

La salud revolucionaria: El caso Barrio Adentro

Morelva Leal Jerez

Leal Jerez, Morelva
morelvaleal@hotmail.com

Egresada de la Universidad del Zulia como Licenciada en Educación Mención Ciencias Sociales Área Historia y Magíster en Antropología mención Antropología Social y Cultural. Profesora Asociada a dedicación exclusiva de la Universidad del Zulia, miembro de la Unidad Académica de Antropología y docente de la maestría en Antropología de la misma universidad. Actualmente admitida como estudiante del Doctorado en Antropología de la Universidad de los Andes. Investigadora acreditada por el Programa de Promoción al Investigador Nivel I.

La salud revolucionaria: El caso Barrio Adentro

Resumen

Este artículo es una primera aproximación al análisis antropológico de la Misión Barrio Adentro, estrategia organizativa del sistema de salud vigente que desde 2003 pretende dar respuesta a las graves deficiencias que históricamente presenta la salud en Venezuela. En el marco del nuevo proyecto nacional plasmado en la constitución de 1999, se describen las principales características del nuevo sistema producto de la revisión documental, de la observación y entrevistas realizadas en consultorios ubicados en los Municipios Maracaibo y San Francisco, del estado Zulia. Se asume que la tríada salud-enfermedad-atención constituye un sistema social y culturalmente determinado y que los cambios así como las resistencias se generan y se expresan en la vida cotidiana de los colectivos sociales. Los primeros resultados destacan que el cambio más importante es la accesibilidad de la mayoría de la población en situación de pobreza a médicos, medicinas y saberes en el marco de la atención primaria de la salud así como la conformación de una red local de relaciones alrededor del consultorio.

Palabras clave: Salud, revolución, misiones, Barrio Adentro, Venezuela

Revolutionary Health: The Case of Barrio Adentro

Abstract

This article is a first approximation to an anthropological analysis of the Mission "Barrio Adentro", the organizational strategy that, since 2003, has tried to respond to the serious deficiencies of the national health system. Within the framework of the new national project expressed in the 1999 constitution, the author describes the principal characteristics of the new system, utilizing the evidence proportioned by field work in the Municipalities Maracaibo and San Francisco in the State of Zulia. It is assumed that the triad health - disease - attention constitutes a social and culturally conditioned system and that changes as well as resistances will find expression in day-to-day experience. The first results indicate that the most important change is the accessibility of the majority of the population in situation of poverty to doctors and medicine within the framework of primary health care, together with the conformation of a local network of relations based on the doctor's consulting room.

Key Words: Health, Revolution, Missions, Barrio Adentro, Venezuela.

Antropología y sistemas de salud

Los diferentes sistemas de salud han sido abordados por un área específica de la antropología, que se ha denominado antropología médica o antropología de la medicina, dependiendo de múltiples factores y enfoques. Hacemos referencia específica al enfoque que estudia estos sistemas como parte de una triada: salud-enfermedad-curación, cuya premisa fundamental es que esta tríada hace parte de un complejo social y culturalmente determinado. De allí que la primera puntualización es el carácter histórico-concreto de cada uno de los sistemas de salud-enfermedad-atención producidos por las distintas sociedades en distintas épocas. En sociedades plurales culturalmente hablando, la triada salud-enfermedad-atención asume tantas expresiones como culturas coexistan; sin embargo, algunos sistemas se asumen como hegemónicos. En el caso de la sociedad occidental encontramos que el sistema de salud hegemónico es el llamado modelo biomédico, definido por Menéndez y hoy utilizado en forma general por la mayoría de los estudiosos de este campo, como aquel guiado por los principios de la sociedad occidental cuyas características estructurales son:

... el énfasis en la eficacia pragmática, el biologicismo y asocialidad del modelo, su concepción evolucionista-positivista, el individualismo, la universalidad, ahistoricidad y reduccionismo, la falta estructural de prevención, la mercantilización y la descalificación del paciente como portador de saberes equivocados y una relación asimétrica médico-paciente, entre otras (...) Su hegemonía reside en que se convierte en institución social, estructura de poder y en aparato ideológico cultural y organizativo históricamente determinado. (Haro, 2000, 106-107)

La generalización del sistema biomédico y sus manifestaciones críticas globales han producido "una crisis a nivel mundial". "La cantidad de trabajadores de la salud es insuficiente y 1.300 millones de personas no tienen acceso a la atención médica básica" dice la directora de la Organización Mundial de la Salud en una entrevista publicada en la web en 2006, planteándose la necesidad de fijar políticas públicas de alcance mundial que permitan unificación de criterios y la superación de algunos de estos problemas estructurales. De hecho, en el marco de los derechos humanos contemporáneos la salud ha sido considerada como un valor, como derecho universal y los distintos gobiernos han asumido la salud como parte de sus funciones y obligaciones delegando en la institucionalización de médicos y medicinas la responsabilidad de mantener la población sana. De allí que las políticas de salud homogeneizan a la población alrededor de un derecho al tiempo que la instan a convertirse en actor al asignarle también la salud como deber, incorporando la participación social como parte del proceso en un contexto de fomento de la atención primaria de la salud.

