



Revista Cubana de Salud Pública

ISSN: 0864-3466

ecimed@infomed.sld.cu

Sociedad Cubana de Administración de Salud
Cuba

Rodríguez Morales, José Ramón
"Salud para todos" en Barrio Adentro
Revista Cubana de Salud Pública, vol. 34, núm. 2, abril-junio, 2008
Sociedad Cubana de Administración de Salud
La Habana, Cuba

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21419850012>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

"Salud para todos" en Barrio Adentro

"Health for All" in Barrio Adentro Project

José Ramón Rodríguez Morales

Dr. en Medicina. Misión "Barrio Adentro 1". Caracas, Venezuela.

Este año se cumple el 29 aniversario de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, un evento de trascendencia histórica convocado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de la Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), que contó con la participación de 134 países, 67 organismos internacionales y organizaciones no gubernamentales.¹

En Alma Ata se cristalizaron ideas revolucionarias que dieron como resultado un consenso que fundamentó los principios de salud y desarrollo internacional y afloraron tendencias en el pensamiento sobre salud que incluían entre otras:

- Un cambio gradual en la percepción de qué es salud.
- Una mejor comprensión de las principales causas subyacentes de los daños a la salud.
- El reconocimiento de la importancia de iniciativas preventivas en salud pública.
- La responsabilidad de los individuos de asumir un papel protagónico en mantener y cuidar su propia salud y el entorno.²

Finalizo el evento, casi todos los países del mundo se habían comprometido con poner en marcha un proceso mundial que llevase al cumplimiento progresivo de la meta social y política de "Salud para todos" en el año 2000.³

En la década de los años 70 se vivía en el apogeo de la revolución científica y tecnológica que había comenzado al final de la Segunda Guerra Mundial y que determinaría, junto a otros grandes cambios, lo que hoy se conoce como "globalización". Sin embargo, ya se reconocían las grandes y crecientes desigualdades e injusticias sociales en las condiciones de vida, así como la pobreza y el abandono de sectores mayoritarios de la población.^{4,5}

En el mundo se daba, desde muchos años antes, experiencias sobre formas diferentes de afrontar los problemas de salud, a pesar de las limitaciones de recursos financieros, tecnológicos y humanos. Estas experiencias fueron estudiadas en las décadas de los años 60 y 70. Sobresale la de médicos de pies descalzos en China, la de los trabajadores comunitarios de salud en Tanzania. En América Latina algunos países como Costa Rica, Chile y Cuba lograron alcanzar buenos resultados de salud, con incrementos notables de la esperanza de vida al nacer. Estas experiencias fueron estudiadas y publicadas por expertos y la Organización Mundial de la Salud (OMS) la proyecta a escala mundial, como una responsabilidad de todos los países, ricos y pobres.^{6,7}

En 1946, la definición de salud incorporada en la Constitución de la OMS había sido propuesta por *Andrija Stampar*, salubrista croata. Costó mucho que fuera comprendida por los expertos de los gobiernos de entonces, a pesar de ser un notable salto cualitativo. Decía que la salud es "el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de afecciones o enfermedades."⁷

En la Declaración de Alma Ata se reitera en forma expresa esa definición y se agregan los conceptos de que la salud "es un derecho humano fundamental, y que el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social muy importante en todo el mundo. Además, el texto dice que la realización "exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del de salud."⁸

Durante los cinco años siguientes a la conferencia se definieron los indicadores para la evaluación del progreso y el desarrollo nacional de la salud, las normas fundamentales para la evaluación, se formularon los planes de acción para aplicar la estrategia de salud para todos y otros documentos que sirvieron de referencia curriculares en las escuela de salud pública y en algunas facultades de medicina.⁹

En marzo de 1988 se celebró en la ciudad de Riga, antigua URSS un encuentro donde se analizaron las perspectivas a medio camino de la salud para todos y la estrategia de atención primaria, se encontró que si bien era cierto que se habían logrado ganancias significativas en términos de control de la mortalidad y las enfermedades especialmente materno infantil en varios países, el beneficio no era uniforme. Algunos indicadores asociados con la salud eran inaceptables como el aumento en las tasas de analfabetismo en los países en desarrollo y el aumento en el número de personas que viven en la más absoluta pobreza.^{10,11}

Igualmente se señaló que existían algunos factores que estancaban el desarrollo: escasez de recursos, la debilidad de las infraestructuras y las limitaciones en la capacidad de gestión. Se reconoció que existían nuevas fuerzas en juego y una impetuosa corriente que tira en sentido inverso. Precisamente las transformaciones macroeconómicas y las prácticas neoliberales tenían efecto devastador en las políticas sobre salud para todos y la aplicación de la estrategia de atención primaria que se reafirmaba en esa reunión.

