



Salud Colectiva

ISSN: 1669-2381

revistasaludcolectiva@yahoo.com.ar

Universidad Nacional de Lanús

Argentina

Briggs, Charles L.; Mantini-Briggs, Clara

"Misión Barrio Adentro": medicina social, movimientos sociales de los pobres y nuevas coaliciones en
Venezuela

Salud Colectiva, vol. 3, núm. 2, mayo-agosto, 2007, pp. 159-176

Universidad Nacional de Lanús

Buenos Aires, Argentina

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=73130205>

- 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

"Misión Barrio Adentro": Medicina Social, Movimientos Sociales de los Pobres y Nuevas Coaliciones en Venezuela

"Mission Barrio Adentro":
Social Medicine, Social Movements of the Poor
and New Coalitions in Venezuela

Charles L. Briggs ¹, Clara Mantini-Briggs ²

¹Antropólogo. Doctor en Antropología, Universidad de Chicago. Profesor del Departamento de Antropología, Universidad de California, Berkeley, EE.UU. clbriggs@berkeley.edu

²Médica, Universidad de Carabobo, Venezuela. Magister en Salud Pública, Johns Hopkins University, Baltimore. Investigadora Asociada, Departamento de Demografía, Universidad de California, Berkeley, EE.UU. mantini-briggs@demog.berkeley.edu

RESUMEN En Venezuela, los gobiernos locales junto con el gobierno nacional, crearon un sistema nacional de salud paralelo, Misión Barrio Adentro (MBA), ubicando a unos 33.000 profesionales de la salud, inicialmente cubanos, en vecindarios de bajos ingresos. A través de la etnografía y entrevistas, se concluye que MBA proporcionó acceso a la atención médica y logró obtener apoyo popular a consecuencia de: movimientos sociales de los pobres; cooperación entre trabajadores comunitarios, residentes, profesionales de salud y funcionarios públicos; la integración de la atención médica con programas sociales y económicos; la ubicación de médicos como residentes en barrios pobres; interacciones positivas y equitativas médico-paciente; el papel clave de los Comités de Salud; y el impacto de la hostilidad de la prensa, un segmento grande de los médicos venezolanos y la oposición en transformar a la salud en un tema político esencial. Todo esto nos sugiere que el Estado puede confrontar las inequidades de salud cuando se unen perspectivas teóricas de la medicina social y la epidemiología crítica con los saberes populares dentro de las comunidades afectadas. Estructuras institucionales flexibles, no burocráticas y creativas aumentan la efectividad de las intervenciones.

PALABRAS CLAVE Necesidades y Demandas de Servicios de Salud; Prioridades en Salud; Venezuela; Desigualdades en la Salud.

ABSTRACT In Venezuela, both local and national governments created a parallel national health system, Mission Barrio Adentro (MBA), that placed some 33,000 health professionals, initially Cubans, in low-income neighborhoods. Ethnographic research and interviews suggest that MBA provided access to healthcare and gained popular support due the combined effects of social movements of the poor; collaborations between community workers, residents, public health officials and politicians; integration of healthcare with social and economic programs; physicians' residence in low-income neighborhoods; positive, egalitarian doctor-patient interactions; the crucial role of neighborhood Health Committees; and the impact of hostility from the press, a large segment of Venezuelan doctors, and the Opposition in converting MBA into a major political issue. This case suggests that the State can confront health inequities effectively when policies are generated within underserved communities by fusing social medicine and critical epidemiology perspectives with those of residents. Flexible, non-bureaucratic, and creative institutional structures enhance effectiveness.

KEY WORDS Health Services Needs and Demand; Health Priorities; Venezuela; Health Inequalities.

INTRODUCCIÓN

En los últimos treinta años, académicos y profesionales de la salud influenciados por la medicina social y la epidemiología crítica han reforzado las propuestas de Rudolph Virchow, Frederick Engels y Salvador Allende, y se han enfocado en las enfermedades que afectan a las comunidades empobrecidas en un contexto más amplio que el estrictamente biologicista, con el objetivo de contrarrestar la pobreza, la violencia del Estado, la discriminación, la falta de acceso a viviendas dignas, falta de infraestructura sanitaria, de educación para la salud (1-5) y sobre todo, la negación a la participación en las búsqueda de todas las soluciones que tendrán relevancia en el mejoramiento de su calidad de vida. Los profundos cambios políticos en muchas regiones de Latinoamérica recientemente han conformado y llevado al poder a gobiernos progresistas, pro-mayorías empobrecidas y subordinadas en diferentes países. Como resultado de ello, ha habido un incremento en el número de investigadores, promotores y practicantes de la medicina social desempeñando altos cargos gubernamentales en dichas regiones (6).

En este artículo describimos los esfuerzos del gobierno del presidente venezolano Hugo Chávez Frías en darle un vuelco al Sistema Nacional de Salud (SNS) en Venezuela para que sea posible confrontar los altos niveles de inequidad social en salud. Documentamos la llamada "revolución en salud", que se representa como un movimiento social enfocado en las mejoras para la salud en comunidades pobres. Así, la Misión Barrio Adentro (MBA) resulta una estrategia o programa innovador que ubica a profesionales de la salud en el corazón de los barrios históricamente marginados o excluidos de la prestación de servicios de salud. Algunos trabajos recientes enfocados en salud han descrito la MBA enfatizando las políticas e infraestructuras de salud, los contextos más amplios de las políticas nacionales e internacionales neoliberales y la experiencia de los médicos cubanos (7-8).

A través de una óptica etnográfica nos enfocaremos en una perspectiva más íntima, en el trabajo compartido entre miembros de

comunidades pobres, defensores de la medicina social, profesionales de la salud y otras disciplinas, activistas, trabajadores comunitarios y oficiales gubernamentales, quienes iniciaron el programa y afectaron profundamente la calidad de vida de aquellos hasta ese entonces excluidos del SNS. Parecería que, gracias a la elección de un presidente socialista y pro-mayorías excluidas viviendo en la pobreza, y el énfasis puesto en la salud de la "Revolución Bolivariana", se podría considerar que la Venezuela contemporánea ofrece un lugar en el que los preceptos de la medicina social se han convertido en políticas de Estado que están dando como resultado la transformación del SNS. Nosotros queremos argumentar que el proceso no surgió de manera tan simple, sino a través de un complejo e importante proceso que requirió la participación de diferentes actores sociales.

La primera parte de este artículo provee diversos ejemplos en los cuales los preceptos de la medicina social han guiado la transformación de los sistemas públicos de salud. La segunda parte examina los esfuerzos hechos entre 1999 y 2003 para convertir la medicina social en políticas públicas de salud, así como algunas de las razones por las cuales al comienzo no fue posible conseguir transformar exitosamente los servicios de salud de Venezuela. La tercera parte se enfoca en las luchas de movimientos sociales en vecindarios de bajos ingresos de Caracas, que terminaron enfocándose en procesos concernientes a los problemas de salud que afectaron la salud del pueblo venezolano. La cuarta y última parte de este artículo se centra en el emerger de la MBA a través de un proceso dinámico compartido por residentes de comunidades pobres, trabajadores comunitarios y políticos locales. Intentaremos también señalar algunos de los factores que tienen implicaciones para otros países.

