

Barrio Adentro en Salud: un proyecto político y social de la República Bolivariana de Venezuela

Barrio Adentro in Health: a political and social project of the Bolivarian Republic of Venezuela

Virginia Aguirre¹

¹Odontóloga, Universidad Central de Venezuela (UCV). Doctora en Estudios del Desarrollo en Políticas Públicas y de Salud, Centro de Estudios del Desarrollo, UCV. Docente Fundadora de la Universidad Bolivariana de Venezuela. Asesora de la Ministra de Estado para Asuntos de la Mujer, República Bolivariana de Venezuela. inamujer@gob.ve

RESUMEN Este trabajo intenta sistematizar un proceso histórico muy complejo que vive la República Bolivariana de Venezuela, donde la participación protagónica de la comunidad está marcando una pauta en la transformación política y social. La implementación de la red de atención primaria del nuevo Sistema Público Nacional de Salud, cuya expresión es la Misión Barrio Adentro, es uno de los logros de significativa trascendencia en salud. Se trata de un proyecto político de inclusión social donde se está construyendo de forma simultánea la red de servicios y la formación masiva de profesionales y técnicos. Todo ello bajo escenarios donde se agudizan las contradicciones y tensiones a medida que se profundizan los cambios estructurales de la sociedad venezolana.

PALABRAS CLAVE Participación Comunitaria; Políticas Públicas de Salud; Atención Primaria de Salud; Equidad en Salud; República Bolivariana de Venezuela.

ABSTRACT *This paper tries to systematize a very complex historical process in the Bolivarian Republic of Venezuela, where the marked participation of the community is taking the lead in the social and political transformation. The implementation of the primary attention network of the Health National Public System, which expression is the Barrio Adentro Mission, constitutes one of the most significant achievements in health. It is a political project of social inclusion where they are simultaneously building a service network and developing professionals and technicians. All this is taking place in a contradictory and tense environment while the structural changes of the Venezuelan society are being deepened.*

KEY WORDS *Consumer Participation; Health Public Policy; Primary Health Care; Equity in Health; Bolivarian Republic of Venezuela.*

INTRODUCCIÓN

Barrio Adentro en Salud ha sido la expresión más concreta del reconocimiento del otro. A partir de esta afirmación es necesario mirar la experiencia en el marco de la construcción de una política de salud, dirigida a atender la deuda social expresada en las enormes brechas de inequidad de los sectores excluidos de la sociedad y basada en una activa participación de la comunidad. Es por ello que el análisis se inicia considerando el contexto político, económico, social y de transformación cultural por el cual estaba y está atravesando la República Bolivariana de Venezuela (RBV). La urgente necesidad de avanzar en cambios para dar respuestas a las exigencias de la población, ha hecho que el gobierno bolivariano busque una manera más agresiva de asumir las políticas mediante el surgimiento de instrumentos ágiles como las *Misiones*, con el objeto de dirigir acciones orientadas a disminuir la pobreza. Todo esto se va construyendo conjuntamente con nuevas formas de participación: este es quizás el cambio político, social y cultural de mayor relevancia, para ir avanzando en las transformaciones estructurales que se plantean con la refundación de la República. Es decir, los ciudadanos y ciudadanas comienzan a tener un papel protagónico, asumiendo que es una responsabilidad y corresponsabilidad individual y colectiva con lo público y en definitiva con el desarrollo de la Nación.

Barrio Adentro en Salud constituye un hecho inédito, un proyecto político que implica cambios profundos en la práctica de la salud colectiva, muy deteriorada por las políticas neoliberales. En este sentido, el trabajo se ha organizado en cinco momentos históricos, relacionados con los avances de las cuatro gestiones de gobierno en salud:

- Evolución del proyecto bolivariano
- Golpe de Estado y contragolpe popular;
- De las políticas públicas y de salud a las Misiones: Misión Barrio Adentro
- Construcción del Sistema Público Nacional de Salud (SPNS) y resultados de las respuestas asistenciales
- Barrio Adentro, debate y desafíos del proceso

EVOLUCIÓN DEL PROYECTO BOLIVARIANO

Este análisis se inicia con la descripción de los hechos históricos que condujeron a la elección del presidente Hugo Chávez y al proceso de construcción del proyecto bolivariano que se vive en la actualidad en el país. Uno de los puntos de partida fue la masiva protesta popular en lo que se llamó el Caracazo (1), como respuesta a las políticas impuestas por el Fondo Monetario Internacional en 1989, que incluían el alza de la canasta básica, la privatización de la salud y la educación, y en particular por el aumento del pasaje urbano e interurbano, que afectaba directamente a los sectores populares, sobre todo a quienes vivían en las ciudades satélites. La respuesta gubernamental fue una brutal represión, caracterizada por la persecución y asesinato de miles de ciudadanos y ciudadanas por parte de la policía y el ejército.

La aplicación de un programa de ajustes neoliberal durante el segundo gobierno de Carlos Andrés Pérez, agravó hasta el extremo la situación social, asimismo la endémica corrupción producto del gobierno de Acción Democrática llegó a tales niveles, que un grupo de militares de tendencia progresista decidió llevar a cabo una insurrección militar en 1992, cuyo líder fue Hugo Chávez, aunque no logró el objetivo de asumir el poder. Si bien la rebelión militar fue derrotada, marcó definitivamente las esperanzas del pueblo venezolano; fue la ventana por donde podía verse que era posible revertir la situación política, económica y social. Es así como el liderazgo de Chávez comienza a configurarse desde la cárcel, cuando se inicia la elaboración de un programa nacionalista para acabar con el estado de ingobernabilidad y de combate a la exclusión social, asesorado por numerosos políticos e intelectuales de izquierda y también por algunos políticos de las filas de la derecha.

Desde sus primeras etapas, el liderazgo de Chávez ha estado sustentado en la organización y conciencia popular, con un alto sentido democrático, muy al contrario de las acusaciones de dictador, populista y militarista. El origen militar del liderazgo bolivariano ha producido múltiples confusiones y malos entendidos. Por ello es pertinente aclarar que en Venezuela la academia

militar es de una gran diversidad social, donde esencialmente han sido personas de los sectores populares las que han ingresado a la carrera militar. Esto obedeció, principalmente, a la imposibilidad de numerosos jóvenes de tener acceso a la educación; en este caso la escuela militar significaba la oportunidad que tenía esta población de poder estudiar y tener un trabajo. Es por ello que no es descabellado pensar que en el ejército venezolano se conformaran grupos progresistas, con una alta sensibilidad social y política inclinada hacia la izquierda (a comienzos de la década del '60 se produjeron alzamientos militares fallidos, de orientación progresista, y posteriormente algunos de estos grupos se fueron a la guerrilla). Desde una perspectiva histórica, los próceres venezolanos de la independencia han difundido ideas libertarias de igualdad, solidaridad e integración.

En 1994, el recién electo presidente Rafael Caldera (demócrata cristiano apoyado por pequeños partidos de centro izquierda) le otorgó una amnistía a Chávez, quien inició un trabajo político en cada rincón del país que lo llevaría finalmente a ganar las elecciones de 1998. Su propuesta era llamar a la Asamblea Constituyente, para elaborar una nueva Constitución y dar inicio a la llamada "Quinta República". Hugo Chávez planteaba que no era posible realizar los cambios estructurales que requería el país con la Constitución de 1961, porque se necesitaba una profunda transformación socioeconómica, capaz de reorientar los recursos del petróleo para combatir la exclusión social (según los datos del Instituto Nacional de Estadística, para el primer semestre de 1998 el nivel de pobreza afectaba al 49% de la población, siendo la pobreza extrema de un 21%) (2).

De esta manera, el llamado a la Asamblea Constituyente luego del triunfo de las elecciones de 1998 del presidente Hugo Chávez, fue uno de los hechos históricos que marcó una pauta para iniciar las transformaciones estructurales. El derecho a la participación popular se ejerció a través de tres convocatorias a elecciones:

- referéndum consultivo para decidir sobre la realización de una Asamblea Constituyente;
- elección de los miembros de la Asamblea Constituyente;
- referéndum aprobatorio de la nueva Constitución (1).

Esto es lo que fue marcando y profundizando el ejercicio democrático, donde las decisiones se comenzaron a tomar con la gente, en este caso emitiendo su opinión sobre los principios y aspectos que debían plasmarse en lo que sería el proyecto de país.

