

# “Barrio Adentro” en Venezuela: democracia participativa, cooperación sur-sur y salud para todos

*Carles Muntaner, MD, PhD,<sup>1,2</sup>, Francisco Armada, MD, PhD,<sup>2</sup> Haejoo Chung, RPh, PhD,<sup>2</sup> Rosicar Mata,<sup>3</sup> Leslie Williams-Brennan, BSc, BScN, RN<sup>2</sup> y Joan Benach, MD, PhD*

---

## Introducción

Durante los años noventas, los países latinoamericanos (a excepción de Cuba) emprendieron reformas a sus sistemas de salud. En general, estas reformas siguieron un patrón similar al adoptado en otras partes del mundo, mismo que ponía en marcha una agenda neoliberal e incluía la promoción de cambios diseñados para lograr una participación mayor del sector privado en la entrega y el financiamiento de los servicios en salud. A pesar de las diferentes modalidades de reforma, todos fortalecieron la perspectiva de la salud como mercancía a ser comprada en el mercado y apoyaron el abandono del concepto de salud como un derecho garantizado por el estado. La mayoría de los cambios implementados correspondieron a las políticas de ajuste estructural de acuerdo con el paradigma neoliberal recomendado por las instituciones financieras internacionales, que tenía como objetivo fundamental el garantizar el pago de las deudas externas. Sin embargo, después de varios años de aplicación, se ha demostrado el impacto negativo de las políticas de salud neoliberales, dada su incapacidad de mejorar la cobertura o el acceso a los servicios en salud. Estas consecuencias coinciden con el fracaso general del

neoliberalismo en mejorar la calidad de vida, además, Latinoamérica sigue siendo la región del mundo con las desigualdades más grandes entre las clases.

Estas desigualdades persistentes han motivado una variedad de respuestas políticas en Latinoamérica, incluyendo propuestas apoyadas por sectores liberales de izquierda en varios países de la región, que se oponen al neoliberalismo y promueven la promoción de políticas que revierten la privatización de la atención sanitaria y la reafirman como un derecho a ser garantizado por el Estado. Las enmiendas al sistema de salud venezolano son uno de los ejemplos más tempranos de este tipo de reforma. A partir de 1999 (y después de una década de implementación de políticas neoliberales) se inició un ajuste marcado al sistema de salud con el fin de establecer a la salud como un derecho fundamental garantizado por el Estado, en un contexto de amplia participación de comunidades organizadas y en cooperación internacional “Sur-Sur”.

Este artículo describe las reformas para la atención primaria a la salud en Venezuela, formalizadas como “Misión Barrio Adentro” y emprendidas a partir del 2003. Iniciamos con un análisis del modelo neoliberal que existía en Venezuela en el momento en que se iniciaron los cambios en la política de salud. Continuamos con una explicación de Barrio Adentro en su contexto histórico, político y social, enfatizando el papel central que ha jugado la resistencia popular en contra del neoliberalismo. Seguimos con una

---

<sup>1</sup> Centro para las Adicciones y la Salud, Canadá

<sup>2</sup> Universidad de Toronto, Canadá

<sup>3</sup> Ministerio del Poder Popular Para la Salud, Caracas, Venezuela

<sup>4</sup> Universitat Pompeu Fabra, España

Autor de referencia: Dr. Carles Muntaner

Correo-e: [carles.muntanerb@gmail.com](mailto:carles.muntanerb@gmail.com)

Conflicto de intereses: no declarado

descripción de su operación, su consolidación, un análisis de los primeros indicadores del impacto del programa sobre la salud y una discusión sobre los retos más importantes para garantizar su sustentabilidad. Concluimos sugiriendo que Barrio Adentro no nada más provee un modelo para la reforma de la atención en salud en otros países de la región, sino que también brinda lecciones importantes a muchos de los países de alrededor del mundo, incluyendo aquéllos con las economías más poderosas.

Durante la conducción de este estudio se entrevistó a una serie de actores políticos que estuvieron involucrados en el desarrollo del sistema de salud, tanto cubano como venezolano. Este proceso incluyó a pacientes, funcionarios del Ministerio de Salud de Venezuela, doctores y miembros de los Comités de Salud Comunitarios. Además, también se llevó a cabo una revisión de la prensa venezolana, de la legislación aprobada por el Ejecutivo Nacional del gobierno, de documentos del Ministerio de Salud y de los registros epidemiológicos oficiales. Finalmente, dos de los autores de este artículo también participaron en la implementación de Barrio Adentro.

Sin duda, los diferentes contextos políticos, económicos y culturales de los países latinoamericanos han influenciado el desarrollo reciente de sus políticas sociales. Esto explicaría porqué el desarrollo de los sistemas de seguridad social (incluyendo al sistema de salud) estuvo relacionado con la lucha y la organización gradual de los trabajadores de la industria urbana del final de la Segunda Guerra Mundial hasta el principio de los años ochentas. También ayuda a entender el impacto de las diversas crisis del capitalismo mundial sobre las políticas sociales del continente (desde la crisis generada por la ruptura del acuerdo Bretton Woods, hasta los mandatos de ajustes estructurales impuestos por las organizaciones financieras multilaterales: principalmente el Banco Mundial, el Fondo Monetario Internacional y el Banco Interamericano de Desarrollo).<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Ver (10, pg. 113-116) para una discusión detallada de la economía política de América Latina en el

A pesar de la falta de evidencia científica, los programas de ajuste estructural fueron fundamentales en la determinación de los cambios llevados a cabo durante los años 90s en los sistemas de salud de la región. Las organizaciones financieras promovieron los programas de ajuste estructural como un intento de rectificar el fracaso percibido del Estado como garante de protección social a través de su sustitución por el mercado libre como el mejor mecanismo regulador para alcanzar prosperidad económica y social. La reducción de los gastos en salud del Estado y el deterioro subsiguiente de los servicios durante los 80s fue drástica, lo que justificó la presentación de unos servicios administrados y provistos por el sector privado como la única opción viable para el sistema de salud. Fue en este contexto en que el Banco Mundial publicó en 1993 el *Informe sobre el Desarrollo Mundial: Invertir en Salud*, en donde define las dos estrategias principales para el mejoramiento de la salud en países con ingresos bajos y medios: 1) el limitar la inversión del Estado en la atención con el fin de reducir los costos y formar un ambiente macroeconómico benéfico para inversiones del sector privado que faciliten el crecimiento económico, lo que a su vez debe incrementar el ingreso del hogar y, subsecuentemente, reducir la pobreza; 2) promover la competencia y la diversidad en el financiamiento y la entrega de los servicios de salud por medio de la creciente facilitación de la incorporación creciente del sector privado. Esta publicación constituyó mucho más que un ejercicio académico debido a la enorme influencia política y financiera del Banco Mundial en la formulación de las políticas públicas en los países de la región y su rol como financiador directo de las reformas en salud.

Las reformas introdujeron una variedad de mecanismos para la administración y el financiamiento de los servicios en salud y otras áreas de protección (particularmente las pensiones y la atención de riesgos ocupacionales). Además, se promovió la descentralización como mecanismo para disminuir el involucramiento de los gobiernos nacionales y facilitar la privatización. Se materializaron numerosas

---

debate.

entidades privadas para administrar los recursos para la salud y hubo un gran aumento en la participación del sector privado en la entrega de los servicios de atención de la salud. Los efectos negativos de estas reformas neoliberales sobre la salud han sido ampliamente reportados. También se ha documentado el hecho de que los únicos beneficiarios han sido las corporaciones transnacionales, con base en Europa y Norteamérica, que operan aliadas a las élites locales involucradas en la administración y la entrega de los servicios de salud y otros aspectos de la seguridad social a éstas.

