

Salud y Sanidad Pública en la Venezuela Bolivariana

Impresiones de un breve viaje



Javier Segura del Pozo

Médico salubrista



Ediciones “Salud Pública y otras dudas”, julio 2014
<http://saludpublicayotrasdudas.wordpress.com/>

Indice

1. De Caracas a Popayán: explorando la Salud Pública de Venezuela y Colombia	3
2. El sistema público de salud en Venezuela	13
3. Misión Barrio Adentro (1ª parte: origen y desarrollo)	18
4. Misión Barrio Adentro (2ª parte: presente y futuro)	26
5. Medicina Integral Comunitaria (MIC): formación médica alternativa en Venezuela	34
6. La salud en la Venezuela del siglo XXI: luces y sombras	44
7. Anexo: Causas de la deserción médica en Venezuela (carta abierta de un médico venezolano) (escrito por el Dr. Roberto Ochoa Iturbe).....	51



Este libro es una recopilación de los artículos escritos por Javier Segura del Pozo entre el 16 de diciembre de 2011 y el 21 de julio de 2012 y editados en ese periodo en el blog “**Salud Pública y algo más**”. Los textos están **bajo la licencia Creative Commons** (pueden ser reproducidos siempre que se mencione su autoría y que no se haga un uso comercial de los mismos).

Contacto con el autor:

javier.seguradelpozo@gmail.com

saludpublicayotrasdudas@gmail.com

<http://saludpublicayotrasdudas.wordpress.com/>

1. De Caracas a Popayán: explorando la Salud Pública de Venezuela y Colombia¹

A finales de noviembre de 2011, realicé un viaje de dos semanas a Venezuela y Colombia invitado por lectores de este blog. Durante el mismo pude conocer brevemente dos interesantes experiencias de salud comunitaria y de lucha contra [las DSS](#): la misión bolivariana de “[Barrio adentro](#)”, sustentada por miles de profesionales de salud cubanos que trabajan en los barrios mas deprimidos de la ciudad de Caracas, y el programa de salud intercultural de las comunidades indígenas del Cauca (departamento al suroeste de Colombia). Con este artículo se inician varios relatos de mis observaciones e impresiones sobre la salud pública en Colombia y Venezuela, y su contexto social y político.



Izquierda: Imagen del barrio Flores de Catia, a la salida de Caracas (Venezuela); derecha: Javier Segura durante una conferencia en el encuentro del Programa de Salud del Consejo Regional Indígena del Cauca (CRIC), en Coconuco (Cauca, Colombia). Fuente: Javier Segura, noviembre 2011.

Justificación de un viaje de 20.000 Km.

Hace apenas dos semanas que he vuelto a España de un apasionante viaje a Caracas (Venezuela) y al Cauca (departamento al suroeste de Colombia). Algunos de nuestros lectores latinoamericanos del blog “Salud Pública y algo mas”, con los que mantengo desde hace un tiempo una fructífera correspondencia, me habían invitado a asistir a varios encuentros académicos y profesionales de Salud Pública. Concretamente, me habían pedido dar unas conferencias sobre DSS y programación en SP^[1]. Aprovechando esta invitación^[2], tuve varios “conversatorios” y sesiones de trabajo con grupos profesionales de la universidad, de la administración de salud pública, de las sociedad científicas y con equipos de salud que trabajan con las comunidades locales.

Estaba especialmente interesado en conocer algunas experiencias locales de promoción de la salud y desarrollo comunitario, tal como la misión bolivariana de “[Barrio Adentro](#)”, en los impresionantes *barrios* pobres que tapizan las faldas de las montañas que rodean el centro histórico de la ciudad de Caracas y algunos prósperos municipios próximos (como Chacao), con

¹ Editado el 16 de diciembre de 2011 en el blog “Salud Pública y algo más” (http://www.madrimasd.org/blogs/salud_publica/2011/12/16/132906)

sus exclusivos *country clubs*. Así como la experiencia de las comunidades indígenas del Cauca, que están construyendo un interesante Sistema Integral de Salud Propio e Intercultural (SISPI).

La experiencia ha sido fantástica, no solo por el material que he recogido y por las enseñanzas recibidas de los colegas venezolanos y colombianos (que intentaré compartir en los próximos meses con vosotros, queridos lectores), sino por las bellísimas personas y los tremendos salubristas que he conocido: profesionales y activistas comprometidos con su comunidad, desde diferentes opciones ideológicas y culturales.

Si el ánimo, agradecimiento y aportaciones que recibimos regularmente, Consuelo Ibáñez y yo, de los lectores del blog[3], ya es suficiente estímulo, este viaje ha sido la recompensa definitiva para justificar el esfuerzo que venimos haciendo semanalmente para “alimentarlo”. Por otra parte, debo confesaros que la agradable constatación del abrumador grado de difusión del blog, va unida a una preocupación por el nivel de responsabilidad inherente con los lectores que confían en nosotros.

Una introducción sobre la Venezuela del siglo XXI

Si creía que en mi país, España, durante las recién pasadas legislaturas del Gobierno socialista (2004-2011), había un grado insufrible de polarización social y de sectarismo político e informativo, entre las opciones representadas por el gobierno socialista y las de la oposición conservadora, con el corifeo de sus respectivos medios de comunicación y *lobbies* de opinión, he comprobado que la sociedad venezolana supera con creces la situación española.

Venezuela se divide entre apasionados *chavistas* y no menos apasionados *antichavistas*, no habiendo, al parecer, espacio para las “medias tintas”. Para el reconocimiento de las buenas cosas y razones “del otro” y, por lo tanto, mucho menos, para un dialogo y debate que acerquen posturas y tiendan puentes. Los matices están desterrados por las rotundas opiniones. Los odios, amores y “el pensamiento visceral” son el pan nuestro de cada día.

Para los que damos valor a la POLÍTICA (con mayúsculas) como un instrumento de cambio social y de mejora de la salud colectiva, censuramos el “pasotismo” y nos duele el creciente desinterés y desapego por la cosa pública o común, inicialmente recibimos con agrado que Venezuela sea una sociedad en la que la política tiene una presencia considerable en la vida cotidiana de sus ciudadanos: en las conversaciones en la calle, en la programación de TV, en las publicaciones que se venden en los quioscos[4], etc.; incluso, en los congresos científicos (!). Aunque, tal vez, debo matizar: no es tanto la política lo que está omnipresente, sino un nombre o un apellido de seis letras: **¡¡¡CHÁVEZ!!!**

Os aseguro que es imposible empezar cualquier tipo de conversación (sea sobre futbol, comida, viajes, cine, etc.) sin que acabe con [Hugo Chávez](#) siendo el centro del discurso. Según el interlocutor, a Chávez se le atribuye tanto los mas increíbles males del país y las más aviesas y diabólicas de las intenciones, como, desde el otro polo, se le contempla como el origen y la fuente de todas las bendiciones patrias, se le trata con una reverencia casi religiosa, fundiéndose su imagen (omnipresente en los espacios públicos) con Bolívar, el padre de la patria. Chávez es una obsesión en Venezuela[5].



Carteles con la imagen de Hugo Chávez y de Simón Bolívar en las fachadas de edificios de Caracas. Fuente: Javier Segura, noviembre 2011.

Advierto esto porque al igual que se dice que “en la guerra, la verdad es la primera víctima”, en Venezuela (que está en permanente guerra entre chavistas y antichavistas) es muy difícil obtener una información contrastada y que no tenga el riesgo de estar condicionada por esta tremenda polarización social. Por ello, he intentado hablar con ambos bandos y, afortunadamente, he tenido la oportunidad de ello. También he intentado obtener materiales escritos de diferentes fuentes y, cuando he podido, entrevistarme personalmente con los protagonistas de las historias (por ejemplo, con los estudiantes de la nueva carrera de [“Medicina Integral Comunitaria”](#), con los habitantes de los barrios o con los usuarios de los servicios).

De cualquier forma, se que, precisamente por este afán de equidistancia en cuanto al valor de las fuentes (que no de neutralidad en el análisis), el resultado de estos próximos artículos no va a contentar a ninguno de los dos bandos. Siento si algunos de mis generosos informantes se puedan sentir heridos con mis opiniones. Por lo menos, que sepan que he intentado ser lo mas objetivo y honesto posible, y, como siempre, asumo la responsabilidad total de lo que escribo, incluido, mi muy probable riesgo de equivocarme. Además, hay que considerar el relativo valor de mis opiniones, por el escaso tiempo que he tenido para conocer en persona la realidad diaria venezolana. Tengo la esperanza de que mis lectores venezolanos puedan corregirme en los errores y les animo a utilizar para ello la sección de comentarios al final de cada artículo.

Luces y sombras

A lo largo de varias entregas, recorreremos varios aspectos y experiencias de la Salud Pública y la Salud Comunitaria venezolanas. Mediante algunos apuntes históricos, recordaremos la difícil situación política, las enormes desigualdades sociales (también en salud) y la injusta distribución de la riqueza (en un país inmensamente rico en cuanto a recursos naturales: petróleo, minas, bosques, hidrología, costa, etc.). Esta situación previa aupó democráticamente al poder al Presidente Hugo Chávez en 1999, con un inmenso respaldo popular. Veremos el abandono anterior de la red de atención primaria en los barrios más pobres y el inmenso esfuerzo por reconstruirla a partir del Programa [“Barrio Adentro”](#). Haremos un análisis de esta misión con sus evidentes logros, sus déficits pendientes y los riesgos inherentes a la creación de

una red de atención sanitaria paralela, sustentada además en más de 30.000 profesionales de salud foráneos (cubanos).



Desigualdades sociales y urbanísticas en Caracas. Foto: Alfredo Brillembourg
<http://www.gusrubens.com/LB/Caracas-L.JPG>.

Nos acercaremos a la nueva carrera de Medicina, llamada “[Medicina Integral y Comunitaria](#)”, con un amplio contenido en prevención y promoción de la salud, creada por el gobierno bolivariano, a espaldas y con la oposición de las autoridades académicas. Su primera promoción de 8.000 médicos, la mayoría de ellos provenientes de los mismos Barrios a los que quieren servir, se licencian el mes que viene, y es fuente diaria de polémica sobre la calidad de su formación en los medios venezolanos.

También conoceremos otras misiones de salud y desarrollo comunitario (enseñanza, alimentación, cooperativismo, etc.) con una gran vocación de participación comunitaria. Admiraremos las macrocifras de desarrollo social y salud de la última década, fruto de la disminución evidente de la brecha social anterior, y daremos fe del consecuente gran apoyo popular que tiene el gobierno bolivariano en las poblaciones de los Barrios. Nos asombraremos, al pasear por Caracas, de las muestras de las políticas de realojamiento de las decenas de miles de familias damnificadas (“los damnificados”), por las periódicas inundaciones y terremotos, en edificios públicos, centros comerciales e instalaciones militares .

A su vez, comprobaremos como la mayoría de las clases medias urbanas se han sentido excluidas de este proceso, y critican ferozmente las supuestas dinámicas burocratizadoras y sectarias que habrían reproducido vicios históricos anteriores al chavismo y originalmente criticados por este: demagogia, populismo, culto a la personalidad del líder, sectarismo para el acceso a puestos de responsabilidad de carácter técnico en la administración y las empresas públicas, manejo de listas negras (entre ellas la llamada "lista Tascón"[\[6\]](#)), manipulación

informativa, sectarismo en la concesión de subvenciones a proyectos culturales y en la renovación de licencias de los medios, persecución al rival político, ineficacia en la gestión pública y la administración de las ciudades, corrupción, cambio del sistema electoral a interés del partido en el gobierno, patriotismo, etc.

Según estas fuentes, la desilusión y desafección frente a las expectativas creadas por la revolución bolivariana, habrían justificado una importante diáspora de venezolanos en la última década y un considerable descenso en el apoyo popular del Presidente Chávez. Según las otras, la feroz resistencia de las fuerzas reaccionarias frente al cambio y la renovación social, han impedido remover las lacras históricas, llegar a compromisos reformistas, forzando por ello la creación de administraciones y servicios paralelos bolivarianos (servicios de salud paralelos, programas educativos paralelos, redes de distribución de alimentos paralelos, policía paralela, televisión paralela, universidades paralelas, carrera de medicina paralela, etc.)

Nos sorprenderemos al ver como una parte importante de las Universidades (también las públicas), con una gran tradición izquierdista y de lucha contra las desigualdades sociales, está enfrentada al chavismo. Y como en la coalición de oposición que aspira impacientemente a arrebatar el poder a Chávez en las elecciones del próximo 7 de octubre de 2012, no solo hay fuerzas de derecha y los clásicos “poderes fácticos”, sino partidos y personalidades de izquierda y centro-izquierda, algunos de los cuales apoyaron a Chávez en las primeras legislaturas.

Veremos el gran problema de la inseguridad ciudadana en Caracas (el miedo a los “malandros”), corroborado por las cifras de incremento de mortalidad por hechos violentos. Testificaremos sobre el tremendo problema del congestionado tráfico rodado y de los accidentes de tráfico (que como comprobé en Colombia, y, anteriormente, en mis viajes por Oriente Medio, por desgracia, no es exclusivo de Venezuela).

La salud intercultural y la resistencia indígena en el Cauca

De Venezuela saltaremos a Colombia. Ese país ha sufrido en las últimas dos décadas una severa y profunda reforma de su sistema de salud, fruto de las políticas neoliberales de sus últimos gobiernos. Durante el gobierno del presidente Cesar Gaviria, se aprobó la Ley 100 de 1993 ([Sistema de Seguridad social Integral en Colombia](#)), en virtud de la cual se atomizó el sistema nacional de salud en EPS's (entidades promotoras de servicios) que contratan con IPS's (instituciones prestadoras de servicios de salud), introduciendo las lógicas lógicas del mercado en el sistema de salud. Junto con las evidentes consecuencias negativas para el acceso a la salud de las clases más populares, y el retroceso en políticas integradas de salud comunitaria y de promoción de la salud, trajo, sin embargo, consigo una oportunidad para las comunidades indígenas: la construcción de un sistema de salud propio.

[El Cauca](#) es un departamento al suroeste de Colombia, cuya capital es [Popayán](#). Esta es una bella ciudad colonial (típico diseño urbanístico colonial de la cuadrícula perfecta con gran plaza central) de unos 245.000 habitantes, recientemente reconstruida después del terremoto de 1983. Tiene una gran tradición cultural y universitaria, actualmente en cierto declive. Situada en el Valle andino que debe su nombre al río Cauca, está atravesada por la carretera panamericana y situada a una distancia de 300 Km. de la frontera con Ecuador. El Cauca es el departamento colombiano con un mayor porcentaje de población indígena: un 25%, que se complementa con otro 25% de población afro-colombiana. El Cauca junta a su inmensa belleza natural, la

pervivencia de los problemas cronicados en del entorno (narcotráfico, grupos armados y desigualdades sociales).

Colombia y otros países



Popayán. Iglesia de San Francisco, reconstruida por la Cooperación internacional española. Fuente: Javier Segura, noviembre 2011

[El Consejo Regional Indígena del Cauca \(CRIC\)](#) es una organización que agrupa a más del 90% de las comunidades indígenas del Cauca, constituidas por 8 pueblos indígenas: Nasa – Paéz, Guambiano Yanaconas, Coconucos, Epiraras – siapiraras (Emberas), Totoroes, Inganos y Guanacos. Tiene un programa de salud que presentaremos en los siguientes artículos.

Os tengo que confesar que hasta este viaje a Colombia, mi conocimiento de la interculturalidad era más bien teórico. Con los compañeros de las IPS indígenas, a los que conocí durante las jornadas en Coconuco, aprendí lo que es la convivencia, el respeto mutuo y la complementariedad entre la medicina tradicional indígena y lo que ellos llaman “la medicina occidental”. Es un modelo que ellos están poniendo en marcha con acierto, paciencia y constancia, Hablaremos de estos aciertos, pero también de las lógicas dificultades. Admiraremos el enfoque participativo del programa (hasta el punto de que la renovación de los contratos de los profesionales de salud depende del informe de las comunidades a las que sirven). Y del respeto a las tradiciones ancestrales y a la naturaleza.

Conoceremos otros programas comunitarios, como el de autonomía alimentaria. Admiraremos la historia de resistencia pacífica de las comunidades indígenas, durante más de 500 años, para preservar sus tradiciones, culturas e idiomas. Y el gran compromiso étnico-político y las inmensas ganas de aprendizaje de sus valiosos profesionales de salud. Veremos como estos desarrollan su tarea en difíciles condiciones cotidianas de vida en los resguardos y las veredas.

También veremos como en este medio de trabajo y convivencia, nuestro lema “*de las batas a las botas*”, del [proyecto de reorientación comunitaria de los Centros Madrid Salud](#) (del

ayuntamiento de Madrid), en el que llevo más de 3 años inmerso, adquiere un significado especial (aproveché también este viaje para presentar este proyecto). Finalmente, conoceremos los interesantes proyectos que tienen el Departamento de Salud pública (de la Secretaria de Salud del gobierno regional del Cauca) y la Facultad de Medicina (de la Universidad del Cauca) de profundizar en la formación de Salud Pública y apoyar este interesante proceso de salud intercultural y de desarrollo de las comunidades indígenas y afrocolombianas.