Mujeres y hombres de todo el territorio nacional, en conjunto con los asambleístas, conformaron grupos de discusión que comprendían las visiones de los distintos sectores sociales, las cuales se incorporaron en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (CRBV) aprobada por el pueblo en diciembre de 1999.

LA CONSTITUCIÓN BOLIVARIANA Y LA POLÍTICA DE SALUD

Cabe destacar que aún cuando los distintos grupos sociales (pueblos indígenas, mujeres, empresarias/os, campesinas/os, pescadoras/es, entre otros) discutieron sus problemáticas particulares, nunca perdieron el sentido de la integralidad. Es decir que la discusión sobre la salud se dio dentro de una perspectiva de la calidad de vida que comprende el hábitat, la vivienda, el agua potable, el trabajo, la educación, la alimentación, los derechos políticos, el ocio, etc. Los numerosos debates en todo el territorio nacional tuvieron como producto tres artículos (3):

Artículo 83. La salud es un derecho fundamental, obligación del Estado que lo garantizará como parte del derecho a la vida. El Estado promoverá y desarrollará políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios. Todas las personas tienen derecho a la protección de la salud, así como el deber de participar activamente en su promoción y defensa, y el de cumplir con las medidas sanitarias y de saneamiento que establezca la ley, de conformidad con los tratados y convenios internacionales suscritos y ratificados por la República.

Artículo 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 prioridad 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 de 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 cualquiera 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 profesionales, técnicos y técnicas y una industria nacional de producción de insumos para la salud. El Estado regulará las instituciones públicas y privadas de la salud.

Paralelamente, en el espacio de la gestión institucional de los servicios de salud, comienzan a diseñarse nuevas estrategias para atender las demandas de la población: se hace una alianza estratégica cívico-militar y se crea el Plan Bolívar 2000; probablemente éste sea el primer ensayo para ir configurando una nueva institucionalidad, al margen de las tradicionales estructuras del Estado. En este caso se desarrollan actividades de atención de salud en las comunidades, organizadas por el Ministerio de Salud (Minsalud) en conjunto con los militares (muchos de ellos profesionales y técnicos de la salud asimilados, médicas/os, odontólogas/os, enfermeras/os, entre otros). Entre los años 1999 y 2001, bajo la conducción del primer ministro de salud del gobierno bolivariano Gilberto Rodríguez Ochoa, se realizan en unidades móviles más del doble de intervenciones quirúrgicas que en la década anterior; lo mismo ocurre con las consultas, las inmunizaciones (4). Esta experiencia reviste una extraordinaria importancia, ya que constituye el

primer paso para la transformación de las funciones exclusivamente militares de las Fuerzas Armadas en actividades de un marcado tinte social. Esto sensibiliza a los militares, quienes, en su mayoría, empiezan a tomar conciencia de otra mirada sobre el significado de la soberanía y la defensa de la patria. Asimismo, es indudable que estas concepciones produjeron contradicciones entre los altos mandos, ante la movilización de los militares para fines sociales en lugar de las tradicionales funciones de represión interna y defensa de las fronteras.

En el año 2000 se establece además un primer convenio de cooperación Cuba-Venezuela, con la finalidad de atender algunas necesidades de salud de forma inmediata, mientras se da inicio a la construcción del nuevo Sistema Público Nacional de Salud (SPNS), establecido en la Constitución de 1999. Se comenzaron a enviar a Cuba a personas de los sectores más desprotegidos para ser atendidas en un tercer nivel, particularmente en las especialidades de traumatología, oncología, neurología, cardiología, entre otras. Se trata de atender la emergencia en materia de salud y con ello las enormes brechas de inequidad. Es de esta manera donde la enfermedad se asume como el principal problema a resolver, porque la política neoliberal no solo facilitó el desarrollo de la privatización en salud sino que también debilitó los servicios, fragmentando todo el sistema público, con el colapso de la red hospitalaria, aunado a condiciones laborales precarias, con salarios insuficientes, a un poder médico muy viciado y que se resiste a los cambios planteados. El caos en la atención de salud no solo afectó a grupos de extrema y mediana pobreza sino también a la clase media, lo que obligó a este grupo a afiliarse a las aseguradoras privadas para poder tener acceso a servicios de salud.

GOLPE DE ESTADO Y CONTRAGOLPE POPULAR

A medida que se fue profundizando el proceso se agudizaron las contradicciones de algunos grupos que en un inicio tuvieron alguna simpatía con los cambios. La Constitución de

1999 fue redactada por una diversidad política que no solo era de izquierda, pero al comenzar a dar los pasos para el cumplimiento de la misma, algunos de estos grupos se fueron distanciando del gobierno.

Los cambios emprendidos a principios del año 2000 en los diferentes ámbitos de la vida nacional, se dieron de manera simultánea, impulsados por una fuerte movilización popular. La gente estaba de forma permanente en la calle, incluso los de oposición, con la diferencia que estos se manifestaban expresando sus desacuerdos. Lo político daba claras muestras de un avance más acelerado que los cambios institucionales que se requerían. Uno de los mayores desafíos que enfrentó el proceso bolivariano fue la dificultad para llevar a cabo las profundas transformaciones que se necesitaban en el Estado venezolano, entre ellas las heredadas por las prácticas clientelares, y en muchos casos corruptas, de 40 años de "puntofijismo" (a).

Esta inmensa movilización social estuvo atravesada permanentemente por dificultades para gobernar en paz. Un primer ejemplo, fueron los disturbios y saqueos ocurridos luego del deslave vivido en la zona costera a Caracas en diciembre de 1999. En ese momento llegaron por primera vez médicos y médicas cubanos, para atender a los damnificados del estado de Vargas, que habían sufrido el desastre natural. Otros hechos políticos que intentaron frenar los cambios fueron:

a) El paro empresarial del 10 de diciembre de 2001, a raíz de la propuesta de 49 decretos leyes a incluir en la Ley Habilitante. El más polémico fue la Ley de Tierras para combatir el latifundio. Esta manifestación de los empresarios fue una clara demarcación pública y abierta que hizo la derecha a través de los poderosos grupos económicos y con el evidente apoyo internacional por el desacuerdo con las medidas del gobierno. Aquí se incorporan como actores políticos activos los medios de comunicación, para hacer campañas de persuasión contra el proyecto bolivariano. A partir de ese momento se inician las confrontaciones más agresivas y violentas de la oposición y se hacen numerosos actos para desestabilizar al país. Uno de los elementos

decisivos fue la destitución de los miembros que ocupaban los cargos directivos de Petróleos de Venezuela Sociedad Anónima (PDVSA), por parte del presidente. La razón fundamental de este conflicto fue la puja por el destino de la renta petrolera que el gobierno quería reorientar hacia la inversión pública para desarrollar la educación, la salud, la industria nacional, el empleo, etc.

b) El golpe de Estado provocado el 11 de abril de 2002 es el producto de la conspiración de los gerentes que tenían el control de PDVSA, los grandes empresarios y algunos militares del alto mando. Esto evidenció, ante los ojos del pueblo venezolano, las expresiones de racismo, represión y, fundamentalmente, que los derechos que comenzaban a adquirir serían brutalmente aplastados. La reacción fue casi inmediata, no había nada que perder, había que salir a la calle a buscar al presidente, y el 13 de abril de manera espontánea multitudes se dirigieron al Palacio de Miraflores a sacar a los golpistas de derecha y exigir sus derechos con firmeza: "¡Nosotros votamos a un presidente para que gobernara por seis años y Chávez debe terminarlo! Queremos que nos devuelvan a Chávez". Todos y todas en la calle. En Caracas y Maracay los habitantes de los barrios más humildes rodearon los cuarteles levantando la Constitución; les exigían a los militares que devolvieran a Chávez. La decisión también impactó a los militares, que no dudaron en ponerse del lado del reclamo popular. El golpe también mostró a otro grupo que representa en la actualidad a una minoría, dispuesto a defender sus privilegios de cualquier manera. Por otro lado, fue la oportunidad para que Chávez, una vez rescatado el 13 de abril de 2002 por el pueblo y los militares, realizara una limpieza profunda en la Fuerzas Armadas, dando de baja a todos los que lo traicionaron y participaron en el golpe. Nadie fue preso; esto es lo que reclama hoy la gente y está siendo materia de la Reforma Constitucional. A partir de este momento queda plasmado que se está en presencia de una revolución en democracia.

