

Editorial

Garantizar el derecho a la salud requiere de un esfuerzo colectivo y transectorial que busque preservar el bienestar y el desarrollo de todo el potencial que tiene un ser humano; la alimentación, educación, saneamiento ambiental, vivienda, transporte, empleo, seguridad ciudadana, entre otros son derechos sociales que presentan ámbitos de necesidades esenciales, la calidad de vida se relaciona con la garantía de estos derechos. La salud como concepto distinto al de los servicios de salud tiene un potencial de contenido que permite definirla entonces como expresión de calidad de vida.

La equidad en salud puede conceptualizarse como igualdad de oportunidades y como el derecho que tienen las personas a recibir todo lo que les permita desarrollar su autonomía como seres humanos para alcanzar y preservar el bienestar. Este derecho debe garantizarse en función de las necesidades de cada quien. Trabajar la equidad desde una visión integral de salud amerita accionar desde cada uno de los factores que incluyen en la misma; a nivel ecológico, comunitario e individual, partiendo de la interacción del conjunto de recursos con que cuenta una sociedad. La equidad es un concepto inmanente a la salud colectiva porque la finalidad de las intervenciones desde este punto de vista es alcanzar la equidad.

El énfasis puesto en la equidad en salud es con el objetivo de buscar que se garanticen un conjunto de derechos que pueden influir positivamente para alcanzar la justicia social de grupos poblacionales que han estado excluidos de condiciones de vida y trabajo favorables y de políticas de protección social. Pensar con equidad es hacer efectivo el acceso a las políticas, acciones, servicios y recursos que cubren los derechos sociales, eliminando toda la discriminación o barrera que pueda negarlos, impedirlos o limitarlos.

Por otra parte, la autonomía social es la capacidad que tiene el ser humano de decidir y materializar proyectos de vida, de acuerdo con sus deseos y necesidades. Las enfermedades, la falta de alimentos, la falta de agua, de servicios, un medio ambiente degradado, la violencia en todas sus formas, las posibilidades de accidentes, el desempleo forzado, las deficiencias y barreras económicas a la atención en salud, las dificultades para el ejercicio de una participación democrática y protagónica, son condiciones que limitan la autonomía social de las personas y que se convierten en sustrato para que aparezcan las inequidades.

La inequidad en salud es una situación, injusta, evitable, moral y éticamente no aceptable porque al definirse como inequidad está implícito el hecho de que existen oportunidades de mejorar esa situación y que hay recursos disponibles en la sociedad que se pueden dirigir para cambiar la situación de inequidad. Las inequidades tienen en

su interior dimensiones étnicas, religiosas, de género, culturales, geográficas, ocupacionales, educativas, migratorias, económicas, políticas. Estas dimensiones deben tenerse muy presentes para poder ser asertivos a la hora de planear, ejecutar estrategias y concertar esfuerzos que ayuden a eliminar estas inequidades.

La desventaja social de las personas es un factor preponderante para explicar las inequidades y sus condiciones de salud, existe información suficiente y basada en evidencias que indican que los problemas de salud se distribuyen de manera diferente según el grupo social al que se pertenece. Al estudiar una población en su conjunto se puede apreciar que la distribución de la carga por enfermedad y las causas de mortalidad varían en función de la posición de los diferentes grupos sociales que hacen vida en esa población. Cuando esto se estudia parecen los vínculos de pobreza y mala salud, las brechas entre ricos y pobres, la aparición de algunas enfermedades a más temprana edad, mayor número de años de vida potencialmente perdidos y elevadas tasas de mortalidad materna e infantil en algunos grupos sociales.

Lo anterior sugiere que en la génesis de todo esto están los determinantes sociales de la salud y que esto es el resultado de la interacción de múltiples factores, siendo un objetivo primordial de la política de salud dilucidar cuáles son estos factores para intervenir en ellos y disminuir las inequidades.

