+22)	36248	29688	65936	17196	12572	29768	95704
21	AMALGAMA	27832	22844	50676	11072	7900	18972	
22	RESINA	8416	6844	15260	6124	4672	10796	
23	PULPOTOMIAS Y MOMIFICACION	1592	1600	3192	1392	1000	2392	
24	CONDUCTOS OBTURADOS	0	0		248	168	416	
25	EXODONCIA DE DIENTES TEMPORALES	1608	1952	3560	3612	3108	6720	
26	EXODONCIA DE DIENTES PERMANENTES	6920	6356	13276	6120	5128	11248	
27	CIRUGIA BUCAL MENOR	608	604	1212	1252	944	2196	
28	CIRUGIA BUCAL MAYOR	0	0		32	8	40	
29	PROFILAXIS TARTRECTOMIA	11312	9492	20804	2680	1928	4608	
30	PROTESIS SIMPLE	0	0		2	1	3	
31	ORTODONCIA INTERCEPTIVA	7	7	14	21	18	39	
32	REFERIDOS	1136	736	1872	605	444	1049	
	VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA							
33	ALVEOLITIS	264	196	460	92	56	148	
34	CASO PRESUNTO DE CANCER BUCAL	0	6	6	0	0		
35	MORTALIDAD DENTARIA POR PERIODONCIA	912	972	1884	316	260	576	
36	MORTALIDAD DENTARIA POR CARIES	5760	5716	11476	3700	2316	6016	
37	ESTOMATITIS SUBPROTESICA	1028	888	1916	1104	612	1716	
38	CARIES DENTAL	21852	17916	39768	9732	7296	17028	
39	ENFERMEDAD PERIODONTAL	2968	2524	5492	1996	1904	3900	
40	TRAUMATISMOS Y OTROS	68	32	100	80	92	172	
41	GRUPOS PRIORIZADOS							
42	EXAMINADOS							
43	NO REQUIEREN TRATAMIENTO							
44	INGRESOS							
45	ALTAS							

Anexo 7

Cuadro que se realizó para obtener la información referente a la escala de sueldos

Escala de sueldo	de 200.000Bs a 500.000Bs	de 500.000Bs a 1.000.000	de 1.000.000 a 1.500.000
-----------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

Anexo 8
Consolidado de actividades. Coordinación odontológica Barinas 2006

ACTIVIDADES ODONTOLÓGICAS EN LA MISIÓN BARRIO ADENTRO 2006													
Servicios / Odontólogos	PROMOCIÓN		PREVENCIÓN			CURATIVAS		EMERGENCIAS		ENDODONCIA		CIRUGÍA	
	Charlas	Enseñanza técnica cepillado	Sellantes de fosas y fisuras	Flúo r	Profilaxis	Resina s	Amalgamas	Curas	Drenajes	Conductos Obturados	Pulpotomías y Momificació n	Exodoncias	Otras
SERVICIO 1													
Odontólogo 1	693	600	12	65	625	130	620	56		0	56	179	
Odontólogo 2	806	362	8	32	612	150	523	37		0	37	184	
SERVICIO 2													
Odontólogo 3	741	256	18	95	523	145	680	35		0	35	178	
Odontólogo 4	840	200	15		512	141	451	26		0	26	175	
SERVICIO 3													
Odontólogo 5	632	560	12	56	489	147	603	12		0	12	179	
Odontólogo 6	625	320	10	0	321	146	612	35		0	35		
SERVICIO 4													
Odontólogo 7	736	350	12	45	215	126	569	25		0	25	184	
Odontólogo 8	830	230	12	0	369	136	458	27		0	27	172	
Odontólogo 9	560	652	10	0	546	158	613	42		0	42	176	

SERVICIO 5													
Odontólogo 10	635	325	25	46	546	251	850	36		0	36	174	
Odontólogo 11	715	521	14	54	532	92	513	12		0	12	172	
SERVICIO 6													
Odontólogo 12	563	650	10	59	584	139	502	75	12	0	75	176	130
Odontólogo 13	736	255	16	57	574	231	897	56		0	56	180	
SERVICIO 7													
Odontólogo 14	605	322	19	67	681	136	704	45		0	45	174	
SERVICIO 8													
Odontólogo 15	562	321	15	59	587	145	726	46	10	0	46	176	156
SERVICIO 9													
Odontólogo 16	841	265	14	60	569	245	846	57		0	57	174	
SERVICIO 10													
Odontólogo 17	860	350	0	58	598	231	896	54		0	54	182	
SERVICIO 11													
Odontólogo 18	365	350	12	59	602	231	789	36		0	36	185	
Odontólogo 19	645	251	12	57	603	225	896	25		0	25	184	