A pesar de la diversidad de trayectorias, las reformas neoliberales en salud fueron implementadas en la mayoría de los países de América Latina. Venezuela no fue la excepción y es precisamente en este contexto que fueron iniciados los cambios a la política sanitaria, tal como es descrito a continuación.

### **Modificación de políticas y neoliberalización de la salud en Venezuela<sup>2</sup>**

Venezuela se unió al movimiento neoliberal de América Latina relativamente tarde, lo que algunos autores atribuyen al poder de su economía petrolera dominante. De cualquier modo, independientemente del petróleo, Venezuela siguió un patrón de endeudamiento externo creciente de los finales de los 70s a los mediados de los 80s. El fracaso de las políticas dirigidas a la promoción igualitaria de la distribución de las ganancias petroleras, el incremento de la deuda nacional y el declive de los ingresos petroleros durante los 80s contribuyeron a una crisis socioeconómica que, a finales de 1989, había conducido al 54% de la población a la extrema pobreza. Ese año, el candidato social-demócrata Carlos Andrés Pérez fue elegido presidente por segunda vez, después de una campaña en la que prometió el regreso del boom económico vivido en los 60s, durante su primer periodo presidencial.<sup>3</sup>

---

<sup>2</sup> Ver análisis de la implementación del neoliberalismo en Venezuela (14)

<sup>3</sup> Se trató del segundo periodo de Pérez como presidente, el primero tuvo lugar a mediados de los

70s, durante el boom petrolero.

Siguiendo los dictados de la ideología neoliberal y usando como justificación la lucha contra la pobreza creciente, Pérez se embarcó en la ejecución de un plan en acuerdo con las recomendaciones prescritas para la región del Banco Mundial y del Fondo Monetario Internacional. El plan (apodado *El Paquete*) involucraba profundas reducciones de los gastos públicos en salud, la privatización de empresas públicas, una mayor oportunidad para la explotación petrolera extranjera, la liberalización del comercio y un plan de reducción de la pobreza. El entusiasmo inicial generado por la implementación de estas políticas se desvaneció rápidamente, la política enfrentó la oposición popular y Pérez fue posteriormente removido del poder en 1993, después de un juicio por corrupción. En cuanto a la atención en salud, este periodo vio la descentralización de la amplia red de los servicios públicos existentes: el control pasó del gobierno nacional a algunos gobiernos regionales, lo que acentuó la fragmentación de proveedores y financiadores públicos en los servicios sanitarios y aceleró su deterioro.

Después de un gobierno de transición (que duró aproximadamente un año), Rafael Caldera, un demócrata cristiano, ganó la elección de 1993, habiendo prometido discontinuar las políticas neoliberales, en la práctica, sin embargo, ocurrió lo opuesto. Se puso en marcha un plan conocido como *Agenda Venezuela*, que seguía la receta neoliberal. El gobierno venezolano obtuvo dos préstamos importantes para las reformas en salud: uno del Banco Mundial y otro el Banco Interamericano de Desarrollo, ambos para facilitar la reestructuración del financiamiento del sector salud, otorgando un rol mayor al financiamiento privado.

La descentralización de los servicios de salud de alta demanda, en combinación con la austeridad fiscal del principio de los 90s, dejó la responsabilidad de la administración de unos establecimientos de salud, pobremente equipados, a los gobiernos regionales, quienes favorecieron la privatización de muchos de los servicios a través de una variedad de mecanismos, principalmente el

---

70s, durante el boom petrolero.

del “costos de recuperación”, es decir, que los usuarios pagaran por los servicios prestados.

En 1997, el 73% de los gastos en salud en Venezuela fueron privados. Además, a finales del periodo presidencial se presentó el claro deterioro de los servicios públicos en salud como un argumento irrefutable para el inicio de la reforma radical del sistema. El plan copió los modelos chileno y colombiano, que separan el financiamiento y la entrega de servicios y abordan la atención individual de la salud, la atención se basa en la población y la prevención de modo separado. Esto estimuló la inversión privada en la atención en salud por medio de la promoción de la competencia capitalista entre diversos proveedores de servicios lucrativos. La propuesta fue transformada en legislación, lo que además incluyó la reforma de pensiones que imitó al “milagro” chileno en la administración de estos fondos.

Dentro de este contexto de políticas sociales neoliberales, en donde dos tercios de la población se encontraban viviendo en la pobreza o en la pobreza extrema (y una dramática baja de los precios del petróleo) es que Hugo Chávez es electo presidente en diciembre de 1998. Esta victoria es interpretada por algunos autores como la consecuencia política de dos décadas de una movilización popular creciente en contra de regímenes corruptos y de la agenda política neoliberal. El gobierno recién electo empezó a revolucionar las políticas de modo consistente con las reformas propuestas durante los discursos anti-neoliberales realizados durante su campaña electoral.

### **Primeras etapas de Barrio Adentro**

Chávez emprendió cambios profundos en las políticas públicas. En el caso de la atención en salud consistieron en los pasos preparatorios para la creación de un nuevo sistema. El primer punto en la agenda fue la suspensión de las llamadas “Leyes de Caldera”, que habían regulado la conversión del sistema de salud pública existente a uno con una administración y entrega de servicios médicos privados. Esta acción interrumpió el proceso de privatización dentro del Instituto

Venezolano de Seguridad Social (encargado de la administración de la atención sanitaria del país y de las pensiones de los trabajadores de la economía formal). Se trata del sistema más extenso de salud pública después del sistema nacional, que es administrado por el antiguo *Ministerio de Sanidad y Asistencia Social* en coordinación con los gobiernos regionales. A continuación, el nuevo gobierno implementó una variedad de estrategias para eliminar las barreras a la atención en salud, que implicaban: A) un decreto suspendiendo los cobros a pacientes por los servicios de emergencia en las instituciones públicas; B) la implementación de un nuevo modelo integral de atención. Lo que cambió la organización de la atención primaria previa por grupos de edad, procedimientos y especialidades médicas (favorable para los proveedores de salud) a un nuevo orden orientado alrededor de las necesidades de los pacientes y C) un plan especial que implicaba el equipamiento y la mejoría de la infraestructura de los centros de atención. El tercer punto en la agenda gubernamental fue la adopción del enfoque preventivo de la salud, transfiriendo el énfasis del aspecto curativo de la práctica médica a la prevención de las enfermedades y la promoción de la salud. La primera etapa correspondió al periodo entre 1998–2000 e incluyó las definiciones políticas importantes con respecto a la salud establecidas en la Constitución Bolivariana.

El proceso constitucional ha sido el aspecto más importante en términos de la definición de la política de salud, que ha culminado con el establecimiento de varios principios constitucionales que regulan a las políticas. La nueva constitución fue aprobada en diciembre de 1999 a través de un proceso electoral nacional. El cambio más sustantivo con respecto a la constitución previa (1961) es el reconocimiento de la salud como un derecho fundamental y la responsabilidad del estado de garantizarlo.

Tres artículos de la constitución contienen las definiciones principales para el sector salud del país: el artículo 83 define la característica de la salud como un derecho constitucional ligado al derecho a la vida; el artículo 84 estipula la creación y la administración de un sistema de salud integrado, universal y público que provea servicios gratuitos y priorice la prevención de la

enfermedad y la promoción de la salud como un deber del Estado. Además, la nueva constitución prohíbe explícitamente la privatización de los servicios públicos. Finalmente, el carácter público del financiamiento se establece en el artículo 85, en el que se especifican los recursos fiscales del gobierno y las primas de seguridad social de los trabajadores.

El Ministerio de Salud publicó subsecuentemente el *Plan Social Estratégico*, en el que se detalla el marco conceptual para la implementación práctica de los preceptos constitucionales. El plan enfatiza la equidad, la universalidad y la territorialidad social y enfrenta aspectos de género, etnicidad, clase social y participación comunitaria. Diversos proyectos de legislación en salud han tratado de delinear los principios y la organización del sistema siguiendo estos conceptos. Sin embargo, a finales del 2006 todavía no existía una legislación en salud que satisficiera los preceptos expuestos en la Constitución de 1999.