Poco tiempo después, la reunión de expertos realizada en New Orleans reconoció la presencia de una crisis en la salud pública de casi todos los países de la región de América y de Europa frente a la incapacidad de la mayoría de sociedades de promover y proteger su salud en la medida en que sus circunstancias históricas lo requieren.¹²

En efecto, la década de 1980 había mostrado el resurgimiento de enfermedades que se creían controladas como la malaria, el cólera, la tuberculosis y otras endemias que estuvieron a punto de ser erradicadas del planeta. Hicieron aparición enfermedades como el SIDA, diferentes clases de virus y otras aún no bien

identificadas. Por otra parte, se ha presentado aumento progresivo de las enfermedades degenerativas propias del envejecimiento en algunas poblaciones como los problemas cardiovasculares, el cáncer, la desnutrición y aumentos significativos en las enfermedades psicosociales como la depresión y la violencia en sus diferentes manifestaciones: homicidios, suicidios, y violencia intrafamiliar. Se encontró un alza progresiva en los accidentes de tránsito, los ocupacionales y, por supuesto, franco deterioro del medio ambiente.^{13,14}

Ante circunstancias como estas los expertos reconocieron que la crisis en la salud pública tocaba todos sus componentes. La salud pública como ciencia y arte se apartaba del progreso que debería haber alcanzado.

Hacia finales de la década de 1980 algunos países, particularmente los latinoamericanos, fueron sometidos a un fuerte viraje en el manejo macroeconómico en la llamada "década perdida". Los principios de reforma del sector de la salud se asociaron con la seguridad social y en este proceso se formularon toda una serie de paquetes legislativos para favorecer la productividad y tasas de ganancias que venían en descenso como resultado de las "políticas paternalistas o proteccionistas de los gobiernos". El derrumbe del campo socialista favoreció el recrudecimiento de uno de los sistemas más controvertidos de los últimos tiempos: el neocapitalismo que se sustenta ideológicamente en los conceptos neoliberales impuestos con rigor insospechado por los organismos y grupos financieros internacionales.

La salud que se había considerado como un valor social definido al interior en los procesos de socialización de las personas en la familia, y como derecho fundamental en las constituciones de los países, entra en el mercado de la libre empresa como producto y el cuidado de la salud como servicio.^{13,14}

El sector entró en un proceso de privatización y el Estado reduce su papel como garante de un derecho de tal manera que el paradigma que resulta a la larga es concentrador y excluyente, en franca contradicción con los principios de universalidad, igualdad y equidad defendidos en Alma Ata.¹⁵

La atención primaria de salud (APS) es el conjunto de cuidados de salud básicos contruidos sobre métodos y tecnología prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, que son accesibles a individuos y familias, a través de su plena participación a un costo que la comunidad y el país puedan sufragar. La APS forma parte integral tanto del sistema de salud, del cual es una función central y principal foco y del desarrollo económico y social de la comunidad. La APS es el primer nivel de contacto de los individuos, las familias y la comunidad con el sistema nacional de salud, trayendo los cuidados de salud tan cerca como sea posible al lugar donde la gente vive y trabaja, y constituye el primer eslabón de un proceso continuo de atención de salud.¹⁶⁻¹⁸

La coexistencia de percepciones divergentes en la forma de interpretar el concepto de APS desarrollado en la conferencia de Alma Ata ha generado conflictos y confusiones a la hora de la aplicación de esta política. Algunos países la definen como un nivel de atención donde se prestan servicios esenciales, con baja y primitiva tecnología, atención rural de bajo costo y calidad, dirigida a poblaciones empobrecidas, que contrasta con la atención sofisticada de alta tecnología que dispone la población de mayores recursos económicos; otros entre los que se encuentra Cuba ven a la APS como la estrategia de desarrollo basada en principios de justicia social.⁷

El desarrollo de la estrategia de atención primaria no fue factible en muchos países a consecuencia de la escasez de recursos económicos, donde fue necesario ejecutar acciones parciales priorizando problemas de salud donde dirigir las inversiones, a esto se le llamó APS selectiva, movimiento que reforzó el desarrollo de programas verticales enfocados a enfermedades específicas. Este modelo produjo importantes beneficios sobre todo en la tasa de mortalidad infantil, pero entró en contradicción con las ideas defendidas en Alma Ata sobre la integración de los servicios y la participación comunitaria en la solución de los problemas de salud; en cierta medida estaba ocurriendo un retroceso hacia el viejo paradigma de la salud reparativa, dejando a un lado la necesidad de atacar los factores determinantes del proceso salud-enfermedad.¹⁹

