

# MISION BARRIO ADENTRO I: CINCO AÑOS DEL MODELO DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD DE LA REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA

## MISSION BARRIO ADENTRO I: FIVE YEARS OF PRIMARY CARE MODELS IN HEALTH THE BOLIVARIAN REPUBLIC OF VENEZUELA

Yvonne Guédez

Socióloga. Especialista en Política Social. Especialista Gerencia Salud Pública. Estudiante de la Maestría en Planificación del Desarrollo mención Global del Centro de Estudios del Desarrollo (CENDES) de la Universidad Central de Venezuela.

### Resumen

Se presenta una mirada retrospectiva del nacimiento y desarrollo de La Misión Barrio Adentro I (MBAI), convirtiéndose en el programa bandera de la política social en la gestión gubernamental del Presidente Hugo Chávez. MBAI está basada en la Estrategia de Atención Primaria en Salud y a lo largo de cinco años se ha constituido en el nuevo modelo de atención que pretende mejorar las condiciones de salud venezolana.

La presente investigación reconstruye y analiza el contexto que dio lugar al nacimiento de Barrio Adentro, así como sus características, funcionamiento, debilidades y fortalezas; de igual manera se plantea un abordaje crítico del estado actual de la Misión. Para ello se efectuó una revisión documental y entrevistas a informantes claves involucrados con la gestión de salud.

**Palabras clave:** Política Nacional de Salud. Atención Primaria en Salud. Misión Barrio Adentro

### Abstract

It presents a retrospective look of the birth and development of The Mission Barrio Adentro I (MBAI), becoming the flagship programme of social policy in the government of President Hugo Chavez. MBAI is based on the strategy of Primary Health Care already over five years

Trabajo recibido:  
noviembre 2008  
Aprobado: marzo 2009

has become the new care model that seeks to improve health conditions in Venezuela. This research reconstructs and analyzes the context that gave rise to Barrio Adentro, as well as their characteristics, performance, strengths and weaknesses; similarly raised a collision critical of the current state of the Mission. It undertook a review of documents and interviews with key informants involved with the management of health.

**Key words:** National Health Policy. Primary Health Care. Mission Barrio Adentro

## Introducción

La crisis económica de los ochenta trajo consigo las medidas de ajuste generando una redefinición del papel de la acción estatal (Reforma), dando paso, entre otros, a los procesos de privatización, descentralización y focalización. Sin embargo, luego de más de veinte años, a pesar de los planteamientos y acciones realizadas a través de la reforma en América Latina, un gran porcentaje de la población continúa excluida, las políticas económicas neoliberales desarrolladas a través de los programas de ajuste estructural no produjeron los resultados esperados, ni en lo económico ni en lo social; al contrario, se mantuvieron las deficiencias que las originaron, se produjo un aumento de la pobreza, el desmejoramiento de los ingresos, el acrecentamiento de las inequidades y la acentuación de las brechas<sup>1\*</sup>.

Nuestro país no escapó a esta realidad, en las últimas tres décadas del siglo pasado, la gestión gubernamental se caracterizó por la ineficiencia, la corrupción y el clientelismo. Las instituciones se convirtieron en entes incapaces de dar respuestas a las demandas de una población en aumento y cuyas necesidades además de acumularse, alcanzaron niveles de mayor complejidad. A finales de la llamada década perdida, el modelo económico venezolano, basado en la renta petrolera, entra en crisis conjugándose con la del sistema de partidos políticos traducida en la poca representatividad que el colectivo sentía por parte de los líderes políticos, mucho de ellos provenientes de la llamada generación del 28. En este escenario, surge la figura carismática de Hugo Chávez, en torno a la cual se aglutinan los deseos de cambio presentes en el colectivo venezolano y quien se presenta con un proyecto socio-político alterno.