Estos preceptos constitucionales reflejan las demandas políticas populares que buscan definir y actualizar a la salud como un derecho. Los pasos emprendidos entre 1998 y el 2002 lograron controlar el progreso de las políticas neoliberales y eliminar las barreras de acceso, pero aún estaban lejos de poder satisfacer la demanda popular de unos servicios de salud mejorados. En este sentido, había una necesidad de continuar con la búsqueda de otras alternativas. Se facilitaron las respuestas en dos maneras: 1) Necesidades similares para lograr la alfabetización universal habían hecho surgir el desarrollo de una estrategia organizativa *sui generis* (posteriormente conocida como “misión”). Una “misión” estaba enfocada a la concentración de esfuerzos de diversos sectores y organizaciones públicas para satisfacer rápidamente necesidades sociales urgentes, aumentar la participación comunitaria, sortear obstáculos burocráticos y emplear las instalaciones organizativas y logísticas de la Fuerza Armada en el desarrollo de acciones sociales civiles<sup>4</sup>. 2) Las inundaciones y derrumbes catastróficos en el estado de Vargas, ocurridos en diciembre del 1999, requirieron respuesta

inmediata para satisfacer las demandas sanitarias de la población afectada y demostraron la eficacia del apoyo del gobierno cubano, quien proveyó personal médico y paramédico.

La necesidad de la población de un mejor acceso a los servicios en salud se hizo extremadamente evidente en Caracas durante el 2002, a través de las demandas realizadas por grupos comunitarios organizados. Estas demandas fueron corroboradas por estudios sociales conducidos por el ayuntamiento de la municipalidad de Libertador, con el fin de satisfacer estas necesidades. El ayuntamiento diseñó un plan para proveer atención en salud básica a través de “*Casas por la Salud y la Vida*” en ciertas áreas metropolitanas en las que no existiera ningún tipo de servicios públicos (barrios marginales). En enero del 2003, el gobierno de la municipalidad invitó a los doctores locales a participar en el nuevo programa, la respuesta fue, sin embargo, mínima. Las justificaciones dadas incluyeron preocupaciones con respecto a la seguridad personal y la falta de una infraestructura adecuada para la práctica médica. Es por eso que, basándose en el apoyo humanitario brindado por Cuba durante la tragedia de Vargas, el alcalde de Caracas, Freddy Bernal (con el apoyo del Presidente Chávez) acordó un proyecto piloto con el gobierno cubano.

En abril del 2003, 58 médicos cubanos especializados en medicina general integral (una forma de medicina familiar) se establecieron en varios barrios periféricos de Caracas con el fin de otorgar atención primaria en salud. El equipo de salud vive en el mismo barrio en el que trabaja. Además, la comunidad elige a un asistente (llamado “*Defensor de la Salud*”) que es entrenado por el Ministerio de Salud para brindar apoyo básico a los doctores. Esta modalidad de provisión de atención sanitaria fue inicialmente apoyada por la extensiva participación de grupos comunitarios organizados (principalmente los Comités de Tierra)<sup>5</sup> quienes, junto con el equipo del ayuntamiento de Libertador y la Misión

<sup>4</sup> Una reseña detallada de este evento puede ser encontrada en (27).

<sup>5</sup> Los Comités de Tierra son organizaciones dedicadas a la legalización de la propiedad de tierras entre los habitantes de la ciudad.

Médica Cubana, procedieron a elaborar planes de trabajo preliminares para los doctores y realizaron un sondeo de las condiciones de vida de la comunidad. En un inicio los médicos fueron hospedados en viviendas provistas de manera voluntaria por miembros de la comunidad, la presencia de los médicos en la comunidad, su disponibilidad para atender a pacientes de atención primaria a cualquier hora del día y la noche y la coordinación cercana con organizaciones de la comunidad fueron elementos clave para el alto nivel de aceptación que tuvo el programa.

En septiembre del 2003, una vez que el programa piloto fue evaluado y considerado un éxito, el Presidente Chávez bautizó al programa con el nombre de *Misión Barrio Adentro* y lo convirtió en un plan nacional. Se define entonces como una iniciativa dirigida a la satisfacción de los requisitos de salud como un derecho social a través de un sistema de salud público. Además, está sostenido por los principios de equidad, universalidad, accesibilidad, solidaridad, administración multisectorial, sensibilidad cultural, participación social y justicia. La participación de la comunidad es valorada como fundamental para la creación y el desarrollo de la iniciativa.

Con el fin de facilitar el desarrollo de programa, en diciembre del 2003, (oficialmente inaugurado en enero del 2004) se estableció el comité presidencial multisectorial "*Misión Barrio Adentro*". Este comité (administrado por la asociación civil "*Oro Negro*") era responsable de la implementación y la coordinación del Programa de Atención Primaria en Salud, junto con la participación de los Ministerios de Salud, Trabajo, Energía, Defensa, el presidente de PDVSA<sup>6</sup>, el del *Frente Francisco de Miranda* (una organización de defensores de derechos sociales) y los alcaldes de dos municipalidades de Caracas: Sucre y Libertador.

<sup>6</sup> PDVSA: *Petróleos de Venezuela S.A.* es la compañía de petróleo del Estado de la República Bolivariana de Venezuela. Es responsable de la exploración, la producción, el refinamiento, la transportación y el comercio e intercambio en hidrocarburos.

La expansión de Barrio Adentro a nivel nacional se llevó a cabo en el 2004. Las primeras fases incrementaron la cobertura geográfica dentro de Caracas y, finalmente, al resto del país. Durante esta fase inicial los esfuerzos estuvieron concentrados en la creación de centros médicos, el otorgamiento de vivienda para los médicos, la conducción de censos de las comunidades correspondientes a cada centro, la caracterización de las condiciones de vida en cada comunidad y la reorganización de la participación comunitaria a través de la formación de comités sanitarios. La cantidad de doctores cooperantes, centros médicos y comités sanitarios aumentó de 13 centros médicos comunitarios a finales del 2003, a 2,708 a mediados del 2007. El número de doctores cooperantes se elevó rápidamente, en el grupo inicial habían 54, en 1998, 1,628 y 19,571 a mediados del 2007. A su vez, el número de comités creció de 2,124 en el 2003 a 8,951 en el 2006. Esta implementación inicial y esta fase exploratoria permitió el desarrollo progresivo de un modelo de atención particular, influenciado fuertemente por afectos positivos del sistema de salud cubano (ver figuras 1 y 2).

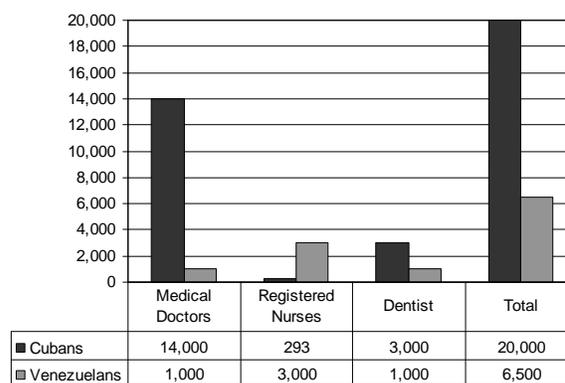


Figura 1. Número de cubanos y venezolanos empleados como personal médico, 2 de mayo, 2005