SERVICIO 12													
Odontólogo 20	680	321	12	56	613	213	863	35		0	35	175	
SERVICIO 13													
Odontólogo 21	560	482	0	52	624	164	786	36		0	36	179	
SERVICIO 14													
Odontólogo 22	623	321	14	34	613	213	785	56		0	56	176	
SERVICIO 15													
Odontólogo 23	731	256	11	46	645	258	869	66		0	66	176	
Odontólogo 24	563	300	12	50		265	899	78		0	78	174	
SERVICIO 16													
Odontólogo 25	512	451	15	48	598	200	845	87		0	87	189	
Odontólogo 26	523	232	12	47	578	208	876	56		0	56	189	
SERVICIO 17													
Odontólogo 27	839	423	14	46	361	256	769	45		0	45	193	
Odontólogo 28	832	412	12	51		265	789	57		0	57		
SERVICIO 18													
Odontólogo 29	365	126	13	21	569	62	256	57		0	57	168	

Odontólogo 30	389	231	14	32	546	31	263	36		0	36	187	
SERVICIO 19													
Odontólogo 31	400	250	11	21	456	120	650	54	13	0	54	98	180
SERVICIO 20													
Odontólogo 32	605	300	13	23	578	136	652	56		0	56	159	
SERVICIO 21													
Odontólogo 33	300	250	16	54	532	230	896	67	12	0	67	148	156
SERVICIO 22													
Odontólogo 34	680	150	12	23	265	127	785	58		0	58	172	
SERVICIO 23													
Odontólogo 35	560	360	14	21	632	123	654	56		0	56	150	
TOTAL	22152	12005	441	1494	17698	6076	24385	1637	47	0	1637	5737	622

NOTA: Todos los odontólogos que laboran en la Misión Barrio Adentro están bajo la modalidad de contrato por tiempo determinado, 2007

ACTIVIDADES ODONTOLÓGICAS EN LA RED AMBULATORIA													
Servicios / Odontólogos	PROMOCIÓN		PREVENCIÓN			CURATIVAS		EMERGENCIAS		ENDODONCIA	CIRUGÍA		
	Charlas	Enseñanza técnica cepillado	Sellantes de fosas y fisuras	Flúor	Profilaxis	Resinas	Amalgamas	Curas	Drenajes	Conductos Obturados	Pulpotomías y Momificación	Exodoncias	Otras
SERVICIO 1													
Odontólogo 1 (cargo fijo)	986	985	59	563	198	56	89	16	42	112	16	250	115
Odontólogo 2 (cargo fijo)	863	978	57	630	168	68	96	45	15	106	45	238	121
Odontólogo 3 (cargo fijo)	785	876	49	650	209	47	120	25		124	25	256	
Odontólogo 4 (cargo fijo)	896	897	32	562	212	89	98	32	3	132	32	268	45
SERVICIO 2													
Odontólogo 5 (contratado)	698	678	65	562	235	145	245	36			36	247	
Odontólogo 6 (cargo fijo)	756	890	56	456	218	162	269	48			48	249	
SERVICIO 3													
Odontólogo 7 (contratado)	630	789	65	263	215	143	256	47			47	268	
Odontólogo 8 (cargo fijo)	763	789	45	653	286	165	365	45			45	269	
SERVICIO 4													
Odontólogo 9 (cargo fijo)	890	678	44	652	256	202	336	52			52	236	

SERVICIO 5													
Odontólogo 10 (contratado)	789	879	45	523	269	231	365	48			48	247	
SERVICIO 6													
Odontólogo 11 (cargo fijo)	980	678	44	653	263	250	321	54			54	258	
SERVICIO 7													
Odontólogo 12 (contratado)	630	945	46	236	264	146	226	49			49	269	
SERVICIO 8													
Odontólogo 13 (contratado)	693	876	42	560	238	136	223	57			57	246	
SERVICIO 9													
Odontólogo 14 (contratado)	630	890	57	452	285	142	212	49	12		49	281	126
SERVICIO 10													
Odontólogo 15 (cargo fijo)	692	765	56	360	236	123	215	48	15		48	270	89
SERVICIO 11													
Odontólogo 16 (cargo fijo)	650	345	65	230	256	189	285	26			26	236	