Debe puntualizarse, sin embargo, que la concepción de un modelo hegemónico implica también la existencia de modelos subordinados o alternativos, denominados así por su relación con el sistema médico hegemónico. La realidad indica que en la mayoría de los casos coexisten –no siempre armónicamente– modelos diversos. Esta coexistencia es parte de la dinámica humana, especialmente en tiempos de interrelación global, pero es también resultado de la búsqueda de salidas de distinto tipo al fracaso del modelo biomédico. Se producen entonces modelos híbridos que hacen parte de la llamada medicina popular, expresión mayoritaria de saberes producto de la riqueza cultural de la dinámica humana en la búsqueda del bienestar y a veces sólo de la supervivencia.

Desde el punto de vista de la antropología, son múltiples las preguntas que pueden hacerse con respecto al sistema biomédico hegemónico y a los sistemas de curación que funcionan paralela o inherentemente a éste para el estudio de los factores culturales presentes en las representaciones y prácticas de los colectivos sociales respecto al proceso de salud/enfermedad/atención.

En el presente artículo se presentan las primeras aproximaciones a la descripción interpretativa de la estrategia de salud denominada Barrio Adentro, implementada en el marco de un nuevo proyecto de país que se inicia en 1999 luego de una crisis generalizada que provocó la asunción del poder de un nuevo grupo social con pretensiones de cambio estructural del sistema. A partir de herramientas etnográficas como la observación y de entrevistas, nos acercamos a una realidad concreta en los municipios Maracaibo y San Francisco del estado Zulia con la finalidad de describir representaciones y prácticas presentes en el proceso salud-enfermedad-atención de la Misión Barrio Adentro y aproximarnos a los cambios producidos así como a las principales resistencias que se han generado entendiendo que los cambios y resistencias se expresan en la vida cotidiana de los colectivos sociales.

Breve reseña del proceso de institucionalización de la salud en Venezuela

Un breve recorrido por el proceso de institucionalización de la salud en Venezuela nos lleva a considerar que es a partir de 1936 cuando comienza este proceso con el nacimiento del Ministerio de Salud y Asistencia Social en un contexto socio-económico marcado por la expansión de la industria petrolera y la necesidad de atender problemas de salud de alcance nacional. La Constitución de 1961 establecía la salud como un derecho fundamental y, en consecuencia, el Estado asumía su control a través de un sistema nacional de salud caracterizado por la centralización. En 1987 el Congreso Nacional aprueba la Ley del Sistema Nacional de Salud, según la cual se establecía un período de diez años para la integración de las principales instituciones de salud del país entre otras reformas, pero debido al contexto político convulsionado su implementación fue muy limitada. Desde finales de 1989 Venezuela inició un proceso de descentralización de servicios de salud que ha conducido a la configuración de un sistema con la participación de distintos niveles de gobierno. (cfr. González, M. 2001, 25-27).

La descentralización –entendida como la transmisión de competencias a las autoridades de niveles regionales y locales para la responsabilidad del financiamiento y organización del sistema– se presentó como una manera de desconcentrar y solucionar algunos de los graves problemas que presentaba el sistema. Entre ellos podemos mencionar: la tendencia creciente al deterioro de la infraestructura hospitalaria; la conducta clientelar; excesiva burocracia; en la deficiencia del servicio, a pesar de las grandes cantidades de recursos monetarios destinados a su funcionamiento; el crecimiento y fortalecimiento del sistema de seguridad privado y de las clínicas privadas, expresión del mal funcionamiento del sistema público y las consecuencias que de ello deriva para la población de menores recursos. Estos problemas se replican a escala regional, de manera que se demuestra que la descentralización no es en sí misma la solución al problema del sistema de salud venezolano. Para 1998, fecha en la que se marca un cambio de gobierno, el sistema se encuentra en crisis, con una profunda desigualdad en el acceso y atención, y con una creciente mercantilización de la atención que excluye a la mayor parte de la población, la de menores ingresos económicos. Es de hacer notar que las diferentes reformas diseñadas marcan una gran distancia entre la realidad y los sistemas de salud diseñados por expertos en la materia.