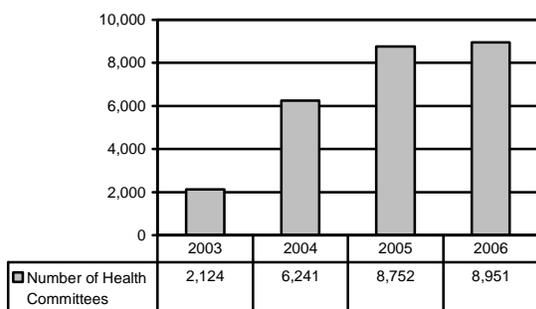


Figura 2. Número de Comités de Salud, abril 2003 – mayo 2006

En el nivel primario, el modelo de atención en salud de Barrio Adentro tiene las siguientes características:

- A) Utiliza un modelo de atención integral.
- B) En general, el horario es uniforme. Las consultas médicas y la atención curativa se llevan a cabo en las mañanas, en cambio, las tardes son dedicadas a las visitas domiciliarias y de otras locaciones;
- C) Existen zonas de captación definidas. Cada centro médico del barrio proporciona cobertura a entre 250 y 400 familias, de las que registran los historiales médicos de cada una, así como de cada uno de sus miembros.
- D) En cada una de las actividades llevadas a cabo se asume un paradigma de promoción de la salud, incluyendo las visitas a las escuelas y a los lugares de trabajo.
- E) Barrio Adentro es un programa participativo. El diseño y la realización de todas las actividades son controlados por decisiones tomadas por la comunidad. Los residentes de la comunidad participan en la administración y en la entrega de la atención primaria en salud
- F) Cada uno de los centros médicos tiene una función educativa, facilitando el entrenamiento de los promotores de salud comunitarios y técnicos en salud (estudiantes universitarios y de posgrado). Ligado de manera cercana a los aspectos educativos está la investigación sobre los problemas en salud de la población.
- G) La naturaleza intersectorial de este modelo de atención enfatiza un enfoque holístico de las condiciones de vida a través de la coordinación de acciones en salud con otras intervenciones sociales.

## Resistencia política

La implementación de Barrio Adentro produjo reacciones negativas específicas de parte de la oposición política. Éstas consistieron en tres objeciones principales: la primera, la prensa privada se opuso repetidamente a la presencia de ciudadanos cubanos en el país, presentándolo como un ataque a la soberanía nacional; la segunda: la asociación médica tradicional *Federación Médica Venezolano (FMV)* (controlada por opositores del gobierno) argumentó que los profesionales cubanos, la ciencia médica y los productos farmacéuticos eran de baja calidad. Posteriormente, presentaron una demanda con el fin de que se declarara ilegal que los médicos cubanos ejercieran en Venezuela. Sin embargo, irónicamente, esto generó una respuesta popular en defensa de *Barrio Adentro* y debilitó a la oposición hecha por el FMV en contra de la presencia de médicos cubanos. Finalmente, a muchos pacientes derivados por *Barrio Adentro* se les negó el ingreso a los hospitales públicos establecidos. Esto se resolvió en Caracas concentrando las derivaciones en dos hospitales: el *Hospital Militar* y el *Hospital Universitario de Caracas*, en donde existía una gran simpatía por el programa.

## Segunda fase de Barrio Adentro

El éxito logrado por medio de la extensión de la cobertura de atención primaria, las demandas no satisfechas en el segundo nivel de atención y la necesidad de garantizar la sustentabilidad del sistema condujeron al desarrollo adicional de un grupo de intervenciones que fueron puestas en marcha después del 2004. Nosotros las clasificamos aquí como una segunda etapa de *Barrio Adentro*. Se identificaron seis objetivos principales: 1) la consolidación del nivel primario de atención, 2) la inauguración de un segundo nivel de atención, 3) programas de atención especializada y en hospitales, 4) planes para una rápida formación a gran escala de trabajadores en salud venezolanos, 5) reforzamiento de las políticas de salud colectiva y 6) adaptación institucional.

	<b>Sistema Convencional</b>	<b>Sistema Barrio Adentro</b>
Médicos en atención primaria	1,500	13,000
Cobertura	3,5 millones	17 millones
Centros de Atención Primaria en Salud	4,400 (1,500 con médicos)	1,050 (terminados)
Dentistas en atención primaria	800	4,600
Enfermeras o ayudantes en atención primaria	4,400	8,500
Ocualistas	0	441
Actividades de promoción y prevención	Variables (de acuerdo al centro)	En el centro de salud y en la comunidad
Reparto de medicamentos	Variable (de acuerdo al centro)	103 medicamentos para las enfermedades más comunes, Boticas Populares

Tabla 1. Logros más importantes de Barrio Adentro I, 2005

### 1) La consolidación del nivel primario de atención

Para posibilitar la consolidación del nivel primario de atención (conocido como *Barrio Adentro I*) se inició un plan para proveer a todos los centros médicos primarios de la infraestructura, el mobiliario y el equipo adecuados. El plan proyecta el establecimiento de aproximadamente 6,000 centros (en algunos casos construyendo nuevos edificios, en otros remodelando edificios existentes). Debido a la magnitud de la tarea, se otorgó la responsabilidad de la construcción a 40 organizaciones diferentes, tanto locales como nacionales (de municipios o ayuntamientos regionales y locales). A finales del 2005 se habían completado 1050 centros de atención primaria en salud.

### 2) La inauguración del segundo nivel de atención

La atención sanitaria otorgada a través de *Barrio Adentro I* garantiza la promoción de la salud y la atención curativa en la mayoría de los casos, sin embargo, muchos pacientes requieren exámenes diagnósticos paraclínicos o procedimientos más complejos. En respuesta a estas necesidades se planeó un segundo nivel de atención a través de un programa llamado *Barrio Adentro II*. La inauguración de 600 establecimientos de atención secundaria llamados “*Centros de Diagnostico Integral*” (CDI) fue planeada para el país entero. A finales del 2006 habían empezado a operar 300 CDIs.

Cada uno de estos centros proporciona servicios que incluyen un servicio de emergencias de 24 horas, pruebas de laboratorio paraclínicas, ultrasonido, endoscopia, rayos X, electrocardiografía y oftalmología. Además, cada centro tiene un promedio de tres camas de cuidado intensivo y uno de cada cuatro CDIs tiene un área quirúrgica para operaciones de emergencia.

Los CDIs complementaron una iniciativa anterior de atención de segundo nivel, es decir, el programa de “Clínicas Populares”. Éstas se trataban de pequeños hospitales con capacidad para intervenciones quirúrgicas selectivas, atención maternal y pediátrica y una serie de especialidades médicas que no están presentes en los CDI (obstetricia, medicina interna, traumatología, oftalmología, cirugía general). Entre el 2004 y mayo del 2007, se inauguraron 44 de estos centros, empleando personal venezolano.

*Barrio Adentro II* incluye otros servicios que mejoran la capacidad del sistema para resolver problemas de salud. Entre estos se encuentran los *Centros de Alta Tecnología* (CAT) (ver la Tabla 3). A nivel nacional, había planes para 35 de estos centros. El primero empezó a operar en marzo del 2006 y en mayo del 2007 fueron completados 12. El CAT proporciona exclusivamente servicios de apoyo para el diagnóstico. En él se realizan resonancias magnéticas nucleares, tomografías axiales computarizadas, ultrasonidos en tercera

dimensión, mamografías, densitometrías de hueso, endoscopía en videos y otros exámenes clínicos de laboratorio más complejos.

Por último, *Barrio Adentro II* incluye un tercer tipo de establecimiento, las *Salas de Rehabilitación Integral*; (SRIs) (ver Tabla 4) que operan en coordinación con los CDIs. Se planea la apertura de 600 en todo el país. Las SRIs tienen la intención de cubrir una deficiencia hecha evidente por medio de *Barrio Adentro I*: la atención a los discapacitados. Las salas proveen electroterapia, ultrasonido, terapia de láser, hidroterapia, fisioterapia para adultos y niños, terapia ocupacional y terapia de lenguaje. La primera sala se inauguró en el 2006 y a mediados del 2007 estaban operando 432. En el 2004 había tan sólo 63 servicios de este tipo en el sector público en todo el país. En todas se encuentran empleados tanto cubanos como venezolanos.