c) El paro petrolero realizado desde diciembre de 2002 hasta febrero de 2003 fue "una insurrección gerencial" (5) y no un paro de la clase obrera. Ha sido hasta ahora la prueba de fuego más grande por la que ha pasado el gobierno y el pueblo. El país estuvo paralizado casi tres meses y el producto bruto interno del primer trimestre de 2003 disminuyó 27,6% (6). Las consecuencias del paro fueron inhumanas: se dejó sin gasolina a todo el territorio nacional, sin alimentos, no había gas, por lo que en los sectores populares hubo necesidad de cocinar con leña, pero la gente supo resistir y reaccionar sin violencia. Ya se podía visualizar que en las comunidades había una organización política, social y de conciencia de clase, de lo contrario hubiera sido extremadamente difícil soportar la situación de incertidumbre, la hostilidad mediática a través de partes de guerra diarios, la escasez de alimentos (en el mes en que se festeja la Navidad y se reencuentran las familias), la paralización de todo el país –hasta las escuelas– y los hospitales y redes ambulatorias a medio funcionar, lo que quedó expresado por un reconocido economista de la oposición:

Dañar la educación de nuestros niños –aun si ese fuese el caso– es gravísimo. ¡Y hacerlo en aras de un fin menor es, sin duda, inmoral! Pero ese mismo hecho –dañar a los chicos– deviene ético cuando se persigue un fin noble: evitarle al país una dictadura comunista. (7)

El paro petrolero mostró una realidad muy dramática para el proceso de transformación, al encontrarse con un grupo de profesionales y técnicos formados en prestigiosas universidades del exterior, con cursos de alto nivel de especialización y que no tenían ningún compromiso con el país. Pero también develó que no eran imprescindibles y que la meritocracia no era tal: no eran los únicos capacitados. Es así como entre los jubilados petroleros y el pueblo, la industria arrancó de forma completa a los tres meses. A partir de esta realidad se comenzaron a hacer esfuerzos extraordinarios para formar a los profesionales y técnicos con un pensamiento crítico capaz de producir innovaciones necesarias para los cambios estructurales planteados y con un significativo compromiso político con el país.

LA SALUD EN MEDIO DE LA CRISIS

La segunda ministra bolivariana de salud, María Urbaneja (2002-2003), sufrió los momentos más complejos de confrontación política: el golpe militar y el paro petrolero. Su gestión estuvo obligada a resguardar el proceso político iniciado, a resistir el enfrentamiento más agudo y violento de la oposición al gobierno y especialmente en lo que concierne al sector a su cargo, a enfrentar al poder médico, que es uno de los grupos que forman parte de la oposición golpista. Entre los logros de su gestión se encuentra la elaboración del documento "El desarrollo de un pensamiento estratégico en las políticas públicas por la calidad de vida y salud" (8), integrado dentro del plan de gobierno expuesto en las *Líneas Generales del Plan de Desarrollo Económico y Social de la Nación 2001-2007*. Este aporte estaba dirigido a sustentar los principios por los cuales se debían desarrollar las políticas de salud. La agudización del conflicto político puso de relieve las grandes dificultades, limitaciones y los errores, en particular para conformar equipos de trabajo sin sectarismos, con un buen nivel de formación técnica, capaz de atender las tareas cotidianas y la construcción de una nueva institucionalidad, un talento humano comprometido con el proceso y con una verdadera conciencia del trabajo en colectivo, elementos imprescindibles para enfrentar un ambiente institucional que conserva muchos de los vicios de la Cuarta República, caracterizada por el clientelismo, la corrupción y la ineficacia.

Lamentablemente, la situación de salud era cada vez más crítica, incluso hubo brotes importantes de fiebre amarilla y dengue. Por otro lado, se continuaba con el traslado de pacientes a Cuba.

DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS Y DE SALUD A LAS MISIONES

El año 2003 fue excesivamente duro por el quiebre económico que dejó el paro petrolero, pero se adoptó una estrategia que trascendería las instituciones públicas: las Misiones, que oxigenaron la situación social de la población. Se

dio inicio a este proceso a través de las Misiones educativas: la primera fue la Misión Robinson, un plan de alfabetización sobre la base de un modelo cubano al cual se le incorporaron elementos culturales venezolanos. Este proceso fue de un apreciable impacto: el país comenzaba nuevamente a moverse y a estimularse luego de sentir las amenazas para acabar con las esperanzas de cambio. Con esto se buscó abordar dos grandes problemas: *el derecho a la educación y al trabajo*. Posteriormente nacieron Misión Ribas, Misión Sucre y Misión Vuelvan Caras y se crearon la Universidad Bolivariana de Venezuela (UBV) y la Universidad Experimental de la Fuerza Armada (UNEFA) como proyectos masivos y municipalizados de formación universitaria. Estas universidades están destinadas a la formación de profesionales y técnicos; el planteamiento se basa en la universidad que se traslada a la comunidad (en la actualidad ambas están llevando a cabo el programa de Medicina Integral Comunitaria). Con esto se debía atender la gran deuda social de numerosos jóvenes que no tuvieron acceso a la educación universitaria. Entre los primeros nueve programas de formación de la UBV, se encuentra el de Gestión en Salud Pública para pregrado, con dos salidas: Técnico Superior y Licenciatura.

Las Misiones son tanto un instrumento eficaz para abordar un problema coyuntural –como por ejemplo los efectos devastadores del paro petrolero– como así también un proyecto destinado a asumir la deuda social acumulada por décadas en salud, educación, vivienda, alimentación, trabajo, entre otras. Se trata de intervenir de manera más rápida en los problemas que son de gran complejidad, con un financiamiento dirigido a obtener resultados en un corto plazo y con articulación entre las Misiones. La vieja estructura institucional altamente burocrática de los ministerios hace que los procesos sean muy lentos, con requisitos administrativos complicados que impiden el cumplimiento de las políticas. Es por ello que era imposible iniciar acciones de este tipo con estas instituciones, con las que no se hubiese podido avanzar en los proyectos sociales, económicos y políticos que tiene hoy el país. Aunque hasta ahora las Misiones funcionan como estructuras paralelas en los ministerios, debe entenderse que son una transición hacia una nueva institucionalidad pública. En la

propuesta de Reforma, las Misiones adquieren rango constitucional en el Artículo 141. En alguna medida están configurando el nuevo mapa político social y la nueva institucionalidad, que se inserta en las bases comunitarias.

En cada parroquia existe una red de calidad de vida y de justicia social (9), donde convergen todas las Misiones. Al crear un Consultorio Popular, se van identificando no solo los problemas de salud, sino otros aspectos que afectan la calidad de vida; por ejemplo, al implementarse progresivamente las misiones educativas, se fueron evidenciando problemas en los grupos de estudio: muchos de los participantes que iban a clase no habían comido en todo el día por falta de recursos. Como intervención inmediata del gobierno surgen las "casas de la alimentación", de lo contrario la misión fracasaría. De esta forma la comunidad comenzó a desarrollar mecanismos de solidaridad y preocupación por los miembros de su barrio.

Las familias que fueron excluidas de la educación, pudieron incorporarse a las Misiones educativas como: *Robinson I "yo sí puedo"* (alfabetización), *Robinson II "yo sí puedo seguir"* (primaria), *Ribas* (secundaria), *Sucre* (universitaria) y *Vuelvan Caras* (educación para el trabajo). Éstas funcionan en los barrios, en las escuelas que se han construido en la zona, en los consultorios.

La *Misión Identidad* le garantiza a cada uno de los ciudadanos y ciudadanas el documento para su identificación (elemento que se le había negado al pueblo para no visualizarlo).

Barrio Adentro Deportivo tiene como objetivo el desarrollo del deporte principalmente para niñas/os, adolescentes (una forma de combatir las drogas y también para cumplir con el derecho al deporte) y personas de la tercera edad, a las cuales se les ha construido canchas deportivas en las zonas populares.

Mercal es una red de mercados de alimentos de la canasta básica con precios regulados.

Hasta octubre de 2007 se han constituido más de 18 misiones. A lo largo y ancho del país y en las diferentes parroquias existe esta red social. Es una organización absolutamente horizontal y en el seno de las zonas populares.

Las Misiones son, fundamentalmente, una estrategia para atacar la exclusión. En el caso de la educación existe además el Sistema

Educativo Bolivariano Formal (tradicional escolarizado): Simoncito (preescolar), Escuelas Bolivarianas (básica) y Liceos Bolivarianos (secundaria), Escuelas Técnicas Robinsonianas y Universidades Experimentales.