El año 1999 es fecha emblemática que marca el proceso sociopolítico venezolano actual, pues con la aprobación de la nueva Constitución se pone en marcha un nuevo modelo social que implica cambios profundos en toda la sociedad, y la salud no es una excepción. La Constitución de 1999 declara en sus artículos 83, 84, 85 y 86 la salud como un derecho social fundamental que debe ser garantizado por el estado a fin de promover y desarrollar políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios. Para lo cual “el Estado creará, ejercerá la rectoría y gestionará un sistema público nacional de salud, de carácter intersectorial, descentralizado y participativo, integrado al sistema de seguridad social, regido por los principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, integración social y solidaridad. El sistema público nacional de salud dará prioridad a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades, garantizando tratamiento oportuno y rehabilitación de calidad”. Asimismo plantea que,

... los bienes y servicios públicos de salud son propiedad del Estado y no podrán ser privatizados. La comunidad organizada

tiene el derecho y el deber de participar en la toma de decisiones sobre la planificación, ejecución y control de la política específica en las instituciones públicas de salud (...) El Estado regulará las instituciones públicas y privadas de salud (Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, 1999).

El énfasis en la concepción de promoción y prevención de la salud, en la atención primaria de la salud y la declaración de respeto por curadores tradicionales y sistemas de salud indígenas, representa un avance importante en esta materia. Sin embargo, los primeros intentos de funcionamiento del Sistema de salud durante los años 1999-2003 no lograron resolver los graves problemas estructurales, sólo se avanza a nivel asistencial con la implementación de programas de atención en situación de emergencia nacional dirigido por militares y algunos civiles voluntarios.

Paralelamente, la experiencia derivada de la participación de misiones de médicos cubanos en Venezuela por la tragedia de Vargas en 1999 seguida por la ejecución de un plan por parte de la alcaldía de Caracas para atender a los habitantes de los barrios, generó una experiencia exitosa que extendió el Plan Barrio Adentro a todo el país. A finales de 2003, el Plan Barrio Adentro se convierte en Misión Barrio Adentro. Ésta se basa en el concepto de salud integral, el cual trasciende la vieja visión reduccionista, que asocia la salud exclusivamente a la asistencia médica. Para la Misión Barrio Adentro la salud se relaciona con la economía social, la cultura, el deporte, el ambiente, la educación y la seguridad alimentaria, de allí la importancia de la organización comunitaria y la presencia de los médicos y médicas que cotidianamente viven en y con las comunidades (Ministerio del Poder Popular para la Salud).

Barrio Adentro se convierte así en el elemento central y el foco principal de la política de salud del Estado venezolano, estrategia política desarrollada en el primer nivel de atención del nuevo Sistema Público Nacional de Salud, que gira en torno al consultorio popular, a través de la estrategia de atención primaria, para dar respuesta a las necesidades sociales de la población, especialmente la más excluida. El énfasis en la atención primaria de salud, la salud integral y la prevención son los principales pilares del nuevo modelo de salud pública, en consonancia con los principios declarados en la constitución nacional aunque su funcionamiento es paralelo a la antigua estructura del sistema hasta tanto se apruebe la nueva ley de salud, especialmente en estados como el Zulia, cuyo gobierno es

contrario al proyecto revolucionario nacional y donde se ha implementado en los últimos años un “nuevo modelo de gestión en salud”.

Estructura del Sistema Público Nacional de salud

Según la normativa del Ministerio del Poder Popular para la Salud y el Desarrollo Social, el Sistema Público Nacional de Salud es el conjunto de entidades, instituciones y organizaciones públicas que prestan servicios de salud, reguladas todas, incluyendo las del sector privado, por el ministerio. Está conformado por un conjunto de servicios y establecimientos de salud, organizados en redes que corresponden a diferentes niveles de atención y escalones de complejidad. Se reconocen dos tipos de redes de establecimientos de salud: La red municipal de salud conformada por uno o varios establecimientos de primer nivel y por un establecimiento de referencia de mayor complejidad. Para su conformación puede recurrirse a la mancomunidad de municipios. Y la red regional de salud, conformada por redes municipales y por los establecimientos de tercer nivel de complejidad, ubicados en las ciudades capitales de estado. Es responsable de su organización el director de Drspns (Dirección Regional del Sistema Público Nacional de Salud).

Aclara la normativa que el Ministerio de Salud y desarrollo Social favorecerá la acreditación de los proveedores de medicina tradicional para su incorporación y coordinación en las redes de salud.

La nueva estructura, que aún no tiene vigencia, pues no se ha aprobado definitivamente la nueva ley de salud que ya fue aprobada en primera discusión por la Asamblea Nacional, define ámbitos de gestión a escala nacional, regional, municipal y local. A nivel nacional, se ubica el Ministerio del Poder Popular para Salud y Desarrollo Social, que se constituye en el órgano rector-normativo de la gestión de salud a nivel nacional. En las regiones, la estructura a aprobarse definitivamente con la nueva ley de salud, contempla la Dirección Regional del Sistema, encargada de articular políticas nacionales y la gestión municipal, coordinar la gestión de servicios de salud en el estado. Vincula la gestión regional las decisiones tomadas en asambleas de ciudadanos y ciudadanas, canalizadas a través de los Consejos Locales de Planificación Pública y desde éstos a través del Consejo de Planificación y Coordinación de Políticas Públicas.

