

# ¡Salud para todos!: Alma Ata está sana y a salvo en Venezuela

Joan E. Paluzzi<sup>a</sup> y Fernando Arribas-García<sup>b</sup>

---

En 1978, la Declaración de Alma Ata estableció que la salud es un derecho humano fundamental, y que “La atención primaria de salud es la clave para alcanzar este objetivo como parte del desarrollo en el espíritu de la justicia social”. Treinta años después, nos encontramos con un esfuerzo de colaboración entre los gobiernos venezolano y cubano que busca hacer realidad esa promesa de “Salud para todos” para el pueblo de Venezuela. Por esta razón, es para nosotros un honor servir como editores invitados en esta edición especial de *Social Medicine/Medicina Social* dedicada a examinar la robusta reforma del sector salud que ha venido ocurriendo en Venezuela desde 2003. Como ejemplo de “contrarreforma” que desafía explícitamente las políticas dominantes y las prácticas organizacionales en la salud mundial, los eventos en curso en Venezuela tienen relevancia internacional.

*Misión Barrio Adentro* es uno de los varios programas sociales de amplio espectro (*Misiones*) que han sido desarrollados dentro del marco de la llamada Revolución Bolivariana actualmente en curso, iniciados tras la elección del Presidente Hugo Chávez en 1998. El propio nombre de *Barrio*

*Adentro* habla de la orientación popular de esta reforma de la salud como ejemplo legítimo de un modelo comprometido de medicina social para el Siglo XXI. *Barrio Adentro* es heredero de esa tradición que muchos, incluyendo al antropólogo y médico Howard Waitzkin y sus colegas,<sup>1</sup> han descrito como “Edad de Oro de la medicina social”, la cual floreció en Latinoamérica en la década de 1930, impulsada por pioneros como Max Westenhofer y Salvador Allende Gossens de Chile. La línea directa de antecedentes de esta versión característicamente venezolana de la medicina social pasa a través del sistema cubano de salud pública, que le ha servido de modelo en buena medida.

En un período de cinco años, la *Misión* ha creado un sistema completo de salud --desde la atención primaria a la terciaria-- que es tanto gratis como accesible a todos los venezolanos. Al viajar por Venezuela en dos veranos consecutivos, fuimos sorprendidos una y otra vez por la tremenda presencia y penetración que *Barrio Adentro* ha adquirido en un período relativamente corto. En cada parada, tanto en grandes ciudades como en pequeños pueblos rurales, cada persona a la que detuvimos e interrogamos en la calle o la carretera nos supo dar de inmediato y sin dudas información acerca de la ubicación de la clínica *Barrio Adentro* más próxima.

---

<sup>a</sup>Joan E. Paluzzi, Ph.D. Antropóloga médica; profesora en la Universidad de Carolina del Norte-Greensboro, EUA. Correo-e: jepaluzz@uncg.edu

<sup>b</sup>Fernando Arribas-García, Ph.D., investigador de la historia y las culturas de Latinoamérica; Asistente Legislativo en la Asamblea Nacional de la República Bolivariana de Venezuela. Correo-e: fearga@hotmail.com.

---

<sup>1</sup>H. Waitzkin, C. Iriart, A. Estrada y S. Lamadrid 2001. Social medicine then and now: Lessons from Latin America. *American Journal of Public Health* 91 (10):1592–1601.

Uno de los elementos más importantes de esta reforma es su realización del concepto de salud como derecho humano fundamental. Como evidencia adicional del compromiso de Venezuela con este principio, la obligación del Estado de asegurar la plena realización de este derecho ha sido explícitamente consagrada en la Constitución Nacional. Otro elemento clave de la reforma es el ejemplo que ha establecido de que con apoyo, movilización concentrada, voluntad política y compromiso generalizado de las comunidades, se puede crear rápidamente un sistema nacional de salud ampliamente accesible a todo lo largo y ancho de un país grande y geográfica y culturalmente diverso.