Para el caso de la salud el proyecto se centra en la Misión Barrio Adentro y en la Ley Orgánica de Salud (aún en discusión) paralelamente a la red de atención tradicional. A partir de esto, el gobierno asume que la salud y la educación son un problema de soberanía de Estado, por lo tanto los lineamientos son presidenciales; con ello se busca garantizar el derecho a la salud y a la educación.

Simultáneamente a las Misiones existe toda una organización popular para resolver problemas de la comunidad, los cuales requieren de respuestas concretas en cuanto a los servicios básicos. Ejemplos de ello son: los *Comités de Planificación y Políticas Públicas para el Desarrollo Local*, conformados por la comunidad organizada para elaborar proyectos en pro de las mejoras de sus barrios, absorbidos y financiados por el Estado; las *Mesas Técnicas de Agua*, también conformadas por la comunidad en conjunto con Hidrocapital para resolver los problemas del agua, un tema significativo en términos de calidad de vida y salud; los *Comités de Tierra Urbana*, cuya función es adjudicar a la población la propiedad de la tierra en las ciudades; los *Comités de Salud*, en los que la comunidad organizada ejerce la contraloría social de los servicios de salud, que nacen junto a los Consultorios Populares. Actualmente se están creando los *Consejos Comunales*, como la máxima expresión del poder popular, donde la Comuna se reconoce como el territorio social que forma parte del poder político, administrativo y territorial del Estado; es la concreción de la democratización en la distribución de la riqueza de la Nación para el pueblo. Esta participación implica una nueva relación Estado-sociedad, en la que las comunidades recuperan su papel en la formación, ejecución y control de la gestión pública.

El éxito de las Misiones consolida al gobierno y fortalece la organización popular. El país fue declarado por la Unesco libre de analfabetismo en el año 2005, después de alcanzar el número de 1.534.267 hombres y mujeres alfabetizados por la Misión Robinson (10). La Misión Barrio Adentro ha jugado un papel estratégico y

político clave en la organización popular: el Consultorio Popular es uno de los pilares emblemáticos del proyecto revolucionario.

MISIÓN BARRIO ADENTRO

Barrio Adentro es un proyecto político de soberanía de Estado, donde la organización comunitaria es el actor fundamental para que se den los cambios paradigmáticos en torno a la salud colectiva y la gestión de toda la red del Sistema Público Nacional de Salud; es la que ejerce la verdadera contraloría social de este proceso. Es por ello que es un error conceptual comenzar a tratar el tema de forma cuantitativa mostrando sus datos y ubicándolo a partir de la productividad del servicio al mejor estilo de las agencias internacionales. De lo que se trata aquí es de darle el protagonismo al pueblo porque sin la batalla que dio en sus inicios y que aún sigue dando, hoy no se podría estar hablando de ello con tanto orgullo y ejemplo para toda América Latina.

Abordar una problemática tan compleja como lo es la salud, desde los niveles de deshumanización a los que se llegó como producto de las políticas neoliberales, pasa por asumir que no hay otra manera de enfrentarla sin la participación protagónica de la gente. Barrio Adentro es la lucha permanente de un pueblo que fue excluido frente a una elite representada por un poder médico hegemónico que se resiste a los cambios. La Misión Barrio Adentro se ha constituido en la bandera del proceso bolivariano, a partir de los principios de solidaridad, universalidad, gratuidad, equidad, libertad y democracia.

Barrio Adentro comienza a gestarse el 16 de abril de 2003 como un proyecto piloto a cargo del alcalde Freddy Bernal en el Municipio Libertador (11). En un primer momento, el Plan se desarrolló desde abril a junio de ese año. Consistió en medir el impacto y el apoyo de las comunidades para desarrollar en conjunto la red de servicios de salud, la constitución de los primeros Comités de Salud, la adaptación de los médicos y médicas cubanas y la evaluación de las enfermedades más frecuentes en cada localidad. Aquí se trata de una epidemiología que no

está registrada en los EPI (b) del Minsalud. Esta fase piloto se desarrolló a través del Instituto de Economía Local (IDEL) de la alcaldía del municipio Libertador. Surge en el marco del Convenio Venezuela-Cuba, como respuesta del Estado venezolano para la solución de las principales necesidades sociales y de salud, constituyéndose en el punto de partida para el desarrollo de la Red de Atención Primaria.

Se establecen los primeros Puntos de Consulta en los barrios, donde una familia de la comunidad cede un espacio en su humilde vivienda, para que viva el médico o médica cubana. La familia los acoge y se responsabiliza por su alimentación, su atención y de proveer el espacio para que vengan los vecinos a atenderse. Estos profesionales comienzan además, a hacer visitas domiciliarias e inician un proceso de registro estadístico sencillo para establecer la cobertura de un primer nivel de atención de 250 familias por consultorio. No puede desconocerse el profundo impacto social que tiene la presencia de los médicos y médicas que cotidianamente viven en y con las comunidades.

Con esto se hace hincapié en los principios de corresponsabilidad, solidaridad y participación protagónica. Esta nueva relación

Estado-sociedad es la que va a dar surgimiento a la Misión como tal, entendiéndose que la salud pasa a ser un derecho social fundamental y el Estado recupera su papel rector en la construcción del Sistema Público Nacional de Salud (SPNS) de carácter intersectorial, descentralizado y participativo (debe recordarse que en los años '90 la banca multilateral era la que dictaba las líneas en salud).

Un segundo momento del Plan Barrio Adentro (junio-agosto de 2003) fue desarrollado en otros estados del territorio nacional. Y un tercer momento (septiembre-diciembre de 2003), fue su implantación en todo el país, para lo cual se incorporaron 10.179 médicas y médicos cubanos (12).

El 14 de diciembre de 2003, luego de obtenerse excelentes resultados con el Plan nace la Misión Barrio Adentro, donde el presidente de la República, Hugo Chávez Frías, juramentó una Comisión Presidencial, presidida por el tercer ministro de Salud del gobierno bolivariano Roger Capella (2003-2004). Ese mismo día se inauguraron los primeros veinte Consultorios Populares (Figura 1) o Casas de la Salud y la Vida, como primer paso para alcanzar la meta estimada de 5.000 consultorios para el año 2004.

Figura 1. CONSULTORIO POPULAR. REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA. AÑO 2003.



El abordaje que se hace de la salud está relacionado con la economía social, la cultura, el deporte, el ambiente, la educación y la seguridad alimentaria, de allí la importancia de la organización comunitaria a través de los Comités de Salud. Es necesario recordar que en aquel momento el país seguía recuperándose de los desastres dejados por el paro petrolero, en el que las necesidades de salud eran graves, por lo que el proceso fue abordado de forma integral desde la calidad de vida como estrategia para el desarrollo de Barrio Adentro. Esto sobrepasa los postulados de Alma Ata con respecto a los principios de la Atención Primaria de la Salud (APS), en tres sentidos (13):

- a) en la *participación protagónica* de un pueblo como un hecho político de la salud y no como un hecho voluntarioso para cuidar el establecimiento local de la "medicina";
- b) en la *transferencia tecnológica*, que va mucho más allá que la mal concebida tecnología apropiada, la cual se entendió como una artesanía y no como el desarrollo de conocimiento; y
- c) un *modelo o modo de atención* donde la comunidad es la principal gestora del servicio del primer nivel de atención, ejerciendo la contraloría social tanto para el seguimiento de las 250 familias, como para la elaboración de la micropolítica (14) y la toma de decisiones con los profesionales y los técnicos de la salud que están en el Consultorio Popular.