Adicionalmente para actuar sobre las necesidades en salud es necesario dirigir la atención a grupos y comunidades más vulnerables, alinear la política de equidad en salud con políticas que promuevan la inclusión social, dirigiendo las intervenciones a la mejora de oportunidades, así como definir metas y objetivos claros para poder medir y evaluar los alcances. No basta con ubicar las causas de las desigualdades, es necesario además actuar sobre las diferencias en oportunidades de vida, niveles de vida y estilos de vida. Buscar mecanismos que permitan que las personas puedan expresar sus necesidades, especialmente los más vulnerables, concibiendo la salud como una meta principal en los proyectos de desarrollo social y económico de los países.

Es necesario evaluar la política de salud en función de lo que estamos haciendo para cambiar las desigualdades, entendiendo que disminuir las desigualdades es un imperativo ético en virtud de que muchas situaciones de injusticia social se pueden revertir aplicando acciones que mejoren las condiciones de vida, colocando el énfasis en beneficiar a las personas idóneas, combatiendo la distribución desigual del poder, dinero y recursos y midiendo la magnitud del problema para hacer evaluación y seguimiento de las intervenciones.

Dra. María Naranjo
Coordinación del Postgrado Gestión en Salud Pública

Efemérides y Conmemoraciones en Salud

Día Mundial de la Población

El problema fundamental no es controlar el crecimiento poblacional sino lograr la implantación de un nuevo orden mundial donde reinen la Equidad y la Justicia Social en el contexto del Desarrollo Humanitaria y Ambientalmente Sustentado.

En 1989, el Consejo de Administración del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) recomendó que el 11 de Julio se observase el Día Mundial de la Población. Ese día, que tuvo su origen en el Día de los cinco mil millones celebrado el 11 de Julio de 1987, procura centrar la atención en la urgencia y la importancia de las cuestiones de población, particularmente en el contexto de los programas y planes generales de desarrollo, y en la necesidad de encontrar soluciones a estos problemas. En el año 2000, la población del mundo era de 6.060 millones y continuaba creciendo a razón de más de 78 millones de personas por año, y para el 2050 se estima que llegará a 9 a 10 mil millones.

Algunos datos de la situación actual de los habitantes del planeta:

- 1.3 mil millones de personas viven en la pobreza absoluta, sufriendo enfermedades, desnutrición y analfabetismo.
- Se estima que 1.1 millones de personas carecen de acceso a agua potable y cientos de millones más no tienen acceso a saneamiento.
- 600 mil mujeres mueren anualmente en los países en desarrollo por causas relacionadas con el embarazo y el parto.
- 350 millones de parejas no tienen acceso a servicios de salud reproductiva y anticonceptivos.
- El 20 por ciento más rico de la población mundial realiza el 86 por ciento del consumo privado.
- Dos tercios de los 960 millones de adultos analfabetos en el mundo son mujeres.

Fuente: <http://www.alihuen.org.ar/efemerides/11-de-julio-dia-mundial-de-la-poblacion.html>

APERTURA DE POSTGRADOS 2009

Con la finalidad de dar cumplimiento a los objetivos estratégicos del Ministerio del Poder Popular para la Salud en materia de formación y capacitación del Talento Humano en Salud para garantizar el fortalecimiento del Sistema Público Nacional de Salud, y contribuir a alcanzar la Suprema Felicidad Social de nuestro pueblo, como lo exige el Proyecto Nacional Simón Bolívar.

El Servicio Autónomo Instituto de Altos Estudios de Salud "Dr. Arnoldo Gabaldon" anuncia a las Direcciones Regionales de Salud, Organizaciones e Instituciones de la Administración Pública la apertura en su sede en Maracay, estado Aragua, del proceso de admisión correspondientes al año lectivo 2009-2010 en:

ESPECIALIZACIONES:

- Epidemiología.
- Epidemiología de las Enfermedades Metaxénicas.
- Manejo de Vectores y Reservorios en Salud.
- Salud Ocupacional e Higiene del Ambiente Laboral.
- Gestión en Salud Pública.