El ejemplo venezolano da esperanzas a otros países que hoy tienen dificultades para desarrollar servicios sostenibles de salud primaria. El concepto de la salud como derecho fundamental contrasta notablemente con lo que ocurre en el sistema completamente privatizado de los Estados Unidos, donde la discusión de la salud como derecho humano raramente aparece en el actual -y hasta ahora inútil- debate político sobre la “crisis de la salud”. Estos dos temas están relacionados en tanto que la aceptación sin discusión de la mercantilización de la salud que ha ocurrido en los EE.UU., ha llegado a incidir globalmente por vía de la influencia que tiene el gobierno estadounidense en la definición de las políticas internacionales de finanzas y desarrollo. Entre los obstáculos que enfrentan muchos de los países más pobres del mundo para desarrollar rápidamente sistemas primarios de salud de gran escala, se cuenta la falta de infraestructura básica para educación, salud y otros. La imposición continuada del modelo de desarrollo neoliberal denominado “Consenso de Washington”, con su empecinado *modus operandi* de aplicación universal, restringe la capacidad de muchos países pobres y gravemente endeudados para priorizar reformas sociales que son esenciales para revertir los efectos de décadas de desidia impuesta.

Al convertir el cuidado de la salud en un “producto”, la privatización mercantiliza los servicios médicos inevitable y absolutamente. Los servi-

cios, suministros y medicamentos necesarios para mantener la salud, quedan confinados dentro del mercado y son por lo tanto vulnerables a las manipulaciones de la dinámica mercantil, lo que los transforma de necesidades básicas a mercancías generadoras de ganancias. Con esta mercantilización, y a través de la reproducción de las jerarquías socio-económicas existentes, la salud misma, en última instancia, también se mercantiliza, al hacer que la accesibilidad y a menudo la calidad de los servicios básicos de salud dependan de la disponibilidad de dinero de una persona. Por décadas, muchos de los países de Latinoamérica, entre ellos Venezuela, han sufrido olas reiteradas de ajustes estructurales neoliberales, que han fomentado una privatización generalizada de los servicios humanos, incluyendo los servicios de salud. Esto a su vez ha exacerbado las sensibles desigualdades existentes en estas sociedades, y ha creado nuevas oportunidades para que éstas se expresen en sectores sociales esenciales como la salud y la educación<sup>2</sup>. Las ganancias correspondientes aseguran que la pequeña minoría que se beneficia del mercado de la salud continúe interesada en mantener (o reafirmar) la privatización. Por esto, en Venezuela puede resultar inevitable que los intereses establecidos que desean mantener la primacía del modelo de mercado continúen desafiando directa e indirectamente la reforma en curso.

A diferencia de la priorización de los servicios de salud primarios, de base vecinal o comunitaria, que tiene lugar en Venezuela, el actual modelo internacional de desarrollo de la salud promueve programas verticales específicos para cada enfer-

---

<sup>2</sup> Véase, entre otros: N. Homedes, A. Ugalde. 2005. Why neoliberal health reforms have failed in Latin America. *Health Policy* 71 (1): 83-96; T.L. Karl. 2003. The vicious cycle of inequality in Latin America in T.P. Wickham-Crowley and S.E. Eckstein (eds.) *What justice? Whose justice? Fighting for fairness in Latin America*. University of California Press: Berkeley CA.; J.P. Unger, P. De Paepe, G. Solimano Cantuarias, O. Arteaga Herrera. 2008. Chile's Neoliberal Health Reform: An Assessment and a Critique. *PLoS Medicine*, 5(4): 542-547.

medad. Por un lado, éstos cumplen una importante función en la atención de los más visibles, y a menudo los más letales, problemas de salud en lugares como el África sub-sahariana. Pero por otro lado, estos programas de foco estrecho también se ajustan perfectamente a las actuales políticas internacionales de desarrollo, las cuales reflejan las prioridades de los países ricos donantes y de un sistema en el que la política es dictada por los economistas de la salud de los países ricos y no por los proveedores de salud de los países pobres. El costo de un programa vertical es fácilmente cuantificable por “unidad” (el régimen de tratamiento completo para cada paciente individual); es relativamente simple controlar el acceso a los programas; y hay un rango relativamente estrecho y fácilmente manejable de responsabilidades de administración y contraloría de fondos. Sin embargo, esta aparente racionalidad es absolutamente miope.