MÉTODOS

En Venezuela, los autores realizamos investigaciones sobre la salud pública desde 1994; llevamos a cabo trabajo de campo entre julio y agosto del 2005 y de junio a agosto del

2006, los cuales fueron reforzados por visitas adicionales. Nuestro proyecto es independiente del gobierno institucional y de los partidos opositores. Los principales sitios de investigación incluyen: dos sectores en el occidente de Caracas, Santa Teresa –área donde cohabitan personas de clase media y clase trabajadora– y 23 de Enero y San Juan –barrios adyacentes esencialmente habitados por la clase trabajadora, cuyas infraestructuras consisten en edificios grandes denominados "bloques"-remembranza de los años '50 y casas humildes localizadas en los cerros, productos de un urbanismo no planificado como "invasiones"– (véase Figura 2). Otros dos sectores se ubican en el estado Vargas –área afectada severamente por "La Tragedia" que ocasionó el deslave catastrófico con graves consecuencias de pérdidas humanas y materiales en diciembre de 1999– La Guaira, primer puerto de importancia y sede del gobierno regional y Naiguatá, un pueblo relativamente pequeño ubicado en el oriente del estado. Finalmente, en un estado central del país, Carabobo, una pequeña ciudad, Morón, y las áreas rurales Alpargatón y Urama.

Entrevistamos médicos y otros profesionales de la salud, miembros de Comités de Salud comunitarios (CS), pacientes, legisladores, oficiales políticos y líderes de la comunidad. Realizamos entrevistas adicionales en diversas partes de la zona metropolitana de Caracas; en el estado fronterizo oriental Delta Amacuro, caracterizado por una zona selvática pantanosa donde se ubica la mayoría de los indígenas Warao; en la ciudad de Maracay, estado Aragua; en Timote, pueblo andino del estado Mérida; y en Los Robles, pueblo pesquero ubicado en el estado de Nueva Esparta. También entrevistamos a empleados públicos, entre ellos oficiales de la salud pública de los gobiernos local, regional y nacional. Las personas entrevistadas abarcan un rango político que va desde personas que apoyan a Chávez hasta opositores.

Los dos investigadores principales, conjuntamente con siete asistentes de investigación, observaron sistemáticamente contextos asociados con MBA. En los consultorios populares y las clínicas, las observaciones se enfocaron en la recepción de pacientes, las interacciones clínicas, las salas de espera y el papel de los CS. Los investigadores acompañaron a los CS en visitas a casas,

reuniones y eventos públicos (como marchas y asambleas). Se observó la vida cotidiana dentro de las casas y en espacios públicos. Se grabaron reuniones entre CS y funcionarios del Ministerio de Salud (MS), otros oficiales gubernamentales y políticos. También se observaron las reuniones y manifestaciones de la oposición. Varios etnógrafos visitaron los sitios principales y compararon sus observaciones. También examinamos medios de comunicación, documentos oficiales, sitios en la red y varios documentales. Las entrevistas que se llevaron a cabo, fueron transcritas por personal venezolano. Las transcripciones fueron codificadas para obtener los temas principales, analizar las diferentes definiciones de salud, la participación y evaluación de los servicios de la MBA y los cambios en el manejo de la salud preventiva y curativa; después, se analizaron las recopilaciones etnográficas de las notas de campo, las grabaciones de eventos públicos y todo el material obtenido. Utilizamos pseudónimos para todas las personas entrevistadas y nombres de clínicas específicas.

MEDICINA SOCIAL Y LA POLÍTICA DE ESTADO

En años recientes, han sido elegidos diversos gobiernos municipales y nacionales, en diferentes países de América Latina, con tendencia hacia la izquierda. Estos gobiernos tienen como agenda principal terminar con la "exclusión social" y aumentar la capacidad del gobierno para abordar los problemas que acarrearán las inequidades sociales en salud dentro de la población general. Con profesionales orientados hacia la medicina social, algunos de ellos docentes e investigadores universitarios, se están dirigiendo secretarías y Ministerios de Salud, y transformando lo que muchos habían considerado como teorías utópicas y radicales en políticas de Estado. Recapitularemos de manera breve un apartado en la historia de la salud pública en Latinoamérica que merece una documentación exhaustiva y comparaciones detalladas.

Cuba considera la atención médica universal y la investigación médica entre las principales prioridades nacionales (9). Sin embargo, la

medicina social en sí parece tener menos influencia entre las perspectivas en salud pública más técnicas (4). Aunque se lograron avances substanciales en México durante 1970 y 1980, el Programa de Reforma del Sector Salud inaugurado en 1996 marcó un alejamiento paulatino del Estado como proveedor de servicios de salud, a favor del sector privado, imposibilitando a los sectores pobres y excluidos el poder solventar los costos de los servicios médicos (10). En la ciudad de México, Asa Cristina Laurell (perteneciente a la Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco), una tenaz crítica de las políticas neoliberales de salud (10,11), se convirtió en la directora de la Secretaría de Salud a través del Partido de la Revolución Democrática (PRD) bajo el gobierno de Andrés Manuel López Obrador. A principios de 2000, cuando las políticas neoliberales dominaban la nación, el PRD se enfocó en desarrollar programas para la creación de instituciones de salud y asistencia social, con el propósito de redistribuir recursos disponibles en la ciudad de México, e intentar reducir la desigualdad social entre grupos en diversas áreas geográficas, en una ciudad de 8,5 millones de habitantes (y más de 20 millones en el área metropolitana). El PRD definió el concepto de salud como un derecho social, y estructuró sus políticas sobre principios humanísticos y morales en lugar de los principios del libre mercado. A través de una lucha constante para combatir la corrupción y reducir los costos administrativos, Laurell creó una pensión para los ciudadanos residentes en la ciudad de más de 70 años; también mejoró las instalaciones de salud pública, fortaleció el entrenamiento de los profesionales de la salud e implementó el acceso a la atención médica y medicamentos gratuitos al alcance de todos. Por incrementar el presupuesto destinado a la salud un 67% durante el primer año, la salud llegó a constituir un 12,5% del presupuesto municipal. La participación ciudadana se incrementó gracias a la confianza en la capacidad del sistema de salud pública, y gracias al establecimiento de asambleas de barrios en las 1.352 colonias de la Ciudad de México (6). La creación de estos programas de asistencia social fueron fundamentales en la popularidad alcanzada por López Obrador. Después de una muy reñida elección presidencial en el 2006, Laurell se

convirtió en la ministra de Salud de la administración de López Obrador, que rechaza la victoria oficial de Felipe Calderón por considerar que hubo fraude electoral.

Al igual que la ciudad de México, Uruguay se caracterizaba por una larga discrepancia entre el Partido Frente Amplio, que gobernó Montevideo, y el gobierno nacional. Cuando el líder del Frente Amplio (y oncólogo) Tabaré Vázquez, alcalde de Montevideo desde 1990 hasta 1995, asumió la presidencia en 2005, las políticas influenciadas por la medicina social promovieron una orientación nacional hacia una salud más justa y equitativa que consideraba a ésta como un derecho social. Las instituciones de salud fueron descentralizadas con el objetivo de integrar los servicios de salud con gobiernos locales y con la participación vecinal (12). El académico afiliado con la medicina social, Miguel Fernández, profesor en la Universidad de la República Uruguaya, dirigió la División de Salud y Programas Sociales de Montevideo desde 1995 hasta 2000. Así llegó a ser subsecretario del Ministerio de Salud Pública.

Influenciada por la medicina social, la Secretaría de Salud de Rosario, ciudad argentina de aproximadamente un millón de habitantes, la cual ha tenido gobiernos socialistas desde 1990, incluyó la definición de salud como un derecho básico ciudadano, la atención médica como un derecho universal y libre y la abolición de estructuras burocráticas rígidas. Existen equipos locales, basados en centros de salud, que trabajan con residentes de la comunidad para planear y tomar decisiones administrativas independientes al gobierno municipal. Reproduciendo un tema común en los ministerios de salud promulgados por la medicina social,

la planificación local fue instigada como una actividad fundamentalmente política, incorporada dentro de la reforma multisectorial del gobierno municipal que promueve brindar la oportunidad de tomar decisiones en los lugares donde los problemas se sienten de una forma más directa (13).