SERVICIO 12													
Odontólogo 17 (cargo fijo)	562	754	40	125	245	215	256	27			27	301	
SERVICIO 13													
Odontólogo 18 (cargo fijo)	650	981	39	236	231	156	312	48			48	258	
SERVICIO 14													
Odontólogo 19 (cargo fijo)	632	780	52	362	269	189	365	52	24		52	268	12
SERVICIO 15													
Odontólogo 20 (cargo fijo)	732	890	36	365	274	102	368	60	23		60	241	136
SERVICIO 16													
Odontólogo 21 (cargo fijo)	890	589	47	562	236	89	356	28	21		28	260	125
SERVICIO 17													
Odontólogo 22 (cargo fijo)	789	678	59	362	256	86	250	54			54	236	16
Odontólogo 23 (cargo fijo)	652	612	21	215	231	84	196	49				215	
Odontólogo 24 (cargo fijo)	700	621	25	212	212	85	163	51			21	215	

SERVICIO 18													
Odontologo 25(contratado)	632	590	36	452	320	96	263	59				312	
Odontologo 26(cargo fijo)	230	115	11	112	100	14	103	57			12	14	
Odontologo 27(contratado)	610	500	32	321	269	165	198	63				368	
SERVICIO 19													
Odontologo 28 (cargo fijo)	211	489	48	449	520	156	254	36				214	
TOTAL	19621	20537	1273	11778	6971	3731	6805	1261	155	474	979	6990	785

ACTIVIDADES ODONTOLÓGICAS													
	PROMOCIÓN		PREVENCIÓN			CURATIVAS		EMERGENCIAS		ENDODONCIA	CIRUGÍA		
	Charlas	Enseñanza técnica cepillado	Sellantes de fosas y fisuras	Flúor	Profilaxis	Resinas	Amalgamas	Curas	Drenajes	Conductos Obturados	Pulpotomías y Momificación	Exodoncias	Otras
MISIÓN BARRIO ADENTRO	22152	12005	441	1494	17698	6076	24385	1637	47	0	1637	5737	622
RED AMBULATORIA	19621	20537	1273	11778	6971	3731	6805	1261	155	474	946	6990	785
TOTAL	41773	32542	1714	13272	24669	9807	31190	2898	202	474	2583	12727	1407

Anexo 9

Microsoft Excel - 1er trimestre SISTEMA DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION DE PROYECTOS

Siguiente Anterior Zoom Imprimir... Configurar... Márgenes Vista normal Cerrar Ayuda

Oficina de Planeación, Organización y Presupuesto
Dirección de Planeación

SISTEMA DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION DE PROYECTOS-MS

I. DATOS BÁSICOS DEL PROYECTO

1. Dependencia:	
2. Unidad Ejecutora:	
3. Nombre del Proyecto:	
4. Código del Proyecto:	
5. Correo Electrónico Nueva Oficina:	
6. Correo Electrónico Inicial:	
7. Correo Electrónico del Proyecto:	
8. Fecha de Inicio:	9. Fecha real de inicio:
10. Beneficiario o director del Proyecto:	11. Fecha real de culminación:
12. Monto asignado al Proyecto:	13. Monto comprometido del Proyecto:
14. Unidad de medida:	15. Ejecución física mensual:

II. PROGRESO FISICO FINANCIERO POR ACCIONES ESPECIFICAS

N.º	21. Acción Especifica	22. Unidad de Medida	23.1. Monto Total del Programado	23.2. Monto Ejecutado		23.3. Monto Programado		23.4. Monto Ejecutado		23.5. Monto Programado		23.6. Monto Ejecutado		23.7. Monto Programado		23.8. Monto Ejecutado	
				Programado	Ejecutado	Programado	Ejecutado	Programado	Ejecutado	Programado	Ejecutado	Programado	Ejecutado	Programado	Ejecutado		
I.																	
II.																	

Min Salud 2007

Vista previa: página 1 de 2

Inicio comparar - Microsoft ... 5 de Noviembre - Mic... sistemas de segui... Microsoft Excel - 1er ... ES 10:01 a.m.