Sin servicios primarios de salud accesibles, muchos, tal vez la mayoría de quienes contraen VIH, TBC y malaria, carecen de un mecanismo a través del cual puedan ser diagnosticados y referidos a esos programas específicos para recibir tratamiento. Más aún, la pobreza crea vulnerabilidad a un amplio rango de problemas de salud; las actuales prioridades en salud pública internacional han creado una situación en la que cientos de millones de personas empobrecidas en todo el mundo pueden no tener acceso a programas de tratamiento para esas tres grandes enfermedades infecciosas (TBC, malaria y SIDA), pero además no tienen absolutamente ningún recurso para la diagnosis y tratamiento de otras condiciones médicas letales, enfermedades y lesiones agudas, o enfermedades crónicas. Curarle a un paciente la TBC resulta un pobre triunfo si luego esa persona muere de tétano, diabetes, cólera, lesiones laborales o cualquiera otra de las muchas condiciones médicas tratables cuya incidencia está condicionada por el impacto de la pobreza sobre la salud humana.

Si se combinan (traspasando fronteras tanto internacionales como institucionales) los recursos actualmente dedicados a las grandes enfermedades infecciosas, se elimina la duplicación de servicios

y se termina la competencia por los recursos, se obtendrían los medios financieros necesarios para comenzar a “plantar” programas verticales específicos dentro de los sistemas primarios integrales. Esto requeriría un cambio profundo en los niveles superiores de la administración internacional de la salud y entre los donantes, espacios en los han que dominado por décadas el territorialismo, la competencia y la búsqueda de gratificación inmediata en términos de resultados cuantificables. Puede ser necesario un cuidadoso análisis intergeneracional de los sistemas integrales y universales de salud y las ventajas sociales que éstos generan, para apreciar completamente su impacto a largo plazo sobre los resultados de las enfermedades, su prevención y la salud y desarrollo general de los niños. En último análisis, la más significativa ventaja generada por el acceso universal al cuidado de la salud brotará de la capacidad de una ciudadanía sana para contribuir al crecimiento y desarrollo de su propia sociedad. Pero esta visión holística de la salud y la experiencia humana no se ajusta bien a la estrecha cuantificación de los análisis de tasas de costo/beneficio que continúan siendo la regla de oro vigente para la evaluación dentro del capitalismo internacional de la salud.

El escuchar a miembros de comunidades a lo largo y ancho de Venezuela describir el impacto positivo e inmediato que ha tenido el acceso a servicios primarios y secundarios de salud sobre la calidad de sus vidas, nos ha permitido tener una imagen de cómo puede llegar a funcionar un modelo alternativo y más integral de evaluación de los sistemas de salud que incorpore tanto la información cuantitativa como la cualitativa. Por ejemplo, el proceso de evaluación, como los principios del propio sistema de medicina social que éste quiere evaluar, debería reflejar el hecho de que, aunque los individuos enfrentan problemas de salud individuales, estos problemas no pueden ser completamente entendidos o atacados a menos que se contextualice la experiencia de la salud y la enfermedad dentro del ambiente general social, económico y ecológico en que viven y trabajan esos individuos.

Entre los autores que contribuyeron a esta edición se incluye un grupo internacional de médicos, especialistas en salud pública y otros académicos, muchos de los cuales han estado directamente involucrados en el diseño, puesta en práctica y evaluación del nuevo sistema nacional de salud pública de Venezuela, y en el desarrollo de su infraestructura educativa conexas. La importancia de *Barrio Adentro* como contra-reforma en relación al actual paradigma internacional en sistemas de salud pública, queda subrayada por el hecho de que todos los autores explícitamente contextualizan su aparición como una alternativa razonada y deliberada al modelo privatizado neoliberal que ha existido en Venezuela por décadas.