Por lo tanto, en la ciudad de México, en Rosario y en Uruguay y en otras áreas de América Latina, las instituciones de salud pública se han

convertido en parte vital de las políticas democráticas como un esfuerzo para cambiar las relaciones entre el Estado y los ciudadanos, en lugar de un Ministerio de salud organizado por perspectivas funcionalistas y reduccionistas.

ANTECEDENTES: MEDICINA SOCIAL Y POLÍTICAS DE ESTADO EN VENEZUELA

En Venezuela, los logros obtenidos en el ámbito de la salud pública en épocas pasadas fueron destruidas durante las décadas de 1980 y 1990. El gasto público en salud, que alcanzó un 5,20% del PIB en 1977, se redujo a 1,95% en 1996, con un gasto *per capita* (en bolívares de 1984) que cayó de 1.590 a 375 (14). Para 1996, sólo el 26% del gasto nacional dedicado a la salud fue invertido en el sector público, en contraste con el 74% invertido en el sector privado (14). Los pacientes tratados en instituciones públicas de salud se encontraron con un elevado costo de exámenes médicos y cirugías. Se vieron forzados a comprarle medicamentos al sector privado, y en 1984 los precios de los medicamentos en Venezuela se encontraban entre los más altos de Latinoamérica. En 1990, cerca del 60% de la gente en Venezuela se encontraban viviendo en la pobreza (15), y muchas de estas personas no tenían dinero suficiente para cubrir los gastos médicos. Para fines de 1990, la disparidad de clase era enorme, y una gran parte de la población no tenía acceso real a la atención médica.

Chávez afirmó en su plataforma electoral de 1998 que:

La salud es, a la vez, un medio para lograr el bienestar común y un fin como elemento sustantivo del desarrollo humano. La salud está íntimamente vinculada al desarrollo social y económico (16).

La salud se convirtió en una de las principales metas, comenzando con la Asamblea Constituyente que produjo la Constitución Bolivariana en 1999. El ex miembro de la Asamblea Nacional, Oscar Feo Istúriz, formó parte de una comisión de la Asamblea Constituyente que se encargó de los artículos relacionados con el cuidado y acceso a la salud. Oscar Feo fue director del

Instituto de Altos Estudios Salud Pública (IAESP), y actualmente se desempeña como secretario ejecutivo de la Organización Andina de Salud Hipólito Unanue en Lima, Perú. Los fundamentos en que se basa Oscar Feo, provienen de las perspectivas de la medicina social en relación con los efectos negativos de políticas neoliberales de salud, y los problemas asociados con la privatización y la necesidad de "rescatar el papel del Estado en el desarrollo social" (17). El artículo 83 de la Constitución establece que:

La salud es un derecho fundamental, obligación del Estado, que lo garantizará como parte del derecho de vida.

El artículo 84 especifica que el sistema de salud pública debe ser:

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.

En otras palabras, los preceptos de la medicina social aparecen como parte fundamental de la Constitución Bolivariana, teniendo como punto de partida la necesidad del Estado de garantizar la atención médica, que es "integral" con respecto a un rango mucho más amplio de especialidades médicas y diversas necesidades sociales y económicas. Los artículos de la Constitución se han convertido en parte del discurso popular de los residentes de comunidades pobres, que los utilizan para demandar acceso a servicios de salud; incluso hemos visto estos artículos escritos en las paredes en barrios de Caracas (véase Figura 1).

Chávez eligió como primer ministro de Salud a Gilberto Rodríguez Ochoa, dermatólogo y profesional de salud pública que proviene de la clase trabajadora, y que se basaba en los principios de la medicina social. Rodríguez Ochoa publicó sobre casos de lepra y otras enfermedades dermatológicas, enseñó en el Instituto Nacional de Dermatología, y escribió y publicó un libro denunciando problemas de la salud pública y la salud de los pobres en 1970 (18). Rodríguez Ochoa critica la mercantilización de

Figura 1. MURO EXTERIOR EN EL BARRIO 23 DE ENERO, CON EL ARTÍCULO 84 DE LA CONSTITUCIÓN BOLIVARIANA DE VENEZUELA.



Fuente: Elaboración propia.

la medicina a través de su incorporación en la economía capitalista, y cómo esto ha ocasionado una baja en la obtención de resultados para mejorar el sector de salud pública.

Rodríguez Ochoa se opuso a lo que había identificado como un enfoque fragmentado, mecánico e individualista de la atención médica, y propuso un modelo de salud más integral (Modelo de Atención Integral) que enfatizaba la prevención de enfermedades y la participación pública. Este modelo requería que las clínicas proveyeran de los servicios necesarios a todas las

personas que asistieran a las instalaciones de prestación de servicios de salud de atención primaria. Específicamente, en comunidades que tradicionalmente casi no han tenido acceso a estos servicios, una mujer que lleva a su hijo enfermo a la clínica, normalmente estaría acompañada por otros niños u otros miembros de su familia o entorno. Bajo este plan, la madre y la abuela recibirían un examen físico y ginecológico. Los otros niños serían examinados (y si es necesario, vacunados), el personal registraría la historia médica de cada uno, y todos recibirían

educación y promoción para la salud. Este modelo instaba al personal médico a determinar las condiciones sanitarias y socio-económicas de la comunidad a las que pertenecían los pacientes, para trabajar conjuntamente con organizaciones civiles y mejorar sus condiciones de salud. A pesar de los esfuerzos y la dedicación de Rodríguez Ochoa, el modelo no tuvo éxito en transformar la administración y prestación de servicios en el Ministerio de Salud (MS). En parte, porque el Ministerio se había convertido en una burocracia estática que no estaba abierta al cambio. Y al igual que en los comienzos de la revolución chilena (19), la Federación Venezolana de Medicina se oponía al gobierno revolucionario y a los cambios que promovían la igualdad, con modelos de servicios de salud destinados a favorecer a una mayoría excluida y empobrecida, lo que afectaría a las prácticas privadas.

Rodríguez Ochoa renunció a los dos años, debido a problemas de salud, y falleció en 2002. Fue reemplazado por María Lourdes Urbaneja, neuróloga con un título en salud pública, proveniente de la renombrada Escuela Nacional de Salud Pública de la Fundación Oswaldo Cruz de Río de Janeiro, y presidenta de la Asociación Latinoamérica de Medicina Social (ALAMES). Urbaneja impartió clases en un hospital conectado con la Universidad Central de Venezuela y el IAESP, ha publicado sobre epilepsia y también sobre la privatización del sector salud (20). Su Plan Estratégico Social instaba a:

Orientar la función de las políticas públicas hacia el imperativo ético de responder a las necesidades sociales de calidad de vida y salud, con universalidad y equidad, combatiendo los déficits de atención entre la demanda, la ofertas y la reducción entre las brechas causales de la inequidad social como disparidades de oportunidades entre grupos humanos y territorios (21).

Urbaneja hizo un llamado a crear nuevas formas de cooperación entre el Estado y la sociedad civil para lograr una activa participación de los ciudadanos en la reconstrucción de nuevas políticas y prácticas sociales. La gestión de Urbaneja se caracterizó por desarrollarse en un período turbulento, donde la oposición protagonizó un golpe de estado fallido, que destituyó por un breve

lapso de tiempo a Chávez en abril de 2002, y por un paro que paralizó a la compañía petrolera nacional en diciembre de ese mismo año. Un cambio fundamental en el desarrollo de la salud pública en Venezuela se dio durante el período de Urbaneja, pero no fue producto de su Plan Estratégico Social.