El primer impacto que ocasionó su implantación fue la expresión de felicidad de la población pronunciando por primera vez en su vida "*ahí va mi médica/o*", con sentido de propiedad. Con esto se rompió un mito del barrio (Figura 2), que decía que no era posible entrar a ellos y mucho menos subir el cerro, porque los niveles de inseguridad eran significativos. Con Barrio Adentro (aunque ya se habían dado los primeros pasos con el proceso de alfabetización) se comenzaron a ver los rostros de mujeres y hombres, niños, niñas y adolescentes, se descubre la otra cara de la sociedad: los excluidos, incluso en las avenidas y calles principalmente de Caracas, porque antes no había espacio para ellos, el hecho de ser negros y con características humildes era motivo de sospecha para la policía que se los llevaba detenidos. Esto fue muy impactante

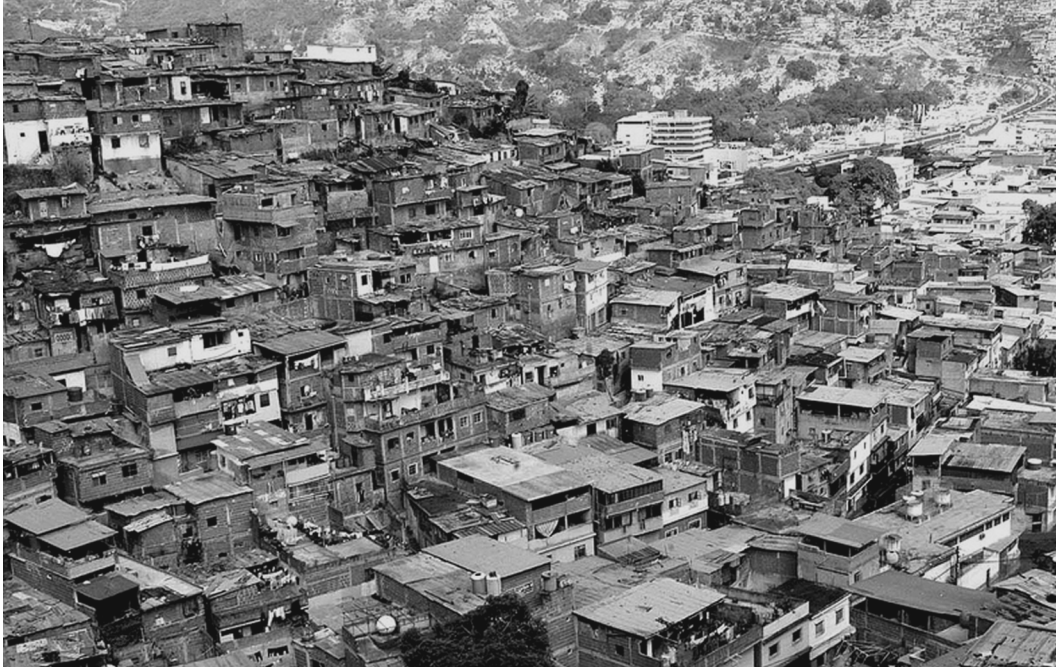
para el resto de los ciudadanos y ciudadanas, porque había una población, "los pobres", a la cual se dirigían las políticas, hechas de imaginarios y no en base a la realidad de la vida y dinámica de un barrio, donde ahora unos médicos/as se instalaban a vivir, y pasaban a ser un vecino más, un miembro de la comunidad que los reconocía como parte suya. Esto es inédito en el país.

A los dos meses de constituirse la Comisión Presidencial, los grupos adversarios al gobierno inician las *guarimbas* (piquetes en las esquinas de la ciudad en sectores de clase media, con quema de basura y neumáticos) en las calles del este de Caracas, aunado a una fuerte campaña de desprestigio de los médicos y médicas cubanas, intentando convencer a la gente de los barrios que ellos no eran profesionales sino técnicos. La respuesta de las comunidades fue sin duda la defensa de su Consultorio Popular y de su médica o médico. Sin embargo, la dificultad de comprender que Barrio Adentro 1 es un concepto más amplio que la prestación de un servicio "médico" es la tensión que genera en el tercer equipo ministerial.

Otro hecho político de trascendencia fue el despliegue del pueblo en la aprobación del referendo al cual se sometió Chávez en agosto de 2004. La actuación que derivó del trabajo comunitario y organizativo que se realizó con Barrio Adentro fue determinante en los resultados para la continuidad del Presidente en el poder. Lo que estaba en juego para la gente era la posibilidad de tener un servicio de atención de salud en su propio barrio, en su casa y gratuito, deuda social histórica. Barrio Adentro se concibe bajo una construcción integral de la sociedad, que ha sido posible porque los ciudadanos/as fueron tomados en cuenta para las decisiones desde el inicio de este proceso, por lo que el resultado de mayor trascendencia de Barrio Adentro es cualitativo, hay una respuesta cultural hacia el enfoque de la salud colectiva aunado a resultados cuantitativos significativos.

Para 1998 la cobertura de atención primaria abarcaba al 15% del población. Como producto de la voluntad política de abordar el problema de salud a partir de los principios de equidad, universalidad e igualdad, desde el año 1998 al 2007 se ha incrementado la accesibilidad al servicio de salud, cuadruplicándose y llegando a más de 60% de la población del país (15).

Figura 2. ZONAS POPULARES DE CARACAS. REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA. AÑO 2003.



Fuente: elaboración propia.

BARRIO ADENTRO EN LA DESCENTRALIZACIÓN

Uno de los elementos con los que había que enfrentarse para el despliegue en la construcción e implantación de los Consultorios Populares, era la cultura de descentralización que dejó el proceso de reforma neoliberal. Esta se concibió como entidades federales autónomas (espacios ideales para la privatización) desligadas del poder central donde los proyectos no formaban parte de los planes de desarrollo de la Nación, porque tampoco había un proyecto de país. La puesta en marcha de los Consultorios Populares inicia un proceso de contradicciones entre el nivel central y los estados, y comienza a rescatar la rectoría del Minsalud. Por otra parte, la reforma en salud se había centrado en remodelar infraestructuras y en la adquisición de equipamiento médico y biomédico como una manera de concentrar la dependencia tecnológica con pocas posibilidades, o ninguna, de desarrollar un aprendizaje tecnológico. Omitió la formación de talento humano para los nuevos tiempos; más bien de lo que se trataba el achicamiento del Estado era una disminución, a través de la reduc-

ción de personal, de la mano de obra de profesionales y técnicos que serían la generación de relevo (16). En sus comienzos la descentralización fue un proceso difuso y confuso (17), porque nadie sabía cómo iba a tener su asidero jurídico y político, pero también para ese proceso se necesitaba de nuevas profesiones y de técnicos y técnicas con un conocimiento pertinente como lo exigía la nueva realidad local.

También es necesario señalar que la descentralización se planteó como una herramienta para acercar el poder al pueblo, a las comunidades y en la realidad ocurrió lo contrario, éstas nunca participaron. Las instituciones de la salud que dependían de las gobernaciones y del Minsalud se convirtieron en pequeños ministerios locales que concentraron el poder limitando la posibilidad de participación en la toma de decisiones. El hallazgo más relevante que tuvo ese proceso fue la emergencia de un nuevo liderazgo local que superaba a los que estaban en el poder central. Esto se puede señalar como un resultado positivo y que ha sido demostrativo en el apoyo a la Misión Barrio Adentro.

No se puede dejar de mencionar que se dieron algunas experiencias exitosas con la descentralización, en particular en el desarrollo de Núcleos de Atención Primaria. Las más significativas fueron las que se hicieron en el estado Aragua, porque se propusieron "salud para la gente participando todos", esto significaba superar la concepción reduccionista de la APS entendida por una parte importante de algunos funcionarios como un servicio de segunda, porque era dirigido a los "pobres". Esta visión primitiva que permaneció en algunos estados hasta que se estableció que la salud es un derecho, es con la que se encuentra la implementación de Barrio Adentro. Es aquí donde el enfoque de la APS cobra otro sentido: se trata de atender la deuda social mediante una atención digna, con calidez y calidad para la población. La participación protagónica del pueblo en torno a los Consultorios Populares y con capacidad de decisión a través de los Comités de Salud, ha generado tensiones entre el poder popular y el poder burocrático local (direcciones de salud) más fuerte en algunos estados que en otros.

CONSTRUCCIÓN DEL SISTEMA PÚBLICO NACIONAL DE SALUD Y RESULTADOS DE LAS RESPUESTAS ASISTENCIALES

El cuarto ministro bolivariano de Salud, Francisco Armada (2004-2006), representa una nueva generación: viene de la propia institución ministerial, por lo que conoce su estructura y funcionamiento. Tiene una fuerte formación académica en el campo de la salud pública, en políticas públicas y de salud y sobre todo su liderazgo obtiene el equilibrio técnico-político necesario para el nuevo reto: continuar Barrio Adentro 1, construir Barrio Adentro 2 y hacer la propuesta para Barrio Adentro 3 y 4. Lo más significativo es que logra conceptualizar y llevar a la práctica en conjunto con su equipo ministerial la construcción de lo que son las Redes de Servicios del SPNS, integradas e integrales, bajo un sistema de referencia y contrarreferencia con los diferentes niveles de atención: Barrio Adentro 1 (primer nivel de atención, puerta de entrada al sistema), Consultorio Popular y Puntos de Consulta; Barrio Adentro 2 (segundo nivel de atención), Centros de

Diagnóstico Integral (CDI), Salas de Rehabilitación Integral (SRI), Centros de Alta Tecnología (CAT) y Clínicas Populares; Barrio Adentro 3 (tercer nivel de atención), rehabilitación e incorporación de equipos en una primera etapa a 44 hospitales, establecimiento de un Convenio Argentina-Venezuela para la adquisición de equipos médicos; Barrio Adentro 4 (atención especializada), Hospitales Especializados, como el Cardiológico Infantil y Oncológico, que ya están funcionando (ver Cuadro 1).