Anexo B

Entrevistas

Entrevista semiestructurada a dos autoridades del MPPS

El Dr. Luís Lira Ochoa quien fue Presidente de la Fundación Misión Barrio Adentro hasta el 19 de Octubre del 2007, fue uno de los expertos, en entrevista que se le realizó el día 30 de Julio de 2007 a las 9:15 am el manifiesta que el contexto político-histórico explica toda la atención medico asistencial no únicamente la odontología que es tan solo parte de ella, explica que la Misión Barrio Adentro inicia actividades asistenciales como una misión, da respuestas a las necesidades de la población e institucionalizada como una fundación, donde esta misión tiene como fundamento la atención primaria del Sistema Nacional Publico de Salud. Aclara que para la descripción de los sistemas de atención, se tiene que reflexionar que ambos sistemas de atención nacen producto de políticas especificas según la época, se puede observar que la red ambulatoria convencional nació bajo un modelo capitalista, basada en los principios de atención primaria, posee servicios de salud que no se han modificado con la misma velocidad en la que se han modificado las necesidades de la población, la asignación presupuestaria es consumida en un alto porcentaje en el gasto que genera el personal y no posee instrumentos que apoyen la planificación de los servicios y la movilización de recursos en forma estratégica y equitativa.

Se le planteo la siguiente pregunta al Dr. Lira ¿Porque dos sistemas de atención, porqué dividir los sistemas de atención y conformar barrio adentro? A lo que respondió que “No es con barrio adentro que se fragmenta la atención en salud, el marco capitalista en el que estaba funcionando el Sistema de Salud Venezolano, privatizo y esto llevo a encarecer la salud, otra consecuencia es que la población tuvo que usar mas los diferentes sistemas de salud: la fragmentación, el gobierno lanza la

Misión Barrio Adentro, como eje articulador, pero el Ministerio ha trabajado paralelamente en los últimos 4 años , se ha avanzado en escribir algo desde lo funcional, para que se pongan a funcionar de manera homogénea”. El expresa también que “ya en Venezuela antes de Barrio Adentro el Sistema de Salud que se prestaba en el país tenía una gran división entre lo público y privado, pero además en lo público, había distintos entes prestadores de salud, el sistema sanitario tradicional el Ministerio de Salud, que se supone lleva la rectoría nunca ha podido compactarla realmente.....además el marco de ese capitalismo médico empieza a reproducir el sistema capitalista....que son los grupos privilegiados sectores minoritarios, qué se creen con derechos exclusivos, no permitidos al resto de la población, donde hay un sistema exclusivo para los militares, y existe para los maestros IPASME, entre otros, eran subsectores atendidos por régimen prestacionales de salud paralelos al Sistema del Ministerio de Salud.....¿que hace barrio adentro? trata de iniciar un eje articulador del Sistema Público Nacional de Salud, tratando de reordenar apuntando hacia un solo Sistema, para tratar de llevar a un solo ente prestador”

También señalo “se necesitan en Barrio Adentro mayor cantidad de recurso humano, esto lo dio el diagnóstico inicial que explicaba el porque del colapso en los hospitales... en la teoría el Ministerio de Salud, asume que el eje estructurante es Barrio Adentro, sin embargo coexisten políticas sanitarias, donde todo lo que es programático lo hace programas de salud, en la red y en la misión es lo traído por los cooperantes cubanos”

“cada viceministro debería hacer una matriz de fortalezas y debilidades para poder trazar mejor las líneas, no se puede continuar con políticas paralelas, comienza a

haber indicios de integración en los últimos meses”, otro aspecto a destacar de la misión según el Dr. Lira es el de la dotación, este manifiesta que “hay una dotación paralela pero existe la visión de articularla desde Barrio Adentro, ya que esta está mas cercana a la población”, la otra pregunta que se le formulo al Dr. Lira es referida al reto de Barrio Adentro “el reto mas grande y el mayor obstáculo es la incorporación de personal Venezolano a la Misión, también lo es la formación del recurso humano, ya que existe un déficit de 3000 médicos solo para Barrio Adentro I”

Manifiesta también el Dr. Lira “la Misión Barrio Adentro un nuevo intento del estado venezolano trata de lanzar una Misión en el área de la salud que primero haga un diagnostico y agilicen plan de acción hacia el sistema publico de salud, Barrio Adentro pretende ser la columna vertebral del Ministerio pero no lo es, no lo es todavía”

El Dr. José Delgado Director Nacional del Sistema Publico Nacional de Salud también entrevistado en función de esta investigación, manifiesta el día 02 de Noviembre del 2007 que “la Misión Barrio Adentro fue una alternativa política, debido a que existía una resistencia de la institución al cambio, hay ahora una propuesta de transferencia tanto humana como tecnológica con los cooperantes cubanos para llevar la atención a los sitios mas desasistidos y donde el sistema convencional no llevaba la atención en salud requerida”

Anexo C

Protocolo de Salud Bucal

Anexo D
Estructura Organizativa