La participación comunitaria ha sido un elemento importante dentro del proceso de construcción, equipamiento y apertura de los varios tipos de establecimiento para Barrio Adentro II. Cada par CDI/SRI tiene una zona de captación de entre cinco y veinte clínicas de atención primaria, cada uno cuenta con un Comité de Salud. Con el objetivo de facilitar la participación comunitaria, durante el 2006 se reunieron de manera simultánea siete asambleas de Comités de Salud correspondientes a cada centro. Este evento estuvo organizado a través de la prensa y la televisión nacional. Los miembros del Comité de Salud se encontraron con los contratistas constructores y de instalación de equipos, los representantes del Ministerio de Salud y la Misión Médica Cubana. Estas asambleas estuvieron involucradas en la definición de la operación del nuevo nivel de la red y en el permitir a los miembros de la comunidad la resolución de varios problemas relacionados con su implementación.

### **3) Programa de Atención Hospitalaria y Especializada**

Barrio Adentro III incluyó la integración de los 300 hospitales públicos existentes en el país. Empezó en el 2006 y fue reformulada en el 2007. El enfoque de esta fase del proyecto está en el mejoramiento de la infraestructura, el equipamiento y la capacitación del personal, le han sido asignados 1.3 millones de bolívares.

Esta tercera fase también incluye como componente especial la instalación de una red que ofrezca radio y quimioterapia. El plan nacional proyecta la apertura de 18 de estos centros especializados en todo el país (cobertura objetivo: 85% de la población). Nueve de éstos se encontraban en funcionamiento completamente a finales del 2006. La inauguración del resto estaba programada para el transcurso del 2007. Este componente es particularmente importante debido a que el cáncer es la segunda causa de muerte, tanto en hombres como en mujeres.

Barrio Adentro IV comprende la construcción de una docena de hospitales generales nuevos, cada uno con un área específica de hiperespecialización. Los dos objetivos principales de estas instalaciones son el lograr una especialización alta en áreas de importancia estratégica para el país y, simultáneamente, ampliar la cobertura general de los hospitales (particularmente en áreas con proporciones bajas de camas por habitantes). Este programa fue formalizado en diciembre del 2006 con la creación de una institución responsable de su administración.

El Hospital Cardiológico Infantil Latinoamericano (HCIL) (también conocido como “Hospital Dr. Gilberto Rodríguez Ochoa”), inaugurado en agosto del 2006 e iniciado como un proyecto independiente, ha servido como modelo para los otros hospitales. Aunque, a diferencia de los otros hospitales en desarrollo, el HCIL no tiene un área de hospitalización general y, a cambio, está altamente especializado en la atención de cardiopatías congénitas.

		Número 20/08/06-31/12/06	Número 1/01/07-23/07/07	Total
Intervenciones	<b>Cirugías</b>	234	328	562
	<b>Hemodinámicas</b>	129	257	386
	<b>Total</b>	363	585	948
Indicador	<b>Diagnóstico por imágenes</b>	2,354	4,974	7,328
	<b>Ecocardiogramas</b>	1,065	1,774	2,839
	<b>Pruebas de laboratorio</b>	28,839	50,003	78,842
	<b>Donaciones al Banco de Sangre</b>	566	680	1,246
	<b>Fallecimientos</b>	15 (4%)	39 (7%)	54 (6%)

Tabla 2. Actividades de atención en salud en el Hospital Cardiológico Infantil Latinoamericano “Dr. Gilberto Rodríguez Ochoa”

De manera paralela al desarrollo de Barrio Adentro II, se establecieron dos programas en áreas de alto impacto sobre la atención sanitaria. El primero es conocido como “Misión Milagro” y trata cataratas y otras patologías comunes relacionadas con la vista. Este programa, constituido formalmente en el 2006, surgió del desarrollo de programas extensos de educación de adultos (Misión Robinsón) por medio de los que se identificó a mucha gente con problemas de vista que creaban una barrera para el aprendizaje. La segunda, la “Misión Sonrisa”, es también un orgullo de la estrategia de “Misiones”. Los servicios de atención primaria dentales accesibles a través de Barrio Adentro realizaron extracciones necesarias que muchas veces ocasionaba una parcial pérdida parcial o total de piezas dentales y la necesidad de prótesis. Por eso, la misión tiene como objetivo la atención de estos pacientes y proyecta la instalación de 140 laboratorios a lo largo de todo el país.

### **Deliberaciones sobre el impacto de Barrio Adentro**

El establecimiento riguroso del impacto de un sistema de salud sobre la calidad de vida es un reto difícil. En el presente caso, la complejidad es todavía mayor debido a que se trata de un sistema que aún se encuentra en construcción y está, por lo tanto, sujeto a modificaciones frecuentes. Además, Barrio Adentro surge dentro de un contexto de interacciones con otras políticas e iniciativas públicas que están teniendo un impacto considerable sobre las condiciones de vida de la población. No obstante, en esta sección

presentaremos datos preliminares concernientes al impacto de Barrio Adentro.

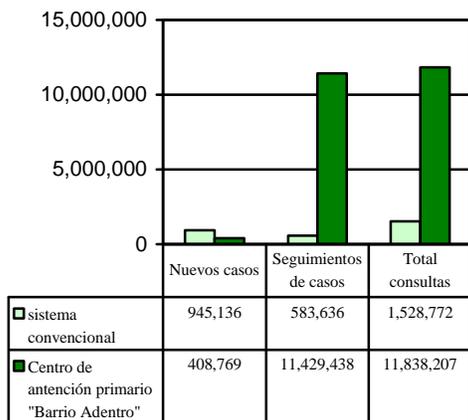
Se presentan datos empíricos sobre cuatro perspectivas del impacto del programa. Primero: entrevistas a pacientes reflejan un grado de satisfacción significativo con los servicios recibidos en cuatro áreas particulares: 1) Calidad del servicio, descrito como “cálido” y “humano”; 2) La accesibilidad: los centros están ubicados geográficamente cerca de los usuarios, la atención es gratuita y el horario de acceso, amplio; 3) La provisión de medicamentos libres de costos y 4) Los tiempos de espera para recibir atención fueron reducidos significativamente, comparados con los de los hospitales. Otro indicador de la satisfacción de los pacientes es reflejado en las encuestas, que ilustran el grado de aceptación de la Misión Barrio Adentro con valores de satisfacción mayores al 60%. Otro indicador –indirecto– es el activismo político iniciado por los Comités de Salud en defensa del programa cuando la oposición de derecha lo ha atacado.

El aumento en el acceso a los servicios de salud es una indicación clara del mejoramiento en la calidad de vida a través de Barrio Adentro. Con la terminación de 1050 centros de atención primaria en salud en el 2005 y la ubicación de nuevos centros médicos, se redujeron las barreras geográficas al acceso a los servicios en salud. Además, estos centros fueron distribuidos de manera equitativa entre las regiones y fueron preferentemente situados en áreas con una densidad menor de servicios, particularmente en áreas urbanas periféricas. En lo que respecta a las

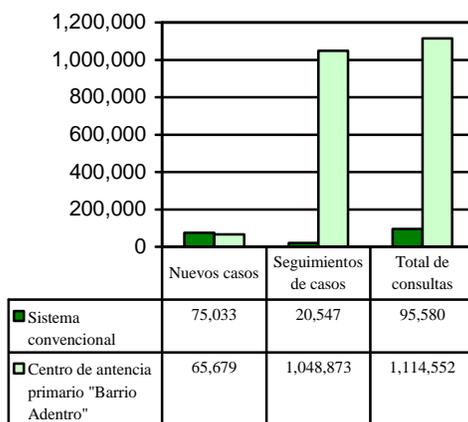
consultas médicas, en el 2004 y el 2005 se llevaron a cabo tres veces más consultas en la red de Barrio Adentro (150 millones) que en la red tradicional (58 millones).