[youtube]<http://www.youtube.com/watch?v=svStvAJfUqw>[/youtube]

Video de 2009 sobre la historia, persecución, discriminación y organización de las comunidades indígenas del Cauca y del CRIC (Consejo Regional Indígena del Cauca). Fuente: CRIC

[1] Basadas en los textos editados en dos categorías de este blog: [“Desigualdades Sociales en Salud”](#) (DSS) y [“Curso crítico de programación en salud pública”](#) . Los de este último curso, son, al parecer, utilizados por los coordinadores nacionales de los programas del Ministerio del Poder Popular para la Salud de Venezuela.

[2] La invitación se la debo, en primera instancia, a mis ilustres colegas salubristas, y ahora amigos: Dr. Saúl Orlando Peña Arciniegas, Presidente de la Sociedad Venezolana de Salud Pública y de la Red de Sociedades Científicas Médicas de Venezuela, y al Dr. Giovanni Apráez Ippolito, asesor de la OPS y profesor de la Universidad Nacional de Colombia en Bogotá y de la Universidad del Cauca en Popayán, además, de al programa de salud del Consejo Regional Indígena del Cauca (CRIC)

[3] Además del simple hecho de saber que nuestros textos están siendo utilizados con provecho en diferentes ámbitos salubristas, estudiantiles y ciudadanos, por algunas de las aproximadamente 6 millones de visitas (principalmente de Latinoamérica-70%-y España-25%) que el blog ha tenido desde hace casi 5 años (febrero de 2007). ¡Perdón, por al "autobombo"...!

[4] Sorprende ver expuestos, como “best sellers”, los cuadernillos legales con el texto de las últimas leyes del gobierno bolivariano, a la venta en kioscos y puestos de vendedores callejeros.

[5] Para entender esta polarización y sectarismo basta ver durante 10 minutos cualquier programa de la TV chavista (Venezolana de TV y Telesur) y de la TV antichavista (Globovision)

[6] Ver [“Lista Tascón”](#) en : http://es.wikipedia.org/wiki/Luis_Tasc%C3%B3n

2. El sistema público de salud en Venezuela²

Continúo compartiendo las reflexiones que son fruto de mi reciente viaje a Sudamérica (ver: [De Caracas a Popayán: explorando la Salud Pública de Venezuela y Colombia](#)). Para contextualizar y comprender mejor la experiencia comunitaria de la Misión “[Barrio adentro](#)” (que veremos en un artículo próximo), se describe el sistema público de salud en Venezuela. Como estaba la atención sanitaria a finales del siglo XX y al inicio del gobierno de Chávez. Las dinámicas privatizadoras, segmentadoras y de desinversión pública de las últimas décadas. Se discute si había otra alternativa a la misión [Barrio Adentro](#), de mayor integración y reforzamiento del sistema, y los eternos retos pendientes del sistema de salud venezolano.



Logos de los diferentes subsistemas que integran el sistema público de atención sanitaria de Venezuela

¿Qué atención sanitaria había antes de la Misión “Barrio Adentro”?

Cuando te dicen que la [Misión Barrio Adentro](#) ha conseguido el acceso de los habitantes de los barrios a la atención sanitaria, te preguntas porqué esta atención no estaba antes asegurada (antes de 2003! fecha de arranque de la misión) ¿No había sistema de atención primaria en los barrios o falló estrepitosamente? En ese caso, ¿qué es lo que falló? ¿La red de Barrio Adentro convive con la red de atención primaria anterior? ¿La ha sustituido? ¿Ha surgido donde antes no había nada? Estos fueron los puntos de arranque del despertar de mi curiosidad sobre la organización del sistema de salud en Venezuela. A continuación, os cuento los modestos resultados, de esta “investigación” breve, y seguramente superficial e incompleta:

² Editado el 26 de diciembre de 2011 en el blog “Salud Pública y algo más” (http://www.madrimasd.org/blogs/salud_publica/2011/12/26/132945)

Desde los años 80' hasta el año 1998, Venezuela sufrió una desinversión progresiva en el sector salud, con el consecuente deterioro de los servicios públicos de salud. En gran parte, debido a las políticas neoliberales, impuestas por el FMI y el Banco Mundial a los países latinoamericanos a quienes prestaba dinero para controlar su enorme deuda pública. El modelo no primó la Atención Primaria de Salud (APS), sino que, aproximadamente, el 80% de los gastos del sector correspondían a los hospitales y solo el 20% se dedicaban a ambulatorios y servicios de salud pública[1]. El gasto público global como porcentaje del PIB, también fue decreciendo hasta llegar a cifras a todas luces insuficientes (1.3% de promedio del PIB en el período 1990-98)[2].

Paralelamente, se produce un avance intensivo de la privatización de los servicios de salud. Por una parte, se introduce el copago dentro de los servicios de salud, exigiendo colaboraciones en dinero o en especies, creando las cajas recuperadoras de costos o colocando tarifas por cada tipo de atención ofertada. Por otro lado, van proliferando establecimientos médicos privados, que ofrecen tarifas “populares”, paquetes pre-pagados, afiliación a seguros y toda la gama del negocio de la salud. Simultáneamente, los trabajadores del sector público comienzan a negociar y a obtener en sus contrataciones colectivas seguros de hospitalización, cirugía y maternidad, porque los servicios de salud del Estado no funcionaban, con lo cual se le da otro empujón al mercado creciente de la salud¹.

Los profesionales médicos y de enfermería se ven seducidos por el negocio de la salud, derivando algunos a los pacientes a sus clínicas privadas desde los hospitales y establecimientos públicos. Las universidades venezolanas comenzaron a licenciar a médicos para quienes el trabajo rural y/o comunitario era sólo un requisito formal para poder estudiar posteriormente un postgrado clínico y orientarse fundamentalmente al ejercicio privado, porque, entre otras cosas, en el sector público las condiciones de trabajo se deterioraban cada vez más.¹

Según un informe de la oficina de la Organización Panamericana de la Salud (OPS)[3] en Venezuela, el 45% de los médicos atienden a 4 de los 5 estratos sociales existentes en Venezuela, mientras un 55% de los médicos atiende al estrato de mayor ingreso económico, y además se concentran en áreas geográficas urbanas de mayor desarrollo. Igualmente, se muestra que más del 50% son especialistas.

[youtube]<http://www.youtube.com/watch?v=BlikbMXj2KQ>[/youtube]

Video del programa “Caracas, en directo” del canal Avila TV, dependiente del Ministerio del Poder Popular para la Comunicación e Información (es decir, televisión gubernamental), en el que se critica el caracter de negocio de las clínicas privadas y se justifica y ensalza, por ello, la Misión “Barrio adentro”. Os recomiendo un simple ejercicio: introduciendo "sanidad en Venezuela" en el buscador de Youtube pueden encontrarse diferentes videos (algunos de programas de TV) que describen la sanidad venezolana, de forma muy opuesta y maniquea, según su orientación chavista o antichavistas.

Es decir, respondiendo a la pregunta inicial: en los barrios, antes de la [Misión Barrio Adentro](#), había un antiguo sistema público de medicina primaria, en declive y abandono institucional, formado por los llamados “ambulatorios urbanos tipo I” y por los “ambulatorios rurales”, que se fueron abandonando también por parte de los profesionales sanitarios, por las siguientes causas:

1. Bajo salario de los médicos y sanitarios, que compatibilizaban su trabajo en el sistema público con la práctica privada. Según algunas fuentes, trabajaban en los ambulatorios públicos con contratos de 6 a 8 horas diarias, pero la mayoría asistían solo durante 3 horas.
2. Mal equipamiento de los centros (con bajos “insumos”), que limita la eficacia de la práctica y desincentiva la motivación profesional
3. Problemas de inseguridad y violencia (ataques, robos, incluso, violaciones de personal sanitario)
4. Falta de compromiso social de una parte del personal sanitario

La falta de funcionamiento del sistema público permite medrar la medicina privada, solo accesible para las clases medias y altas. O viceversa: a muchos profesionales que simultanean la práctica en la pública y la privada (y, algunos, también son empresarios de la privada), no les interesa que funcione bien la pública, favoreciéndose, como se ha mencionado antes, el trasvase de pacientes de la pública a la privada.

Las clases bajas van construyendo una cultura de no usar estos ambulatorios abandonados, mal dotados y, por lo tanto, poco resolutivos, sino que acuden cuando tienen algún problema a los servicios de urgencia hospitalarios, que se convierten en la puerta de entrada al sistema. Esta cultura ha pervivido de forma tan intensa, que incluso en los barrios donde hay centros de la [Misión "Barrio Adentro"](#) una parte importante de la población sigue acudiendo a las urgencias hospitalarias cuando tienen algún problema agudo (sin pasar por el consultorio popular).

Segmentación del sistema de salud

Además, el sistema público de salud estaba (y todavía está) segmentado en varios subsistemas de atención y servicios no articulados, que suman un total de más de 4.700 establecimientos^[4]:

- El del Ministerio de Salud (donde se encuadraban los ambulatorios urbanos y rurales, antes mencionados, que se convierten en un sistema para “pobres”, para los que no tienen otro tipo de aseguramiento). Comprendía en el año 2000 a 4.605 ambulatorios y 213 hospitales.
- El del Instituto de Seguridad Social (IVSS), dependiente del Ministerio de Trabajo, que comprendía en 2000 a 79 ambulatorios y 31 hospitales, siendo autónomo para el ejercicio de sus funciones de financiamiento, aseguramiento en salud y provisión de atención.
- El de las Fuerzas Armadas (Instituto de Previsión Social de las Fuerzas Armadas), con 21 ambulatorios y 13 hospitales
- El de los trabajadores de la enseñanza: Instituto de Previsión de Asistencia Social del Ministerio de Educación (IPASME), que tiene 56 ambulatorios;
- El de los gobernadores y alcaldías autónomas
- El de las grandes empresas, como PDVSA (Petróleos de Venezuela, SA) con 3 hospitales y 3 ambulatorios.

En los años 90 se inició un proceso de descentralización de los servicios del ministerio a las 24 entidades federales, que no se completó, se hizo irregularmente y contribuyó, aun más, a la segmentación del sistema.

¿Había alternativa a Barrio adentro?

La Revolución Bolivariana de Venezuela, desde 1999 ha prometido la construcción de un Sistema Público Nacional de Salud como la solución y la mayor garantía del derecho a la salud, incluida las poblaciones más pobres excluidas hasta entonces del mismo. Por ello, la decisión que tomo el gobierno de Chávez en 2004 de asegurar el acceso a los servicios sanitarios de la población socialmente más necesitada, mediante la Misión Barrio Adentro, consigue su objetivo, pero a costa de aumentar aun más la segmentación del sistema, al incorporar un nuevo subsistema.

Según sus críticos, fue un error incomprensible y el desaprovechamiento de una oportunidad histórica. En vez de dotar adecuadamente[5] la red de atención primaria (por ejemplo, mejorando los sueldos, las condiciones de seguridad de la practica profesional, los equipamientos, introduciendo medidas de exclusividad profesional, o desincentivando el pluriempleo, etc.), e integrarla en una red publica, también bien dotada, de atención especializada, crea una red paralela con profesionales cubanos. Y, para justificarlo, el presidente Chávez habría desprestigiado e insultado públicamente a los médicos venezolanos, sin tener suficientemente en cuenta los componentes estructurales de la desincentivación profesional de la práctica pública.

Estos profesionales sanitarios acabarían enfrentados al proyecto de reforma y cultivando una desconfianza visceral hacia todo lo que venga del gobierno bolivariano. La identificación de la reforma con el presidente Chavez, y la falta de apoyos entre una parte importante de los profesionales sanitarios venezolanos y los usuarios de las clases medias, supondría, además, que la sostenibilidad del nuevo sistema creado, a partir de la Misión "Barrio Adentro", estaría profundamente condicionada por la permanencia en el poder de Hugo Chávez.



Imagen sobre “la medicina capitalista” aparecida en la web del presidente Chávez, a propósito de la ley reguladora de la actividad aseguradora. Fuente: <http://www.chavez.org.ve/temas/noticias/aprobada-ley-actividad-aseguradora/>

La red de Barrio adentro, aunque ha conseguido logros apreciables en cuanto a asegurar el acceso a los servicios básicos de salud de los más vulnerables, ha continuado desligada del resto de la estructura orgánica y funcional del Ministerio de Salud venezolano y sus programas nacionales. Sigue dependiendo de la misión médica cubana y originalmente, del viceministro cubano de sanidad. Actualmente, depende directamente del gabinete de la ministra de salud y,

según algunas fuentes, está en proceso de integración progresiva en la estructura de gestión y en los programas nacionales del ministerio. La integración definitiva sería una cuestión de tiempo y paciencia.

Según los chavistas, esta decisión fue inevitable y se debió a la no disponibilidad de profesionales que quisieran irse a trabajar a los barrios, a su falta de compromiso social y a su actitud elitista y clasista. Un número muy importante de profesionales han abandonado el país y muchos otros solo están atraídos por la práctica privada. Iba a ser una solución provisional, cuyos efectos secundarios, se corregirán con la incorporación de nuevos profesionales venezolanos, mediante el [programa de formación de los MIC](#).

Otra importante medida tomada por el presidente Chávez, reconocida como positiva por sus críticos más generosos, fue universalizar la atención sanitaria a todos los venezolanos. Es decir, permitir el acceso de todos los venezolanos a la red de centros de la seguridad social, aunque no fueran cotizantes, y a los hospitales y centros sanitarios de las fuerzas armadas, aunque no fueran militares. Al parecer, actualmente se permite la libre elección de centro y médico, con lo que supongo que se dificulta la atención zonificada y la salud comunitaria (diferenciada por el territorio de residencia y sus determinantes de salud: la comunidad), excepto en los territorios cubiertos por la misión barrio adentro, donde por sus características intrínsecas, el uso de servicios está fuertemente territorializado.

La Ley, el Sistema y el Plan de Salud integrales pendientes

Sin embargo, doce años después de iniciarse la revolución, todavía no se dispone de una ley y un sistema integral, siguiendo los subsistemas de salud dependiendo de diferentes ministerios y niveles de la administración. Según algunas fuentes, la Administración del Estado nunca ha funcionado intersectorialmente, excepto para algunos negocios. Incluso, las Misiones, que son una caricatura de un Estado paralelo o de un Poder Dual, tampoco llegan a funcionar integradamente y, al final (o desde el principio, en algunos casos), comienzan a reproducir los males del viejo Estado.

Ha habido algunos intentos de integrar las políticas de salud con el resto de las políticas públicas, que no han acabado de cuajar: El Plan Estratégico Social (PES) de 2002, el cual fracasó y el Plan Nacional de Salud 2009-2013/2018, el cual no fue aprobado, pese a haber sido elaborado con la concertación de 22 Ministerios del país.



Foto de grupo con algunos de los responsables de los 18 programas nacionales del Ministerio del Poder Popular para la Salud, al final del agradable y fructífero “conversatorio” que tuve con ellos el 24 de noviembre de 2011. **De pie, de izquierda a derecha:** 1) Lic. Freddy Mejía. Asistente de la Dirección General de Programas de Salud (DGPS); 2) Técnica Elizabeth León. Equipo de Promoción de la Salud de la DGPS; 3) Técnico Antonio Marimón. Estadísticas del Programa Nacional (PN) de Fibrosis Quística; 4) Dra. Beatriz Sánchez. Adjunta de la DGPS; 5) Javier Segura del Pozo; 6) Psicóloga Melina Herrera. Coordinadora del PN Antitabaco; 7) Dr. Saúl Peña. Coordinador del PN de Accidentes y Hechos Violentos y Presidente de la Sociedad Venezolana de Salud Pública y de la Red de Sociedades Científicas Médicas de Venezuela.; 7) Dra. Beatriz Larocca. Coordinadora del PN de Salud Cardiovascular. **Sentados:** 1) Lic. Lía Talavera. Coordinadora del PN de Bancos de Sangre; 2) Técnica Mildred García. PN de Salud Cardiovascular; 3) Psicóloga Nancy Espinoza. P.N. de Accidentes y Hechos Violentos; 4) Dr. Israel Bermúdez. Coordinador del PN. de Salud Visual.; 5) Dra. Luisa Bolívar. Adjunta del P.N.de Oncología. **Fuente foto:** Javier Segura, noviembre 2011.

Foto de abajo: Javier Segura en los pasillos del Ministerio del Poder Popular para la Salud (¡que le recordaban mucho los pasillos del ministerio de sanidad español, en Madrid!), y cartel con la convocatoria del “conversatorio” de ese día.

Fuente foto: Javier Segura, noviembre



2011.



¿Y los Servicios de Salud Pública?

Finalizaremos diciendo que, además de los subsistemas de asistencia sanitaria, los servicios de salud pública[6] corren a cargo del Ministerio del Poder Popular para la Salud[7]. Los programas de prevención, promoción de la salud y vigilancia epidemiológica están centralizados en el ministerio. Hay 18 programas nacionales, que tienen responsables regionales en cada una de las 24 entidades federales. Dentro de los estados, hay epidemiólogos y técnicos de salud pública, a nivel de los distritos. Como veremos, la relación y coordinación entre estos programas nacionales y la red de Barrio adentro (con sus promotores de salud), es una tarea pendiente.

Entre los organismos públicos de salud, dependientes del ministerio, destacaría el Instituto de Altos Estudios “Dr. Arnaldo Gabaldón”, dedicado a la formación[8]. Por otra parte, el Congreso Venezolano de Salud Pública de 2011, al que fui invitado, tenía como tema central la salud ocupacional. Por ello, tuve ocasión de comprobar las indudables oportunidades que se han abierto en el desarrollo de la protección a la salud de los trabajadores. Los servicios de salud ocupacional venezolanos han resurgido después de la reforma en 2005 de la primera Ley Orgánica de Prevención, Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo (Lopcymat), promulgada en 1985, pero que tuvo un desarrollo muy limitado.