MOVIMIENTOS SOCIALES ENFOCADOS EN LA SALUD

En 2003, la convergencia de: 1) un movimiento social surgido en comunidades de bajos recursos enfocado en problemas de salud, y 2) la colaboración creativa entre movimientos de activismo social, comunidades pobres en Venezuela, trabajadores comunitarios, y políticos locales creadores de la MBA, tuvieron éxito remodelando las políticas y prácticas de salud pública basados en los principios de la medicina social, de una mejor manera que las iniciativas de la política nacional en el período de 1999 a 2003.

El contexto en el que los residentes de los barrios populares se organizaron tiene su origen en una insufrible frustración social, la dificultad de acceder a la atención médica y lo que fue visto como el maltrato por parte de instituciones del MS hacia miembros de la comunidad. Un ejemplo sobresaliente sucedió en 1997, en el barrio 23 de Enero, cuando aproximadamente 400 niños presentaron diarrea y vómitos como resultado de haber sufrido una intoxicación por comer *panquecas*, accidentalmente envenenadas por insecticida, servidas en dos escuelas. Los hospitales cercanos a las escuelas se negaron a admitir a los niños, argumentando que la clínica local del Municipio Libertador era el lugar apropiado para tratar a los niños. Los residentes de la comunidad notaron que las condiciones de la clínica se deterioraron enormemente durante la década del '90, y que muchas veces los pacientes no eran atendidos debido a la falta de insumos y hasta de personal médico, ya que no cumplían con el debido horario de trabajo. Cuando el torrente de pacientes jóvenes llegó a la clínica, sólo había un médico. La médica de guardia trató de derivarlos a otros servicios de salud. La activista Herminia Bustamante nos dijo: "*no la dejamos salir, sino que la obligamos para que le*

diera, atendiera a los muchachos". La doctora trató de resistir, comentando: "¿Por qué me están molestando?" Afortunadamente ninguno de los niños murió, pero los miembros de la comunidad vieron este acontecimiento como "un gran laboratorio-escuela" al reflexionar sobre la falta de acceso a servicios de salud, convirtiendo a la salud en el estandarte de una lucha social (véase Figura 2).

Los residentes de la comunidad se quejaron con el MS y el gobierno municipal, pero como reportó el coordinador de la clínica Álvaro Ramírez: "*nadie fue preso; todo lo que hizo fue una bulla, una bulla, una bulla, nadie fue disciplinado, la impunidad seguía reinando*". Mientras los miembros de la comunidad continuaban discutiendo sobre la situación, llegaron a la conclusión de que había una conexión directa entre el fracaso del Estado en proveer servicios de salud y los actos de violencia que se daban día a día en contra de la comunidad efectuados por los militares y la policía: "*Eso es producto de que aquí en los barrios lo que nos han echado es plomo, piedra, candela, violaciones y humillaciones a las mujeres, las violaban. Le llamaban a la gente, 'ponte a barrer', y entonces juas, plas, plas plas, le echaban un poco de palo, la Guardia Nacional, aquí*". Como resultado, dice Sánchez "*nos decidimos a hacer una toma de Ali Primera*". Ciento cuarenta miembros de la comunidad se presentaron en la puerta de la clínica, entraron y declararon "una toma": los residentes del barrio 23 de Enero iban a administrar la clínica. Despidieron al director de la clínica nombrado por el MS y al director asociado, e instalaron a un miembro de la comunidad como coordinador. La policía municipal llegó y "*nos pusieron presos a todos; nos persiguieron a todos*". A pesar de este altercado, los miembros de la comunidad no desistieron de su objetivo de mantener el control de la clínica. Sánchez nota que los conflictos con los médicos (provenientes en su mayoría de la clase media) aún ocurren por la actitud de ellos: "*dice que no se va a dejar mandar por unos patas en el suelo, por unos carajos que nunca fueron a la universidad*". Los residentes del barrio declararon la clínica independiente del MS, lo cual los obligó a organizarse para pedir insumos, y demandaron el derecho de entrevistar a los médicos a emplear en la clínica; Ali Primera sigue bajo su custodia.

Estos eventos y otros similares en diferentes regiones del país, iniciaron una movilización social que tuvo como estandarte las mejoras en la prestación de servicios de salud a la población en general con miras a amplios cambios sociales y políticos. El deterioro de las infraestructuras y de los programas de salud pública en el 23 de Enero y otros barrios históricamente marginales, agudizó la manera en que los miembros de la comunidad se sentían "excluidos" y subordinados por parte del Estado y las clases privilegiadas de Venezuela. Por consecuencia, la atención médica se transformó en el estandarte para las demandas de participación social y política, y dignidad. La salud dejó de ser un dominio exclusivo en manos de los profesionales de la medicina y se convirtió en un componente clave de un horizonte político más amplio en salud para el pueblo. Los residentes del barrio 23 de Enero exigieron participar de una manera activa para determinar cuáles eran las necesidades de las familias e individuos con respecto a la salud, para replantear las políticas y prácticas de la clínica, y pidieron negociar directamente con el gobierno local y nacional para asegurarse de que los recursos asignados se distribuyeran en forma equitativa. La toma de la clínica no constituyó de ninguna manera un ataque a la medicina en sí; al contrario, la comunidad exigió a los médicos cumplir con los estándares profesionales de la atención médica, y buscaron obtener los recursos para el mejoramiento de la infraestructura de la clínica y la calidad de los servicios. Este movimiento social aún tiene un carácter anti-burocrático que rechaza las estructuras institucionales, a favor de construir un sentido de compromiso por parte de ambos, los miembros de la comunidad y los médicos, y un acercamiento más flexible para resolver problemas en el que todos los participantes jueguen un papel clave.

En otras comunidades de bajos recursos de Caracas, que no necesariamente tomaron sus clínicas, surgieron diversos movimientos populares y, al igual que en el barrio 23 de Enero, comenzaron a redefinir la salud como un derecho social esencial y exigieron más acceso a los servicios de salud. Las demandas de estos movimientos sociales en cuanto a la atención médica resonaron con los principios de las políticas ministeriales de la medicina social, pero el mercantilismo de la práctica médica privada, con su política de repuesta curativa-biologicista, contrastaba con el punto de vista de los activistas,

Figura 2. EL BARRIO SAN JUAN, QUE SE UBICA AL LADO DEL BARRIO 23 DE ENERO.



Fuente: Elaboración propia.

los que consideraban que eran *ellos* los que estaban transformando las estructuras estáticas e indiferentes de las instituciones estatales. Desde este punto de vista, el Ministerio es, en las palabras de Herminia Bustamante, "*un ministerio que está apegado a los principios burocráticos, capitalistas*".

MÉDICOS COMO VECINOS

Poco menos de dos años después de estos incidentes, Hugo Chávez Frías se convirtió en el presidente de Venezuela. Señalamos en los párrafos anteriores el cambio en los niveles de la política nacional del MS, pero fueron los cambios de menor escala los que fueron particularmente relevantes para el desarrollo posterior de estas políticas. El Municipio Libertador es una jurisdicción local autónoma afiliada con las políticas de Chávez durante una época en que el gobierno mayor del Distrito Capital era fuertemente anti-chavista. En marzo de 2003, el gobierno del Municipio Libertador —que administra el barrio 23 de Enero— formó una división de casi dos docenas de empleados, que crearon el Instituto de Desarrollo Endógeno (IDEL), el cual se caracterizó por crear proyectos para ayudar al desarrollo de las comunidades, intentando combatir problemas sociales y económicos. Los trabajadores comunitarios del IDEL provenían en su mayoría de las clases trabajadoras, que a su vez tuvieron acceso a educación universitaria y llegaron a ser profesionales. La licenciada en Trabajo Social Nancy López dice: "*Soy una muchacha humilde, y me crié en un rancho de tabla, es decir, vivía en un rancho de tabla, y el piso de tierra... Uno amamanta a su hijo con tanto amor y humildad, que uno le, le da a sus hijos eh buena educación humildemente, ¿verdad? Porque yo tengo cinco muchachos,... y la última ya me salió de la universidad*". Gracias a la movilidad social, los trabajadores comunitarios fueron capaces de hacerse un lugar en las comunidades pobres y los espacios dentro del gobierno municipal, dominado por profesionales.