Se logra entonces un verdadero trabajo intersectorial entre el Ministerio de Infraestructura, el Ministerio de Hábitat y Vivienda, las gobernaciones, las alcaldías y el Ministerio de Salud, con el propósito de aunar esfuerzos y obtener el logro de las metas propuestas en la construcción de los servicios del SPNS. Se fortalece la consolidación de los Comités de Salud, se articula en conjunto con el Ministerio de Educación Superior el apoyo para la formación masiva de médicas/os y de enfermeras/os que van a trabajar en Barrio Adentro 1, 2, 3 y 4. Se les da ingreso a 4.500 defensoras/res de la salud, al Programa de Formación en Enfermería Integral Comunitaria cuya tarea ha sido apoyar al médico/a en el consultorio popular. Estas personas son miembros de la comunidad. Se crea la Misión Sonrisa, para atender la deuda social en odontología protésica. Se desarrolla el Programa de Salud para los Pueblos Indígenas, donde se incorporan los primeros 50 médicos/as venezolanos en el Batallón 51 y Batallón 14, conformados por extranjeros graduados en la Escuela Latinoamericana de Medicina de Cuba, para atender a las diferentes etnias que se ubican en las zonas selváticas fronterizas de difícil acceso. Se da inicio a la Misión Milagro como programa de salud visual internacional. Además, en esta gestión ministerial se establece la política de investigación y desarrollo en salud, que lleva la Misión Ciencia del Ministerio de Ciencia y Tecnología, para la producción de insumos médicos y biomédicos necesarios para el SPNS, construyéndose la planta de producción de vacunas más grande de América Latina (18).

A pesar de los inconvenientes que se tuvo en la comprensión de Barrio Adentro 1, con esta última gestión se fue construyendo y mejorando el concepto de los consultorios de APS. Pero existen otras dificultades que se relacionan con el talento humano que se debe incorporar y

Cuadro 1. BARRIO ADENTRO: SERVICIOS QUE PRESTA LA RED DEL SISTEMA PÚBLICO NACIONAL DE SALUD. REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA. AÑO 2007.

MISIÓN	NIVEL DE ATENCIÓN	DESCRIPCIÓN	Nº DE ESTABLECIMIENTOS
BARRIO ADENTRO 1	PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN	CONSULTORIO POPULAR: actividades médicas diarias que incluyen consultas (prenatal e infantil, atención de enfermedades crónicas, atención odontológica, oftalmológica); educación y promoción para la salud (grupos de bailoterapia, planes de la calle, jornadas de higienización, actividades deportivas, formación de clubes de embarazadas, del abuelo, del adolescente, del lactante, charlas, etc.); captación de enfermos crónicos (hipertensos, diabéticos, enfermos cerebrovasculares, asmáticos); vigilancia nutricional. Debe impulsar la formación de los Comités de Salud, propiciar el saneamiento ambiental, realizar visitas domiciliarias a personas enfermas y todas aquellas actividades relacionadas con la salud integral. Distribución gratuita de 160 medicamentos. En este nivel de atención también se encuentran los vacunatorios. Es responsable de 250 familias.	La meta de números de consultorios a construir es de 8.500. Hasta abril de 2007 se contaba con 5.381 Consultorios Populares y Puntos de Consulta.
BARRIO ADENTRO 2	SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN	CENTROS DE DIAGNÓSTICO INTEGRAL: Rx, ultrasonido diagnóstico, endoscopia, electrocardiograma, laboratorio Clínico, sistema ultramicroanalítico (SUMA) en los CDI con quirófano, oftalmología clínica, emergencia, apoyo vital, terapia intensiva, anatomía patológica (1 x cada 6 CDI) y quirófano. SALAS DE REHABILITACIÓN INTEGRAL: electroterapia, ultrasonido y laserterapia, termoterapia, tratamiento con calor infrarrojo, hidroterapia, hidromasajes, gimnasio pediátrico, gimnasio adulto, terapia ocupacional, medicina natural y tradicional, logopedia y fonoaudiología y podología. CENTRO DE ALTA TECNOLOGÍA: resonancia magnética nuclear, tomografía axial computarizada, ultrasonido tridimensional, mamografía, densimetría ósea, video endoscopio, laboratorio clínico, sistema ultramicroanalítico (SUMA) y electrocardiografía. CLÍNICAS POPULARES: pediatría, medicina interna, cirugía, gineco-obstetricia, odontología, servicio de emergencia 24 horas, sala de parto, laboratorio, radiología, observación: promedio de estadía 48 horas, quirófano para cirugía ambulatoria, electrocardiografía, ultrasonido y endoscopia.	La meta de CDI es de 600 establecimientos y se han inaugurado 392, hasta octubre de 2007. La meta de los SRI es de 600 establecimientos y se han inaugurado 483 hasta octubre de 2007. La meta de los CAT es de 35 establecimientos. Se han inaugurado 18 hasta octubre de 2007. La meta es de 12 Clínicas Populares y se han inaugurado 10 hasta diciembre de 2006.
BARRIO ADENTRO 3	TERCER NIVEL DE ATENCIÓN	La tarea en esta etapa de la Misión es la recuperación y reforma de la infraestructura física de los hospitales existentes a nivel nacional, además de la incorporación de tecnología dura, con la adquisición de equipos de última generación (camas, máquinas para anestesia, ventiladores para terapia intensiva, equipos de radiología móvil, monitores, instrumental quirúrgico, todo ello acompañado de la capacitación del personal). Este es el nivel más complejo porque debe incorporar una ética de trabajo y de responsabilidad con la salud con un personal que está lleno de vicios y con una parte significativa que no comparte el proyecto bolivariano. Esta ha sido una dificultad para avanzar de manera más acelerada. Se rehabilitarán un total de 220 hospitales.	En proceso. Se está avanzando como prioridad en los quirófanos: ya se han dotado con insumos.
BARRIO ADENTRO 4	CUARTO NIVEL DE ATENCIÓN	Se trata de la atención especializada. El primero en inaugurarse será el Hospital Latinoamericano Cardiológico Infantil Dr. Gilberto Rodríguez Ochoa y el segundo, el Oncológico ubicado en el estado Anzoátegui.	Son 14 los hospitales especializados que están en proceso de construcción.

Fuente: Elaboración propia en base a datos del Ministerio del Poder Popular para la Comunicación y del Ministerio del Poder Popular para la Salud.

que las universidades tradicionales no forman, que son los médicos y médicas para la atención primaria, aunque es extensivo para todas las profesiones de la salud. Su formación está centrada en el hospital bajo una concepción especializada que también generó una cultura en la sociedad. Un hecho cotidiano era que la población excluida se dirigía al hospital para buscar atención en situaciones que pueden ser resueltas en otro nivel de atención. Esto significó educar a la comunidad para que acudiera a los consultorios. Por otro lado, esa educación hospitalaria reveló que era necesario tener cuadros formados para el primer nivel de atención. Es así como se da comienzo a dos posgrados en el propio Consultorio Popular:

- 1) Medicina General Integral (MGI) a partir de julio de 2004, del cual ya egresó la primera promoción de 1.023 especialistas venezolanos en el año 2007 (19) y con una segunda cohorte que está constituida por 1.000 residentes de MGI.
- 2) Odontología General Integral (OGI), que empezó en noviembre de 2004 y tiene 856 odontólogos/as.

Ambos posgrados son coordinados por la misión cubana y el Minsalud. La realidad muestra que hay un déficit de alrededor de 20.000 médicos/as en el país (20).