Acostumbrado a la dedicación exclusiva en España del salubrista, un elemento que me sorprendió en Venezuela fue el elevado número de médicos salubristas que, además de su formación salubrista, también son médicos especialistas clínicos (ginecólogos, neumólogos, cardiólogos, oftalmólogos, etc.), y que, en muchos casos, simultanean su práctica salubrista en la administración pública, con práctica privada como especialistas clínicos[9]. ¿Creéis que determina esto en algo el desarrollo y enfoque de la Salud Pública en los países?

[1] Freddy Mejía. “Revolución Bolivariana, Políticas de Salud y el Sistema Público Nacional de Salud”. Texto inédito de la clase inaugural del “Diplomado de Prevención y Tratamiento de las Adicciones”, Fundación “José Félix Rivas”. Ministerio del Poder Popular para la Salud. 2008

[2] Indicadores de gasto en salud. Citado por Freddy Mejía

Disponible (aunque, yo no he podido acceder) en: <http://www.sisov.mpd.gov.ve/indicadores/salud/gastopublicoensalud/>

[3] Serrano CR. “Estrategias de Cooperación con los Países. Informe de Situación sobre Desarrollo de Recursos Humanos en Salud”. [Sitio en Internet] OPS-Venezuela/documentos. Citado por Freddy Mejías

Disponible (aunque, yo no he podido acceder) en: http://www.ops-oms.org.ve/site/venezuela/docs/Recursos_Humanos.doc.

[4] “Estrategias de Cooperación de OPS/OMS con Venezuela 2007-2010”. Junio 2006. Ministerio del Poder Popular para la Salud del Gobierno Bolivariano de Venezuela/ OPS. Disponible en: http://www.who.int/countryfocus/cooperation_strategy/ccs_ven_es.pdf

[5] Principalmente, a partir de los ingresos del estado provenientes del petróleo.

[6] Quiero reconocer que con el título de los artículos (“explorando la Salud Pública de Colombia y Venezuela”), que tienen un contenido dominante en cuanto a la organización del sistema público de asistencia sanitaria (es decir, la Sanidad Pública), he contribuido a la habitual confusión entre Salud Pública y Sanidad Pública. Aunque el campo de trabajo y las funciones de la Salud Pública, incluyen la administración sanitaria y el acceso de la población a los servicios sanitarios, su especificidad (especialmente, frente a la medicina clínica y la gestión de los servicios sanitarios) se basa en el campo preventivo y la intervención frente a los riesgos: la prevención de los problemas de salud, la promoción de la salud, la vigilancia epidemiológica, la investigación de los determinantes sociales de salud y la intervención sobre los mismos. Es desde este último punto, desde el que he enfocado el estudio de experiencias como las de Barrio adentro en el campo de la salud pública. Pero, acordémonos que Salud Pública no es un sinónimo de Sanidad Pública. Y cuando describamos al sistema de salud, no debemos conformarnos con los servicios asistenciales, sino también considerar los servicios de salud pública.

[7] Venezuela fue una de los países pioneros en disponer de un ministerio de sanidad: 1936. La salud pública venezolana tiene una notable historia, gran tradición y merecido prestigio, habiendo dado ilustres salubristas. Un parte importante de la generación pionera se formó a principios del siglo XX bajo los auspicios de la Fundación Rockefeller, como ocurrió en otros países del entorno (y en España: ver en este blog el artículo [Biopolítica y Salud Pública \(17\): Biopolítica global y la historia de “la salud mundial” \(2ª parte: la Fundación Rockefeller\)](#))

[8] La web del IAE es: <http://www.iaes.edu.ve/index.php>. Tiene una sección de descarga gratuita de libros digitales, de la que me he aprovechado, altamente recomendable: <http://www.iaes.edu.ve/index.php/centro-de-descargas/viewcategory/3>

[9] Aunque debo recordar que en España no ha sido infrecuente, en los últimos años, el que se pusiera al frente de las estructuras de Salud Pública a profesionales sanitarios que provienen de prácticas clínicas y con una formación muy débil, cuando no inexistente, en Salud Pública. Es decir, no es que tengan una doble formación, como algunos de nuestros colegas venezolanos, sino que son especialistas clínicos o de otras prácticas públicas (ejemplo, inspectores sanitarios), sin una formación postgraduada añadida en Salud Pública, en la mayoría de los casos. No reconociéndose, al parecer, por parte de quien les nombra el valor de la profesionalidad específica del campo de la Salud Pública. Sin embargo, aunque se ha relajado en toda la administración la exigencia de dedicación exclusiva, y se ha rebajado el valor atribuido a la misma, creo que son una minoría los que tienen práctica clínica privada simultánea a la práctica saubrista. ¿O no?

3. Misión Barrio Adentro (1ª parte: origen y desarrollo)³

Después de haber dado algunas pinceladas del sistema de salud venezolano, y de su contexto político y social, en los dos anteriores artículos (ver [De Caracas a Popayán: explorando la Salud Pública de Venezuela y Colombia](#) y [El sistema público de salud en Venezuela](#)), hoy nos adentraremos en conocer la **Misión Barrio Adentro** (MBA). Aunque originalmente nació como una parte de un más amplio proceso de desarrollo comunitario endógeno de las zonas más deprimidas del municipio Libertador (de la ciudad de Caracas), acabó convirtiéndose en un intento de construir una alternativa bolivariana al sistema público sanitario a nivel nacional. Está sustentada en la contratación de más de 30.000 profesionales sanitarios cubanos, que trabajan en más de 6.500 puntos de consulta en todo el país, dando cobertura sanitaria a más de 16 millones de venezolanos. La MBA trascendió la idea original de centrarse en la Atención Primaria de Salud para acabar incluyendo la atención hospitalaria y el diagnóstico especializado.



Imágenes de un médico cubano “haciendo terreno”, de un odontólogo en consulta infantil, del logotipo y de los típicos consultorios populares de planta octogonal de la MBA

Misión Barrio Adentro: ¿proyecto de desarrollo comunitario o proyecto de atención médica?

Como veremos, la Misión Barrio Adentro (MBA) no se inicia como un proyecto de salud, sino como un proyecto social de desarrollo comunitario, con una fuerte participación y protagonismo ciudadano, que surge desde una iniciativa local para responder a unas necesidades geográficas e históricas muy concretas de los barrios pobres (“los barrios”) de la periferia de Caracas, en el que el acceso a los servicios sanitarios, aunque importante y prioritario, no era el tema único,

³ Editado el 26 de diciembre de 2011 en el blog “Salud Pública y algo más” (http://www.madrimasd.org/blogs/salud_publica/2012/01/09/132990)

pues incluía vivienda, medio ambiente, nutrición, recreación, educación y empleo[1]. Sin embargo, tras su adopción por el estado bolivariano y su extensión a nivel nacional, la MBA va transformándose en el motor del proyecto de construcción de un sistema nacional de asistencia sanitaria alternativo al existente.

Por ello, a la larga los textos sobre la MBA se centran en el número y tipo de médicos contratados, en el número y tipo de centros sanitarios construidos y en el número de consultas y vacunaciones realizadas. Los aspectos de desarrollo comunitario ajenos al sector sanitario (incluso, los de los programas de promoción de la salud) quedan en un segundo plano o encuadrados fuera de la MBA[2].

Aunque desde lo teórico, se reconoce el papel secundario de los servicios asistenciales (y de los profesionales sanitarios) como determinantes de la salud y su peso relativo en la lucha contra las desigualdades sociales en salud, la MBA se convierte en un “programa médico”, quedando la acción sobre los otros determinantes de la salud, encuadrado en las otras misiones sociales, con una conexión con la MBA que no he conseguido esclarecer.



Imagen de bloques de viviendas del barrio 23 de enero al noroeste de Caracas, construido en los años 50 bajo el gobierno del General [Marcos Pérez Jiménez](#), que es uno de los “guettos” más pobres y conflictivos de Venezuela y que tuvo un papel protagonista en el inicio de la MBA. Fuente foto: Javier Segura, noviembre 2011

Origen de la Misión Barrio Adentro

El origen de la MBA hay que situarla en una iniciativa del Alcalde de Caracas, Freddy Bernal, y su equipo[3], que bajo la presión de las comunidades organizadas de las zonas más empobrecidas, puso en marcha el llamado “Plan Barrio Adentro”. Se trataba de un Plan Integral de Desarrollo de las Comunidades, de un conjunto de políticas transversales que pretendían hacer que la Revolución Bolivariana elevara la calidad de vida de los sectores excluidos, promoviendo la organización social y comunitaria. Se inicia formalmente el 22 de Mayo de 2003[4], con la firma del “Acta Convenio entre la Alcaldía del Municipio Libertador y el Colegio de Médicos del Distrito Metropolitano de Caracas”, para dar cobertura a 171 barrios, con la participación de 200 Médicos Cubanos y 30 Médicos Venezolanos[5] y con una inversión inicial de mil millones de bolívares[6].



Freddy Bernal (http://es.wikipedia.org/wiki/Freddy_Bernal), alcalde del municipio Libertador de Caracas (2000-2008) e impulsor del original Plan Barrio Adentro, que se transformó en MBA. Fuente: www.periodico24.com

Posteriormente (finales del 2003), el Presidente Hugo Chávez la institucionalizó como “Misión Barrio Adentro”, decretando su aplicación en todo el país. En dicho decreto se establece que “La Comisión Presidencial “Misión Barrio Adentro” tendrá como objetivo la implementación y coordinación institucional del Programa Integral de prestación de Atención Primaria de Salud, estimulación e implementación de expresiones de la economía social y transformación de las condiciones sociales, económicas y ambientales de las comunidades bajo un nuevo modelo de gestión basado en principios de interdependencia, coordinación, corresponsabilidad, cooperación y de participación activa y protagónica de las comunidades organizadas”.

[youtube]<http://www.youtube.com/watch?v=IpocT2BP85I&feature=related>[/youtube]

Video de 2008 de un informativo de la TV Cubana en el que se entrevista a algunos de los primeros primeros 53 médicos que iniciaron la misión Barrio Adentro el 16 de abril del 2003

Los Barrio Adentro I, II, III y IV

Desde 2004, la MBA ha seguido un proceso de desarrollo en cuatro etapas (denominadas “Barrio Adentro I, II, III y IV”), que acaban con-fundiéndose con cuatro niveles de atención en salud, merced a la creciente ambición del proyecto y, tal vez, de la transformación de su esencia inicial. Es decir, desde un sistema de APS, encuadrado en un proyecto de desarrollo comunitario de “los barrios”, a un sistema nacional de servicios sanitarios (que incluye a los servicios hospitalarios), alternativo y paralelo al existente[7].

En este desarrollo, la MBA contó con el fuerte apoyo de Francisco Armada, ministro de Salud entre noviembre de 2004 y enero de 2007, quien obtuvo su doctorado en Salud Pública en la Universidad Johns Hopkins bajo la tutela del conocido médico y profesor español Vicente Navarro[8].

Barrio Adentro I

Fue la etapa inicial, dirigida a superar la exclusión social en salud, mediante la puesta en marcha de 6.576 puntos de consulta, priorizando las poblaciones tradicionalmente empobrecidas y sin acceso al sistema de salud a nivel urbano y rural [9].

La población organizada aportó locales provisionales para la residencia del personal de salud y para las actividades de atención integral, mientras progresivamente, en un esfuerzo conjunto del Estado y las comunidades organizadas se avanza en la construcción de nuevos centros de salud. Hasta octubre del 2008 se completó la construcción y equipamiento de 3.456 **Consultorios Populares** [10]. Muchos de ellos, se construyen con un peculiar diseño de planta octogonal, fachada de ladrillo visto y cubierta azul, con la consulta en la planta baja y la vivienda del médico en la primera planta.

A la labor de los más de 18.000 médicos, odontólogos, enfermeras, rehabilitadores y otro personal sanitario cubano, se sumaron varios miles de venezolanos: 7.477 Defensoras de la Salud, provenientes de las comunidades, que se capacitaron para apoyar al médico y servir de promotores de salud integral, 2.383 odontólogos generales integrales, 986 médicos especialistas en Medicina General Integral y 1.847 vacunadoras.

Barrio Adentro II

Para apoyar y complementar la capacidad diagnóstica y resolutive de los Consultorios Populares (Barrio Adentro I) y ante las dificultades de los médicos cubanos de derivar pacientes a los existentes centros diagnósticos y de atención especializada del sistema público de salud venezolano, se crean (a iniciativa de la Misión Médica Cubana, dirigida por el Viceministro cubano de la Salud), cientos de centros de diagnóstico y rehabilitación dentro de la MBA:

- los *Centros de Diagnóstico Integral (CDI)*, que incluyen servicios de endoscopia, laboratorio clínico, electrocardiografía, oftalmología, emergencias, quirófano (CDI Quirúrgicos), Rx y ultrasonido;
- las *Salas de Rehabilitación Integral (SRI)* destinadas a prestar los servicios de electroterapia, tracción cerviceo lumbar, termoterapia, hidroterapia, gimnasio pediátrico y adulto, terapia ocupacional, medicina natural y tradicional, terapia del lenguaje y podología;
- los *Centros de Tecnología Avanzada (CAT)* que incluyen: resonancia magnética, tomografía axial computarizada, densitometría ósea, laboratorio SUMA, Rx, video endoscopia, ecosonografía tridimensional y electrocardiografía,
- las *Ópticas Populares*, destinadas a asegurar la disponibilidad de lentes correctivos para toda persona que los necesite;

En octubre del 2008 estaban operativos 455 CDI (que incluían más de 2000 nuevas camas incorporadas al sistema), 533 SRI; se habían construido 25 CAT, y operaban un número variable de Ópticas Populares [11].

Algunos ambulatorios preexistentes han sido readaptados e incorporados a esta estrategia como parte de Barrio Adentro II, surgiendo de esta manera las **Clínicas Populares**. Según las

fuentes críticas, sin embargo, lo único que se ha hecho en estos casos, es cambiar el nombre de Ambulatorios por Clínicas Populares.

En el proyecto bolivariano, Barrio Adentro I y II sería la red de servicios de primer nivel de atención del nuevo Sistema Público Nacional de Salud en desarrollo, que resolvería alrededor del 90% de las necesidades y demandas de atención. Sin embargo, en la actualidad, al inicio del 2012, como comentamos en el anterior artículo (ver en este blog: [El sistema público de salud en Venezuela](#)), la MBA sigue siendo un subsistema que convive con otras redes de atención sanitaria, insuficientemente integradas [12].

Barrio Adentro III

Consiste en la modernización y adecuación tecnológica de los hospitales existentes (se ha adecuado la estructura de 160 hospitales en todo el país). Se trata de que la red hospitalaria se integre a las áreas de salud integral comunitaria, dotándolas de un conjunto de unidades de mayor nivel de complejidad, las cuales asumirían el restante 10% de los problemas que no tienen posibilidad resolutive en Barrio Adentro I y II.

Barrio Adentro IV

Consiste en el desarrollo de una red de 16 nuevos centros hospitalarios de atención, investigación y formación de talento humano de alto nivel de especialización, para problemas de salud de relevancia nacional que así lo ameriten, y para la cooperación internacional solidaria [13].

La Promoción de la Salud

La promoción de la salud de la MBA está basada en la acción de los promotores de salud que hemos mencionado antes. Estos promocionan, junto con los comités de salud y sus asesores profesionales, la formación de clubs y la realización de actividades comunitarias con contenidos de salud. **Los clubs** son grupos de personas que tienen en común la edad o la situación de salud. Hay clubs de embarazadas (para preparar para el parto y la maternidad), clubs del lactante (para enseñar a las madres a conseguir un adecuado desarrollo psicomotor del niño menor de un año), clubs de adolescentes, clubs de abuelos y clubs de grupos específicos (hipertensos, asmáticos, diabéticos y fumadores).

Además de las típicas charlas educativas de los sanitarios a la población, otras actividades de promoción de la salud de la MBA son: bailoterapias, planes de calle (grupo de actividades culturales, deportivas y recreativas en las que se transmiten mensajes de salud), jornadas de higienización (jornadas de vecinos para prevenir enfermedades infecciosas y embellecer el entorno) y programas comunitarios de radio y televisión local [14].

Las Misiones Sociales Bolivarianas y las Áreas de Salud Integral Comunitaria (ASIC)

Una ASIC se corresponde con el territorio social de varios Consejos Comunales, que a su vez tienen sus Comités de Salud. Hay un Comité de Salud por cada consultorio popular, escogido en asamblea de ciudadanas y ciudadanos y generalmente constituido por 10 personas. Para el año 2006 se habían registrado 8,951 Comités [15].

En las ASIC se articulan la red de servicios primarios de salud, con las redes sociales comunitarias y otras Misiones Sociales. Estas promueven el mejoramiento integral de la calidad de vida de las poblaciones empobrecidas, asegurando el acceso a los alimentos, a la educación, al empleo productivo, a la integración social, a la preservación de la cultura y el desarrollo de nuevos valores basados en la solidaridad y la corresponsabilidad social.