Uno de los profesores universitarios que se tomó un período de ausencia de la Universidad Central de Venezuela para trabajar con el gobierno de Chávez fue Rubén Alayón Monserrat, quien asumió como Director de

Economía Social del gobierno municipal. Alayón y diversos trabajadores comunitarios analizaron los problemas confrontando previos programas sociales donde, como dijo Jackie Chacón, "*nadie conocía el barrio*". El equipo desarrolló diversos procedimientos para inaugurar contacto informal y hablar con los líderes de la comunidad, realizando encuestas para saber las necesidades en aproximadamente 250 barrios en Caracas, y discutiendo los resultados con los residentes de las comunidades (22). Reproduciendo la experiencia de los activistas del barrio 23 de Enero, los miembros de la comunidad sugirieron que la salud era el problema más grave con el que se enfrentaban.

Esta información fue presentada a Freddy Bernal, alcalde del Municipio Libertador. Médicos provenientes de Cuba habían asistido durante los esfuerzos para ayudar en el trágico deslave que mató a cientos de personas en el estado Vargas en diciembre de 1999, y varios de estos médicos aún se encontraban en el área, ya que la embajada cubana mantenía un coordinador médico. Bernal comenzó discusiones que resultaron en un acuerdo en el marco del convenio de cooperación entre Cuba y Venezuela, para ubicar médicos cubanos directamente en los barrios del Municipio Libertador. Los trabajadores comunitarios visitaron las comunidades para preguntarle a la gente si podrían albergar a un doctor cubano. El trabajador comunitario Pedro Martínez describió el arribo de los primeros médicos:

Yo recuerdo que cuando llegaron los médicos de Caracas, los primeros... 63 médicos, las comunidades me llamaron... "*Vamos a repartirlos*", había que repartir los médicos a los comité de salud que estaban organizados, ¿te puedes imaginar eso? "*¿Dónde están los carros?*" "*No hay carros!*". "*Está el carro mío y dos carros más*". Y había que repartir 63 médicos a las 5 de la mañana, no habían desayunado, no habían cenado, no había agua, no había nada, no había dinero. [Comentaron los médicos] "*bueno, no importa ¡vamos!*". Y las comunidades, cuando llegábamos, era que había, "*No, él se va a quedar en la casa de fulano*", llegamos a la casa de fulano y muchos tenían ya su, hacían con sus propias manos los carteles de bienvenida: "*bienvenido el médico cubano*". Entonces los médicos cuando veían eso se alegraban, ¿no?

Sí, y ni sabían como se llamaba el médico ni nada, pero sí estaban esperando a los médicos en su casa, porque cuando eso no había consultorios ni nada, era que la casa se iba a convertir en un consultorio súbitamente, a la llegada del médico. Entonces hicimos eso, no con mucho éxito porque no teníamos suficiente logística. Pero el éxito se vio a la semana siguiente, ya estaban todos instalados y nosotros contentos y ellos también... Entonces esas experiencias son las que te dicen a ti lo que significa en verdad la Misión, o sea cómo la misma gente ha sido la que ha logrado esto, porque institucionalmente esto comenzó sin ningún apoyo... Bueno, entonces ellos empezaron a irse a los barrios, a captar gente, con un mensaje de que venía un médico, que había que cuidarlo porque el médico llegó con esas instrucciones, o sea el médico no puede salir solo, el Comité de Salud tiene que acompañarlo a donde vaya, el Comité de Salud tiene que brindar la seguridad del médico porque no había quien lo cuidara... Ellos llegan aquí, llegan sin dinero, o llegaban sin dinero, entonces ¿qué hacía la gente? *"Mira yo tengo un médico en mi casa, dame un arroz, dame un espagueti, dame aceite"*, entonces iban reuniendo víveres.

En las semanas siguientes, otros grupos de doctores cubanos llegaron y fueron incorporados a las comunidades que los invitaron.

Diversas características de esta fase inicial dieron forma al futuro del programa. En primer lugar, el "Plan Barrio Adentro" (PBA) fue definido en términos del espacio, la construcción ideológica dominante de los programas nacionales de salud que concebía su origen, estaba en los pisos superiores de la sede del MS. Los programas seguían hacia los pisos de abajo a oficinas con enfoques particulares (VIH/SIDA, enfermedades congénitas, etc.), y después hacia las oficinas regionales (los programas de vacunación constituyen una notable excepción). El concepto de "exclusión social", nombrado a menudo por los residentes de los barrios, implica la imposibilidad de los programas para alcanzar las necesidades de los habitantes de las diversas comunidades. Al contrario, el nombre "Plan Barrio Adentro" sugiere que el programa se centra en su objetivo –los barrios y sus residentes–,

no en espacios institucionales. El trabajador comunitario Miguel Bolívar comentó:

el Alcalde dice *"sí, es verdad, nosotros tenemos que buscar de tener la salud en el copito del cerro, allá adentro en el barrio"*... Primera vez que una política del Estado llega adonde tiene que llegar y llega al último cerro,... vamos a llegar a la última casa, tocamos y nos conocemos, "mucho gusto, ¿cómo está?"

En muchas entrevistas se encontró la respuesta a este simbolismo político del espacio. En un grupo focal, Ernestina Bolívar nos comentó en cuanto a PBA que era *"la primera vez que un gobierno se mete al barrio"*. Sin embargo, esta interpretación de "Barrio Adentro" sigue la misma estructura vertical que establece una trayectoria que comienza en el Estado y se dirige hacia el ciudadano. Muchos residentes han dado vuelta a este tipo de formulaciones y sugieren que el nombre indica que las nuevas ideas y perspectivas fueron creadas *dentro* de las comunidades de bajo recursos y después enviadas a los oficiales de gobierno: *"La revolución en salud, ¡la estamos creando aquí mismo en el barrio!"*

En segundo lugar, los residentes estaban favorablemente impresionados de que los médicos cubanos vivieran dentro del barrio. Nancy López ofreció su casa de una manera espontánea a dos de los primeros médicos cubanos por un período de 18 meses. Sin haber preparado nada con anticipación y con muy pocos recursos económicos, nos contó cómo solucionó el problema con uno de los médicos que además da consultas en su casa :

y eh, el médico me dice *"necesito una camilla"*. Yo le dije, *"¿y dónde te voy a encontrar una camilla? Yo te puedo encontrar una tabla de mesa"*, y ponemos unas gaveras de cerveza, montamos la camilla, a esa camilla le pusimos una colchoneta, y luego una sábana y ahí veíamos a los pacientes tranquilamente... A él le mandaron un televisor, a él le mandaron su televisor, ahí se sentaba ver televisor, y hablar con nosotros ahí..., el estaba compartiendo con nosotros en la sala, echando broma y ahí estábamos.