La profunda crisis económica que afectaba a nuestros países en la década del 90 impedía el desarrollo del sector salud, ante esta realidad el Banco Mundial propuso una herramienta para el establecimiento de prioridades que se basaba en la relación costo-beneficio de la inversión, en dependencia del impacto en la morbilidad, de esa forma se seleccionaban de mayor a menor los problemas de salud que debían ser intervenidos mediante Paquetes Esenciales de Servicios de Salud. Esta estrategia tampoco respondía a los principios de equidad y participación comunitaria enunciados en Alma Ata.²⁰

La Salud para Todos como paradigma hacia el año 2000, se convirtió en la salud para unos cuantos que sí podían pagar, mientras que el resto tuvo que conformarse con sistemas solidarios, subsidios y la "carnetización" que estigmatizan la pobreza.^{19,20}

Sacar provecho del binomio salud-enfermedad, se hizo costumbre durante la cuarta República en Venezuela. Las líneas neoliberales de acción estaban orientadas a que lo público fuera ineficaz y, por ende, descartado. Lo privado se convirtió en vitrina inalcanzable para muchos, en el dolor de quienes veían sucumbir seres queridos en medio de la desatención por carecer de medios económicos para costear asistencia y medicina o, incluso, el derecho a una muerte digna. Era la realidad de una Venezuela que no era de todos: un continuo saqueo de los servicios de salud pública, subrayó y arraigó la idea de que la medicina que sirve, la medicina eficaz, estaba, en las clínicas privadas.

En 1999, se inició en Venezuela un proceso de transición política, jurídica, económica y social, con el propósito de poner en marcha un nuevo modelo de desarrollo donde se fortalezca el sistema democrático, se logre una sociedad más justa y se consolide una economía diversificada y eficiente en medio de la globalización. La transición política ha permitido la elaboración de la nueva Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (CRBV) y el inicio de la reestructuración del Estado, incluyendo la creación de un Poder Ciudadano, integrado por la Fiscalía, la Contraloría y la Defensoría del Pueblo (Artículo 83 de la República Bolivariana de Venezuela).

La carta Magna de la República Bolivariana de Venezuela en su Artículo 83 proclama la salud como parte del derecho a la vida, un derecho social fundamental y por tanto obligación del Estado, el cual debe promover y desarrollar políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y acceso a los servicios. Este marco legal le permitió al gobierno bolivariano poner en marcha la creación de un sistema público nacional de salud de carácter intersectorial, descentralizado y participativo, regido por los principios de gratuidad, universalidad, integridad, equidad, integración social y solidaridad (Artículo 84 de la República Bolivariana de Venezuela).

La salud del pueblo se convirtió a partir de ese momento en prioridad para el ejecutivo que desarrolló un grupo de iniciativas encaminadas a lograr los objetivos trazados. Poniendo en práctica la integración cívico-militar como herramienta para el desarrollo social, el Plan Bolívar 2000 ejecutó jornadas gratuitas de vacunación, consultas médicas, exámenes complementarios, entrega de medicamentos y por primera vez en la historia de este país, se abrieron las puertas de los hospitales militares, hasta el momento exclusivos para oficiales de el ejército y sus familiares, a todos los venezolanos y venezolanas (Artículo 85 de la República Bolivariana de Venezuela).

Los acuciantes problemas de salud acumulados durante décadas en el Barrio Venezolano requerían transformaciones profundas en el contenido y la forma de la prestación de la asistencia médica que hasta ese momento se venía ofreciendo. En medio de una compleja situación política y ante la negativa de un grupo de médicos venezolanos de trabajar en los barrios de Caracas, el alcalde del municipio Libertador *Freddy Bernal* propuso al presidente *Hugo Chávez* solicitar la colaboración a la República de Cuba para llevar a cabo esta Misión (Colección Temas de Hoy. Misión Barrio Adentro. Primera edición. Octubre 2005).

El 16 de abril del 2003, coincidiendo con el aniversario 25 de la conferencia de Alma Ata, arriba a Caracas una brigada constituida por 58 especialistas de Medicina General Integral cubanos con experiencia en colaboración médica internacionalista, con la misión de prestar servicios de salud a una población desasistida, sumida en un abandono total, por un sistema capitalista neoliberal y excluyente, que convirtió la salud pública en un privilegio de pocos y sacó provecho del dolor de muchos, que veían morir a seres queridos por no disponer de recursos económicos para costear los servicios de una clínica privada y ante la incapacidad resolutive de un sistema público cada día menos eficaz.