Con la Misión Alimentación (Red MERCAL, PDVAL) se suministran alimentos subsidiados a la población general y alimentos preparados de forma gratuita a la población en situación de extrema pobreza mediante las Casas de Alimentación, que para el año 2008 ascendieron a 6.075, distribuidas en todo el territorio nacional. Otras misiones a destacar son: Misión Milagro (salud oftalmológica), Misión Robinson (alfabetización), Misión Ribas (acceso a la educación secundaria) , Misión Sucre (acceso a los estudios universitarios), Misión Simoncito (a la preescolar), Misión Vuelvan caras (capacitación y empleo), Misión Zamora (tenencia de tierras en el medio rural), Misión Guaicaipuro (inclusión de la población indígena), Misión Hábitat (derecho a la vivienda), Misión Negra Hipólita (evitar que niños y ancianos estén en la calle) y MBA deportivo (fomentar el deporte).

Aunque inicialmente se alaba las ventajas de esta tipo de organización, cuya iniciativa, definición de necesidades y asignación de recursos surge de las comunidades (por lo que suelen ser mas eficaces, eficientes y flexibles), frente a los límites de las iniciativas clásicas que provienen de los ministerios, con un enfoque “de arriba a abajo”, algunas fuentes echan de menos **una mayor intersectorialidad entre las misiones**, y de estas con la estructura, recursos y programas correspondientes de la administración.

Su frescura “antiburocrática” inicial, se habría perdido, en cierto sentido, por su progresiva institucionalización y la creciente presencia del Estado y sus empresas afines (ejemplo, PDVSA), controladas por funcionarios afines. El resultado final no sería un nuevo “instituyente” y un nuevo “territorio social”, sino simplemente: instituciones paralelas, duplicadas e insuficientemente trabadas entre sí.

En la próxima entrega (“[Misión Barrio Adentro, 2ª parte: presente y futuro](#)”), os contaré mis impresiones de mi visita a una de las clínicas populares y hablaremos sobre algunos problemas actuales de la MBA, cómo el déficit de médicos venezolanos para trabajar en el sistema público, la oposición a la MBA y el posible futuro de esta red

[1] BRIGGS, Charles L. y MANTINI-BRIGGS, Clara. "Misión Barrio Adentro": Medicina Social, Movimientos Sociales de los Pobres y Nuevas Coaliciones en Venezuela. Salud colectiva [online]. 2007, vol.3, n.2, pp. 159-176. ISSN 1851-8265. Accesible en: <http://www.scielo.org.ar/pdf/sc/v3n2/v3n2a05.pdf>

[2] El modelo de desarrollo comunitario llamado “Desarrollo endógeno” está actualmente promovido y encuadrado en el Ministerio del Poder Popular para las Comunidades y la Protección Social. Para una definición del mismo, ver:

http://www.fonendogeno.gob.ve/index.php?option=com_content&task=view&id=29&Itemid=48

No he podido encontrar una web propia del original Instituto de Desarrollo Endógeno (IDEL), de donde surgió el proyecto Barrio Adentro, desconociendo si todavía existe, ha cambiado de nombre o ha sido absorbido por otro organismo.

[3] Freddy Bernal era alcalde del municipio Libertador, uno de los cinco núcleos que constituyen Caracas, y que abarca el famoso “Barrio 23 de enero”, quintaesencia de la exclusión social de Caracas. En esa época el núcleo principal de la capital, Distrito Capital, era fuertemente antichavista. Bernal formó en marzo de 2003 una división de casi dos docenas de empleados (incluidos los profesionales comunitarios, generalmente de origen obrero y del propio barrio, que han llegado a ser universitarios), que crearon el Instituto de Desarrollo Endógeno (IDEL). Según el artículo citado de Briggs, en el diagnóstico comunitario inicial, realizado conjuntamente con activistas del “barrio 23 de enero” llegan a la conclusión que la salud es el problema más grave con el que se enfrenta el barrio.

[4] En realidad, se inicia el 16 de abril del año 2003 con la llegada a la ciudad de Caracas de los primeros 53 especialistas cubanos de Medicina General Integral (solo un mes después de crearse el IDEL!). En el área seguía habiendo médicos cubanos, coordinados por un médico desde la Embajada cubana, que habían ayudado durante el trágico deslave de 1999 en el vecino estado de Vargas. Previa a su llegada, los trabajadores comunitarios del IDEL visitaron las comunidades para preguntarle a la gente si podrían albergar a un doctor cubano.

[5] Es interesante resaltar que frente a la pregunta estratégica de porqué no se desarrolló la MBA con médicos venezolanos, en vez de con médicos cubanos, se contesta con un hecho relatado por la Defensoría del Pueblo (ver: “Defensoría del Pueblo. Síntesis del Plan Barrio Adentro, actualizada a agosto de 2003”, accesible en: <http://200.44.98.254/detalle.asp?sec=190702&id=1320&plantilla=8>), según la cual “al concurso inicial del Municipio Libertador, respondieron solo 50 médicos venezolanos, pero 30 se negaron a vivir en los barrios; los 20 restantes se dedicaron a la atención secundaria”.

[6] Freddy Mejía “Algunas ideas para ayudar a pensar la situación de la salud en la República Bolivariana de Venezuela” Texto inédito. Ponencia presentada en la Mesa de Análisis de Coyuntura de Salud del Centro Internacional Miranda. Octubre 2009

[7] Gran parte de los datos que se exponen a continuación, y algunos textos, se han obtenido del documento no publicado “PLAN NACIONAL DE SALUD 2009-2013/2018”. Ministerio del Poder Popular para la Salud. Caracas, 2009. Estadísticas más actualizadas de la MBA se pueden encontrar en: http://www.minci.gob.ve/misiones/1/204341/salud_barrio_adentro.html

[8] BRIGGS, Charles L. y MANTINI-BRIGGS, Clara.

[9] Según el documento antes citado, en octubre de 2008, los 6.576 consultorios populares daban cobertura a una población de 16.760.870 venezolanos (1 Consultorio Popular por cada 2.549 hab.)

[10] Ministerio para el Poder Popular para la Planificación y el Desarrollo. “Logros de la revolución en un país de 28 millones de habitantes”. Caracas, Octubre 2008.

[11] Según las fuentes gubernamentales, en 2008 Barrio Adentro II había generado 9.956 nuevos empleos para personal venezolano en las áreas de medicina, enfermería, fisioterapia, bioanalistas, camareras, mantenimiento, chóferes de ambulancia, recepcionistas y cocina.

[12] Como dijimos en el anterior artículo, sigue pendiente una Ley rectora que integre efectivamente todos los subsistemas, teniendo además que luchar contra la cultura fuertemente enraizada de que sean las urgencias hospitalarias frecuentemente la puerta de entrada al sistema.

[13] “El buque insignia” de MBA IV es el Hospital Cardiológico Infantil "Dr. Gilberto Rodríguez Ochoa"

[14] OPS. “Barrio adentro. El derecho a la salud y la inclusión social en Venezuela”, Caracas, julio 2006. Accesible es http://www.bvs.org.ve/libros/Barrio_Adentro_Derecho_a_la_Salud_e_Inclusion_Social.pdf

[15] Carlos H. Alvarado, María E. Martínez et a. Cambio social y política de salud en Venezuela. Medicina Social, volumen 3, número 2, mayo 2008. Accesible en: <http://www.medicinasocial.info/index.php/medicinasocial/article/viewFile/202/421>

4. Misión Barrio Adentro (2ª parte: presente y futuro)⁴

Como continuación del anterior artículo ([Misión Barrio Adentro \(1ª parte: origen y desarrollo\)](#)) hoy completaremos nuestra reflexión sobre la original Misión Barrio Adentro. Contaré mis impresiones de la visita que hice hace algunas semanas a una clínica popular, situada en un “núcleo de desarrollo endógeno” de un barrio de las afueras de Caracas. Hablaremos sobre la necesidad de afrontar el reto del déficit de médicos en el sistema público de salud venezolano, la oposición a la misión y su posible sostenibilidad futura.



Entrada al núcleo de desarrollo endógeno “Fabricio Ojeda”, en el sector Gramoven de Catia, parroquia Sucre, al oeste de Caracas. Foto: Javier Segura, Noviembre 2011

El déficit de médicos en el sistema público

Como vimos en el anterior artículo, aunque la MBA era inicialmente un proyecto de aseguramiento de una Atención Primaria de Salud, se ha extendido hasta abarcar la atención hospitalaria y el diagnóstico especializado. También dijimos que uno de los problemas que tiene el sistema público de salud venezolano es la falta de médicos (lo que habrá justificado la “importación” de médicos cubanos). No solo en el nivel de atención primaria, sino en los hospitales públicos. La razón es que los médicos venezolanos se fueron a trabajar a las clínicas privadas (a su vez financiadas con seguros privados o públicos, pero con fondos fiscales) y unos cuantos se fueron al exterior.

Cuando se crea la nueva carrera de [Medicina Integral Comunitaria \(MIC\)](#), de la que hablaremos en el siguiente artículo, inicialmente, se formaban MIC para llenar los puestos de los módulos de BA (es decir, para sustituir a los médicos cubanos) y de APS en general, y para que después hicieran el postgrado de Medicina General Integral.

⁴ Editado el 15 de enero de 2012 en el blog “Salud Pública y algo más” (http://www.madrimasd.org/blogs/salud_publica/2012/01/15/133019)

Sin embargo, según algunas fuentes, debido al déficit de médicos en los hospitales públicos, 5.500 de los 8.000 [MIC](#) que acaban de licenciarse el pasado 1 de diciembre de 2011 van a ir a trabajar a los hospitales públicos y después harán especialidades clínicas. Estos (y el Estado) tendrán que afrontar otro problema en su formación y práctica, relacionado con lo anterior: la escalera jerárquica de formación en los hospitales o en muchos hospitales (internos de pregrado, internos, residentes de postgrados 1, 2 y 3, y adjuntos) está destruida o casi destruida.

La oposición a la MBA

La llamada a los médicos cubanos, que se legitimó mediante un convenio de cooperación entre Venezuela y Cuba, se justifica pues oficialmente desde la falta de compromiso social o el abierto boicot a las nuevas políticas sociales de la mayoría de la clase médica venezolana [\[1\]](#). Siguiendo este razonamiento, le hubiera llevado años al gobierno bolivariano convencer a contingentes de médicos generales y revertir la dinámica de la formación médica en el país para lograr echar a andar la Misión Barrio Adentro, mientras la gran deuda social de atención primaria de salud clamaba por ser saldada en primer lugar en los sectores excluidos de siempre (el 60% de la población venezolana)[\[2\]](#).

Téngase también en cuenta que el año anterior, el presidente Chávez tuvo que afrontar el suceso-cumbre de la persistente política de bloqueo y oposición de algunos sectores ciudadanos y grupos económicos (nacionales y multinacionales) a sus medidas de cambio y reforma social: el golpe militar frustrado de abril de 2002, que probablemente generó un replanteamiento de sus estrategias de alianzas y búsqueda de consensos (internos y externos).

Desde el principio la Federación Médica Venezolana y la Academia Nacional de Medicina[\[3\]](#), hicieron una intensa labor de oposición a MBA, incluyendo disputas legales contra la administración de Chávez sobre la legitimidad de la licenciatura y práctica de los médicos cubanos[\[4\]](#). Fruto de esta oposición se formaron nuevas asociaciones médicas que apoyaban el enfoque de MBA[\[5\]](#)

En agosto de 2006, el gobierno de los EE.UU., presidido entonces por George Bush, creó el programa “The Cuban Medical Professional Parole”, específicamente dedicado a animar a desertar al personal médico cubano que trabaja fuera de Cuba. Según un número de 2007 de la revista médica *Lancet*[\[6\]](#), un creciente número de médicos cubanos trabajando en misiones en el extranjero estaban desertando hacia los EE.UU. En julio 2007, Douglas León Natera, presidente de la Federación Médica Venezolana, informaba que más de un 70% de los módulos de MBA habían sido abandonados o dejados a medio construir[\[7\]](#).

Estas informaciones, potencialmente sesgadas, son, sin embargo, reforzadas cuando al visitar por las tardes algunos módulos de MBA te los encuentras cerrados, como me ocurrió a mí. Para justificarlo, recibes oficialmente dos tipos de explicaciones: que los médicos cubanos salen por las tardes a “hacer terreno” (y cierran el centro) o que el consultorio está en obras. Según otras versiones, el problema estaría en que los médicos cubanos se han adaptado en seguida a la anterior cultura de trabajo y (malas) costumbres de los médicos venezolanos en los barrios[\[8\]](#).

Mi visita a una clínica popular de la MBA

Desde que fui invitado a visitar Caracas, uno de mis objetivos era conocer de cerca la MBA. Con la inestimable ayuda de mis colegas del Ministerio (especialmente, de la del amable Dr. Israel Bermúdez) pude hacerlo una tarde. El lugar elegido fue el Núcleo de Desarrollo Endógeno Fabricio Ojeda, ubicado en el barrio de Gramoven en Catia (parroquia Sucre), al oeste de Caracas.

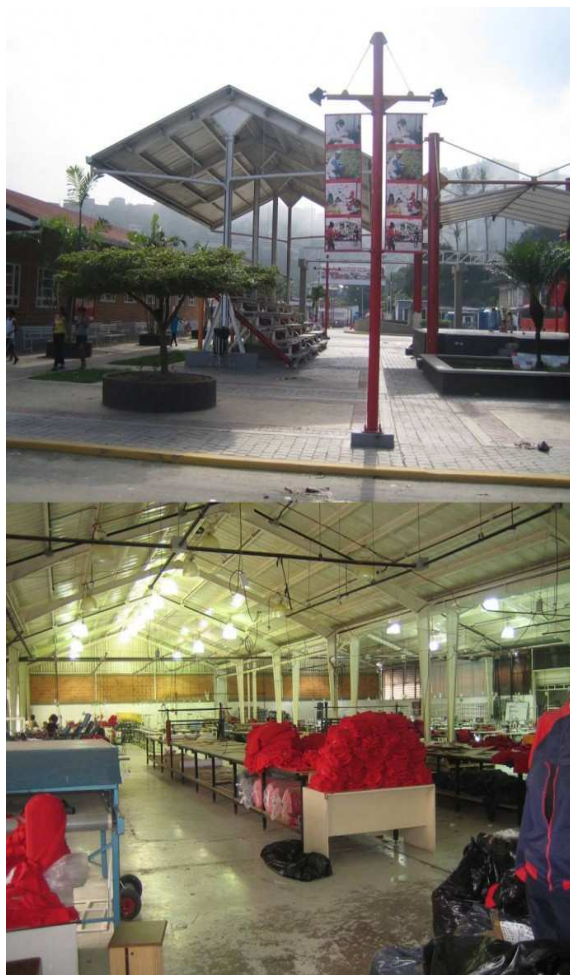
Cuando abandonas el centro de Caracas y te adentras en uno de sus cerros, la visión que recibes es más ilustrativa que la lectura de cien documentos sobre “los barrios”: feas hileras de edificios bajos de viviendas hacinadas, construidas con materiales pobres, con desnudas fachadas de cemento y ladrillo visto, conectadas por una maraña aérea de cables eléctricos, circulación por calles de tráfico denso y congestionado, vigiladas por soldados fuertemente armados, apostados cada 100 metros en la medianera de la vía, aceras animadas llenas de gente de aspecto humilde, puestos de vendedores ambulantes de frutas y otros alimentos, filas de gente de rostro cansado esperando pacientemente el autobús que les baje a la ciudad. Comparado con el centro de Caracas, aquí hay una mayor proporción de gente de piel oscura y rasgos africanos (al parecer, la presencia de inmigrantes de Haití y afrocolombianos es importante en este barrio). Nuestra mirada queda atrapada por varias personas vestidas completamente de blanco, sacerdotes y santeras *babalawos* [9], formados, al parecer, en Cuba.



Algunas imágenes del trayecto que conduce al barrio Gramoven de Catia. Fuente fotos: Javier Segura, noviembre de 2011

Es evidente, que si has tenido la desgracia de nacer en uno de estos barrios, tu futuro está bastante marcado. La igualdad de oportunidades parecerá una quimera, estando fuertemente determinado tu destino social, laboral y, por supuesto, como sabemos, tu salud y esperanza de vida. Para completar las amenazas a las que te enfrentarás, hay que tener en cuenta la importante presencia de la dupla crimen y tráfico de drogas en estos barrios.

Al entrar en el recinto del Núcleo de Desarrollo Endógeno Fabricio Ojeda, lo primero que llama la atención es que está fuertemente custodiada por soldados del ejercito y rodeado por alambre de espinos. Está ubicado en una antigua Planta de Llenado de la gran empresa pública Petróleos de Venezuela (PDVSA). Fue construido a partir de mayo de 2004 sobre los terrenos de PDVSA. Cuenta con una Clínica Popular (MBA II; ver [Misión Barrio Adentro \(1ª parte: origen y desarrollo\)](#)), una Botica Popular, un Centro de Rehabilitación Integral, viviendas para los sanitarios cubanos, una cooperativa de confección textil (que confecciona “bragas” -en español de España: "monos de trabajo"- con el tipico color bolivariano rojo vermellón para los operarios de PDVSA), una escuela bolivariana de la Misión Robinson , un Centro Maternal Simoncito, un Comedor Solidario, un Cafetín, un Auditorio-Gimnasio, canchas deportivas y una plaza techada para actividades culturales y comunitarias[10].