Lo mismo comentó una odontóloga (estomatóloga), directora de una clínica y con su propia familia en Cuba, *"yo viví con una familia venezolana, nos llevábamos muy bien, éramos otra familia también"*. Siguiendo las prácticas de salud pública en Cuba, los médicos cubanos salían por las tardes a "hacer terreno", a recorrer el barrio e ir de casa en casa acompañados por un miembro del Comité de Salud, conociendo a las familias, viendo cuáles eran sus necesidades médicas, revisando pacientes, realizando un censo y alentando a los miembros de la comunidad a que visiten la clínica para recibir salud preventiva.

En tercer lugar, los residentes de los barrios comentaron que no hubo una brecha social o condescendencia cuando se visitaban las clínicas. En una entrevista, José Romero reprodujo la interacción entre el médico cubano que lo está tratando a él y a su familia:

Ahorita puedo irme para la clínica allá, me reciben de maravilla: "venga, ¿que es lo que tiene?" "Mire, me siento esto". "Está bien, siéntese, a ver". Me revisan y esto, "vamos a hacerle la placa, sí, oye sí, si hay que trasladarte para un hospital, allí está la ambulancia", lo lleva la ambulancia a uno, con toda la historia, todo, como es, como es que tratarlo a uno, porque uno se, vuelvo y repito uno es un ser humano... Ahora, sí lo atienden a uno como es, provoca a ir a esos módulos.

Muchos miembros de la comunidad que en un principio no estaban contentos con la idea de aceptar extranjeros en su comunidad, cambiaron de idea al encontrarse con un trato más igualitario y horizontal por parte de los consultorios populares.

Cuarto, los oficiales municipales y los trabajadores comunitarios constantemente se respaldan en las palabras de Héctor González, quien dirigía el programa de medicina en el Municipio Libertador, para quien el PBA *"no fue concebido como un proyecto de salud sino como un proyecto social"* que incluía vivienda, medio ambiente, nutrición, recreación y salud. El sociólogo Alayón enfatiza que el PBA formó parte de una serie de iniciativas que trataban problemas de fondo como la educación, comunicación, trabajo, acceso a alimentos y a la salud (22), estatutos básicos de la medicina social.

Finalmente, el animado recuento de Miguel Bolívar sobre la llegada del primer grupo de médicos cubanos sugiere que el PBA no fue necesariamente desarrollado en detalle en oficinas ministeriales, sino que surgió de manera creativa en comunidades pobres a través de un proceso de resolver un problema determinado. Los diversos procedimientos a seguir, las logísticas, dónde se iba a localizar el personal y demás procesos organizativos se fueron decidiendo como iban surgiendo, básicamente a través de negociaciones entre médicos, trabajadores comunitarios y residentes. Los Comités de Salud adquirieron un rol fundamental en dar forma a la atención médica en sus comunidades y proveyendo algunos recursos materiales. El PBA surgió a través de la creatividad, la espontaneidad, diversas negociaciones y el tratar de resolver problemas de una manera colectiva, con una estructura horizontal en las relaciones sociales, respeto mutuo y un poderoso sentimiento de compartir una misma causa. Barrio Adentro redirigió los efectos de diversas ideologías y relaciones de poder que han sido señaladas por una lucha popular histórica en políticas de salud (7) en forma fuerte y directa.

MISIÓN BARRIO ADENTRO SE VUELVE UN PROYECTO NACIONAL

Para julio de 2003, el PBA se caracterizó por una respuesta popular tan positiva que Chávez lo transformó, en diciembre de 2003, en la "Misión Barrio Adentro", como las diversas misiones en Venezuela que se enfocan en educación, vivienda, abastecimiento de alimentos, etc. De una forma impresionante, se planificó cómo extender el programa nacionalmente (a), creando una estructura institucional paralela que se ha integrado cada vez más al MS. Se han construido estructuras octagonales para consultorios populares en muchos barrios (véase Figura 3), con un piso inferior que funciona como consultorio y un piso superior convertido en la residencia del médico. En septiembre de 2006, la MBA contaba con 23.789 médicos cubanos, dentistas, optómetras, enfermeras, diverso personal médico y más de 6.500 sitios para tratar pacientes (23). El 25 de julio de 2007, se habían construido y

Figura 3. CONSULTORIO POPULAR CONSTRUIDO PARA LA MISIÓN BARRIO ADENTRO I.



Fuente: Elaboración propia.

equipado 2.804 consultorios populares (24), cada uno con por lo menos un médico o médica con especialidad en medicina integral o familiar, una promotora o promotor de salud y un miembro del CS u otra organización social, derivado de la comunidad. La MBA intenta brindar un consultorio popular para cada 250 a 350 familias, utilizando el Modelo de Atención Integral, que abarca no solamente a especialidades médicas sino a los determinantes sociales y económicos de la salud, como educación, vivienda, alimentación y infraestructura sanitaria (8). Cuenta también con el apoyo de farmacias populares, salas de odontología, vacunatorios, ópticas populares y la Misión Milagro (de intervenciones oftalmológicas). Profesionales de salud física facilitaron a las personas de la tercera edad clases de bailoterapia, y organizaron equipos de deportes para los jóvenes.

La segunda fase, que comenzó en 2004, incluía al 25 de julio de 2007, la creación de 319 Centros de Diagnóstico Integral, 430 Centros de Rehabilitación Integral, 15 Centros de Alta Tecnología (24). Una tercera etapa se

encuentra mejorando la infraestructura y actualizando el equipo médico de la red hospitalaria del país. La cuarta etapa prevé la construcción de 16 nuevos hospitales, principalmente en zonas de escasos recursos económicos.

Al concurso inicial del Municipio Libertador, respondieron 50 médicos venezolanos, pero 30 se negaron a vivir en los barrios; los 20 restantes se dedicaron a la atención secundaria (25). Sin embargo, para septiembre de 2006 se registraron 9.532 venezolanos trabajando para la Misión (24). El personal de MBA desempeña un papel pedagógico con estudiantes venezolanos graduados y no graduados en Medicina General Integral, involucrando a médicos y estudiantes de medicina para poblaciones de bajos recursos. La MBA tenía el fuerte apoyo de Francisco Armada, ministro de Salud entre noviembre de 2004 y enero de 2007, quien obtuvo su doctorado en Salud Pública en la Universidad Johns Hopkins bajo la tutela de Vicente Navarro (7,26).

La MBA se ha expandido en todo el país. En algunas regiones, como en la zona selvática del

Delta Amacuro, el éxito de la Misión está limitado por la divergencia de intereses y alianzas políticas de los gobiernos regionales, a la vez que la densidad de la población es más baja, por lo que hay una distancia muy grande entre pacientes y sitios de atención primaria, secundaria y terciaria.

Chávez anunció la inauguración de la MBA en su programa semanal *Aló, Presidente*, transmitido por radio y televisión, en el que regularmente comunica mensajes sobre salud pública a millones de venezolanos. MBA se convirtió en uno de los principales objetos de crítica por parte de miembros de la oposición, quienes crearon y esparcieron el rumor de que los cubanos no eran médicos, como se repitió en *The Lancet*, afirmando que eran "técnicos" mal entrenados y que "ellos recetan medicamentos peligrosos y desactualizados" (27). Irónicamente, la recepción escéptica de la prensa y la crítica por parte de la oposición incrementó la visibilidad de la Misión, convirtiéndola en una de las pruebas más grandes de la política pro-mayorías excluidas y empobrecidas, principal apoyo del gobierno venezolano. La oposición promovió un referéndum para evaluar la aceptación de la presidencia de Chávez en agosto de 2004. Las entrevistas que realizamos en comunidades de la clase trabajadora sugieren que la MBA fue uno de los factores decisivos en la victoria de Chávez, con un porcentaje del 59% contra un 41%. Los médicos que no están de acuerdo con la constante oposición de la Federación Médica Venezolana hacia las políticas de salud de Chávez formaron la Organización Nacional de Médicos, el Frente Nacional de Médicos Bolivarianos y la Organización Nacional de Médicos para Venezuela. Estas organizaciones apoyan la MBA y buscan reorientar la educación médica hacia un enfoque centrado en las causas socio-económicas de la enfermedad.