Asimismo, se contempla la Dirección Municipal del Sistema Público Nacional de Salud, responsable de la gestión compartida con la comunidad organizada a través del establecimiento de los Comités de Salud y es responsable de la administración de las Cuentas Municipales de Salud. Se encarga de vincular a la gestión municipal de salud, las decisiones sobre salud tomadas en asambleas de ciudadano y ciudadanas y a través de los Consejos Locales de Planificación Pública. Finalmente, los Comités de Salud, que constituyen la estructura social de base comunitaria, encargada de asumir la gestión compartida de participación ciudadana en salud en el marco de sus competencias y de acuerdo con el marco legal en vigencia. En la organización y funcionamiento de la red de atención de salud del Sistema Público Nacional de Salud se ratifica la estrategia atención primaria de salud establecida por la Organización Mundial de la Salud incorporándose en la red de atención de salud nacional las denominaciones: consultorios populares, clínicas populares y hospitales del pueblo. Se contemplan tres niveles de atención:

Primer Nivel: corresponde a modalidades de atención cuya oferta de servicios se enmarca en la promoción de calidad de vida, salud y prevención de la enfermedad, la consulta ambulatoria y de referencia a niveles de atención en salud de mayor complejidad. Este nivel de atención está conformado por los Consultorios Populares y brigadas móviles de salud, constituyéndose en la puerta de entrada al sistema. Como unidades de apoyo a este nivel se encuentran los Centros de Diagnóstico Integral y los Centros de Rehabilitación Integral.

Segundo Nivel: corresponde a las modalidades que requiere atención ambulatoria de mayor complejidad y a la hospitalización de observación en las especialidades básicas de medicina interna, cirugía, pediatría y gineco-obstetricia; anestesiología, sus servicios complementarios de diagnóstico y tratamiento y, opcionalmente, traumatología. Las unidades operativas de este nivel son las Clínicas Populares. Como unidades de apoyo se encuentran los Centros de diagnóstico de Alta Tecnología (CAT).

Tercer Nivel: corresponde a la consulta ambulatoria de especialidades y supra especialidades, hospitalización, servicios complementarios de diagnóstico y tratamiento de alta tecnología y complejidad. Las unidades operativas de este nivel son los Hospitales del Pueblo.

Se contempla la formación de Redes Sociales de Salud constituidas por las correspondientes Organizaciones Territoriales de Base y los Comités de Salud en el ámbito urbano y rural, de acuerdo con sus usos, costumbres o disposiciones estatutarias, reconociendo prioritariamente el derecho de las mujeres campesinas, indígenas y originarias y de los niños, niñas y adolescentes (Ministerio de Educación Superior. Sf. Introducción a la salud pública en Venezuela. Texto Básico).

La atención real, aciertos y resistencias

Barrio Adentro por dentro

Hemos tenido oportunidad de observar el desarrollo de una jornada de trabajo de un médico de Barrio Adentro, en una parroquia del estado Zulia, específicamente en un barrio fundado hace más de treinta años, pero con población con altos niveles de pobreza.

Allí llegó Barrio Adentro hace unos años funcionando en una casa del barrio cedida por una familia a cambio de algunos beneficios para sus habitantes, como son: el pago de la factura de electricidad o su reducción porcentual. La familia cede los espacios principales de la casa para ser convertidos en consultorio médico temporal hasta tanto se construyan los módulos de salud. Cuando preguntamos por el consultorio de Barrio Adentro nos dijeron claramente que "si buscábamos a los cubanos, ellos estaban por allá, dónde están aquellos teléfonos", ir a que los "cubanos" es sinónimo de consultorio de Barrio Adentro. A pesar de que actualmente el consultorio es atendido por una médica venezolana habitante de la misma comunidad. La casa, convertida en consultorio, tiene unas cuantas sillas en el patio para aquellas personas en espera, las paredes de la fachada están ocupadas con dos carteleros en las que se muestran indicaciones alimentarias y de estilo de vida para enfermos de diabetes y, en la otra, un listado de productos naturales y sus respectivos usos para distintas enfermedades. El consultorio está antecedido por una sala con unas pocas sillas acomodadas alrededor de un aparato para hacer terapias respiratorias. El consultorio es la antigua habitación principal de la casa.

En la espera conversamos con varios usuarios. Una señora diabética, asidua visitante del consultorio, que presenta "gripe y asma", nos plantea que prefiere la atención en el consultorio de

Barrio Adentro que la de los hospitales o del Ipasme, pues tiene que levantarse muy temprano, esperar transporte público y exponerse a que quizás cuando llegue a la consulta, después de una hora o dos de viaje, no la atiendan porque el médico no llegó o por cualquier otra causa. Además, dice: "Los médicos no le miran a uno ni la cara", "esto es lo mejor que le ha pasado al barrio, aquí a uno siempre lo atienden y ella [la doctora] revisa muy bien y es muy buena". Agrega: "Aquí no han construido el módulo, dicen que en otros estados funciona mejor, aquí es más difícil porque Manuel y Saady (refiriéndose al gobernador del estado y al alcalde del municipio San Francisco) le ponen problemas a todo para que las cosas no funcionen y no dejan que avance".