Interior de las instalaciones del nucleo endógeno. Arriba: plaza techada, con el edificio de la clínica popular a la izquierda; Abajo: interior de la cooperativa de confección textil de PDVSA. Fuente foto: Javier Segura, noviembre de 2011

Una vez dentro, nos encontramos con la desagradable sorpresa de que la clínica popular, principal destinataria de la visita, estaba cerrada, sin ningún cartel que explicara las causas ni el horario de apertura. Posteriormente, nos informaron que estaba en proceso de remodelación. En el momento de la visita (realizada a partir de las 2 ó 3 PM), salían de un aula un grupo de estudiantes de medicina de [MIC](#), a los que pudimos entrevistar (ya os contaré en el [siguiente artículo](#)).

Nos acercamos a visitar la cooperativa de confección textil, siendo inmediatamente referidos por las trabajadoras que descansaban en el exterior a la encargada de la cooperativa, quien nos atendió muy amablemente. Como las operarias, ella era una residente del barrio, que con gran entusiasmo y loas al presidente Chávez nos contó los grandes cambios que se habían dado en el barrio durante la última década, en cuanto a acceso a servicios de salud, educativos y tiendas subvencionadas de alimentación, además de las oportunidades nuevas de acceso a los estudios universitarios y al empleo para la generación más joven. La actividad del taller era baja, aunque se fue incrementando a lo largo de nuestra presencia.

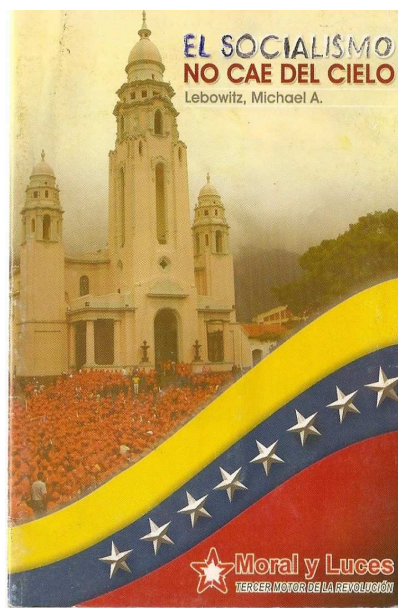
Seguimos visitando el complejo: había algunos niños jugando en una cancha deportiva. En ese momento, fuimos parados por una mujer anciana, enjuta, de baja estatura, pero de aspecto energético y ojos vivarachos, que se presentó como “la guía de las visitas turísticas” y nos dijo que debíamos presentarnos ante el encargado. Nos acompañó a lo que supongo que era el edificio administrativo, donde todo el personal que vimos era femenino, incluido la soldado que custodiaba la entrada. Sus paredes estaban decoradas con imágenes de Fidel Castro, el Che Guevara y el Presidente Chávez. El encargado o gerente era un hombre de mediana edad, empleado de PDVSA, con formación universitaria (educador social), profundamente chavista, que no residía en el barrio. Tuvimos una interesante charla e intercambio de pareceres sobre la MBA y los logros de la revolución bolivariana, a la que asistió atentamente la anciana antes referida, también evidente entusiasta del gobierno bolivariano.



Carteles, editados por PDVSA, con las imágenes de Chávez, Bolívar, Che Guevara y Fidel Castro, que decoran el interior del edificio administrativo del complejo visitado. Fuente foto: Javier Segura, noviembre de 2011

Cuando empezamos a hablar sobre las posibles deficiencias pendientes de la revolución, ella se fue y volvió con un regalo para mí: un pequeño cuadernillo que por su tamaño (14 x 10 cm; 16

paginas) me recordaba los catecismos de mi infancia. Su título era “El socialismo no cae del cielo” y estaba escrito por Michael Lebowitz, profesor canadiense de Economía, que actualmente vive en Venezuela apoyando la Revolución Bolivariana. Había sido publicado por el Ministerio del Poder Popular de la Educación (Consejo Presidencial “Moral y Luces”). El texto con una letra minúscula había sido pacientemente subrayado en algunos párrafos, anotándose además en la pagina final las palabras más complejas (“antagonismo”, “intrínsecamente”, “utópico”, “inherente”, etc.), dando fe del gran esfuerzo e interés de la anterior usuaria por captar la esencia del complejo texto y profundizar en las dificultades del proceso de construcción del socialismo del siglo XXI, a contracorriente de un muy probable bajo nivel educativo de base.



Portada del regalo que recibí “El socialimo no cae del cielo” de Michael Lebowitz, como contestación a algunas de mis preguntas. Fuente foto: Javier Segura, noviembre de 2011

El mensaje era claro: *no hay que desesperarse con “el vaso medio vacío” de la revolución, no hay que regodearse en las críticas y hay que tener paciencia, pues necesitamos más tiempo para construir el socialismo.* El gesto, que me emocionó y agradecí, también me hizo consciente de la enorme frustración que una derrota electoral chavista produciría en estos habitantes de los barrios. Antes de que cayera la noche abandonamos el complejo, sin que pudiéramos entrevistarnos con ninguno de los sanitarios cubanos cuyas viviendas estaban en el interior del complejo.

El futuro de la MBA

En una investigación realizada en 2005 por el Instituto Nacional de Estadística (INE) en Caracas, el 97 por ciento expresó estar satisfecho o muy satisfecho con la consulta médica general y el 98 por ciento declaró no tener ninguna o tener poca dificultad para acceder a la atención en salud, mientras que el 88,5 por ciento declaró haber tenido dificultad o mucha dificultad para acceder a la atención en salud con anterioridad a Barrio Adentro^[11] Importantes logros a nivel de salud pública (ejemplo, disminución de la mortalidad infantil) y de indicadores sociales (ejemplo, disminución de la pobreza e incremento de índices de desarrollo humanos), que repasaremos en siguientes artículos, se atribuyen (según la fuentes, total o en parte) a la MBA y las misiones sociales relacionadas.

De acuerdo a las entrevistas que hicieron Briggs y Mantino-Briggs en las comunidades locales de Caracas, el éxito de la MBA podría haber sido “uno de los factores decisivos” en la victoria de Chávez en el referéndum revocatorio de 2004 (ganado por 59% frente a 41%). De acuerdo a las opiniones recogidas durante mi visita al barrio, es indudable que la MBA y el resto de misiones sociales ha reforzado de forma muy importante la figura de Chávez y su base electoral en las comunidades más necesitadas.

Los habitantes de los barrios han recuperado su dignidad y autoestima, no se conforman con lo previo, pues ahora saben que otras políticas públicas son posibles. Si la oposición política al presidente quiere arrebatárle este apoyo, tendrá que ofrecer a esta población una alternativa social válida y muy diferente a la ofrecida por los gobiernos que precedieron a Chávez. Si a pesar de ello, la coalición opositora gana en otoño de 2012 y no aplica políticas sociales, que iguallen a superen las del gobierno bolivariano, la frustración en los barrios será enorme y las consecuencias impredecibles.

[dailymotion]http://www.dailymotion.com/video/xmmgln_barrio-adentro-solucion-eficaz-para-consolidar-el-sistema-de-salud-publica-nacional_news[/dailymotion]

Video de Globovisión sobre el futuro de la MBA titulado "Barrio Adentro: ¿Solución eficaz para consolidar el sistema de salud pública nacional?"

[1] Como ya vimos, desde otras posiciones se pone más énfasis en la falta de unas condiciones profesionales y de práctica clínica mínimamente decentes para que fuera atractivo el trabajar en el sistema público.

[2] Freddy Mejía. “Algunas ideas para ayudar a pensar la situación de la salud en la República Bolivariana de Venezuela” Texto inédito. Ponencia presentada en la Mesa de Análisis de Coyuntura de Salud del Centro Internacional Miranda. Octubre 2009

[3] Para ver la opinión que tiene la Academia Nacional de Medicina sobre la MBA, basta ver: <http://www.anm.org.ve/nlstory.cfm?ID=153&NLID=8595>

[4] En el 2003 obtuvieron una orden legal que impedía la práctica médica en Venezuela a los médicos cubanos, sobre la base que no estaban adecuadamente acreditados según el sistema venezolano. Los medios de comunicación anunciaron que los médicos y médicas cubanos tenían que abandonar el país, lo cual generó una gran movilización popular en defensa de Barrio Adentro. El Colegio Médico del Distrito Metropolitano presentó una aclaratoria según la cual los médicos y médicas cubanos no ocupaban cargos, sino que se encontraban en calidad de misión humanitaria, con lo cual se solventó la situación. Citado en: OPS. “Barrio adentro. El derecho a la salud y la inclusión social en Venezuela”, Caracas, julio 2006. [http://www.bvs.org.ve/libros/Barrio Adentro Derecho a la Salud e Inclusion Social.pdf](http://www.bvs.org.ve/libros/Barrio_Adentro_Derecho_a_la_Salud_e_Inclusion_Social.pdf)

[5] Los médicos que no están de acuerdo con la constante oposición de la Federación Médica Venezolana hacia las políticas de salud de Chávez formaron la Organización Nacional de Médicos, el Frente Nacional de Médicos Bolivarianos y la Organización Nacional de Médicos

para Venezuela. Estas organizaciones apoyan la MBA y buscan reorientar la educación médica hacia un enfoque centrado en las causas socio-económicas de la enfermedad (ver BRIGGS, Charles L. y MANTINI-BRIGGS, Clara. “Misión Barrio Adentro”: Medicina Social, Movimientos Sociales de los Pobres y Nuevas Coaliciones en Venezuela. Salud colectiva [online]. 2007, vol.3, n.2, pp. 159-176. ISSN 1851-8265. Accesible en: <http://www.scielo.org.ar/pdf/sc/v3n2/v3n2a05.pdf>)

[6] “Cuban doctors working abroad defect to the USA”, *The Lancet*, Volume 369, Issue 9569

[7] Citado en http://en.wikipedia.org/wiki/Mission_Barrio_Adentro

[8] En un inicio, el médico cubano tuvo un trabajo bastante intensivo. Hacía, al parecer, un diagnóstico comunitario de salud bastante participativo, con sus 250 familias que les tocaban, hacían la clasificación de los sanos, los enfermos, quienes tenían factores de riesgo, pasaban consulta en las mañanas y en las tardes hacían visitas de terreno (como ellos las llaman). En los últimos tres años han surgido denuncias de módulos de BA cerrados o que funcionan sólo en las mañanas (8 am a 12 m) como servicios de atención médica para enfermos. Con ello, se reproduciría en cierto sentido algunos aspectos de la situación previa a la MBA (los pluriempleados médicos venezolanos que trabajaban en los barrios, al compatibilizar la práctica privada con la pública, reducían la dedicación a ésta a unas 3 ó 4 horas al día, inferior a lo estipulado en sus contratos).

[9] <http://es.wikipedia.org/wiki/Babalawo>

[10] Para más información:
http://www.pdvsa.com/index.php?tpl=interface.sp/design/readmenu.tpl.html&newsid_obj_id=260&newsid_temas=92

[11] Instituto Nacional de Estadística (2005) Impacto Social de la Misión Barrio Adentro I (septiembre). Caracas: Ministerio de Planificación y Desarrollo. Citado en: OPS. “Barrio adentro. El derecho a la salud y la inclusión social en Venezuela”, Caracas, julio 2006. http://www.bvs.org.ve/libros/Barrio_Adentro_Derecho_a_la_Salud_e_Inclusion_Social.pdf

5. Medicina Integral Comunitaria (MIC): formación médica alternativa en Venezuela⁵

Dentro de la serie [“La Salud Pública en Venezuela”](#) hoy hablaremos de la nueva carrera de Medicina: “Medicina Integral Comunitaria” (MIC) que se diseñó al margen de las principales autoridades académicas y en paralelo a la formación médica tradicional. Esta dirigida por la misión médica cubana en Venezuela y la formación teórico-práctica principal se desarrolla en las instalaciones de la [Misión Barrio Adentro \(MBA\)](#). La originalidad consiste en que prioriza la formación en atención primaria y en salud comunitaria, frente a contenidos más clínicos y especializados. Pretende solucionar el déficit de médicos en el descapitalizado [sistema público de salud](#), actualmente apuntalado con 20-30.000 sanitarios cubanos. La intensa vinculación del MIC al “chavismo” pone en peligro la sostenibilidad futura de esta interesante iniciativa.



Estudiantes del Programa de Formación de Medicina Integral Comunitaria. Barbaças, estado Aragua. Abril 2006. Fuente: OPS. “Barrio adentro. El derecho a la salud y la inclusión social en Venezuela”

http://www.bvs.org.ve/libros/Barrio_Adentro_Derecho_a_la_Salud_e_Inclusion_Social.pdf

La MIC, en medio del fuego cruzado

Cuando llegué a Caracas a finales de noviembre, la persistente guerra dialéctica entre chavistas y antichavistas en los medios (ver [De Caracas a Popayán: explorando la Salud Pública de Venezuela y Colombia](#)) se centraba en las dudas sobre la cualificación profesional de los nuevos Médicos Integrales Comunitarios (MIC), cuya primera promoción de unos 7.000 licenciados iba a salir a principios de diciembre de 2011. En total 24.000 estudiantes estaban formándose en una nueva carrera de Medicina (MIC), en paralelo con otros 22.000 estudiantes siguiendo el sistema médico tradicional de formación. ¿Un país, dos sistemas de formación médica pregraduada?

⁵ Editado el 22 de enero de 2012 en el blog “Salud Pública y algo más” (http://www.madrimasd.org/blogs/salud_publica/2012/01/22/133033)

El MIC se había iniciado en 2005, surgiendo de la iniciativa de los Comandantes Fidel Castro y Hugo Chávez, conocida como “Compromiso de Sandino”, para la formación masiva de médicos, y otros profesionales de la salud, para Latinoamérica, el Caribe, África y el mundo. El gobierno bolivariano de Venezuela los presentaba como la gran aportación al escandaloso déficit de médicos en su sistema publico de salud (ver [El sistema público de salud en Venezuela](#) y [Misión Barrio Adentro \(2ª parte: presente y futuro\)](#)).

La mayoría de los estudiantes MIC provenían de los barrios y zonas humildes del país, se formaban en los centros de la [Misión Barrio Adentro](#) (MBA) y el enfoque de su formación se dirigía a dar una especial importancia a los determinantes sociales de la salud y a la participación comunitaria en la acción de salud. Todo ello, sería una garantía frente al problema, que ya mencionamos en los anteriores artículos, sobre la supuesta falta de interés y/o de compromiso social de los médicos venezolanos por trabajar en el sistema publico y ,especialmente, en los barrios y zonas rurales económicamente menos rentables.

También daría una solución al hecho de que el descapitalizado sistema publico de salud había sido apuntalado mediante la “importación” de unos 20-30.000 profesionales de salud venezolanos, cuya practica levantaba suspicacias y dudas legales sobre su ejercicio. (Ver [Misión Barrio Adentro \(1ª parte: origen y desarrollo\)](#) y [Misión Barrio Adentro \(2ª parte: presente y futuro\)](#)). La presencia de médicos cubanos suponía un importante coste para el estado venezolano (cuyo monto estimado no he podido averiguar) y, por lo tanto, su sustitución por las nuevas promociones de MIC venezolanos, iba a suponer ventajas de todo tipo.

Sin embargo, para la oposición al gobierno de Chávez y para una parte importante de la clase médica venezolana (incluidos los profesores, catedráticos y decanos de la mayoría de las Facultades de Medicina), el proyecto de MIC era casi una aberración, sobre la que recaen múltiples acusaciones, que, según pude comprobar, habían calado en la población, generando una desconfianza “a priori” sobre la calidad de la atención de estos futuros profesionales. Estas acusaciones se centraban en que, comparada con la formación clásica que se recibía en las Facultades de Medicina:

1. No tienen una buena formación clínica y hospitalaria.
2. No han hecho prácticas quirúrgicas. Les han formado con muñecos y con programas informáticos de simulación
3. No saben farmacología
4. Les dan formación política (para hacerles "agentes comunistas" pro-Chávez y por-Castro)
5. La formación solo dura 4 años (según algunas versiones, incluso solo 3 años^[1]).

Entre todos los reproches, me sorprendía que fuera objeto de debate y versiones contrapuestas algo tan objetivo como el número de años de la formación y que diferentes medios antichavistas no coincidieran en la exacta duración (demasiado breve) de la carrera.

Redefinir el contenido comunitario de la carrera de Medicina

Por otra parte, debo confesar que la acusación de un menor contenido de formación clínico hospitalaria especializada, no hacía más que despertar mi simpatía e interés por este nuevo diseño de formación médica pregraduada. Muchos de los que hemos sido formados en las facultades de Medicina, y luego no hemos dedicado nuestra practica a una especialidad clínica

de ámbito hospitalario, tenemos la sensación de que hay un enfoque equivocado en el diseño de formación pregraduada.

Está excesivamente centrada en conocimientos propios de especialidades clínicas y muy enfocada a la práctica hospitalaria, en detrimento de otros contenidos de indudable interés y apenas presentes en la formación médica pregraduada (por ejemplo: Salud Pública, Epidemiología, Sociología de la Salud, Psicología social, Pedagogía, Ética médica, Antropología médica, etc.) o que son más útiles en ámbitos de práctica no hospitalaria (ejemplo, atención a demandas y problemas de salud que se ven en el nivel primario) y que complementan a los anteriores. Además, la formación en aulas universitarias y en hospitales, debería ser complementada con la formación en centros de salud y en comunidades. El “terreno” médico (el ámbito de la práctica médica) no se reduce a los pasillos, habitaciones, consultas y quirófanos hospitalarios.