Esa noción centrada en el servicio hospitalario ha dificultado el sistema de referencia y contrarreferencia de las redes. Sin embargo, se entiende como un proceso ideológico donde la comunidad está tomando conciencia de ello y se asume como parte del colectivo de la salud. Las expresiones de rechazo de los profesionales y residentes de la medicina hacia Barrio Adentro como el modelo de APS en el cual se centra el SPNS, se ha manifestado con la negación a incorporarse a los Consultorios Populares y también a los CDI, SRI y CAT (aunque progresivamente se han ido sumando al MGI, pero aún en forma insuficiente). Esta posición los ha llevado a atender contra la salud de la población mediante saboteos a los nuevos establecimientos, así como a llevar a cabo las "guarimbas hospitalarias". Un ejemplo de ello ha sido que no reciben en los hospitales a las personas que son remitidas por los Consultorios Populares; muchas veces han dejado que se agrave su estabilidad funcional. Impresiona cómo la

comunidad está ocupando y asumiendo el poder en las asambleas, espacios que eran exclusivos de los profesionales de la medicina.

La poca importancia que se le daba al primer nivel de atención se ve reflejada en el precario número de médicos/as y con más gravedad odontólogos/as con que contaba el primer nivel de atención (1.628 médicos y 800 odontólogos en el año 1998).

A raíz de esta situación surge la necesidad de la creación de un nuevo programa de medicina en el marco del convenio Cuba-Venezuela, bajo la conducción del Ministerio de Educación Superior, utilizando la Misión Sucre como plataforma masiva y con el apoyo del Ministerio de Salud. Se están formando 24.795 estudiantes en Medicina Integral Comunitaria (10.835 primera cohorte, 6.828 segunda cohorte y 7.132 de la tercera cohorte que comienza en el 2008), bajo la *episteme* de aprender-haciendo, en forma municipalizada y parroquializada (21). Los estudiantes se inscribieron en los consultorios que estaban alrededor de sus casas, en sus comunidades, y las mismas los apoyan como sus futuros médicos y médicas. Estos estudiantes reciben clases en "aulas multipropósito", ubicadas en los barrios, construidas especialmente para la formación de profesionales y técnicos de la salud, equipadas con computadoras, con modelos anatómicos y bibliotecas para el estudio. Cada grupo se compone de 25 estudiantes con un tutor/a, a diferencia de las facultades de medicina tradicional donde el número por clase es de alrededor de 150 estudiantes o más. Hay otro grupo compuesto por 3.500 jóvenes que están estudiando medicina en Cuba (21).

Los CDI desde su puesta en funcionamiento en el año 2005 han realizado más de 47 millones de exámenes gratis. Esto era una deuda social significativa porque en este nivel de atención se dio la privatización y a la población no le quedó otra alternativa que acudir a los centros privados de atención especializada y servicios de laboratorio (21).

Los CAT han realizado más de un millón y medio de exámenes altamente especializados entre los años 2006 y 2007, totalmente gratis (21). Este servicio era casi inexistente en la red tradicional, porque el deterioro de la red hospitalaria acumula una importante obsolescencia tecnológica,

sumada al deterioro de la infraestructura. Pero dentro de las perversiones que originó la privatización, el Estado en la Cuarta República facilitó el desarrollo de grandes centros de atención privada, aumentando el consumo médico industrial (22), donde simplemente solo los que estaban afiliados a una aseguradora tenían la posibilidad de realizarse este tipo de estudios; para un trabajador/a esto era imposible.

Las Salas de Rehabilitación Integral se han incrementado llegando, hasta octubre de 2007, a 476 a nivel nacional, donde el acumulado desde el año 2006 es 1,9 millones de consultas realizadas. Se mantienen 8.931.561 personas en rehabilitación; 58,9 millones de tratamientos aplicados y 8 millones y medio en electroterapia (21).

La Misión Milagros ha realizado 89.639 intervenciones a venezolanos/as y 12.055 a personas extranjeras desde octubre de 2005 a octubre de 2007. Estas corresponden a cataratas, pterigium, estrabismo, cirugía refractiva, glaucoma, retina, capsulotomía, lesiones de córnea, biopsia, ptosis palpebral, extracción quirúrgica de cuerpo extraño, tumores oculares y otras. El total de pacientes intervenidos en Cuba desde el año 2004 hasta octubre de 2007 ha sido de 204.706 (21)

MISIÓN CUBANA

Un aspecto que es necesario comentar es el convenio Cuba-Venezuela. Lo primero que hay que afirmar es que sin la presencia de los médicos y médicas cubanos no hubiese sido posible llevar a cabo un proyecto de esta magnitud. Barrio Adentro es posible por la experiencia que tienen los cubanos en el desarrollo de la APS en países donde las complejidades que generan los niveles de pobreza son altas. Al inicio de este proceso bolivariano, fue muy pertinente el traslado a Cuba de personas con graves problemas de salud. Esto sirvió de oxígeno para la gente y también para el gobierno, dada la compleja construcción del SPNS; aunque se ha avanzado de forma significativa en solo tres años. Además, se incorporaron más de 15.000 médicas y médicos cubanos como asesoría técnica, de los cuales 8.000 dan clases en el Programa de Formación de Medicina Integral Comunitaria (MIC) (21). Lo que permite llevar a cabo esta experiencia es la plataforma

científica que los acompaña y el alto nivel de disciplina para el logro de los objetivos planteados.

Esto consolida nuevas formas de relaciones e intercambio internacional, no centradas únicamente en el ámbito comercial, sino además en lo humanitario y en la transferencia tecnológica. No había otro país de América Latina que pudiera asumir este reto porque aquí no se trata solo de desarrollar los servicios médicos, sino de un compromiso por sensibilizar a la comunidad con relación a la salud, aunado a impulsar la participación popular.

BARRIO ADENTRO, DEBATE Y DESAFÍOS DEL PROCESO

Hay varios aspectos a discutir sobre la práctica de salud colectiva:

- a) Uno se relaciona con el papel político y social para el desarrollo de una Nación. Aquí se ha abordado de forma extensiva la Misión Barrio Adentro como un proyecto político y social (13), donde la comunidad juega un rol protagónico en la construcción, consolidación y sostenibilidad del SPNS, como parte de la nueva relación Estado-sociedad.
- b) Otro tiene que ver con la institucionalidad pública, donde no ha sido fácil desarticular el sistema que se instaló durante décadas y que se agravó con la reforma neoliberal. Aún conviven varios sistemas tales como: la red de servicios tradicional del Ministerio de Salud, el Instituto de los Seguros Sociales (IVSS), el Instituto de Previsión y Asistencia Social para el Personal del Ministerio de Educación (IPASME), los Hospitales de la Fuerza Armada (sanidad militar), los establecimientos que dependen de PDVSA, de las gobernaciones, alcaldías y otras. Esto significa que el presupuesto está dividido en varias parcelas con la dificultad de poder unificar los criterios de todo el modelo de atención. Este es uno de los retos: todavía es muy prematuro establecer cómo va a ser esa unificación. También es necesario reconocer que aún no ha concluido la construcción de las redes del SPNS, por lo que las respuestas del tercer y cuarto nivel son insuficientes.