CONCLUSIÓN E IMPLICACIONES

Los logros de la MBA nos ayudan a reflexionar sobre los factores que pueden facilitar la transformación de las instituciones y las prácticas de la salud pública:

- 1) La MBA no fue formulada por oficiales de alto rango para después ser "implementada" en la comunidad, tampoco fue un programa popular que se profesionalizó. El PBA emergió a través de la interacción entre profesionales, comunidades de la clase trabajadora, empleados municipales pertenecientes a la misma clase social, profesionales que trabajaban en el gobierno del Municipio Libertador y la embajada de Cuba. La circulación de los preceptos de la medicina social fueron cruciales, aunque fueron mucho más efectivos al ser expresados por trabajadores comunitarios pertenecientes a la clase trabajadora y cuando se mezclaron con perspectivas locales.
- 2) Los miembros de la comunidad continúan jugando un papel crucial en la estructuración de la MBA a través de los Consejos Comunes y CS. Las comunidades pobres llegaron a ser más que un lugar para implementar políticas públicas: se convirtieron en espacios en donde se desarrollaron nuevas perspectivas y prácticas. El nombre "Misión Barrio Adentro" señala que su lugar de origen es en las comunidades de la clase trabajadora, y no en oficinas nacionales.
- 3) Algo notable es que algunos de los procesos creativos, anti-burocráticos y las estrategias para la resolución de problemas que formaron parte del PBA, se preservaron cuando el programa se convirtió en un esfuerzo masivo nacional. Muchos de los coordinadores son también médicos que atienden pacientes.
- 4) La salud se convirtió en un concepto político clave y en una importante fuente de capital político. Grandes oportunidades para crear cooperación entre el Estado y los ciudadanos surgen cuando el jefe de Estado trata el problema de la salud pública como parte fundamental de la política nacional, y se convierte en un educador y promotor de la salud.
- 5) Salud Integral: los movimientos populares (como el de la clínica Ali Primera) y las políticas estatales propuestas a través de la medicina social plantean que el objetivo para confrontar las inequidades de salud más amplias sólo se puede dar a través de la provisión de un conjunto de servicios mucho más grande, que incluye un amplio rango de especialidades médicas y dentales, así como los esfuerzos

para combatir el hambre, crear programas de educación, de alfabetización y el acceso a trabajo y a una vivienda digna. Irónicamente, la MBA logró fortalecer al sector médico, al convertirlo en un componente de una política más amplia.

- 6) El acceso a servicios médicos con profesionales capaces, con disposición a trabajar y vivir en comunidades pobres, para los cuales el trabajo no se enfoca principalmente en compensaciones materiales, ha sido crucial en el éxito de la MBA.

La epidemia de cólera de 1991 a 1993 demostró de manera clara cómo se relacionan íntimamente las injusticias dentro del sistema de salud con la desigualdad social y política en Venezuela (28). Anteriormente, la salud se había convertido en la vía para diferenciar ciudadanos sanitarios, es decir, personas con una orientación con prácticas higiénicas que piensan en salud en relación con la terminología médica, y que confían en la medicina, en contraste con los sujetos sucios, los cuales se perciben como individuos y comunidades que no tienen las características mencionadas. Los ciudadanos sanitarios podrían ser definidos como si merecieran más servicios del gobierno y más participación política (28). En la última parte de la década del '90, tanto los pobres de Venezuela como los políticos pro-pobres, colocaron a la salud en el centro de sus esfuerzos, y redefinieron el concepto de ciudadanía en relación con el Estado en la base de "equidad, integración social y solidaridad". La redefinición de la salud como un derecho social y su inclusión en la Constitución de 1999, así como el desarrollo de programas que buscaron brindar salud a todos los venezolanos, transformó el concepto de salud en un punto crucial para redefinir el concepto de ciudadanía y la relación entre ciudadanos y el Estado. En varios países latinoamericanos los pobres han creado formas de lo que llaman "ciudadanías insurgentes" (29), en donde las comunidades de la clase trabajadora presionan activamente por los mismos derechos que se conceden a la clase media, y de esta manera se construyen a sí mismos como participantes protagónicos de los procesos políticos y sociales. En Venezuela, la salud se convirtió en parte crucial, en donde la ciudadanía insurgente está siendo redefinida.

Este caso refleja un período específico de las historias de Venezuela y de Cuba en el que surgió la MBA. El acceso a ingresos petroleros que podían ser dirigidos a programas de salud, es un elemento importante; sin embargo, el Estado también tenía dinero proveniente del petróleo entre 1999 y el 2003. Asimismo, no todos los países cuentan con miles de doctores cubanos. Varios elementos de la situación en Venezuela ofrecen la posibilidad de contemplar cómo otros países y municipios podrían desarrollar políticas de salud pública capaces de combatir las inequidades en el contexto de salud. Se pueden lograr grandes transformaciones cuando los líderes políticos incluyen a la salud como parte crucial de su agenda política, cuando las personas que diseñan programas de salud adoptan perspectivas que colocan las inequidades sociales en el centro de las epistemología y las prácticas médicas, si se hace un esfuerzo por incorporar a trabajadores comunitarios, a líderes locales y a las comunidades que representan dentro del proceso de planeación e implementación de diversos procesos donde haya un control sustancial a nivel local, y estructuras institucionales orientadas a resolver problemas de manera creativa y no una consolidación burocrática. A través de estos pasos se pueden lograr notables transformaciones.

Cuando la mayor parte de la gente que habita el planeta no tiene acceso a la atención médica, aún en los sectores de bajos recursos de sociedades ricas, y millones de personas mueren cada año de enfermedades que se pueden prevenir y tratar, los logros que se han obtenido en la ciudad de México, en Rosario, en Uruguay, en Venezuela y desde luego en Cuba debieran de permitir a otras comunidades y a sus líderes soñar con un mundo más justo y más saludable. El éxito de la MBA demuestra que las políticas neoliberales de salud no son inevitables, incluso en condiciones que reflejen las más extremas disparidades e injusticias en el ámbito de la salud, y que el Estado aún puede desempeñar un papel clave en la salud. La medicina social, la epidemiología crítica y las experiencias actuales en cuanto a implementarlas como políticas de salud nos indican el papel disponible para los investigadores, siempre y cuando puedan buscar alianzas estrechas con comunidades en el desarrollo de perspectivas y prácticas innovadoras y solidarias.