El Sistema de Salud que se viene construyendo en la República Bolivariana de Venezuela a través de la misión "Barrio Adentro", se inicia en puntos de consultas improvisados en los cerros del municipio Libertador de Caracas; la experiencia se fue diseminando rápidamente a todo lo largo y ancho del país, complementada meses después con servicios de óptica, optometría y clínicas estomatológicas que fueron conformado el Sub-Sistema de Barrio Adentro 1 (Colección Temas de Hoy. Misión Milagros. Convenio solidario. Primera edición. Octubre 2004).

Estos profesionales al inicio se dedicaron a la atención integral de la salud de la población, desarrollaron el trabajo comunitario y la participación social a niveles nunca antes vistos por el pueblo, por lo que lograron un impacto social y político sin precedentes en la historia de la salud pública de este país.

Para el año 2005 se hacía necesario aumentar el poder resolutive del médico de familia, que hasta este momento solucionaban los problemas de salud apelando a sus probadas habilidades clínicas; surge entonces la idea de crear otras unidades que complementaran como medios diagnósticos y terapéuticos el accionar del más estratégico de nuestros recursos, el humano; aparece así el Sub-Sistema Barrio Adentro 2 conformado por centros de diagnósticos integrales, sala de rehabilitación integral y centros de alta tecnología que facilitaron la correcta aplicación del método clínico, epidemiológico y social promovido en Alma Ata para garantizar "Salud para Todos en el año 2000" con evidencias, al disponer este profesional de un arsenal diagnóstico y terapéutico con tecnología de punta, insertado en la atención primaria de salud.

A solicitud de nuestro Comandante en Jefe "Barrio Adentro" debía convertirse en una gran universidad y desde su inicios se desarrollaron acciones encaminadas a

lograr este objetivo, el proceso se fue haciendo más complejo en la medida que aparecieron las maestrías de desempeño para profesionales cubanos y la decisión de formar recursos humanos de pre y posgrado venezolano.

Con currículum pertinentes, sustentados en conceptos avanzados de la pedagogía moderna, se implementaron los programas de formación de pregrado y posgrado para profesionales y técnicos cubanos y venezolanos, desde una perspectiva holística, generalista, preparados para promover salud, prevenir enfermedades, tratar y resolver los problemas identificados en el barrio; formados en los mismos escenarios donde desenvolverán una vez graduados su práctica profesional y teniendo como profesor y paradigma al médico de "Barrio Adentro", que desde ese momento tuvo que dedicar parte de su limitado tiempo a la auto preparación científica y pedagógica para cumplir con el encargo social de formar el recurso humano que necesita Venezuela para el siglo XXI. Se consolidaba así el subsistema de formación de recursos humanos.

El nivel de complejidad que iba adquiriendo la misión, con la incorporación de nuevos servicios generó la necesidad de realizar un reordenamiento de los recursos humanos, en función de un rediseño de la estructura organizacional vigente hasta ese momento, surge entonces el Área de Salud Integral Comunitaria (ASIC) con el objetivo de integrar los procesos asistenciales, docentes e investigativos que se desarrollaban en la atención primaria.

La misión médica cubana se ha propuesto para este año 2007 lograr la excelencia en los servicios de salud que brinda y de esa forma contribuir, con la modificación de los principales indicadores que traducen desarrollo humano para el pueblo venezolano desde la perspectiva de la salud, a fortalecer el trabajo comunitario, la participación social e intersectorial en la solución de los problemas identificados y de esta forma consolidar el poder comunal, quinto motor constituyente que impulsa las acciones estratégicas que el gobierno bolivariano se ha propuesto para construir el socialismo del siglo xxi.

Desde el punto de vista semántico cuando se afirma que existe una atención primaria de salud, sea como nivel de atención o como estrategia de desarrollo, se está reconociendo la posibilidad de una atención secundaria, incluso en los países donde mejor se implementaron las estrategias de Alma Ata, la atención primaria constituye la puerta de entrada por la que transita un individuo hacia diferentes niveles de un sistema que se fortalece en la medida que se aleja del área de salud, provocando un flujo centrífugo de pacientes hacia unidades de segundo o tercer nivel donde supuestamente están los mejores especialistas y la mejor tecnología diagnóstica y terapéutica.