Javier Segura entre dos estudiantes de 5º año de MIC, delante de la Clínica Popular de MBA, ubicada en el núcleo de desarrollo endógeno Fabricio Ojeda, en el sector Gramoven de Catia, parroquia Sucre, en el oeste de Caracas. Foto: Javier Segura, Noviembre 2011

Hasta ahora las estrategias para equilibrar esta formación ha sido doble: crear una especialidad (de formación postgraduada) con contenidos específicos de APS y que de valor a la salud comunitaria (es el caso de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria-MFC- creada en España en 1979, que yo hice entre 1980-82, y que también existe en países latinoamericanos, como Venezuela y Colombia). La otra, que es menos común en nuestro entorno académico, es introducir más contenidos de APS y Salud Comunitaria en la formación pregraduada de los estudiantes de medicina (como es el caso de la MIC). Ahora en Venezuela conviven ambos modelos, y, según supe por una conversación con la presidenta de la Sociedad Venezolana de Medicina de Familia, ya hay temor de que compitan entre sí por puestos de trabajo en el sistema público

No es sorprendente que exista el sesgo pro-especialista-clínico, anteriormente mencionado, por la predominancia del modelo biomédico, mecanicista y asocial en la práctica y en la formación médica de la mayoría de los países, que da más valor a ciertos contenidos y ciertos ámbitos de formación. En España, hasta la década de los 80, solo los hospitales tenían capacidad de

formación, hasta que se crearon los primeros Centros de Salud de Atención Primaria y las correspondientes Unidades Docentes de Medicina Familiar y Comunitaria (MFC).

Hasta los futuros especialistas de MFC eran formados principalmente en un medio (con muy poca vocación comunitaria) en el que no iban a desarrollar su práctica futura: los hospitales. Pero se suponía que allí es donde residía *la Ciencia y el Saber*: en manos de los especialistas. Al fin y al cabo, para algunos, la MFC no era más que una suma de conocimientos de especialidades clínicas, con un pequeño toque de contenidos de Salud Pública y una pizca de Ciencias Sociales[2].

¿"Aberración bolivariana" o interesante rediseño de la formación médica?

Ese era el dilema que se planteaba pues con la MIC. ¿Cómo resolverlo en tan poco tiempo de estancia en Caracas y con el maniqueísmo de las fuentes disponibles? Seguí una doble estrategia: visitar un centro de la [MBA](#), donde pude entrevistarme con estudiantes de 5º año de MIC y estudiar a posteriori documentos que definiesen y analizaran este modelo de formación. Afortunadamente pude acceder a interesantes documentos de los responsables del programa de formación.

Sin embargo, no pude entrevistarme con las autoridades académicas críticas a MIC y no he tenido hasta ahora respuesta a mi demanda de documentos de análisis que desarrollen y fundamenten estas críticas, limitándose mi conocimiento sobre las mismas a meras opiniones vertidas en los medios de comunicación (queridos lectores venezolanos del blog: todavía estamos a tiempo). A continuación os contaré hasta donde han llegado mis pesquisas. Repasemos una a una las dudas que se lanzan sobre MIC, empezando por el final:

1. "La formación de MIC solo dura 3 ó 4 años"

Según el programa docente[3], el período de formación es de **seis años** académicos, que son precedidos por el Curso Premédico, cuya aprobación es requisito básico para ingresar en la carrera y cuya duración es de 6 meses.

2. "Les dan formación política (para hacerles "agentes comunistas" pro-Chávez y por-Castro)"

El programa está codirigido por la misión médica cubana (junto con los ministerios de salud y educación). Los profesores-tutores son médicos especialistas en Medicina General Integral (MGI) de esta misión cubana, que trabajan en los módulos de [MBA](#)[4]. Transmiten pues contenidos, esquemas y enfoques de la formación médica en Cuba, por lo que la influencia cubana es evidente. Esto no tiene por qué significar necesariamente un adoctrinamiento ideológico, y debe considerarse las oportunidades formativas que suponen para los estudiantes venezolanos (el prestigio de la medicina cubana en el mundo salubrista no es despreciable).

Sin embargo, sorprende la exclusión de docentes venezolanos, que más que por los argumentos esgrimidos por el gobierno de supuesto déficit de capacidad docente de los médicos venezolanos en contenidos de salud comunitaria y APS (otro insulto innecesario al colectivo médico venezolano), solo se entiende por la coyuntural dependencia del sistema de formación MIC de la [MBA](#) y, por lo tanto, de la misión médica cubana, como fruto de una opción de estrategia política.

Repasando el diseño curricular de los 6 años, los contenidos más “políticos” se limitan al curso de 24 horas de “Educando en ciudadanía” (primer año), y al de 36 horas llamado “Pensamiento político latino-americano” (segundo año)[5]. Lo que es indudable es que, independientemente de estos contenidos docentes, los estudiantes de MIC son plenamente conscientes de que deben sus oportunidades de formación a la iniciativa del gobierno bolivariano de Chávez y que, por eso, se encuentran en medio del "fuego cruzado" entre chavistas y antichavistas, donde es muy difícil no tomar partido por una opción ideológica.

En la retórica del gobierno deben su formación al empeño de Chávez de enfrentarse a "la reacción burguesa de la clase médica venezolana por la defensa de sus privilegios". Este argumento de batalla ("el enemigo de clase") se retroalimenta, cuando los MIC notan la hostilidad del "establishment" médico hacia ellos, durante las prácticas en hospitales o en las declaraciones en los medios.

3. “No saben farmacología”

A lo largo del tercer año (y durante 44 semanas), tienen “Farmacología I y II” (77 horas teóricas, 225 horas de trabajo independiente y 460 horas prácticas).

4. “No han hecho prácticas quirúrgicas. Les han formado con muñecos y con programas informáticos de simulación”.

5. “No tienen una buena formación clínica y hospitalaria”.

Según sus responsables, “el proceso formativo se lleva a cabo en *Aulas Multipropósito* situadas en los escenarios de su futuro desempeño (su propia comunidad, Consultorios populares de Barrio Adentro, Centro de Diagnóstico Integral, Salas de Rehabilitación Integral, Centros de Alta Tecnología y Hospitales del Pueblo, entre otros), haciendo posibles los principios de la universalización a través de la *municipalización* de la educación. Ésta, además, se encuentra centrada en el estudiante, quien relaciona la teoría y la práctica en el aprender haciendo con la guía de un Profesor-Tutor-Modelo y la utilización de las nuevas tecnologías de la información y comunicación como recursos complementarios”[6].

Aquí creo que está la clave: no es un problema del diseño curricular, sino que la práctica clínica y quirúrgica de los estudiantes de MIC esta condicionada (para bien y para mal) por [el sistema MBA](#) y los centros a los que tiene acceso la misión médica cubana. Estos se centran en la atención a problemas en el nivel primario y en los módulos de apoyo diagnóstico-terapéutico de MBA II y III (ver [Misión Barrio Adentro \(1ª parte: origen y desarrollo\)](#)[7]. A su vez, las opiniones de la clase médica y autoridades universitarias venezolanas sobre la preparación de los MIC están condicionadas por sus opiniones sobre la MBA (y sobre el propio gobierno de Chávez).



Miembros de la Academia Venezolana de Medicina, críticos con la MIC. Fuente: <http://www.reportero24.com/2011/10/conflicto-ucv-no-avala-formacion-de-medicos-comunitarios/>

El programa MIC certifica una formación de 7.300 horas prácticas (entre ellas, 308 de Cirugía General, 107 de Obstetricia y Ginecología, 151 de Traumatología y Rehabilitación, 70 de Urología, 70 de Oftalmología, etc.). Para hacerlo posible, los MIC tienen prácticas hospitalarias fuera del [sistema MBA](#). Es aquí donde han entrado en contacto con los médicos venezolanos (los mismos que fueron excluidos del diseño de su sistema de formación) y donde se fundamentan las críticas sobre su supuesta preparación deficiente[8].

Las críticas suelen cargarse en **lo que no tienen** los MIC frente al sistema tradicional, dejando en segundo plano **lo que tienen** en comparación con el sistema tradicional. En este sentido hay que valorar los módulos docentes que refuerzan los conocimientos psico-sociales y comunitarios de los estudiantes y que están enfocados a la atención integral bio-psico-social y al enfoque de determinantes sociales de la salud.[9]

Otro aspecto interesante a destacar del MIC es que forma parte de la Misión Sucre que pretende favorecer el acceso a la formación universitaria de las clases más populares. Una de las estudiantes de MIC me contó que ella tenía nota suficiente para haber hecho la carrera de Medicina convencional, pero que le habían pedido 100.000 bolívares por “el cupo”. El MIC había sido la única oportunidad de superar las barreras económicas de acceso a la formación médica. Los MIC reciben una beca de quinientos bolívares fuertes (Bs. F. 500), que se completa con el aporte gratuito de los medios de enseñanza del programa (libros, microscopios, mesas, sillas, pizarras, video beam, DVD, torsos, esqueletos, cráneos, balanzas, tallímetros, tensiómetros y estetoscopios), además de dotarles a los estudiantes de 2º año con una computadora.

El futuro de los MIC

Según declaraciones de la Dra. Isabel Iturria, viceministra de Recursos para la Salud a la BBC[10]: "El objetivo (de la MIC) es que los médicos venezolanos sustituyan de forma progresiva a los cubanos, que son los que están en 960 puntos de consulta de la [Misión Barrio Adentro](#) en Caracas". Es decir, su práctica estaría orientada a la APS, más que al trabajo hospitalario, y a la sustitución progresiva de los médicos cubanos de la MBA. Sin embargo, como

ya dijimos en el pasado artículo, según algunas fuentes, debido al déficit de médicos en los hospitales públicos, 5.500 de los 8.000 MIC que acaban de licenciarse el pasado 1 de diciembre de 2011 van a ir a trabajar a los hospitales públicos y después harán especialidades clínicas. No van a sustituir, por lo tanto, de momento, a los médicos cubanos.

Si bien es verdad que esta es una posibilidad que ya se consideraba en el diseño inicial del programa de formación[11] no deja de ser contradictorio con la filosofía de la formación (orientada a la APS) y refuerza las opiniones de que se utiliza a los MIC como un instrumento político-estratégico del gobierno bolivariano en su conflicto con la clase médica venezolana y las autoridades académicas. (En este caso, para resolver el déficit de médicos en los hospitales públicos al margen de la mayoría del sistema de formación médica). Además, al igual que ocurre con [la MBA](#), la vinculación de los MIC a la opción ideológica del “socialismo bolivariano”, como se verá en el video siguiente, también condiciona su aceptación por parte de todo el espectro político venezolano y de la mayoría de la sociedad venezolana y dificulta su sostenibilidad futura

[youtube]<http://www.youtube.com/watch?v=KY4THLjTdPI>[/youtube]

*Video de Venezuela Televisión, en el que además de presentar el programa MIC, aparece un acto de junio 2010, en el que el Presidente Hugo Chávez, desde el Teatro Teresa Carreño, **juramenta** a 8 mil 581 estudiantes del 5º año de MIC como “el nuevo ejercito de batas blancas para la medicina socialista”.*

En 2005 más de 350 profesores universitarios rechazaron que se abriera una carrera paralela de Medicina sin que se consultara a las universidades, tal como establece la Constitución. Actualmente son diez las escuelas de Medicina del país, pero fueron excluidas a la hora de ejecutar los planes de estudio de la carrera de MIC. El Ministerio de Salud destaca que el MIC está avalado por seis universidades venezolanas[12], que lo acreditan y otorgarán el título de Médico(ca) Integral Comunitario.

[youtube]http://www.youtube.com/watch?v=GO1jt_1It5k[/youtube]

Programa de Globovisión en que las autoridades de la UCV se pronuncian ante Medicina Integral Comunitaria

Reflexiones finales

Termino con dos reflexiones- preguntas a la oposición a Chávez:

1. A igual que ocurre con [la MBA](#) ¿será capaz la oposición a Chávez de valorar los aspectos positivos de esta formación de MIC: enfoque al trabajo comunitario, prestigio de la APS y de la práctica en el sistema público, fomento de valores de solidaridad y lucha contra las desigualdades sociales en salud, crítica a la medicina elitista y orientada al beneficio, aprendizaje en el “terreno” (extrahospitalario), aportación de instrumentos teórico-prácticos para el trabajo con la población de los barrios, remoción de barreras económicas y socio-culturales de acceso a la formación universitaria, eficaz política de becas, etc.?

2. ¿Será capaz de dar una lección de no sectarismo y favorecer el aprovechamiento de este importante capital humano de más de 20.000 futuros médicos con una fuerte vocación de servicio público, pasando por encima de su actual vinculación al gobierno bolivariano?

Y otras tres reflexiones/ preguntas al gobierno de Chávez:

1. ¿Es consciente el gobierno del Presidente Chávez del tremendo poder excluyente que tiene el lenguaje, retórica y estética que utiliza (que provoca asociaciones mentales históricas poco atractivas) y que dificulta el re-conocimiento de algunas de sus valiosas iniciativas? ¿Es consciente que algunas de sus declaraciones generalizantes (por ejemplo, en este caso, contra el colectivo médico venezolano), sin ningún tipo de matices, nutren las filas de la oposición?

2. Si el programa de MIC y la [MBA](#) son realmente intentos sinceros de apostar por una atención primaria de salud integral y no estrategias de poner en pie un sistema de mera atención médica, con recursos afines a su proyecto de construcción del socialismo del siglo XXI, ¿piensa integrar profesionales no sanitarios (psicólogos, trabajadores sociales, antropólogos, sociólogos, etc) en los centros de [MBA](#)? ¿Existe la misma preocupación por la formación pregraduada de estos profesionales?

3. ¿Como piensa gestionar la supuesta "complementariedad" de la formación MIC con la formación médica tradicional, y de las respectivas prácticas profesionales en el sistema público de salud?

[1] El presidente de la Academia Nacional de Medicina, Claudio Aöun, declaró que la formación MIC se basa en "actividades orientadas con videos, computadoras y guías fotográficas" (...) "pero carecen de formación docente sistemática y de la práctica clínica a la cabecera del enfermo". Indicó que los estudiantes son formados **por un período de tres años** y el tiempo de formación tradicional es mínimo de seis años. "Cualquier plazo menor es insuficiente y va en desmedro de la profesión. No justificamos la improvisación porque aquí lo que está en juego es la salud de la población, que no es cualquier cosa", señaló Juan José Puigbo, miembro de la academia.

[2] Para ser sinceros, creo que actualmente, a pesar de disponerse de centros de salud y Unidades Docentes de MFyC, donde se realiza una parte importante de la formación de los residentes de MFC, en España la mayoría de la formación práctica de los estudiantes de medicina todavía se realiza en los hospitales. ¿No es así?

[3] "Programa Nacional de Formación de Medicina Integral Comunitaria". Republica Bolivariana De Venezuela. Ministerio Del Poder Popular Para La Educación Superior y Ministerio Del Poder Popular Para La Salud. Caracas 2007.

[4] Según declaraciones a la BBC de la viceministra de Recursos para la Salud, Dra. Isabel Iturria, no hay profesionales venezolanos capacitados para impartir la formación que ellos requieren para el programa del MIC. "Los médicos venezolanos por la orientación de su formación previa no están preparados para estar en las comunidades. Porque en las escuelas tradicionales de medicina se da una formación para ejercer medicina hospitalaria, que es el tercer nivel de atención, y eso no es lo que se hace en los barrios", aseguró.

[5] Tal vez los importantes contenidos docentes en Medicina Comunitaria pueden ser considerados por algunos colectivos médicos como “formación política”.

[6] “Programa de Formación en Medicina Integral Comunitaria. Informe ejecutivo”. Dr. José Alberto Mata Essayag. Coordinador del Comité Interinstitucional. Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 39.158, de fecha 15 de abril de 2009.

[7] De cualquier forma, habría que considerar que en la formación médica pregraduada las practicas medico-quirúrgicas se limitan a técnicas muy básicas (limpieza heridas y sutura quirúrgica, intubación y sondajes, venopunción, inmovilización fracturas, reducción luxaciones, taponamiento hemorragias no severas, drenaje de abscesos, etc.) que pueden ser enseñadas en el nivel primario o secundario. La formación pregraduada de otras practicas mas complejas (ejemplo, atender un parto, apendicetomías, reducción hernias, etc.) que generalmente solo pueden ser aprendidas en un hospital, bajo mi experiencia, suele ser muy introductoria para los estudiantes de Medicina, necesitando de una formación especializada postgraduada (con una practica tutelada) para dominarla. Cuando entrevisté a las estudiantes de 5º año de MIC en el modulo de MBA, me dio la sensación que su formación en algunos de estos procedimientos no difería a *grosso modo* de la que recibí en mi formación en la prestigiosa Universidad Autónoma de Madrid.

[8] La Escuela de Medicina José María Vargas de la Universidad Central de Venezuela (UCV), habitualmente crítica con el gobierno bolivariano, difundió un comunicado en el que ponía en cuestión la calidad del programa de MIC, y aseguraba que nunca fueron consultados sobre la estructuración del currículo. La nota señalaba que 80% de los estudiantes de MIC incorporados en 2010 para hacer prácticas clínicas en el Hospital Vargas de Caracas, la Maternidad Concepción Palacios y el Hospital de Niños J.M. de los Ríos, concluyeron las pasantías con un desempeño “poco satisfactorio”.