Por último, los indicadores epidemiológicos de los años 2004 y 2005 sugieren otros de los impactos posibles de Barrio Adentro, hubo un incremento en el diagnóstico y el seguimiento de pacientes con enfermedades crónicas (como hipertensión y diabetes). En estos casos se espera una incidencia más baja de complicaciones (ver las figuras 3 y 4). En lo que respecta a ciertas enfermedades infecciosas, el número de casos ha incrementado (lo que sugiere una mayor detección) y el número de muertes ha disminuido (lo que, a su vez, indica

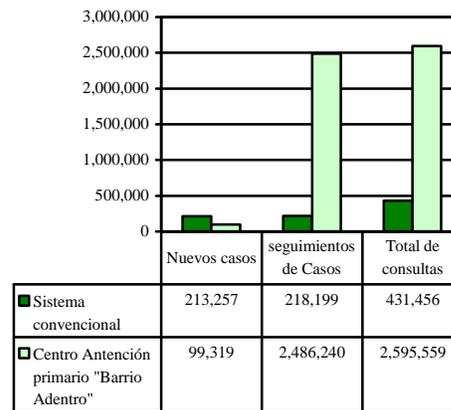
un mejor seguimiento y más oportunidades para el tratamiento). Por ejemplo, entre el 2003 y el 2005, los casos de diarrea en niños de 1 año de edad incrementaron de 241,360 a 435,396 (80.4%), mientras que el número de muertes disminuyó de 1148 a 574 (50%). Se han registrado tendencias similares en la morbilidad y mortalidad en niños de entre 1 y 4 años de edad. Se observan patrones iguales en la neumonía entre los niños menores de 1 año y entre 1 y 4 años de edad. Estos datos sugieren que el aumento en la accesibilidad ha significado la satisfacción de una necesidad que hasta ahora no había sido cubierta, con la consecuente evitación de muertes.



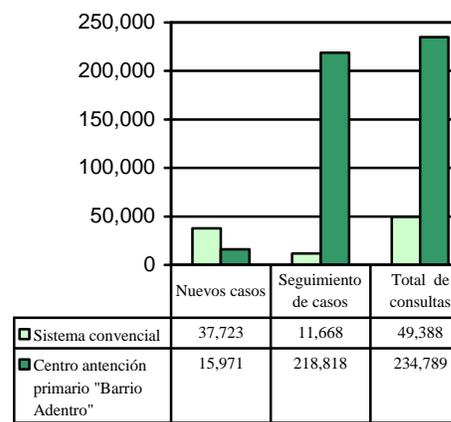
Hipertensión Arterial



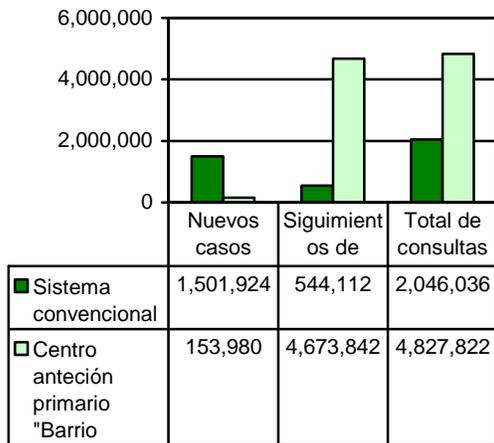
Cardiopatía isquémica



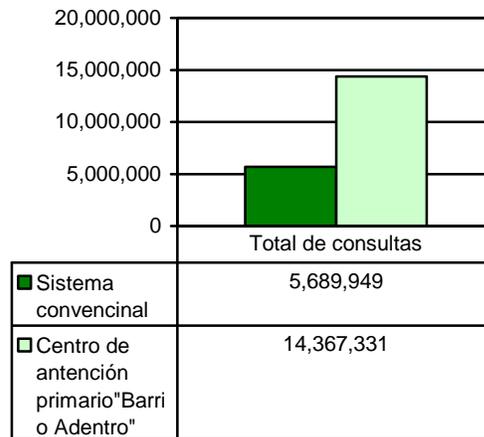
a. Diabetes



c. Enfermedades cerebrovasculares



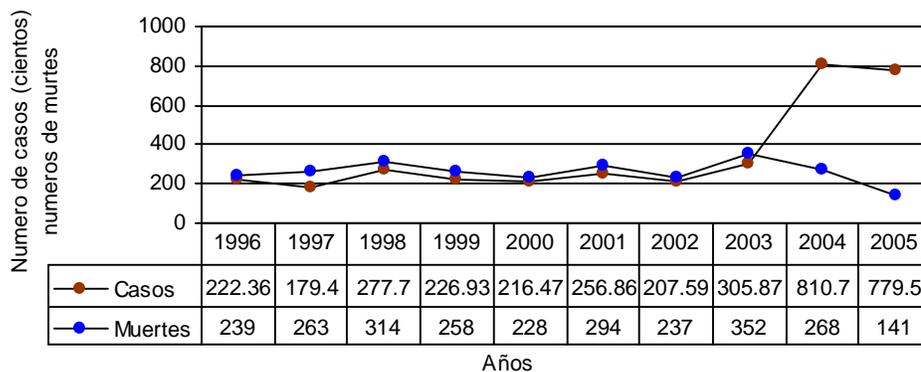
Asma bronquial



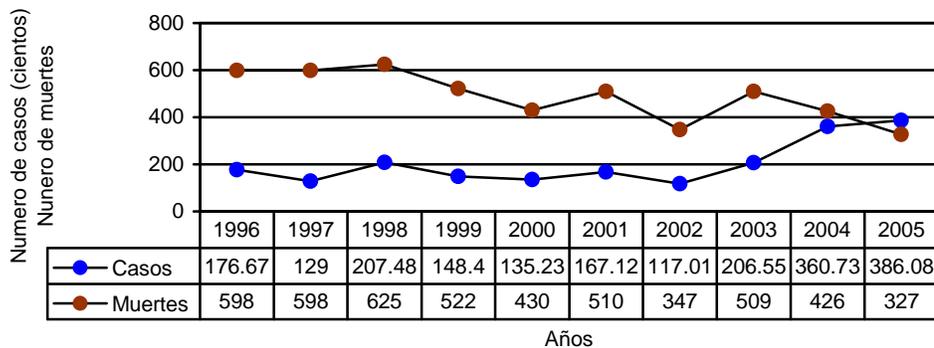
e. Odontología

f.

Figura 3. Detección de nuevos casos y consultas de seguimiento en el sistema convencional y en los Centros de Atención Primaria Barrio Adentro, 2004-2005