El contexto social y político en que se ha desarrollado la Misión Barrio Adentro, inmersa en una revolución popular enfocada hacia la consolidación del poder comunal como estrategia política y social para alcanzar el desarrollo endógeno de las comunidades, crea las condiciones para diseñar un Sistema Integral de Salud que tenga su núcleo en la comunidad, con los recursos humanos mejor preparados y la tecnología diagnóstica y terapéutica para resolver hasta el 90 % de los problemas que se identifique, con unidades de mayor nivel de especialización que se encargará de resolver el restante 10%, al servicio del ASIC; diseñadas en dependencia de la situación de salud de cada región en particular.

El nivel de actuación profesional del especialista de Medicina General Integral ha estado condicionado a la disponibilidad de medios diagnósticos y terapéuticos que ponen freno a las potencialidades de este médico, formado desde una perspectiva holística, capaz de ver la comunidad como un sistema complejo, protagonista

indiscutible del nuevo paradigma en salud que debe regir en el mundo en los próximos años.

En el sistema que se propone, este profesional tiene a su disposición un arsenal diagnóstico y terapéutico con tecnología de punta y centros especializados de atención que profundizan en el conocimiento científico y el poder resolutivo de este recurso humano a niveles insospechado.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Declaración de Alma Ata. Conferencia Internacional en Atención Primaria de la Salud. Serie Salud para Todos. Ginebra:OMS; 1978.
2. Organización Panamericana de la Salud. Salud para Todos en el año 2009: estrategias. Documento Oficial No. 173; Washington, D.C.;OPS;1980.
3. World Health Organization. Primary health care concepts and challenges in a changing world: Alma Ata revisited. WHO/SHS/CC/94.2. Geneva:WHO; 1994.
4. Organización Panamericana de la Salud. Tercera evaluación de la aplicación de la estrategia de Salud para Todos en el Año 2000. Documento Oficial CD40/24. Washington, D.C.: OPS;1997.
5. Organización Panamericana de la Salud. La Salud en las Américas. Edición 1998. Washington, D.C.: OPS;1998.
6. Organización Panamericana de la Salud. Simposio sobre estrategias nacionales para la renovación de Salud para Todos. Informe Técnico OPS/DAP/)(.3.39. Washington, D.C.: OPS;1998.
7. Organización Panamericana de la Salud y Universidad de Chile. Revisión de las políticas de atención primaria de salud en América Latina y el Caribe. Santiago de Chile & Washington, D.C.:OPS;2002. [Informe final].
8. Organización Panamericana de la Salud. La Salud en las Américas, edición 2002. Washington, D.C.: OPS;2002.
9. Enciclopedia Internacional de la Ciencias Sociales. Madrid: Aguilar;1979.
10. Weber M. The protestant ethic and the spirit of capitalism New York: Scribner; 1930. [Traducido por Talcote Parsons].
11. Keynes JM. The general theory of employment, interest and money. London: Mcmillan;1936. [Traducción del Fondo de Cultura Económica].
12. González-Poso C. Décadas de reestructuración neoliberal y la búsqueda de alternativas. Bogotá: Corporación Salud y Desarrollo;1997.
13. Weil-Cooper DE, Alicbusan AP, Wilson JF, Reich MR, Brdaley DJ. The impact of development policies on health: a review of the literature. Geneva: WHO;1990.

14. Organización Mundial de la Salud. De Alma _Ata al Año 2000. Ginebra: OMS; 1991.
15. Organización Panamericana de la Salud. La crisis de la salud pública: reflexiones para el debate. Washington, D.C.: OPS; 1992.
16. Organización Panamericana de la Salud. Sobre la teoría y la práctica de la salud pública: un debate, múltiples perspectivas. Washington,D.C.: OPS; 1993.
17. Banco Mundial. Informe sobre le desarrollo mundial 1993. Invertir en salud. Washington,D.C.: BM; 1993.
18. Temas de salud en América Latina 2002. La salud en las Américas. Washington,D.C.: OPS; 2002. [Vol I.Publicación Científico Técnica número 587].
19. Tejeda de Rivero DA. Alma Ata, 25 años después. Revista Perspectiva de Salud. 2003; 8(2).
20. Atención Primaria de SALud en el Informe sobre la salud en el mundo. Ginebra: OMS; 2003.

Recibido: 6 de julio de 2007.

Aprobado: 11 de julio de 2007.

José Ramón Rodríguez Morales. Misión "Barrio Adentro1". Caracas, Venezuela. E-mail: dnbarrioadentro1@yahoo.es