[9] Introducción a la Atención Primaria de Salud (72 horas), Salud Comunitaria y Familiar (1400 horas totales/150 horas teóricas), la Psiquis en el proceso salud-enfermedad (150 horas), Informática (568 horas), Medicina General Integral (464 horas), Atención integral al adulto, niño, embarazada, familia y comunidad (6º curso integro)

[10] http://www.bbc.co.uk/mundo/noticias/2011/03/110318_venezuela_salud_medicina_integral_comunitaria_jp.shtml

[11] “Al término de la carrera el egresado estará capacitado para brindar servicios integrales de salud, en los escenarios de la atención primaria, en **las instalaciones del Sistema Público Nacional de Salud** de la República Bolivariana de Venezuela o en cualquier otro país que así lo solicite; será portador de sólidas bases científico-técnicas y un desarrollo moral caracterizado por el humanismo, la ética y la solidaridad que le permitirá el desempeño requerido para elevar la calidad de vida de la población y lograr mejores indicadores de salud pública”. (Programa Nacional de Formación de Medicina Integral Comunitaria”)

[12] Éstas son:

- Universidad Bolivariana de Venezuela.
- Universidad Nacional Experimental Francisco de Miranda.
- Universidad Nacional Experimental Rómulo Gallegos.

- Universidad Nacional Experimental de las Fuerzas Armadas.
- Universidad Nacional Experimental Rafael María Baralt.
- Universidad Nacional Experimental de los Llanos Ezequiel Zamora.

Hay que aclarar que dentro de la polarización "chavista-antichavista", la Universidad Central de Venezuela (UCV) se alinea con el segundo polo y la Universidad Bolivariana de Venezuela y las Universidades Experimentales con el primero.

6. La salud en la Venezuela del siglo XXI: luces y sombras⁶

Hoy finalizamos la primera parte de la serie dedicada a la salud pública de Venezuela, escrita a costa de los materiales recopilados en mi viaje a finales del año pasado (ver [De Caracas a Popayán: explorando la Salud Pública de Venezuela y Colombia](#) y [“La Salud Pública en Venezuela”](#)). Sintetizamos la evolución de sus principales indicadores de salud en la última década. Las principales “luces” son el incremento en el índice de desarrollo humano, la disminución de las desigualdades sociales, de la mortalidad infantil y la de los niños menores de 5 años, además de ciertos avances en la cobertura vacunal. Las principales “sombras” están en el incremento de la mortalidad por causas externas, especialmente por agresiones, y en los insatisfactorios resultados respecto a la mortalidad materna.



Luces y sombras de los indicadores de salud venezolanos: a la izda: mamá venezolana amamantando (disminución de la mortalidad infantil y de niños menores de 5 años) y dcha: aumento de las muertes violentas. Fuente de 1ª foto: www.venezueladeverdad.gob.ve; 2ª foto: <http://cubamatinal.es/2011/03/18/violencia-urbana-en-america-latina-los-casos-de-chile-y-venezuela/>

Advertencia inicial

Hasta ahora hemos hablado más de la sanidad pública que de la salud pública de Venezuela. Hoy sintetizamos la evolución de sus principales indicadores colectivos de salud en la última década. Entre muchos posibles indicadores, hemos seleccionado algunos que considerábamos más relevantes o que nos han resultado más accesibles. Por ejemplo, no hemos encontrado, como nos hubiera gustado (aunque seguro que existen), series históricas (antes y después de 1999) sobre la mortalidad por algunas causas (como enfermedades cardiovasculares, cáncer, etc.), sobre la prevalencia de factores de riesgo (obesidad, tabaquismo, sedentarismo, consumo de alimentos sanos, etc.) o de ciertas enfermedades (Diabetes, enfermedades mentales, discapacidades, etc), y su comparación con los países del entorno.

También hay que recordar que las tasas y los índices son, al fin y al cabo, solo **medias** que sumarizan datos de la población de todo el país y que, por ello, enmascaran las diferencias entre grupos sociales y barrios o distritos. No reflejan la posible disminución de la brecha de salud (medida en forma de tasas de mortalidad, morbilidad o de prevalencia de factores de riesgo) entre las clases sociales; es decir, la disminución de las [desigualdades sociales en salud \(DSS\)](#).

⁶ Editado el 21 de julio de 2012 en el blog “Salud Pública y algo más” (http://www.madrimasd.org/blogs/salud_publica/2012/07/21/133334)

Especialmente, si queremos evaluar el impacto que las políticas públicas del gobierno bolivariano, con grandes aspiraciones igualitarias sociales, hayan tenido sobre las DSS en Venezuela. Más allá de algunos índices de desigualdad social, como el índice de Gini, hemos encontrado poco sobre indicadores de equidad en salud.

Por todo lo anterior, advertimos que este artículo no pretende ser, ni mucho menos, un estudio integral de la salud de los venezolanos. Como siempre, cualquier sugerencia, aportación o crítica serán bienvenidas y consideradas un valioso enriquecimiento.

Las Luces

Si nos atenemos a las estadísticas que publica el gobierno bolivariano, el avance en indicadores de calidad de vida en la última década ha sido impresionante. Como muestra, reproduciremos la siguiente tabla de indicadores sociales, elaborada por el Ministerio del Poder Popular para la Planificación y Desarrollo, que muestra, entre otras cosas, una disminución de las desigualdades sociales y de la pobreza durante el periodo 1999-2007^[1]. ¿Debemos suponer que consecuentemente también habrán disminuido las DSS?

Indicadores sociales seleccionados 1999-2007. Fuente: Ministerio del Poder Popular para la Planificación y Desarrollo

Indicador Social	1999	2001	2003	2005	2007
Tasa de mortalidad infantil (por 1000 nacidos vivos)	19,0	17,1	18,5	15,5	13,7
Índice de Desarrollo Humano	0,7792	0,7973	0,7880	0,8080	0,8263
Coefficiente de Gini	0,4693	0,4573	0,4811	0,4748	0,4200
Relación entre ingresos del 20% más rico y más pobre	11,90	11,13	13,17	11,30	9,35
Inversión social como % del PIB	12,8	16,7	16,7	16,8	20,2
Personas en situación de pobreza extrema (%)	20,1	16,9	29,8	17,8	9,5
Hogares en situación de pobreza (%)	42,0	39,0	55,1	37,9	28,3
Tasa de desempleo (segundos semestres)	14,5	12,8	16,8	11,4	7,5
Empleo formal como % del total (segundos semestres)	47,6	50,1	47,3	53,3	56,0
Salario mínimo urbano (miles de Bs.)	120,0	158,4	247,1	405,0	614,8

Número de pensionados/as	475.114	536.347	621.919	819.824	1.168.515
Tasa neta de escolaridad (educación preescolar)	44,1	46,5	49,4	54,6	57,6 a/
Tasa neta de escolaridad (educación básica)	84,7	90,4	90,9	91,9	93,6 b/
Tasa neta de escolaridad (educación media)	22,5	25,5	28,5	33,3	35,9 c/
Matriculados en educación superior	656.830	904.703	997.662	1.279.955	1.796.507
Beneficiarios/as del Programa de Alimentación Escolar (PAE)	252.284	451.933	973.176	1.483.494	3.996.427
Población con acceso a agua potable (%)	82	85	87	90	92
Población con servicio de recolección de aguas servidas (%)	64	68	73	79	82
Fuente: Ministerio del Poder Popular para la Planificación y Desarrollo. Boletín Informativo N° 3. Septiembre 2008.					
Mil Bolívares equivalen a 1 Bs F. Cifra estimada					
a/ Datos correspondientes al período escolar 2006-2007					
b/ Datos correspondientes al período escolar 2006-2007					
c/ Datos correspondientes al período escolar 2006-2007					

Es de destacar tres importantes éxitos en salud pública, corroborados por la OMS[2]: la disminución de la **mortalidad infantil**[3], la de la **mortalidad en menores de 5 años** y el aumento de la tradicional baja **cobertura de vacunación**. Entre 2000 y 2010, la mortalidad en menores de 5 años disminuyó a mayor ritmo que en el resto de la región de las Américas, alcanzando por ello la media regional en 2010 : 18 muertes por 1.000 nacidos vivos. Por otra parte, se ha conseguido que la cobertura de, por ejemplo, la vacuna triple bacteriana DTP supere al umbral del 80%, acercándose a la media regional. Aunque todavía esté por debajo del aumento de 10 puntos esperado.

Si comparamos a Venezuela con el resto de países latinoamericanos y del Caribe, sale bien parada en el crecimiento del **Índice de Desarrollo Humano** (IDH). Según los datos que figuran en la gráfica siguiente, publicados por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), en 2007, Venezuela ocupaba la posición 58^a en el mundo en cuanto a IDH. Había sido el país de Latinoamérica con un incremento mayor (5,2%) entre 2000 y 2007, frente a un crecimiento de 1,5% en la década anterior 1990-2000. Hay que resaltar que la

vecina Colombia había tenido un incremento casi de la misma magnitud, aunque ligeramente inferior (+4,5%), en el mismo periodo.

Evolución del Índice de Desarrollo Humano (IDH) 1990, 2000 y 2007 en América Latina y Caribe y Crecimiento porcentual en los periodos 1990-2000 y 2000-2007. Fuente: PNUD 2009

Cuadro 1* América Latina y el Caribe. Evolución del índice de desarrollo humano (IDH). 1990, 2000, 2007 y crecimiento porcentual en los periodos 1990-2000 y 2000-2007						
Posición mundial IDH 2007	País	IDH 1990	IDH 2000	IDH 2007	Crecimiento 1990-2000 (%)	Crecimiento 2000-2007 (%)
37	Barbados	..	..	0,903	n.a.	n.a.
44	Chile	0,795	0,849	0,878	6,8	3,4
47	Antigua y Barbuda	..	..	0,868	n.a.	n.a.
49	Argentina	0,804	..	0,866	n.a.	n.a.
50	Uruguay	0,802	0,837	0,865	4,4	3,3
51	Cuba	..	..	0,863	n.a.	n.a.
52	Bahamas	..	..	0,856	n.a.	n.a.
53	México	0,782	0,825	0,854	5,5	3,5
54	Costa Rica	0,791	0,825	0,854	4,3	3,5
58	Venezuela (Rep. Bolivariana de)	0,790	0,802	0,844	1,5	5,2
60	Panamá	0,765	0,811	0,840	6,0	3,6
62	Saint Kitts y Nevis	..	..	0,838	n.a.	n.a.
64	Trinidad y Tobago	0,796	0,806	0,837	1,3	3,8
69	Santa Lucía	..	..	0,821	n.a.	n.a.
73	Dominica	..	..	0,814	n.a.	n.a.
74	Granada	..	..	0,813	n.a.	n.a.
75	Brasil	0,710	0,790	0,813	11,3	2,9
77	Colombia	0,715	0,772	0,807	8,0	4,5

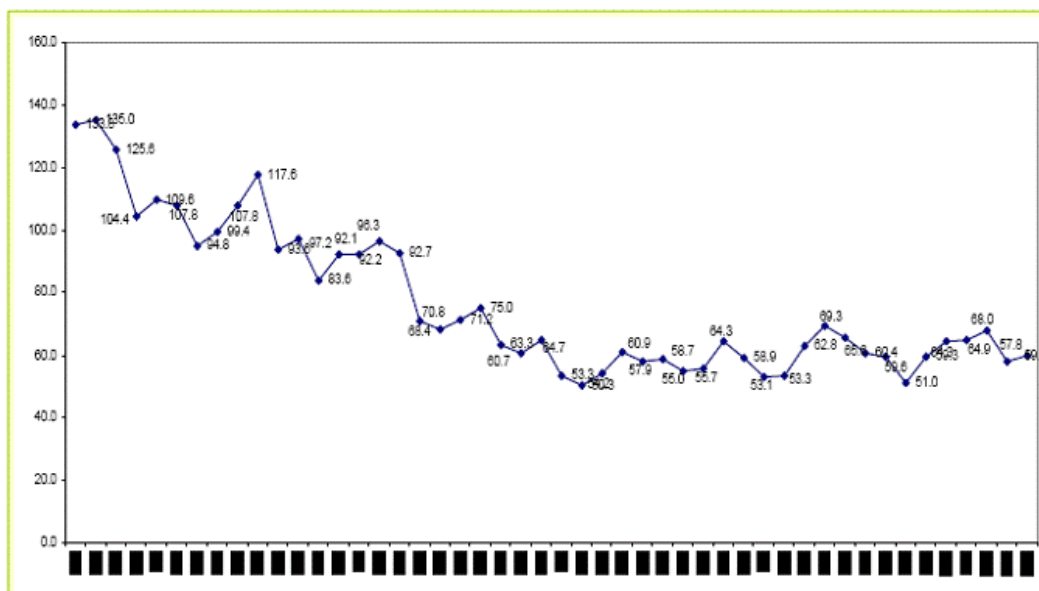
n.a. No aplica.
* Corresponde al Cuadro 2.1 del Informe
Fuente: Elaboración propia con base en PNUD (2009a).

Las Sombras

La mortalidad materna no ha seguido el descenso esperable, a pesar de los esfuerzos del proyecto Madre. Según un documento conjunto de la OPS y del gobierno bolivariano[4], en la segunda mitad del siglo XX disminuyó progresivamente desde 138,8 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos registrados en 1957 hasta 60,7 en 1978, casi estabilizándose desde ahí y siendo 51,0 en 1998, antes de la revolución bolivariana (ver grafica siguiente). Los siguientes datos que he obtenido son de [la ficha del perfil de salud \(Health profile\) de Venezuela](#), editada por la OMS[5], que estima que en 2010 la mortalidad materna era de 92 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos, muy por encima de la media regional (63). Desconozco si esta cifra de

2010 es comparable con las de la anterior serie histórica mencionada (1957-2004), representada en el siguiente gráfico.

Evolución de la mortalidad materna en Venezuela 1957-2004 (MM por 100.000 NVR). Fuente: Ministerio Salud 2006



Fuente: MS, 2006

Sin embargo, la gran sombra en los indicadores de salud de Venezuela es **la mortalidad por causas externas**, principalmente por muertes violentas y accidentes de tráfico. Aunque se puede argumentar que es un fenómeno común a otros países de la región (o de similares características socio-económicas de otros continentes), Venezuela posee la tercera tasa más alta del continente (102,2), después de El Salvador (114,8) y Colombia (110,3).



Escena de inseguridad vial extrema (pareja con hijos pequeños viajando en motocicleta sin la protección del casco y con la única sujeción del abrazo de la madre) que pude ver con asombro tanto en Caracas como en Popayán (Colombia). Fuente foto: de la presentación de una colega del ministerio, responsable regional del programa de seguridad vial, cuyo nombre por desgracia no me apunté.

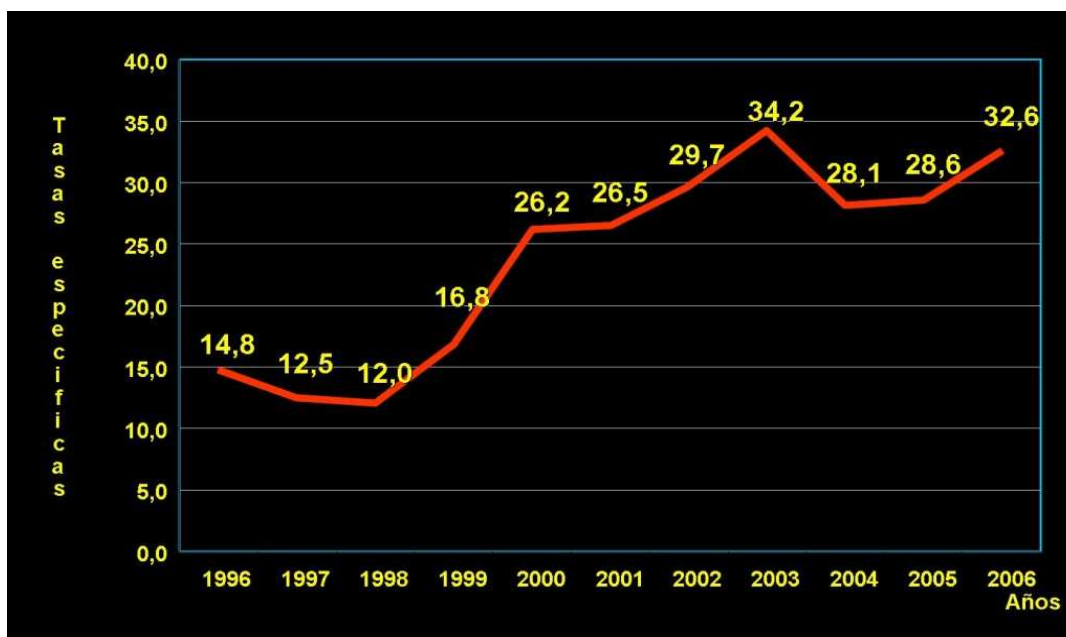
Según datos del ministerio, cada día, ocurren cerca de 16 defunciones por agresiones y 14 defunciones por accidentes de tráfico en el país, representando las muertes por estas dos causas el 5,5 % y 4,7%, respectivamente, del total de defunciones registradas.