- c) A partir de esta fragmentación están presentes los modelos o modos de atención: el que se está construyendo con la red de servicios de APS a través de Barrio Adentro y el que aún persiste en la red tradicional que se ubica esencialmente en una especialización ambulatoria y hospitalaria muy deteriorada. Si bien es cierto que el enfoque del servicio continúa bajo la concepción de la enfermedad (cuestión de la que se está consciente), no se puede desconocer el significativo impacto social que ha tenido en la población. La deuda en salud es importante y lamentablemente los esfuerzos en la promoción y prevención no son tan apreciables para la gente como el acceso a un servicio que no tenían. El reto es la articulación de todas estas instituciones con Barrio Adentro, para consolidar un sistema de referencia y contrarreferencia, con todas las contradicciones que ello genera, que no se arregla solo con un decreto: el elemento político-cultural es clave, que aquí se expresa en compartir un proyecto social del país, donde la salud se concibe como un derecho.
- d) La medicalización de las políticas es una de las mayores resistencias, que no es fácil de deconstruir por la cultura de la vida y la muerte que se ha manejado en la sociedad. Este es uno de los puntos álgidos y es el desafío que tiene el SPNS, que involucra la formación de talentos humanos para la salud, la investigación y la concepción de trabajadores y trabajadoras de la salud. Se puede afirmar que la participación protagónica de la comunidad se está dando como un movimiento político en torno a la salud. Esto es mucho más lento; desde los profesionales y técnicos de la salud, las tensiones son mayores y las contradicciones están presentes. Todavía falta una consolidación política del colectivo de la salud, que puede ser acelerada por la presión de la propia comunidad.
- e) La descontextualización de la formación de profesionales y técnicos de la salud de las universidades públicas tradicionales es otro de los obstáculos. El desafío es una reforma universitaria, en particular en las facultades de ciencias de la salud y medicina, para acompañar el desarrollo del país. Otro problema es que el país no cuenta con personal docente para la masificación ni con los profesionales y técnicos que se requieren para todas las redes del SPNS. La participación de la docencia y asistencia médica cubana ha sido un factor clave y estratégico, aun cuando se ha cuestionado el enfoque biologicista de su formación. Y como se expresó en párrafos anteriores, no hay otro país en América Latina y el Caribe con una experiencia de este tipo y capaz de apoyar un proceso político. Lo interesante de este intercambio internacional, es el cúmulo de experiencias donde ambos países se han nutrido, donde los cubanos, producto de grandes reflexiones, han considerado iniciar transformaciones progresivas en sus facultades de ciencias de la salud, es decir, van a exportar el modelo venezolano a Cuba.
- f) La dificultad para consolidar equipos de salud es también una situación muy compleja. Si se contrastan las misiones educativas se puede apreciar que han podido avanzar de manera bastante más acelerada con relación a la de salud. Una de las explicaciones es que el sector educativo cuenta con una masa crítica (en sus distintos niveles) cuya capacidad técnica se ha plasmado por el aporte de muchos grupos con formación sólida de cuarto nivel en el campo de la educación y con diferentes corrientes del pensamiento que han enriquecido el proyecto bolivariano del sistema educativo (aunque la lucha en las universidades tradicionales en los últimos tiempos muestra lo contrario: excesiva debilidad para el debate de conocimientos y diálogo de saberes). En salud no se cuenta con una masa crítica; la formación de cuarto nivel en el campo de la salud colectiva es muy limitada y no está acorde a los cambios que se están dando. Tampoco se ha logrado contar con un grupo de discusión de pensamiento crítico en salud.
- Con este análisis se ha intentado mostrar que los procesos sociales y políticos son muy dinámicos cuando hay una voluntad política para hacer transformaciones profundas y donde la participación protagónica cobra un papel fundamental para dar paso a nuevos paradigmas. La inclusión social es un hecho con Barrio Adentro, esto es lo que se vive en la República Bolivariana de Venezuela, un pueblo que está interviniendo en todas las esferas del Poder y de la Nación.

NOTAS FINALES

- a. El término "puntofijismo" tiene su origen en el Pacto de Punto Fijo del 31 de octubre de 1958.
- b. Instrumentos para la recolección de datos de morbilidad y mortalidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. López Maya M. Democracia participativa y políticas sociales en el gobierno de Hugo Chávez Frías. *Revista Venezolana de Gerencia Social*. 2004;9(28):585-603.
2. Instituto Nacional de Estadística. Venezuela. Hogares en situación de pobreza, según línea de ingreso, 1er semestre 1997 - 2do semestre 2007. [Datos en línea] 2000 [fecha de acceso 12 de septiembre de 2007]. URL disponible en: <http://www.ine.gov.ve/pobreza/LIhogares.asp>
3. Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. [En línea] Caracas: Gaceta Oficial; 30 de diciembre de 1999 [fecha de acceso 10 de febrero de 2008] URL disponible en: <http://www.constitucion.ve/documentos/ConstitucionRBV1999-ES.pdf>
4. Rodríguez Ochoa G. Lineamientos políticos en salud. Caracas: Ministerio de Sanidad y Asistencia Social; 1999.
5. Lander L. La insurrección de los gerentes: PDVSA y el gobierno de Chávez. *Revista Venezolana de Economía y Ciencias Sociales*. 2004;10(2):13-32.
6. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Venezuela. [En línea] Estudio económico de América Latina y el Caribe, 2002-2003. CEPAL; noviembre de 2003 [fecha de acceso 12 de septiembre de 2007] URL disponible en: <http://www.eclac.org/publicaciones/xml/5/14035/Venezuela.pdf>
7. Gómez E. Venezuela y PDVSA: el fin y los medios. [En línea] *El Universal*. 15/12/2002; Opinión [fecha de acceso 15 de febrero de 2008] URL disponible en: http://buscador.eluniversal.com/2002/12/15/opi_art_OPI2.shtml
8. Ministerio de Salud y Desarrollo Social. El desarrollo de un pensamiento estratégico en las políticas públicas para la calidad de vida y la salud. Caracas: Ministerio de Salud y Desarrollo Social; 2002.
9. Aguirre V, Vega M. Las Redes. Caracas: Ministerio de Salud; 2005.
10. Ministerio del Poder Popular para la Comunicación y la Información. La educación en Venezuela está llena de éxitos. [En línea] 15 de marzo de 2008 [fecha de acceso 16 de marzo de 2008] URL disponible en: http://www.minci.gov.ve/reportajes/2/175594/la_educacion_en.html
11. Organización Panamericana de la Salud. Barrio Adentro: derecho a la salud e inclusión social en Venezuela. Caracas: OPS; 2006.
12. Misión Barrio Adentro. La Misión avanza. [En línea] 2004 [fecha de acceso 12 de febrero de 2008] URL disponible en: <http://www.barrioadentro.gov.ve/>
13. Aguirre V. Políticas de educación, formación de talentos humanos e investigación en salud para el SPNS. Caracas: Ministerio de Salud; 2006.
14. Merhy E. Salud: cartografía del trabajo vivo. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2006.
15. Ministerio del Poder Popular para la Salud. Red de Servicios de Barrio Adentro 1, 2 y Propuesta Barrio Adentro 3 y 4. [Documento Oficial]. Caracas: Minsalud; 2006.
16. Aguirre V. Tecnología en salud. Desafíos para las políticas. Venezuela (1989-2001). Caracas: Ministerio del Poder Popular para la Ciencia y la Tecnología; 2008. (En prensa).
17. Boisier S. La descentralización: un tema difuso y confuso. En: Nohlen D, editor. Descentralización política y consolidación democrática Europa-América del Sur. Caracas: Editorial Nueva Sociedad; 1991.

18. Ministerio del Poder Popular para la Salud. Personal de planta de vacunas se capacitará en Europa. [En línea] 16 de agosto de 2006 [fecha de acceso 22 de septiembre de 2007]. URL disponible en: <http://www.mpps.gob.ve/ms/modules.php?name=News&file=article&sid=1173>

19. Ministerio del Poder Popular para la Comunicación y la Información. Se gradúan primeros mil 24 médicos generales integrales. [En línea] 10 de abril de 2007 [fecha de acceso 25 de junio de 2007] URL disponible en: http://www.minci.gob.ve/noticias-misiones/1/13154/se_graduan_primeros.html

20. Ministerio del Poder Popular para la Comunicación y la Información. Misión Barrio

Adentro marcha hacia su consolidación y fortalecimiento. [En línea] 15 de diciembre de 2006 [fecha de acceso 15 de mayo de 2007] URL disponible en: http://www.minci.gob.ve/noticias-misiones/1/11370/mision_barrio_adentro.html

21. Ministerio de Educación Superior. Informe de gestión. Caracas: MES; 2007.

22. Muntaner C, Guerra Salazar R, Benach J, Armada F. Venezuela's Barrio Adentro: an alternative to liberalism in health care. *International Journal of Health Services*. 2006;36(4):803-811.

BIBLIOGRAFÍA DE CONSULTA

López Maya M. Del viernes negro al referendo revocatorio. Caracas: Alfadil; 2005.

Ministerio de Educación, Cultura y Deporte. Políticas y estrategias para el desarrollo de la Educación Superior en Venezuela 2000-2006. Caracas: MECD; 2001.

Ministerio de Salud. Política de formación de profesionales y técnicos de la salud. Caracas: Ministerio de Salud; 2005.

Ministerio de Salud. Política de investigación y desarrollo en salud. Caracas: Ministerio de Salud; 2005.

Ministerio de Salud. Programa de Salud Indígena Intercultural. La Guajira: Ministerio de Salud; 2004.

Universidad Bolivariana de Venezuela. Documento Rector. Caracas: UBV; 2004.

Universidad Bolivariana de Venezuela. La municipalización en la Educación Superior. Propuesta venezolana para erradicar la exclusión en la Educación Superior. Caracas: UBV; 2005.

FORMA DE CITAR

Aguirre V. Barrio Adentro en Salud: un proyecto político y social de la República Bolivariana de Venezuela. *Salud Colectiva*. 2008;4(2):221-238.

Recibido el 21 de noviembre de 2007

Versión final presentada el 13 de marzo de 2008

Aprobado el 9 de mayo de 2008