Más tarde, en la consulta, la señora recibe las medicinas y unas indicaciones que debe cumplir estrictamente pues su estado es delicado; la avería temporal del "aparato para la terapia" hace que el médico se las ingenie para hacerla de manera "casera," pero la señora manifiesta que irá al ambulatorio (denominación tradicional de la instancia local de salud del sistema regional que funciona paralela a Barrio Adentro en este estado).

Otro señor mayor, que consulta frecuentemente pues es hipertenso y requiere atención y tratamiento, me dice: "¿Cuándo se había visto esto? ¡Esto no se había visto nunca!, me controlo la tensión y me dan las medicinas. Si me pongo malo, van para la casa". Encontramos también en la espera a un joven de la comunidad que se rompió el pie con una botella la noche anterior y a una pareja joven con una niña de unos seis años, en la consulta la madre presenta a "sus enfermos" en una prolongada charla familiar con la médica, en la que se leen exámenes de laboratorio provenientes de una clínica y se indican otros para un CDI relativamente cercano.

En un día con bastante afluencia se atienden de diez a quince personas en el horario de 8:00 am a 12:30 pm que normalmente es rebasado. Al consultorio le corresponden unas cuantas cuerdas del barrio, alrededor de dos mil personas. La sectorización del barrio es una de las tareas del equipo de salud, en la que además realizaron un levantamiento de información variada en jornadas de visitas casa por casa, información relativa a datos de la vivienda, conformación familiar, historial de enfermedades de cada habitante, factores de riesgo, vectores... Una vez culminado el censo, se tiene un diagnóstico general de sector y es la base de acción para el inicio de

un programa de visitas que realiza el médico junto con un asistente, el médico cubano y un miembro del Comité de Salud de la comunidad durante tres tardes de la semana. Se visitan especialmente las casas de enfermos crónicos, especialmente hipertensos, diabéticos, epilépticos o discapacitados.

La observación dentro de la consulta nos remite a un consultorio tradicional, el médico con su bata blanca y estetoscopio al cuello, escritorio, archivos... al lado contrario repisas con pie de amigos sirven de escenario a las medicinas, que están debidamente organizadas, de manera que son fácilmente localizables por el médico y la asistente de salud. Ante cada paciente, el médico exploró con preguntas relativas a la enfermedad, llevando un registro de historia médica con los datos del paciente, la zona donde vive, el motivo de la consulta y el medicamento suministrado. La consulta sirve de enlace con situaciones que se presentan en la comunidad, lo que pasó anoche, el niño que nació en la cuadra del taller de autobuses o la visita pendiente al señor que tuvo el accidente, el de la calle 18. Asimismo notamos que la ausencia temporal de algún servicio o medicamento origina el tránsito hacia los establecimientos de salud que el gobierno regional de Manuel Rosales ha instalado en la zona con las mismas características generales de la Misión Barrio Adentro, pues se trata de fortalecer la atención primaria en salud tal como lo recomienda la Organización Mundial de la Salud.

En otra zona del municipio Maracaibo, encontramos en líneas generales el mismo escenario, esta vez con una sede dedicada exclusivamente al programa Barrio Adentro, con mejores condiciones físicas; allí también reside un médico venezolano junto a personal cubano. Una señora de sesenta y cinco años nos plantea su visión de la misión diciendo que "es una gran ayuda para los pobres", "esto siempre está full" y destaca a partir de su ejemplo, la excelente atención recibida, pues fue remitida a un centro de alta tecnología, y aunque pasó el día en el centro para hacerse dos exámenes le parece importante el acceso de la población sin distinción social, política o económica a ese tipo de servicio.

Con respecto a la accesibilidad definida como posibilidad real de ingresar al sistema de salud ante la aparición de la enfermedad, planteamos que los distintos barrios y sectores se han sembrado de consultorios populares posibilitando la atención oportuna a miles de personas. Los espacios llamados CAT (Centros de Alta Tecnología) y

los CDI (Centros de Diagnóstico Integral) constituyen una clara muestra de los cambios en la accesibilidad de la población de menos recursos a atención médica especializada y a exámenes costosos que de otra manera sería imposible realizar para muchas familias.