Para información adicional, consultar el sitio web del S.A. Instituto de Altos Estudios de Salud "Dr. Arnoldo Gabaldon": <http://www.iaesp.edu.ve>

Postgrado en Gestión de Salud Pública IAES

Postgrado Regionalizado de Gestión en Salud Pública: Plataforma para la formación del Sistema Público Nacional de Salud

El Servicio Autónomo Instituto de Altos Estudios en Salud Pública “Dr. Arnoldo Gabaldon” como brazo ejecutor de la política de formación de recursos humanos en salud del Ministerio del Poder Popular para la Salud dicta el Postgrado Regionalizado de Gestión en Salud Pública (PRGSP), especialización de referencia nacional, que desde el año 2005 ha formado 334 salubristas en el país.

El propósito del PRGSP es contribuir a la renovación de los conocimientos de las prácticas en salud y a la transformación de los sistemas y servicios de salud orientados por los principios de equidad, solidaridad, universalidad y calidad en el contexto de la reforma del sector salud y del proceso de descentralización.

La importancia de esta especialización radica en la formación gratuita y sin exclusión de los cuadros gerenciales de salud pública con un alto nivel académico en el territorio nacional, con el objetivo de construir y consolidar el Sistema Público Nacional de Salud.

El diseño curricular es “Andragógico, Constructivista, Flexible y fundamentado en un diseño de Aprendizaje Basado en Problemas”. El perfil del egresado, es un salubrista innovador que asuma desafíos; comunicativo; con capacidad de promover consenso y de trabajar en equipo; que sea un agente de cambio y actor de los procesos de construcción del Sistema Público Nacional de Salud; que rompa esquemas y construya opciones en espacios de trabajo complejos con habilidad y capacidad de ejecutar, monitorear y evaluar políticas, planes, proyectos, estrategias e intervenciones en salud; competente para motivar la participación de la población en la resolución de sus problemas de salud y con suficiencia para participar en investigación en Salud Pública y en la capacitación de recursos humanos del sector y de la población.

Distribución del PRGSP por años:

Año 2005

ESTADOS	TOTAL EGRESADOS
Carabobo, Aragua, Yaracuy, Barinas, Sucre, Dtto. Capital y Bolívar	23

Fuente: Postgrado de Gestión en Salud Pública, 2009

Años 2006-2007

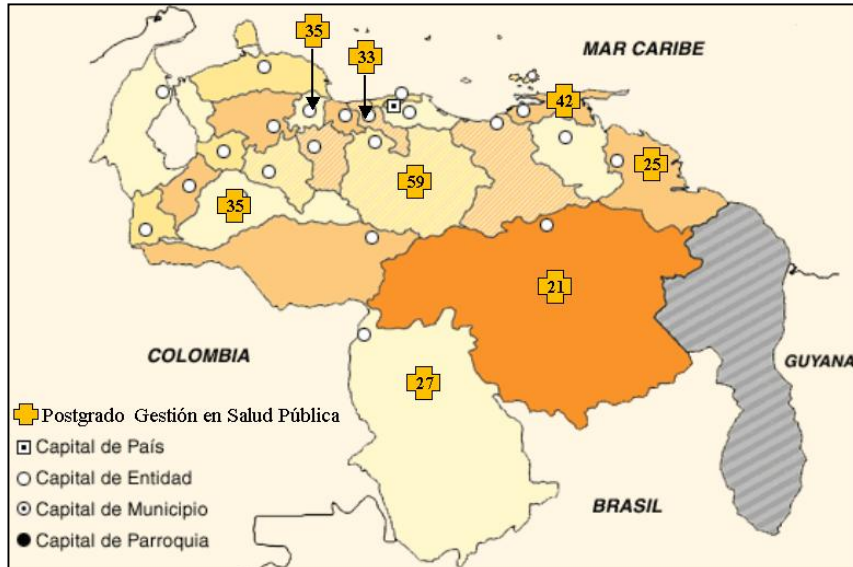
ESTADOS	TOTAL EGRESADOS
Aragua (37), Anzoátegui (32), Delta Amacuro (25), Amazonas (25), Barinas (35), Bolívar (21), Guárico (59), Sucre (42), Yaracuy (35)	311