Carles Muntaner y sus colegas nos ofrecen una breve historia de la salud pública en Venezuela, el impacto que tuvo sobre el sistema el ajuste estructural neoliberal, y la formación, organización y expansión de *Misión Barrio Adentro*. Debido al corto tiempo (menos de cinco años) que el programa ha estado funcionando a escala nacional, hay una disponibilidad limitada de datos para hacer una evaluación de su impacto. Sin embargo, utilizando datos obtenidos en 2004-2005, los autores nos presentan un perfil cuantitativo de desarrollo que ilustra el rápido crecimiento del nuevo sistema, así como los cambios, incipientes pero ciertamente prometedores, habidos en los patrones epidemiológicos, que pueden ser indicativos del impacto positivo que ya ha tenido la reforma.

Una de las grandes restricciones de los sistemas de salud en todo el mundo es la falta de personal capacitado. Hay múltiples razones para que esto sea así; sin embargo, no es coincidencia que, en muchos de los países más pobres del mundo, los ajustes estructurales neoliberales han tenido un impacto negativo también sobre los sistemas educativos, con tácticas neoliberales comunes tales como la privatización, los recortes de gastos gubernamentales en educación y el establecimiento de pagos de matriculación y otros, que dejan la educación, incluso la primaria, fuera del alcance de millones de niños pobres. Pero la atención integral de la salud requiere grandes números de profesionales y técnicos capacitados. En su artícu-

lo sobre la formación de profesionales de salud pública, Oscar Feo comienza con una discusión del neoliberalismo y la transformación de la educación para la salud pública en un “bien privado para consumo individual” que ha ocurrido dentro de este contexto. El autor muestra las consecuencias dañinas de dicha transformación, y concluye con una descripción de las acciones que se están llevando a cabo actualmente en Venezuela para corregir la influencia de esa perspectiva privatizadora sobre la formación de los trabajadores de salud pública.

Gracias a un acuerdo con la revista *MEDICC Review* y con el permiso de los autores Borroto Cruz y Salas Perea, se reimprime en esta edición su estudio sobre la “universidad sin paredes” en Venezuela. Los autores describen la colaboración entre los gobiernos cubano y venezolano para transformar completamente la formación y entrenamiento de los médicos de atención primaria, objetivo que ya ha sido logrado en un muy corto período en una escala impresionante. Los autores también proporcionan algunos detalles interesantes acerca de la estructura y currículo de la nueva modalidad de formación de profesionales de la salud.

La estudiante estadounidense de medicina Rebecca Trozky-Sirr, pasó un año en la región de los Andes occidentales de Venezuela estudiando el sistema de salud de base comunal que existe allí. En su contribución a esta edición, la autora comparte sus impresiones acerca de esa experiencia.

La reforma política y social venezolana ha diseñado y puesto en práctica en apenas cinco años un sistema público de salud que está firmemente asentado en el postulado de que la salud es un derecho humano fundamental, que prioriza el compromiso de y con los miembros de la comunidad, y que demuestra que sí hay alternativas viables al actual modelo internacional de desarrollo. No es poca cosa.

Otros recursos disponibles acerca del sistema de salud pública de Venezuela incluyen:

El informe de la OPS titulado *Barrio Adentro: Derecho a la Salud e inclusión social en Venezuela* disponible en español en:

<http://www.paho.org/Spanish/DD/PUB/BA.pdf>

Alvarado, Martínez, Vivas-Martínez, Gutiérrez, y Metzger. 2008. Social change and health policy in Venezuela. *Social Medicine* Vol. 3 (2):95-109.

Disponible en:

<http://journals.sfu.ca/socialmedicine/index.php/socialmedicine/article/view/229/436>

Ministerio del Poder Popular para la Salud de la República Bolivariana de Venezuela:

<http://www.mpps.gob.ve/ms/>



# Medicina Social

Salud Para Todos