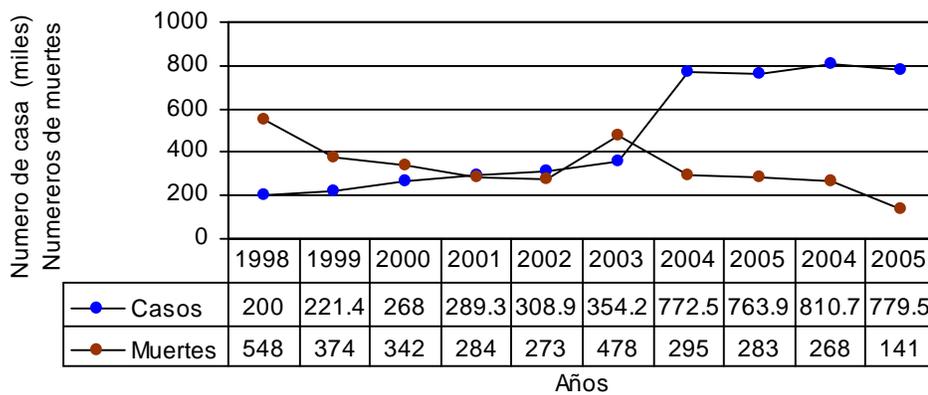


a. Neumonía: niños de 1-4 años de edad

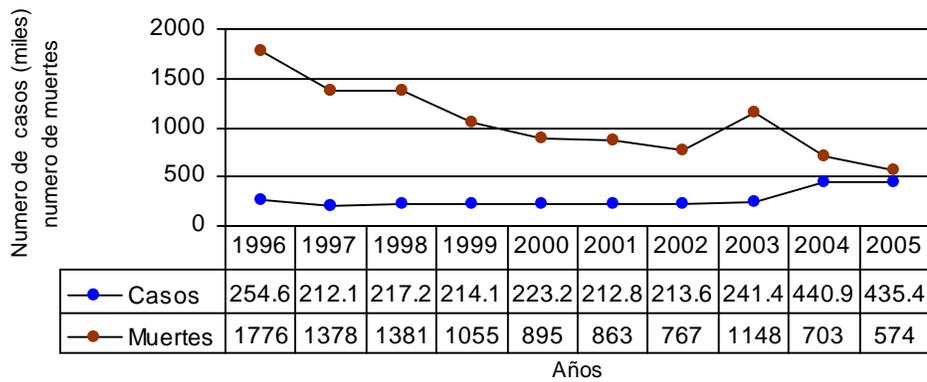


b. Neumonía: niños de 1 año de edad

Figure 4. Casos y muertes por diversas enfermedades pediátricas.



c. Diarrea: niños de 1- 4 años de edad



d. Diarrea: niños de 1 año de edad

Figure 4. Casos y muertes por diversas enfermedades pediátricas.

## Discusión y conclusión

La experiencia venezolana (la construcción de un sistema de salud nuevo, financiado públicamente, que busca lograr una cobertura universal rápidamente y que está basado en la estrategia de la atención primaria en salud) demuestra la validez de la incorporación de la salud como derecho universal y confirma la relevancia de los principios contenidos en las declaraciones de Alma Ata y Ottawa. La implementación de Barrio Adentro es una prueba rigurosa de la viabilidad del establecimiento de un sistema público de salud cuando está presente la voluntad política necesaria, existe una organización comunitaria y, naturalmente, en un contexto donde las relaciones de poder y la ideología reinantes favorecen las políticas públicas de este tipo.

El desarrollo de Barrio Adentro está ocurriendo en un contexto político claramente opuesto a las políticas neoliberales, que reconoce a la salud, a la educación y al trabajo como derechos fundamentales y busca la rápida mejora de las condiciones de vida de la población por medio de la promoción de mayor equidad en la distribución de la riqueza. A nivel internacional, este contexto está caracterizado por el pronunciamiento gubernamental a favor de la integración de América Latina, de la promoción de un sistema multipolar, la oposición en contra de tratados de libre comercio que prioricen únicamente aspectos comerciales (ALCA<sup>7</sup>) y el apoyo a propuestas de alianzas basadas en la solidaridad y en la complementariedad, como la “Alternativa Bolivariana de América”- ALBA.

Las experiencias de Barrio Adentro son de utilidad en el desarrollo de la atención primaria en salud, no nada más en países en vías de desarrollo sino también en los países de la periferia o la semiperiferia<sup>8</sup>. Barrio Adentro constituye un experiencia valiosa para países

con procesos políticos que enfatizan los derechos sociales y estén buscando satisfacer las demandas de salud de la población (como es el caso en Bolivia, Ecuador y Nicaragua). Por otro lado, el rápido y exitoso aumento en la cobertura de atención primaria en salud puede ser de interés para algunos países que actualmente cuentan con sistemas universales y en donde algunos actores políticos discuten la necesidad de abandonar los sistemas públicos con el fin de abrir las puertas a una mayor participación privada (como en Canadá). También puede servir a aquéllos que buscan pruebas para apoyar la necesidad de abandonar esquemas privados a favor de alternativas públicas que ofrezcan mayor cobertura y equidad (como en Colombia y en Perú). El contexto político y social, los mecanismos que promueven la participación comunitaria en la administración de la atención sanitaria y el énfasis en las determinantes sociales en salud de Barrio Adentro pueden ser elementos importantes que ayuden a comunidades marginadas de otros países a aumentar el acceso a servicios en salud de calidad.

Otro aspecto en el análisis de Barrio Adentro es su contribución a un modelo diferente de cooperación internacional entre países de la periferia (“sur-sur”). La solidaridad en el intercambio entre Cuba y Venezuela constituye un aspecto crucial para la viabilidad de Barrio Adentro. Presenta un método de relaciones internacionales “sur-sur” en donde los aspectos de solidaridad y complementación predominan (en oposición a la imposición y las características de competitividad de las políticas sanitarias neoliberales condicionadas por su financiamiento a través de organizaciones multilaterales). Cuba y Venezuela han firmado varios acuerdos que han beneficiado a las poblaciones de ambos países y complementado las fortalezas de cada nación. Por ende, mientras que las contribuciones de Cuba han facilitado un ritmo de desarrollo en el sistema de salud venezolano sin precedentes, Cuba ha logrado (y continúa desarrollando) mayor estabilidad energética. Esta forma de cooperación corresponde a la propuesta del gobierno venezolano de la iniciativa ALBA, que ha llevado a intercambios similares con Argentina,

<sup>7</sup>ALCA : Área de Libre Comercio de las Américas

<sup>8</sup>Hemos usado la Teoría de los SISTEMAS-MUNDO porque refleja las relaciones de poder entre los países pobres y ricos y no asume la mirada lineal del “desarrollo”.

por medio de los cuales Venezuela provee recursos de energía a cambio de bienes y servicios relacionados con la salud. Otra manifestación de este cambio de paradigma en los intercambios es la iniciativa Misión Milagro, que ha permitido que miles de pacientes estadounidenses se realicen operaciones gratuitas de cataratas en Venezuela y en Cuba.

El proceso de construcción de un Sistema Nacional de Salud público (tal como está establecido en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela) está claramente en proceso. Barrio Adentro ha logrado progresos enormes en la cobertura de atención médica y en la universalización del derecho a la salud. La culminación de las fases III y IV extenderá la cobertura aún más, resolviendo las necesidades de atención en el tercer nivel y niveles más altos. Sin embargo, existe aún mucho trabajo a ser completado, una de las tareas pendientes más notables es la integración de los múltiples sistemas públicos de salud que existen en la actualidad. La incorporación de algunas instituciones de la red tradicional a Barrio Adentro y la implementación de un esquema ocupacional para doctores que estimule su dedicación de tiempo completo a un sólo establecimiento (39) son los primeros pasos en esta dirección. Sin embargo, los servicios que dependen del Ministerio de Salud continúan fragmentados entre gobiernos regionales, ayuntamientos locales, el Instituto Venezolano de Seguridad Social, el IPASME<sup>9</sup> y cientos de proveedores del servicio de salud público. La integración de estos sistemas no nada más es un precepto constitucional, sino que se trata de uno de los aspectos principales requeridos para garantizar la sustentabilidad de Barrio Adentro. La puesta en marcha de las políticas de salud preventiva y de promoción de la salud ha tenido un impacto positivo sobre la calidad de vida (ejemplificado a través del desarrollo de campañas agresivas en contra del tabaquismo, el reforzamiento de los programas de inmunización, la introducción de vacunas contra

---

<sup>9</sup> Instituto de Previsión y Asistencia Social para el Personal del Ministerio del Poder Popular para la Educación

rota virus y el énfasis en la educación en salud para combatir al dengue y a la malaria). No obstante, la considerable atención política y de los medios otorgados al desarrollo del sistema de atención primaria de la salud *individual* ha tenido como consecuencia el aplazamiento de una mayor integración de las políticas de salud colectiva y del manejo de problemas de salud pública serios (como la violencia o los accidentes de tráfico). De manera similar, ha fortalecido al modelo medicalizado de atención en salud a costa de una conceptualización más integral.