“Del arroz congrí en la sala de emergencia”

Según las cifras oficiales del Ministerio del Poder Popular para la Salud, para mayo de 2007 había en Venezuela un total de 25.561 cubanos y 10.614 venezolanos en funciones relacionadas con la salud: médicos, estomatólogos, enfermeras, electromédicos y otras categorías. La llegada masiva de médicos cubanos a ocupar los consultorios de miles de barrios y comunidades de todo el país, constituye sin duda uno de los nudos más relevantes de la Misión Barrio Adentro, el que ha generado mayores discusiones a todo los niveles, a pesar de la incorporación de 1.200 médicos venezolanos como un primer contingente egresado de la Especialización en Medicina General Integral. Éstos fueron asignados como médicos de Barrio Adentro preferentemente en sus comunidades de origen. El proceso de formación de médicos venezolanos continúa en la actualidad pero con cohortes inferiores numéricamente hablando. Resulta ineludible el abordaje de la naturaleza de la presencia cubana en Venezuela y las representaciones que de ello tienen los venezolanos.

“Son buenos”, “han hecho un gran esfuerzo por separarse de su familia para venir aquí”; “la gente los quiere mucho y los cuida”, “dicen que no son médicos pero yo he visto que ellos aquí se siguen preparando”, “siempre está full de gente”, “la verdad es que ellos son muy responsables y muy trabajadores”, “he visto médicos venezolanos y cubanos trabajar juntos y se ayudan mutuamente”, “ellos dejaron su país, su familia para venir, al principio aguantaron tanto desprecio pero ahorita están ubicados como debe ser”. Estas manifestaciones positivas también están acompañadas de otras como: “no son médicos”, “el cubano no conoce mucho de las enfermedades de aquí”, “le quitan el trabajo a médicos venezolanos”, “sólo quieren casarse aquí para quedarse”, “esto va pa` largo... ellos no se van a ir de aquí y es lamentable para nosotros los venezolanos...”.

Por contraposición, en esta dinámica también se define al médico venezolano como “cómodo”, “que no le gusta ir a los barrios”, “el venezolano no se arriesga a zonas marginales”, “si se van los

cubanos, esto se cae". O la posición contraria en la que plantea que se prefiere que sean venezolanos: "a mí me preguntan al llegar a la consulta: ¿usted qué es, cubana o venezolana? Cuando respondo venezolana, se llenan de alegría y dicen, qué bueno!".

El choque cultural y la negación mutua hacen parte de los procesos sociales de construcción de identidad, especialmente en una situación de polarización política desde la cual se definen todas las personas y cosas como buenas o malas dependiendo desde qué posición política se definan: "Son pocos los cubanos que no te hablen mal de la cultura de Venezuela, dicen que estamos graves, sólo les parece bueno que hay muchas frutas, verduras, centro comerciales, electrodomésticos, pero, desde el punto de vista cultural, dicen que estamos atrasados, que nos alimentamos mal, que invertimos el horario de comida, y que si no tenemos arepa no sabemos comer más nada...".

Puede afirmarse, en forma general, que los médicos cubanos y sus medicinas han sido aceptados por una parte de la población, que los choques iniciales se han aminorado, aunque se mantiene resistencia en algunos sectores de la población. Especialmente en aquellos casos en que se han visto perjudicados por la práctica médica de cubanos, o profesionalmente por su presencia en el país y su participación directa en instancias de decisión y acción desplazando personal venezolano.

En los CDI (Centros de Diagnóstico Integral), por ejemplo, sólo son venezolanos el personal de limpieza (mantenimiento), lavandería y la cocina, donde el "arroz congrí no falta aunque sea pobre y mal hecho", "nosotros los venezolanos no pintamos nada, ellos [los cubanos] son los jefes, en la entrega de guardias nosotros no participamos, se hacen de médico cubano a médico cubano y el médico cubano no existe... debería haber más unión y respeto".

Las enfermeras también son venezolanas "porque hubo mucho problema con las enfermeras y los médicos cubanos en la emergencia, parecen que no sabían tomar una vía, debe ser porque en Cuba casi no debe haber accidentes de tránsito pero aquí son la segunda causa de muerte".

Junto a la evaluación de los cubanos y de sus medicinas también se muestran representaciones en relación con Cuba con base en la poca o mucha información que aportan los cubanos, quienes son

muy "herméticos". Este imaginario sobre Cuba gira alrededor de la existencia o no de esa "isla de la felicidad", como la llamó en una oportunidad el presidente Chávez.

La relación médico-paciente

Uno de los aspectos más sensibles en un sistema de salud es la relación médico-paciente. Hemos dicho que en el sistema biomédico esta relación se torna mecánica y se ha "objetivado" a tal nivel que la subjetividad del paciente es completamente ignorada. "los médicos no le miran a uno ni la cara" es la expresión de una paciente que resume este aspecto. Se ha evidenciado que si bien una de las barreras que ha derribado Barrio Adentro es la accesibilidad al médico, que se hace cercano pues vive en el barrio, esto no es un atributo exclusivo de médicos cubanos, pues también "hay médicos cubanos que tratan mal a la gente" o "me trataron mal a la niña por eso no vuelvo". "Hay cubanos que no conversan, no miran, no tocan al paciente, si antes había noventa por ciento de resistencia debe estar hoy en cincuenta por ciento".