Durante mi estancia en Caracas fui testigo del valioso trabajo de seguridad vial y prevención de accidentes que realizan la red de coordinadores estatales del PROGRAMA NACIONAL DE PREVENCIÓN DE ACCIDENTES Y OTROS HECHOS VIOLENTOS, coordinado por el Dr. Saul Orlando Peña. Tienen grandes retos que afrontar mediante su profesionalidad y entusiasmo

Especialmente preocupante es la evolución de la tasa de **mortalidad por agresiones** (homicidios, asesinatos, robos, secuestros, etc) que, como se puede ver en el gráfico siguiente, se ha duplicado entre 1999 y 2006 (de 16,8 a 32,6 muertes por cada 1.000 personas del mismo sexo), lo que parece confirmar la preocupación ciudadana ante la inseguridad frente a la violencia y los crímenes, especialmente en las grandes ciudades[6]. Valga como indicador grosero, que durante mi corta estancia de una semana en Caracas conocí al menos a cuatro personas que habían sufrido la pérdida de un ser querido por asesinato. Es decir, que la disminución de las desigualdades sociales que reflejan las estadísticas antes mencionadas sobre la última década, no ha ido, al parecer, unida a una disminución de estos hechos violentos, siendo uno de los grandes retos pendientes de los gobiernos venezolanos.

Evolución de la mortalidad por agresiones en Venezuela 1996-2006. Agresiones= código CIE X85-Y09. Tasas específicas anuales (Número de defunciones por cada 1.000 personas del mismo sexo). Fuente gráfica: Gráfica cedida amablemente por el Dr. José Chiqué Gamboa del Centro Venezolano de Clasificación de Enfermedades- Dirección de Información y

Estadísticas en Salud. Ministerio del Poder Popular para la Salud del Gobierno Bolivariano de Venezuela Fuente datos: AEEV: 1996, MSAS; AM: 1997-2006. DIES-MPPS. / CNPV: 1990, OCEI; 2001, INE. / Cálculos propios del Dr, Chiqué: JJCG-2008, CEVECE-MPPS.



[1] Del documento no publicado “PLAN NACIONAL DE SALUD 2009-2013/2018”. Ministerio del Poder Popular para la Salud. Caracas, 2009.

[2] Venezuela Health Profile. WHO 2010. <http://www.who.int/gho/countries/ven.pdf>

[3] Aprovechamos para recordar o informar del gran prestigio que tiene el Registro de Mortalidad Venezolano, gestionado por el Centro Venezolano de Clasificación de Enfermedades. Este es un Centro Colaborador OMS/OPS para la Familia de Clasificaciones Internacionales en materia de Salud, para el idioma español

[4] “Estrategias de Cooperación de OPS/OMS con Venezuela 2007-2010”. Junio 2006. Ministerio del Poder Popular para la Salud del Gobierno Bolivariano de Venezuela/ OPS. En el documento aparecen otros indicadores y datos sobre la situación de salud. Disponible en: http://www.who.int/countryfocus/cooperation_strategy/ccs_ven_es.pdf

[5] Venezuela Health Profile. WHO 2010. <http://www.who.int/gho/countries/ven.pdf>

[6] Para más información, ver

- Observatorio Venezolano de la Violencia: <http://www.observatoriodeviolencia.org.ve/site/> e
- Informe "Violencia urbana en America latina: los casos de Chile y Venezuela". <http://cubamatinal.es/2011/03/18/violencia-urbana-en-america-latina-los-casos-de-chile-y-venezuela/>

7. ANEXO: Causas de la deserción médica en Venezuela (carta abierta de un médico venezolano)⁷

Por el Dr. Roberto Ochoa Iturbe

Hoy prestamos esta tribuna al Dr. Ochoa, que se ofreció a explicarnos, en forma de carta abierta, porqué Venezuela tiene la situación actual de déficit importante de médicos, que llevó al gobierno bolivariano a cubrirlo, como comentamos en este blog, con la importación de médicos cubanos ([Misión Barrio Adentro](#)) y con un programa intensivo y alternativo de formación de estudiantes de Medicina ([Medicina Integral Comunitaria](#)).



Presentación de la carta (por Javier Segura del Pozo, médico salubrista)

Como algunos sabréis, a raíz de un viaje en noviembre pasado a Venezuela, invitado por la Sociedad Venezolana de Salud Pública, empecé a escribir varios artículos sobre [“La Salud Pública en Venezuela”](#), de los que se han publicadas los siguientes:

1. [De Caracas a Popayán: explorando la Salud Pública de Venezuela y Colombia](#)
2. [El sistema público de salud en Venezuela](#)
3. [Misión Barrio Adentro \(1ª parte: origen y desarrollo\)](#)
4. [Misión Barrio Adentro \(2ª parte: presente y futuro\)](#)
5. [Medicina Integral Comunitaria \(MIC\): formación médica alternativa en Venezuela.](#)

En ellos he intentado recoger tanto mis experiencias del viaje, como la investigación documental que le siguió, fruto de la curiosidad despertada por este apasionante y bello país que es Venezuela y el contacto con sus habitantes y profesionales.

Como ya comenté, una de las dificultades para recabar información era (y es) la gran polarización social y política que vive el país. Precisamente por ello, he dado siempre gran valor a la observación propia, las entrevistas y los testimonios personales que se basan en experiencias directas, frente a las especulaciones interesadas, opiniones partidistas o manifestaciones sospechosas de estar cargadas de sectarismo.

Por ello, cuando el Dr. Ochoa dejó en el blog un comentario al final de uno de los artículos^[1], le animé a que ampliara su testimonio. Él se ofreció a explicarnos mejor porqué Venezuela tiene la

⁷ Editado el 20 de mayo de 2012 en el blog “Salud Pública y algo más” (http://www.madrimasd.org/blogs/salud_publica/2012/05/20/133302)

situación actual de importante déficit de médicos, fruto de su éxodo al extranjero (me llamó la atención que Roberto utilizase, además de “éxodo”, la palabra: “deserción”, cargada de significados rotundos morales, militares y patrióticos, en vez de “emigración”, con significados más económicos). Como comentamos en este blog, este déficit de médicos, principalmente en el sistema sanitario público, fue cubierto por el gobierno bolivariano, con la “importación” de médicos cubanos ([Misión Barrio Adentro](#)) y con un programa intensivo y alternativo de formación de estudiantes venezolanos de Medicina ([Medicina Integral Comunitaria](#)).

En un momento en que también en España, como consecuencia de la grave crisis económica y social por la que atravesamos y de las medidas de ajuste que están deteriorando gravemente el sistema público de salud, se está iniciando la emigración de profesionales sanitarios (¿tendremos que escribir un artículo titulado “Causas de la deserción médica en España?”), cobra un interés especial el reflexionar sobre la lacra (denunciada por la OMS) del sangrante drenaje de profesionales sanitarios, desde los países menos desarrollados o en situación de crisis económicas, con la consecuente pérdida de capital humano y de los retornos de la inversión nacional que supuso su formación.

Independientemente de que muchos de los lectores no estén de acuerdo con las opiniones del Dr. Ochoa, no pueden negar el valor de lo que dice, al estar basado en su experiencia personal y aportar ejemplos muy precisos, con un discurso muy coherente y bien construido.

Además de agradecerle a Roberto su generosidad, por compartir con nosotros “su historia”, confío en que la carta sea otro estímulo para el debate constructivo sobre cómo mejorar la salud y la sanidad públicas de los venezolanos, meta que seguro todos compartimos.

La carta

Venezuela, 2 de mayo de 2012

Estimado Dr. Segura:

Como prometí le escribo mi análisis del porqué hay tanto déficit de médicos en Venezuela, en especial de médicos jóvenes en áreas de atención en salud pública.

Venezuela nunca había sido un país de emigrantes, todo lo contrario. Durante el siglo XX era tradición que muchos médicos se graduasen aquí, hiciesen postgrados en Estados Unidos o Europa y regresasen para ejercer toda su vida profesional en Venezuela. La guerra civil española y la II guerra mundial trajeron muchos médicos europeos al país, quienes se dedicaron a formar nuevas generaciones de estudiantes de medicina, especialistas médicos e investigadores médicos. Entre los aportes de españoles destacan los Drs Corachan en cirugía, Pi Suñer en fisiología y José María Bengoa en nutrición,

Nacieron los postgrados en el país y se volvió común en las últimas décadas que médicos venezolanos se graduaban y hacían postgrado en su país y luego hacían subespecialización afuera. Casi todos regresaban. Algunos, muy pocos, encontraron que su área de trabajo sólo se podría desarrollar a plenitud en otro país y decidieron quedarse. Se puede mencionar al inmunólogo Baruj Benacerraf, premio Nobel de Medicina y al cardiólogo Igor Palacios, profesor en Harvard y jefe de Cardiología intervencionista del Massachusetts General Hospital.

En los últimos 25 años la fuga de médicos hacia otros países ha venido aumentando, en particular, y de manera explosiva, en la última década.

Cuando hablo con médicos de mi familia, amigos, compañeros y estudiantes, tanto de pre como de postgrado, sobre las razones por las cuales se decidieron a quedarse fuera voy encontrando las causas.

Muy pocos se han ido por la polarización y violencia política en Venezuela; algunos sólo porque la identificación de un paciente demandante con el partido político reinante (no cabe otra palabra) puso al poder judicial, totalmente sometido por el poder político, a desatar una persecución judicial insólita en casos en el cual los profesionales no tenían culpa alguna. Un muy querido y brillante exalumno, cirujano cardiovascular infantil, atendió in extremis a un niño fatalmente emponzoñado por picaduras de escorpiones, que el papá tenía en una pecera en su casa!!! El rol de este médico fue el de hacerse responsable por la colocación del niño en la máquina de corazón pulmón ya que la miocarditis y afectación pulmonar no le permitían mantenerse oxigenado.

Cuando el niño falleció a los pocos días el padre, quien había autorizado por escrito todos los procedimientos que se intentaron para salvar esa vida, demandó a los 4 médicos que lo habían atendido en la institución privada a donde lo habían trasladado. El caso lleva muchos años, diversos fiscales y jueces han desechado los cargos pero siempre vuelve. Incluso el padre habló con el Presidente Chávez al aire en un programa de TV y Chávez pidió prisión para esos médicos que mataban niños venezolanos experimentando con sus cuerpos. Se reabrieron los juicios y ninguno de los médicos se pudo quedar en Venezuela. Mi amigo y exalumno desarrolló Cáncer de estómago y regresó para morir aquí hace unos 3 años. Era el principal cirujano cardiovascular infantil del país y trabajaba ad-honorem en el hospital de niños de Caracas, una institución pública (casualmente de allí fue que se refirió al niño picado por escorpiones-ningún médico cobró nada por ese caso.)

Un contingente algo mayor se va de Venezuela por razones de inseguridad. En la ciudad de Caracas son asesinados entre 24 a 40 personas todos los fines de semana. En la década de los 80, por cada 100 asesinatos habían unos 70 detenidos. Actualmente, por cada 100 asesinatos hay sólo 13 detenidos según un análisis recientemente publicado en la prensa local. La impunidad campea en ese y otros delitos. En Caracas ocurren diariamente 4 a 5 secuestros reportados; ¿cuántos no se reportan? Tengo amigos que han sufrido, ellos o sus familiares, hasta 3 asaltos a mano armada en un año. Un buen amigo, cirujano oncólogo, profesor titular y jefe de cátedra en nuestro Hospital Universitario de Caracas decidió hace unos 6 años que no quería que su hijo menor creciese huérfano. Recibió (mas bien buscó), una oferta de trabajo en Tejas en donde había hecho la subespecialidad, y ahora es profesor titular de cirugía en un hospital de la U. de Texas en Houston.

La principal causa es la económica, como en cualquier país. Después de la crisis económica venezolana de 1984 los salarios han venido deteriorándose de manera progresiva y la creciente inflación, del orden de 25% anual ha erosionado el poder adquisitivo de la moneda nacional.

En los 70 y parte de los 80, el médico recién graduado trabajando en instituciones públicas a dedicación exclusiva, como interno de un hospital, ganaba unos 2820 Bs mensuales por su trabajo.

El dólar estaba a 4,30 y era de libre adquisición. Un alquiler de un apartamento consumía un tercio de ese salario, un carro pequeño valía unos 4 salarios y un apartamento de 2 habitaciones estaba en el orden de unos 30 salarios.

Cuando iniciaba la residencia de postgrado el salario aumentaba a 3220 Bs y al egresar como especialista la Universidad pagaba al instructor 5000 Bs por 6 horas de contratación. Los hospitales públicos contrataban al especialista por algo menos. Con la inflación anual menor a 10% el dinero rendía ..

En la última década, después de perder la moneda tres 000 el dólar oficial está otra vez a 4,30-el real es el doble y algo más. Hay control de cambio y ningún banco o institución puede vender dólares sin previo papeleo y autorización de un organismo regulador llamado CADIVI. EL MONTO MÁXIMO A GASTAR EN UN AÑO ESTÁ LIMITADO A 3000 \$ POR PERSONA. El ingreso mensual por salario y guardias de un interno de hospital público está en unos 7500 Bs. Además, recibe unos 400 Bs adicionales en tickets de alimentación canjeables en cualquier establecimiento de víveres e insumos domésticos. Pero ahora el alquiler de un apartamento suele superar los 6000 Bs, un carro pequeño cuesta unos 20 salarios y un apartamento unos 200, en el mejor de los casos. El residente gana esencialmente lo mismo que el interno y la Universidad paga a un instructor a tiempo completo (6 horas/día) unos 3200 Bs. Los especialistas que hacen guardias reciben cerca de 9000 Bs al mes.

Los jóvenes sacan sus cuentas, RESULTA OBVIO QUE NUNCA TENDRAN VIVIENDA PROPIA, QUE DIFICILMENTE PODRÁN ADQUIRIR UN CARRO.

Dos residentes que sean pareja tendrán que dedicar un sueldo a alquiler y vivir con el otro. En Venezuela lo único barato es la gasolina y el dólar oficial. Resulta mas barato llenar un tanque de gasolina que comprar 2 baguette de pan (4,50 Vs 5 o 6 Bs)

Los muchachos saben que en Estados Unidos un research assistant gana 2200\$, un interno empieza con 3200\$ y le aumentan unos 150\$ por cada año adicional en la residencia de postgrado. La oferta al especialista recién graduado esta en el orden de los 100.000 \$ al año pudiendo ser más, dependiendo de la especialidad. Un instructor ingresa con salario de unos 70.000 \$ al año. Desde el principio el joven médico puede alquilar vivienda, tener carro así sea en el sistema de leasing o comprarlo usado y tiene la expectativa de mejorar su ingreso año a año. Igual sucede en Europa, aunque allí el ingreso no da para tener vehiculo propio desde el principio. La excelente red de transporte público lo hace además algo no indispensable, a diferencia de Venezuela.

Según varias fuentes que han publicado en prensa, la cifra de médicos que se han ido está en el orden de los 6000. La mayoría no va a regresar.

Las medicaturas y ambulatorios han ido cerrando y la mitad de los “barrio adentro” también. En la actualidad en el ministerio de salud hay cargos presupuestados para 10.000 [médicos integrales comunitarios \(MIC\)](#) a razón de 10000 Bs/ mes; es decir, el médico menos preparado del país es el que tiene el mejor sueldo. Los puestos de trabajo están en muchos casos disponibles sólo para estos MIC y para los médicos cubanos; los médicos egresados de las universidades autónomas son excluidos.

Otra razón para irse y no volver.

Espero con estas consideraciones y ejemplos haber contribuido a la comprensión de las razones del éxodo profesional.

Saludos

[Comentario adicional del 4 de mayo de 2012:]

Hola :

Muchas gracias por sus comentarios. Al enviar el escrito por internet lo estoy haciendo público y, por tanto, no hay que ocultar nada y no tengo inconveniente en aparecer como autor. Yo añadiría que la solución para muchos fue migrar a servicios de salud privados pero la inversión para esto es muy alta. Hay que adquirir acciones en las clínicas privadas, alquilar o comprar un consultorio y equiparlo y contratar personal de secretaría y enfermería. Quizás los únicos que tiene facilidad para esto son los cirujanos, quienes actuando durante años como ayudantes de cirujanos ya establecidos pueden generar ingresos que permitan sufragar esos gastos.

Solicitar un préstamo es indispensable-los intereses hipotecarios rondan 21 a 23%. Las tarjetas de crédito cobran 29%de interés. Así que endeudarse no es una opción y, como especifiqué, vivir del trabajo en salud en el área pública es condenarse a ser marginal toda la vida. Los jóvenes viven en casa de sus padres, alquilan apartamento entre varios o viven en una pieza (léase una sola habitación).Tener una vivienda que les permita casarse y tener sus hijos es para la mayoría un sueño irrealizable.

Los datos que coloqué sobre las décadas de los 70 y 80 fueron los míos. Pude casarme y tener apartamento a los 5 meses de haberme graduado y mi primer hijo lo pudimos tener 2 años después. Obviamente, al ingresar a mi trabajo en la Universidad me quedaba tiempo libre y pude empezar una consulta privada en las tardes con lo que complementaba mi ingreso.

Muchas gracias por su generosidad. Saludos.

Roberto Ochoa Iturbe

[1] El comentario en forma de carta, sobre el controvertido nivel de formación de los MIC, se iniciaba con su presentación: “Estimado Dr Segura: me ha llegado por correo electrónico su artículo y me ha parecido necesario aportar información que usted evidentemente desconoce. Soy profesor universitario de la Universidad Central de Venezuela y he trabajado en el Hospital Universitario de Caracas (nHUC) desde hace más de 30 años. Me jubilé en el 2008 pero sigo activo tanto en mi antiguo servicio de Medicina Interna como, y esta es mi labor asistencial fundamental hospitalaria actualmente, en una revista tres veces por semana con los residentes de postgrado de Medicina Interna de pasantía en el área de emergencia del hospital...” [Pinchar aquí para leer su comentario completo del 15 de abril de 2012](#)