Fuente: Postgrado de Gestión en Salud Pública, 2009

Años 2008-2009

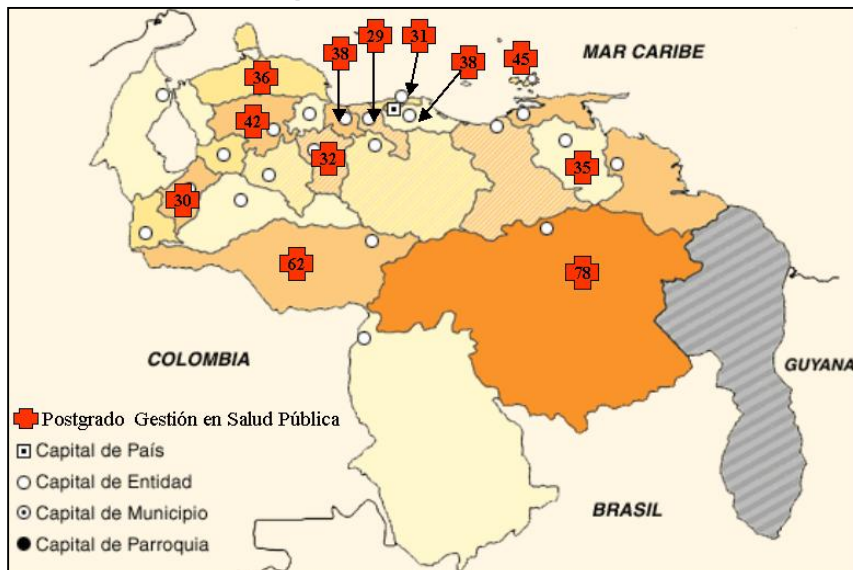
ESTADOS	ACTUALMENTE CURSANDO
Aragua (25), Apure (53), Bolívar (56), Carabobo (38), Cojedes (30), Falcón (33), Lara (42), Miranda (30), Monagas (32), Nueva Esparta (32), Mérida (21), Vargas (31)	423

Estudiantes Egresados en la Especialidad de Gestión en Salud Pública año 2008



Fuente: Postgrado de Gestión en Salud Pública

Estudiantes Activos en la Especialidad de Gestión en Salud Pública año 2009



Actualización: Abril 2009

Fuente: Postgrado de Gestión en Salud Pública

Venezuela cumple con los Objetivos de Desarrollo del Milenio

En el marco del debate general realizado en el segmento de alto nivel del Consejo Económico y Social de la Organización de las Naciones Unidas (ECOSOC), en su 65º período de sesiones (Ginebra, 09-07-2009), la delegación de la República Bolivariana de Venezuela encabezada por el Viceministro de Recursos para la Salud, del Ministerio del Poder Popular para la Salud, presentó los avances del país en materia del cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, con especial énfasis en el campo del derecho a la salud. Dicha delegación destacó que las políticas económicas y sociales implementadas por el Ejecutivo Nacional han hecho posible que el logro de los referidos Objetivos de Desarrollo del Milenio se convierta hoy en día, en una realidad palpable en el país; afirmó que se han mejorado significativamente las variables del Índice de Desarrollo Humano, pasando de un 0,7456 en el año 1988; a un 0,8263 en el año 2007, lo cual nos ubica a Venezuela dentro de la clasificación mundial, como un país de rango alto. De igual manera, resaltó que la inversión social ha exhibido un crecimiento sostenido, yendo de un 8,4% del PIB en el año 1988; a un 18,8% en el año 2008.

Avances de Venezuela en los Objetivos de Desarrollo del Milenio:

- En materia de salud, respecto al VIH-Sida, el número de personas atendidas gratuitamente con terapias antirretrovirales ascendió de 1.059 en 1999, a 25.657 en el año 2008; de una tasa de mortalidad infantil de 19 por cada mil nacidos vivos para 1999, se ha logrado su significativa reducción, siendo la relación para el año 2007, de 13,7 por cada mil nacidos vivos registrados, menores de 5 años.
- A partir del año 2000 se incorporaron 7 nuevas vacunas como parte de la estrategia de prevención de enfermedades; en el año 2008 se aplicaron más de 32 millones de dosis, con una producción de vacunas que alcanzó la cifra histórica de 8.656.988 dosis; todo ello apoyado en el marco de las Misiones Barrio Adentro I y II.
- Del 29,8% de las personas que se encontraban en situación de pobreza extrema para el año 2003, se ha logrado su drástica reducción a un 9,4% en el primer semestre del 2007, superando la meta establecida para el año 2015, que era de un 12,5%.
- En cuanto al cumplimiento de la meta “hambre cero” antes del año 2015, a través de la red de distribución y venta de alimentos MERCAL, en el 2008 se establecieron 6.048 casas de alimentación que atienden a los grupos sociales más necesitados, brindándoles alimentación balanceada; la red MERCAL cuenta con una infraestructura de 16.529 establecimientos en el ámbito nacional, lo cual beneficia a más de la mitad de la población del país, quienes adquieren sus alimentos al más bajo costo.
- En lo referente a la equidad de género en el ámbito educativo, los resultados alcanzados reflejan que en la educación universitaria, es mayor la presencia de las mujeres respecto a los hombres en la actualidad; destacando igualmente el significativo porcentaje de alumnas atendidas en el sistema educativo, que pasó de un 31,25%, para el período 1990-1998; a un 47,56% para el lapso 1999-2006.
- En Venezuela entre 1990 y 2007 se logró incrementar de un 68%, a un 92% el porcentaje de personas con acceso sostenible al agua potable, superando ampliamente la meta fijada para el 2015, que era elevar esta cifra a un 84%; lo cual ha beneficiado a más de 24 millones de habitantes en todo el territorio nacional.

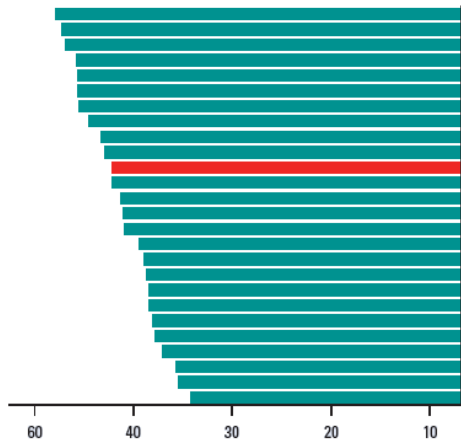
Políticas en Salud Pública
Objetivos de Desarrollo del Milenio

Objetivo 3. Promover la igualdad entre los sexos y la autonomía de la mujer.

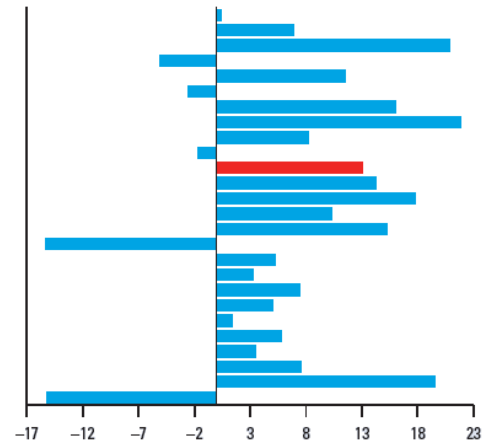
Meta: Eliminar las desigualdades entre los géneros en la enseñanza primaria y secundaria, preferiblemente para el año 2005, y en todos los niveles de la enseñanza para el año 2015.

Mujeres que trabajan en el sector no agrícola, como porcentaje del total de empleados en el sector no agrícola, América Latina y el Caribe, 2001.

Porcentaje de mujeres que trabajan en el sector no agrícola como porcentaje del total de empleados en el sector no agrícola



Cambio entre 1990-2001 (%)



Fuente: <http://www.bvs.hn/php/level.php?lang=es&component=39&item=3>

Situación de Salud en América Latina
Indicadores de Mortalidad 2008

Quinta entrega de los Indicadores Básicos de Salud en algunos países de América Latina.