La relación médico-paciente poco satisfactoria así como la ineficacia de la medicina para el alivio de la enfermedad son determinantes para que el paciente transite por otras opciones de atención primaria, como la que se ofrece en el Zulia en el llamado nuevo modelo de gestión de la gobernación del estado. En estos ambulatorios se ofrecen servicios de atención primaria gratuita, bajo la figura administrativa de la contratación de empresas que se encargan del servicio. Esta visión se atribuye a la vieja concepción de que la administración privada es mucho más eficiente que la administración pública. En este sistema los empleados están contratados periódicamente sin estabilidad ni continuidad para evitar el pago de beneficios derivados del tiempo de servicio prolongado, pero a la población se le ofrece atención gratuita.

Una médica venezolana incorporada a la misión manifiesta que la relación médico-paciente no depende necesariamente de la formación, porque en la universidad también le "dicen a uno cómo debe ser el trato con el paciente", "todo depende de la vocación de servicio del médico", "eso no es venezolano o cubano, pues también hay cubanos que tratan mal a la gente".

En Barrio Adentro, la relación médico-paciente rompe el estereotipo del médico todo poderoso e inaccesible, pues el contacto

directo con la población hace posible una relación más fluida pero también se reportan actitudes que parecieran apuntar hacia la conservación de elementos externos en la que se fundamentaría la distancia médico-paciente en la que se basa el respeto por parte del usuario, "uno debe tener las condiciones ambientales, son importantes porque así estás enseñando al paciente a que te respete, que eres un médico igual al de una clínica o al del hospital... el paciente cree que como estás en una casa puede hacer lo que quiera y presentarse en cotizas".

Comunidades indígenas y el nuevo modelo de salud

Uno de los aciertos del nuevo modelo de Sistema Público Nacional de Salud es la declaración de su pertenencia intercultural y la inclusión de los indígenas como parte de la población preferencial, junto a las mujeres y niños. Esta declaratoria se operativiza con la creación de Oficinas de Salud Indígena en los principales estados con población indígena, al tiempo que se capacitan facilitadores interculturales indígenas con la función de "disminuir las barreras lingüísticas y culturales, orientando al indígena dentro del hospital y facilitando la comunicación y comprensión entre el personal de salud y el paciente. También implica el acceso a médicos tradicionales indígenas, menú alimentario tradicional, adaptaciones del mobiliario hospitalario (hamacas), hospedaje para familiares, señalización intercultural y sensibilización del personal del hospital en materia de interculturalidad, a fin de brindar una atención con calidad y en trabajo colectivo". También se registra la creación de albergues indígenas que permiten hacer un seguimiento a los tratamientos de aquellos que lo necesiten antes de retornar a sus comunidades ubicadas en zonas lejanas a los hospitales (cfr. Minci, Ministerio del Poder Popular para la Salud).

Igualmente se reseña en notas de prensa la realización de Jornadas Médicas de Atención Integral en las que se ofrece asistencia de inmunización (toxoides, doble viral, anti-malaria, antirotavirus, BCG, pentavalente y antipolio), control de embarazos, entrega de medicamentos, asistencia odontológica y administración de antiparasitarios intestinales; además de realizar una evaluación antropométrica para obtener un diagnóstico presuntivo del estado nutricional en la población infantil y adolescente menor de quince años de edad, con el objetivo de que los casos diagnosticados con mal nutrición sean remitidos al programa de módulos alimentarios.

Este reporte requiere el seguimiento que nos permita observar los cambios y resistencias ante estas medidas, por lo que no disponemos de información directa pero podemos reflexionar en el sentido de que deben ser acompañadas y evaluadas por personal especializado dada la complejidad de la salud bajo un concepto integral, pues los pueblos indígenas de Venezuela no sólo carecen de la atención médica necesaria para su calidad de vida sino que sus creencias y prácticas han sido completamente desechadas del proceso de atención de las enfermedades. Además, algunas comunidades presentan problemas estructurales como desnutrición infantil y el repunte de enfermedades como tuberculosis a niveles alarmantes. La solución de estos problemas requiere el abordaje de la totalidad de las condiciones de vida de los pueblos indígenas para que con un enfoque integral y de respeto a su cultura se mejore la calidad de vida y se garantice su derecho a la salud.