AGRADECIMIENTOS

Es importante ofrecer aquí, nuestro más sincero agradecimiento a quienes con su apoyo nos dieron el impulso necesario para la concreción de este trabajo de investigación. Fue motivo de orgullo comenzar este trabajo con aquellos luchadores sociales y dirigentes políticos que desde antes del comienzo de la Misión Barrio Adentro comenzaron la lucha para el logro de un sistema de salud pública más justo y equitativo para los venezolanos, y con ellos líderes comunitarios, médicos venezolanos y cubanos, otros profesionales de salud, trabajadores comunitarios y oficiales gubernamentales, quienes nos brindaron no solamente información y material valioso para esta investigación sino que nos dieron una bienvenida calurosa, alegre, ejemplar y consecuente en todos los momentos que recurrimos a ellos para solicitar su apoyo. Nunca hubiera sido posible realizar esta investigación sin el apoyo de la Fundación Salus Mundi, de Tucson, Arizona, EE.UU., que desde el principio apoyó económicamente nuestra propuesta. Así mismo, agradecemos a las siguientes personas quienes nos ofrecieron sus reflexiones críticas y comentarios valiosos a las versiones preliminares de este trabajo: Jaime Breilh, Lemyra DeBruyn, Asa Cristina Laurell,

Mark Nichter y Howard Waitzkin. Xochitl Marsilli Vargas hizo una labor excelente en cuanto a la traducción y preparación del manuscrito. A nuestros asistentes: Alexandra Anastasopoulos, Renée Asturias Peñalosa, Amy Cooper, Amy Gardner, Silvia Gómez, Andreina Gúia, Xochitl Marsilli Vargas, Claire Mertz, Thomas Ordóñez, Ángela Pinto, Carmen Rojas, Megan Strom, Carina Vance y Erick Valero, quienes durante estos años contribuyeron a realizar las entrevistas, etnografía y la encuesta, transcribir las grabaciones, obtener material fotográfico y documental, análisis y otras actividades. Contamos con el apoyo de un excelente grupo de estudiantes quienes con su trabajo arduo y excelente en conjunto nos hizo crecer en la experiencia de este trabajo, y por último a los colaboradores Carla Castillo, Orietta Castillo, Fiorella Girón, Hernán Girón, Pierinna Girón, Guerino Mantini, Leopoldo Mantini, Marfa Mantini, Patricia Mantini quienes con un entusiasmo juvenil y ganas de aprender, comienzan a deshilar la madeja de un futuro brillante, a la hermosa gente venezolana que desde ciudades, barrios urbanos y rurales, puertos, selvas y montañas bajo el deseo de superar los linderos de la desigualdad y en su afán de construir una Venezuela mejor.

NOTAS FINALES

a. Entrevista con el director de Salud para el Municipio Libertador para 2003, realizada el 10 de julio de 2006.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Breilh J. Epidemiología crítica: Ciencia emancipadora e interculturalidad. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2003.
2. Franco S, Nunes E, Breilh J, Laurell C, editores. Debates en medicina social. Quito, Ecuador: Pan American Health Organization, Asociación Latinoamericana de Medicina Social; 1991.
3. Menéndez EL. El modelo médico y la salud de los trabajadores. *Salud Colectiva*. 2005;1(1):9-32.
4. Waitkin H, Iriat A, Lamadrid S. Social medicine in Latin America: productivity and dangers facing the major national groups. *Lancet*. 2001; 358:315-323.
5. Waitkin H, Iriat C, Estrada A, et al. Social medicine then and now: lessons from Latin America. *Am J Public Health*. 2001;91:1592-1601.
6. Laurell AC. What does Latin American social medicine do when it governs? The case of the Mexico City government. *Am J Public Health*. 2003;93:2028-2031.
7. Muntaner C, Guerra Salazar RM, Benach J, Armada F. Venezuela's Barrio Adentro: an alternative to neoliberalism in health care. *Int J Health Serv*. 2006;36:803-811.
8. Organización Panamericana de la Salud. Barrio Adentro: Derecho a la salud e inserción social en Venezuela. Caracas: Organización Panamericana de la Salud; 2006.
9. Torre D, López C, Márquez M, Gutiérrez JA, Rojas F. La salud para todos sí es posible. La Habana: Sociedad Cubana de Salud Pública; 2005.
10. Laurell AC. La reforma contra la salud y la seguridad social: una mirada crítica y una propuesta alternativa. México: Friedrich Ebert Stiftung, Ediciones Era; 1997.
11. Laurell AC. Health reform in Mexico: the promotion of inequality. *Int J Health Serv*. 2001; 31:291-321.
12. Fernández M, Curto S. Uruguay: Participación social en salud y el papel de la epidemiología. En: Breilh J, editor. Informe alternativo sobre la salud en América Latina. Quito, Ecuador: Centro de Estudios y Asesoría en Salud; 2005. p. 214-219.
13. Fein N, Ferrandini D. Equidad real en la oferta pública en la salud: el norte de un gobierno municipal democrático. En: Breilh J, editor. Informe alternativo sobre la salud en América Latina. Quito, Ecuador: Centro de Estudios y Asesoría en Salud; 2005. p. 223.
14. Jaén MH. El sistema de salud en Venezuela: desafíos. Caracas: IESA; 2001. p. 95.
15. Márquez G, Mukherjee J, Navarro, JC, et al. Fiscal policy and income distribution in Venezuela. En: Government spending and income distribution in Latin America. Hausmann R, Rigobón R, editores. Washington, DC: Inter-American Development Bank; 1993. p. 145-213.
16. La Propuesta de Hugo Chávez para transformar a Venezuela, Partido Movimiento V República [en línea] 1998; [fecha de acceso 27 de junio de 2007]. URL disponible en: http://www.mpd.gob.ve/prog-gob/prog_gob.htm
17. Feo Istúriz O. Reflexiones sobre la globalización y su impacto sobre la salud de los trabajadores y el ambiente. *Ciencia & Saúde Coletiva*. 2003;8(4):887-896.
18. Rodríguez Ochoa G. Del ejercicio privado de la medicina o de la alienación del acto curativo. Caracas: Fondo Editorial Proceso; 1979.
19. Waitzkin H., Modell H. Medicine, socialism, and totalitarianism: lessons from Chile. *New England Journal of Medicine*. 1974;291:171-7.
20. Urbaneja ML. Privatización en el sector salud en Venezuela. Caracas: CENDES; 1991.
21. Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Plan estratégico social. Caracas: Ministerio de Salud y Desarrollo Social; 2002.
22. Ayalón Monserrat R. Barrio Adentro: Combatir la exclusión profundizando la democracia. *Revista Venezolana de Economía y Ciencias Sociales*. 2005;11(3):219-244.
23. Gobierno Bolivariano de Venezuela. Programas Sociales: Misión Barrio Adentro I [en línea]. [fecha de acceso 27 de marzo de 2007]. URL disponible en: http://minci.gov.ve/sociales/20/10398/mision_barrio_adentro.html
24. Ministerio del Poder Popular para la Salud. Informe General Misiones Barrio Adentro. Caracas: Gobierno Bolivariano de Venezuela, MPSP, 2007.
25. Defensoría del Pueblo. Síntesis del Plan Barrio Adentro [en línea] 2003. [fecha de acceso 3 de julio de 2007]. URL disponible en: <http://www.defensoria.gob.ve/lista.asp?sec=190702&txt=barrio%20adentro>

26. Armada F, Muntaner C, Navarro V. Health and social security reforms in Latin America: the convergence of the World Health Organization, the World Bank, and transnational corporations. *Int J Health Serv.* 2001;31:729-768.
27. Ceaser M. Cuban doctors provide care in Venezuela's Barrios. *Lancet.* 2004;363:1875.
28. Briggs CL, Mantini-Briggs C. Las historias en los tiempos del cólera. Caracas: Nueva Sociedad y Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit; 2004.
29. Holston J. Spaces of insurgent citizenship. En: *Cities and citizenship*, Holston J. ed. Durham, NC: Duke University Press; 1995; p. 155-173.

FORMA DE CITAR

Briggs CL, Mantini-Briggs C. "Misión Barrio Adentro": Medicina social, movimientos sociales de los pobres y nuevas coaliciones en Venezuela. *Salud Colectiva.* 2007;3(2):159-176.

Recibido el 8 de junio de 2007

Versión final presentada el 10 de julio de 2007

Aprobado el 30 de julio de 2007