INDICADORES DE MORTALIDAD

	tasas de mortalidad por causas extremas (100.000 hab) (2003-2005)						tasas de mortalidad corregida (2003-2005)		
	total		hombres		mujeres		Por (100.000 hab)	(100.000 hombres)	
	corregida	ajustada	corregida	ajustada	corregida	ajustada	suicidio	accidentes de transporte terrestre	homicidio hombres
Bolivia
Colombia	109,3	100,9	181,7	165,3	31,9	34,9	6,3	18,2	112,3
Ecuador	61,3	63,5	98,4	102,9	23,9	24,7	6,2	16,0	30,5
Venezuela	102,2	94,6	166,9	154,3	30,6	32,8	4,5	22,6	60,2
Brasil	80,8	83,4	136,1	138,4	25,9	28,5	5,2	22,1	57,4
Argentina	47,8	44,4	72,0	69,0	24,6	21,4	8,0	10,2	9,3
Chile	46,4	43,7	75,3	72,4	18,0	16,4	10,5	14,1	9,9

Fuente: www.paho.org/spanish/dd/ais/coredata.htm.

(Nota: En futuras entregas aparecerán otros Indicadores Básicos)

Alerta Epidemiológico

Pandemia Influenza A H1N1

Cambian los requisitos de notificación de los casos de infección por el virus pandémico (H1N1) 2009. (Ginebra, 16 de julio de 2009)

Conforme evoluciona la pandemia de 2009, cambian también los datos necesarios para evaluar los riesgos, tanto en los países afectados como a nivel mundial. En estos momentos se considera que es inevitable que la pandemia siga propagándose en los países afectados y llegue a nuevos países.

Esta predicción está plenamente avalada por la experiencia. La pandemia de gripe de 2009 se ha propagado por todo el mundo a una velocidad sin precedentes. En las pandemias anteriores los virus gripales necesitaron más de seis meses para extenderse tanto como lo ha hecho el nuevo virus A (H1N1) en menos de seis semanas.

El creciente número de casos registrados en muchos países con transmisión comunitaria sostenida está haciendo que a muchos de ellos les resulte extremadamente difícil, cuando no imposible, confirmarlos mediante pruebas de laboratorio. Además, en esos países el recuento de los casos ha dejado de ser esencial tanto para vigilar el nivel o la naturaleza de los riesgos asociados al virus pandémico como para orientar la aplicación de las medidas de respuesta más apropiadas.

Fuente: www.who.org

Situación en Venezuela:

Entidades Federales que han reportado casos del 27 de Abril al 26 de Julio

ENTIDAD FEDERAL	MUESTRAS	CONFIRMADOS	NEGATIVO PARA INFLUENZA A/H1N1	EN INVESTIGACIÓN
AMAZONAS	15		15	
ANZOATEGUI	165	33	132	
APURE	14	2	12	
ARAGUA	204	40	160	4
BARINAS	16		16	
BOLIVAR	85	12	73	
CARABOBO	185	29	147	9
COJEDES	4		4	
DELTA AMACURO	7	1	6	
DISTRITO CAPITAL	464	68	392	4
FALCON	31	1	30	
GUARICO	7	1	6	
LARA	82	7	74	1
MERIDA	237	9	226	2
MIRANDA	469	130	335	4
MONAGAS	31	3	28	
NUEVA ESPARTA	55	9	46	
PORTUGUESA	14	3	11	
SUCRE	10		10	
TACHIRA	74	9	65	
TRUJILLO	64	9	54	1
VARGAS	120	12	108	
YARACUY	21	4	17	
ZULIA	187	25	162	
TO TAL	2561	407	2129	25

Fuente: <http://www.mpps.gob.ve/ms/modules.php?name=Content&pa=showpage&pid=569>

DIRECTORIO S.A. IAES “DR. ARNOLDO GABALDON”

Dirección Ejecutiva

Dr. Mario G. Scarano F.

direccion.ejecutiva@iaesp.edu.ve

Dirección de Postgrado

Dra. Tulia Hernández

tulia.hernandez@iaesp.edu.ve

Dirección de Investigación

Dr. Gregorio Sánchez

Dirección de Interacción Social

Dr. Darío González

Coordinación de Epidemiología

Dr. Benny Suárez

bsuarez34@yahoo.com

Coordinación de Gestión en Salud Pública

Dra. María Naranjo

maria.naranjo@iaesp.edu.ve

**Coordinación de Salud Ocupacional
e Higiene del Ambiente Laboral**

Dra. Evelin Escalona

evelin.escalona@iaesp.edu.ve