Resistencias y limitaciones

Si bien en forma general los médicos cubanos y la Misión Barrio Adentro han sido bien recibidos en comunidades desatendidas, los niveles de rechazo y la conflictividad, aunque han disminuido, persisten, son comunes los comentarios negativos por parte de médicos venezolanos en relación con procedimientos aplicados, criterios que no han sido comunicados a instancias como la de los hospitales, diferencia de sueldos o acusaciones mutuas de mala praxis médica. Asimismo, se han generado expectativas negativas en torno a su permanencia indefinida en el país, pero al mismo tiempo no mejora la percepción del médico venezolano y su capacidad para llevar adelante el programa. Las personas entrevistadas piensan, en general, que los cubanos deben regresar o suponen que regresarán a su país y que los venezolanos deben asumir el sistema tal cual está diseñado y tal como ha funcionado: "Sería bueno que el médico venezolano cambie la mentalidad y se quedara cuando los cubanos se vayan", "Chávez piensa que si se lo da a médicos venezolanos se le viene abajo. El médico venezolano va a la hora que quiere, le quita la plata que puede y trata a la gente como le da la gana".

Otro de los problemas planteados es la desorganización y la incapacidad para manejar grandes cantidades de personas en los CDI, lo que hace que la gente se queje de pasar recluido todo el día para hacerse sus exámenes médicos.

El funcionamiento de Barrio Adentro sigue en sedes que fueron consideradas como provisionales y a la fecha hay comunidades que siguen esperando por la construcción de sus módulos.

Conclusiones

Sin pretender que este trabajo se constituya en una evaluación de la estrategia de salud expresada en la Misión Barrio Adentro, la descripción interpretativa que hacemos permite aproximarnos a algunas de sus características. Se trata de una estrategia que, si bien intenta romper con los problemas del sistema biomédico hegemónico y su fracaso a nivel mundial, presenta logros y resistencias que deben ser estudiados a profundidad si se pretende avanzar exitosamente. Los principales logros apuntan hacia la accesibilidad de la mayoría de la población en situación de pobreza a médicos, medicinas y saberes, a un nivel de atención asistencial que paulatinamente ha ofrecido una mayor cantidad de servicios de calidad en cuanto al diagnóstico y atención como son los Centros de Diagnóstico Integral y los Centros de Alta Tecnología, así como la operatividad de los hospitales adscritos al sistema. Asimismo, si bien la salud constituida en derecho homogeneiza a toda la población del país a quien además se le demandan deberes comunes, se diseñan estrategias particulares para los pueblos indígenas estimulando y difundiendo principios de una incipiente interculturalidad. Las principales resistencias se expresan en un tránsito constante por distintos sistemas y médicos en la búsqueda de la eficacia y del trato esperado en la relación médico-paciente. Asimismo, se observa que el énfasis declarado en cuanto a la prevención y promoción de salud requiere un mayor esfuerzo y una política que involucre a todas las instancias de socialización y enculturación desde el núcleo familiar hasta la escuela y medios de comunicación. En referencia a los "cubanos", se evidencian actitudes que van desde su aceptación agradecida, al "choque cultural" y la competencia profesional que desembocan en un rechazo por parte de un sector de la población a la presencia indefinida de médicos cubanos en instancias de decisión y acción.

Bibliografía

1. Asamblea Nacional de la República Bolivariana de Venezuela (1999): *Constitución de la República Bolivariana de Venezuela*. Caracas.

2. Comelles, Josep y Ángel Martínez (1993): *Enfermedad, cultura y sociedad. Un ensayo sobre las relaciones entre antropología social y la medicina*. Salamanca, Eudema
3. González, Marino (2001): "La reforma de salud de Venezuela – Resten" -. CDC. enero 2006, vol.23, Nº.61, p.165-170, http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S101225082006000100009&lng=es&nrn=iso.
- _____ (2006): "¿Cuáles son los acuerdos que requiere el sistema de salud?" en Equipo Acuerdo Social. *Venezuela: Un acuerdo para alcanzar el desarrollo*, Caracas, UCAB.
4. Haro, Jesús (2000): "Cuidados profanos: una dimensión ambigua en la atención de la salud" en Enrique Perdiguero y Josep Comelles (eds.), *Medicina y Cultura. Estudios entre la antropología y cultura*. Barcelona, Bellaterra.
5. Menéndez, Eduardo (2000): "Factores culturales. De las definiciones a los usos específicos" en Enrique Perdiguero y Josep Comelles (eds.), *Medicina y Cultura. Estudios entre la antropología y cultura*. Barcelona, Bellaterra.
6. _____ MINCI (s/f): <http://www.misionesbolivarianas.gob.ve/misiones/misionbarrio-adentro-1-2-3.html>.
7. Ministerio de Educación Superior (s/f): *Introducción a la salud pública en Venezuela. Texto Básico*.
8. Pino, Malin (2000): "La medicina popular en Venezuela como alternativa al sistema de salud de una modernidad en crisis", *Fermentum*, nº 29, pp. 491-512.
9. Sepilli, Tullio (2000): "De qué hablamos cuando hablamos de factores culturales en salud. A modo de presentación" en Enrique Perdiguero y Josep Comelles (eds.), *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*. Barcelona, Bellaterra.