Por último, a pesar de la importancia y la innovación de la iniciativa en atención primaria Barrio Adentro, existe una cantidad limitada de literatura científica concerniente a este modelo y hay poca investigación en proceso. Hay muchos aspectos del proceso de implementación que necesitan ser explorados sistemáticamente (por ejemplo, la participación comunitaria y la proporción entre costo-beneficio) para poder observar aspectos de escala y de mejora de rendimiento en caso de querer aplicar las lecciones aprendidas a iniciativas similares en otras partes del mundo, en donde el acceso a los servicios de salud esté limitado.

## Referencias

1. Laurell AC. Structural adjustment and the globalization of social policy in Latin America. *International Sociology*. 2000;15(2):306-25.
2. 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. *International Journal of Health Services*. 2001;31(4):729-68.
3. Iriart C, Merhy EE, Waitzkin H. Managed care in Latin America: The new common sense in health policy reform. *Social Science and Medicine*. 2001;52:1243-53S.
4. Homedes N, Ugalde A. Why neoliberal health reforms have failed in Latin America. *Health Policy*. 2005;71:83-96.
5. Huber E. Options for social policy in Latin America: Neoliberal versus social democratic models. In: Esping-Andersen G, editor. *Welfare*

- States in Transition. London: SAGE; 1996. p. 141-91.
6. Mesa-Lago C, Cruz-Saco MA, Zamalloa L. Determinants of social insurance/security costs and coverage: An international comparison with a focus on Latin America. In: Abel C, Lewis C, editors. *Welfare, Poverty and Development in Latin America*. New York: MacMillan; 1993.
  7. Weeks J. The contemporary Latin American economies: Neoliberal reconstruction. In: Halebsky S, Harris RC, editors. *Power, and Inequality in Latin America*. Chicago: Westview Press; 1995. p. 109-35.
  8. Jaggard AM. Vulnerable women and neoliberal globalization: Debt burdens undermine women's health in the global south. In: Fiore RN, Lindemann Nelson H, editors. *Recognition, responsibility, and rights: feminist ethics and social theory*. Boulder: Rowman & Littlefield Publishers; 2003. p. 195-209.
  9. World Bank. *World Development Report: Investing in Health*. New York: Oxford University Press; 1993.
  10. Kinman E. Evaluating health service equity at a primary care clinic in Chilimarca, Bolivia. *Social Science and Medicine*. 1999;49:663-78.
  11. Manfredi C. Can the resurgence of malaria be partially attributed to structural adjustment programmes? *Parasitologia*. 1999;41:389-90.
  12. Garfield R. control in Nicaragua: Social and political influences on disease transmission and control activities. *Lancet*. 1999;354:414-8.
  13. Labonte R, Schrecker T. The G8 and global health: What now? What next? *Canadian Journal of Public Health*. 2006 Jan-Feb;135-8.
  14. Jasso-Aguilar R, Waitzkin H, Landwehr A. Multinational corporations and health care in the United States and Latin America: strategies, actions, and effects. *Journal of Health and Social Behavior*. 2004; (extra issue):135-57.
  15. Naim M. Paper tigers & Minotaurs: The politics of Venezuela's economic reforms. Washington D.C: Carnegie Endowment for International Peace; 1993.
  16. Buxton J. Venezuela. In: Buxton J, Phillips N, editors. *Case studies in Latin American political economy*. New York: Manchester University Press; 1999. p. 162-84.
  17. Lander E. The impact of neoliberal adjustment in Venezuela, 1989-1993. *Latin American Perspectives*. 1993;23(3):50-73.
  18. Tulchin JS, Bland G, editors. *Venezuela in the Wake of Radical Reform*. Boulder: Lynne Rienner Publishers; 1993.
  19. World Bank. *Staff Appraisal Report: Venezuela Health Services Reform Project*; 2005.
  20. Inter-American Development Bank. *Program to Strengthen and Modernize the Health Sector*; 2006.
  21. Díaz Polanco J. El papel del financiamiento en los procesos de reforma del sector salud: el caso de Venezuela. In: Díaz Polanco J, editor. *La reforma de salud de Venezuela: aspectos políticos e institucionales de la descentralización de la salud en Venezuela*. Caracas, Venezuela: Fundación Polar; 2001. p. 124-45.
  22. Feo O. *Repensando la Salud*. Maracay: EAES, 2001
  23. Rondón R. *La Descentralización de la Salud en Venezuela*. Caracas, Venezuela: Litho Color; 1996
  24. Montiel D. La política de salud neoliberal y su impacto en la población venezolana. *Acta Odontologica Venezolana*, 1999;37(3):199-204
  25. Lander E. Venezuelan social conflict in a global context. *Latin American Perspectives*. 2005;32(2):20-38.
  26. Ministerio de Salud y Desarrollo Social. *Plan Estratégico Social*. Caracas, Venezuela: MSDA; 2002
  27. Muntaner C, Salazar RM, Rueda S, Armada F. Challenging the neoliberal trend: the Venezuelan health care reform alternative. *Canadian Journal of Public Health*. 2006 2006;1101;97(6):I.
  28. Ministerio de Salud y Desarrollo Social (MSDS). *Barrio Adentro: expresión de atención primaria de salud: un proceso de construcción permanente*. Caracas, Venezuela: MSDS; 2005.
  29. Republica Bolivariana de Venezuela. *Decreto Presidencial No. 2745*; 2004 de 26 de Enero de 2004.
  30. Ministerio de Salud y Desarrollo Social (MSDS). *Barrio Adentro*; 2006.
  31. Alvarez Sintés R, Barcos Pina I. Experiencia en el diseño y la ejecución del programa de formación de promotores comunitarios de salud en el contexto de la misión Barrio Adentro. *Revista*

- Cubana de Medicina General Integral. 2004;20(5-6).
32. Osorio Illas L, Paisan Rizo WM. Caracterización del estado de las alteraciones de la movilidad en una comunidad rural venezolana. Revista Cubana de Medicina General Integral. 2005;21(5-6).
33. Osorio Illas L, Paisan Rizo WM. Caracterización de las alteraciones del fondo de ojo en pacientes hipertensos en una comunidad venezolana. Revista Cubana de Medicina General Integral. 2006;22(1).
34. Osorio Illas L, Paisan Rizo WM, Hitchman Barada DL. Factores de riesgo asociados a la retinopatía diabética en pacientes diabéticos tipo II. Revista Cubana de Medicina General Integral. 2006;22(1).
35. Lopez Pardo M, Quirantes Moreno Alberto J, Perez Mendez José A. Pesquisaje de alcoholismo en un área de salud. Revista Cubana de Medicina General Integral. 2006;22(2):0-.
36. Paisan Rizo WM, Bravo Martinez W, Osorio Illas L. Caracterización de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica en una parroquia venezolana. Rev Cubana Med Gen Integr. 2006 abr.-jun.;22(2).
37. Jardim C. Prevention and solidarity: democratizing health in Venezuela. Monthly Review. 2005;56(8):35-9.
38. Quirantes Moreno A, Lopez Pamirez M. Caracterización e impacto económico de la atención médica en un área de salud. Revista Cubana de Medicina General Integral. 2006;22(2).
39. Navarro V, Shi L. The political context of social inequalities and health. Social Science of Medicine. 2001;52(3):481-91.
40. Wallerstein I. The Modern World System: Capitalist Agriculture and the Origins of the European World Economy in the Sixteenth Century. New York: Academic Press; 1974.



**Medicina Social**

Salud Para Todos