Una de sus primeras tareas fue la de convocar a un proceso constituyente, que redactaría una nueva Carta Magna<sup>2</sup>, aprobada en diciembre de 1999. En ella se encuentran plasmadas las bases jurídicas del nuevo proyecto nacional que implica el desarrollo de un proceso de refundación a nivel de las estructuras políticas, institucionales y económicas del país "como una reacción contra el neoliberalismo que invade todas las esferas sociales y políticas"<sup>3</sup>. La actual Constitución se ubica a la vanguardia en materia de derechos humanos, sociales, civiles y políticos, en ella se define, al Estado venezolano como democrático y social, de derecho y de justicia, en la búsqueda de la construcción de una sociedad democrática, participativa y protagónica, donde la soberanía descansa en el pueblo, y lo público no es exclusivo de los ámbitos de gobierno, planteándose así una nueva relación Estado-Sociedad<sup>4</sup>.

1\* De acuerdo a cifras de la CEPAL (2007), a pesar de los avances que la región presenta en relación con los Objetivos del Milenio, aun: el 36,5 % de la población se encuentra en situación de pobreza, el 12,7 % se encuentra en la indigencia, el promedio de la tasa de mortalidad infantil es de 22 por cada mil nacidos vivos, el 15,6 % es la prevalencia de desnutrición crónica en menores de 5 años, el 24 % no tiene sistema de eliminación de excretas adecuados y el 14 % no tiene acceso a agua potable en sus hogares.

El término equidad, entendida como igualdad de oportunidades y máxima expresión de la justicia social, se convierte en uno de los ejes de la actual política gubernamental, dirigida a la creación de los espacios necesarios que permitan y/o ayuden a la inclusión de

aquellos sectores de la población que dejaron de recibir los beneficios de las políticas públicas o los alcances de la gestión gubernamental que fueron, en unos casos insuficiente, en otros ineficiente o ambos a la vez.

Los artículos 83, 84 y 85<sup>2</sup> establecen, en primer término, a la salud como un derecho social, una responsabilidad del Estado en corresponsabilidad con los ciudadanos, en segundo término, se plantean los principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, integración social y solidaridad y en tercer término se habla de un Sistema Público Nacional de Salud (SPNS), definido como intersectorial, descentralizado y participativo.

La fallida propuesta de reforma constitucional del presidente en el 2007, no presentó ningún tipo de modificación en relación con estos artículos, es decir, el proyecto bolivariano mantiene los mismos preceptos constitucionales elaborados en 1999.

En enero del 2008 y en el marco del proceso de las tres "R" –Revisar, Rectificar y Reimpulsar– el proceso hacia el Socialismo del Siglo XXI, al cual el Presidente Chávez invita, luego de la derrota sufrida a la propuesta de Reforma Constitucional en 02 de diciembre del 2007 – se establece la creación del Sistema Público Metropolitano de Caracas, dando como resultado la acción Recentralizadora del pasado 17/07/08, cuando es transferida nuevamente al Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS) la Red hospitalaria de la Alcaldía Mayor de Caracas, acción que contradice el principio de descentralización expresado en el artículo 84 de la Carta Magna.

Los actuales preceptos de la Constitución de 1999 orientados a la igualdad y la justicia, de manera de disminuir las inequidades y brechas sociales dieron lugar para que el gobierno bolivariano venezolano incorporara una innovadora modalidad de hacer políticas públicas, al utilizar como estrategia las Misiones, rompiendo con los esquemas tradicionales de la planificación y la gestión. Esto provoca la coexistencia de dos modelos de atención y prestación de servicios de salud: la red convencional, representada por las instituciones que conforman la administración pública y las Misiones, desarrollándose ambas de manera paralela, siendo éstas últimas las columnas fundamentales en las cuales reposa la denominada nueva institucionalidad.

### ¿Cuándo, por qué y para qué emergen las Misiones?

Durante el 2003 en el marco de un proceso de reconfiguración del aparato estatal en el mundo, luego de más de dos décadas de iniciada la reforma del Estado en América Latina y de cuatro años de gobierno del Presidente Chávez, dentro de un clima de alta confrontación y polarización política (paro cívico, paro petrolero, golpe de Estado), una débil capacidad de gestión y ante la proximidad del referéndum revocatorio, se inicia en el país una modalidad emergente dentro de la acción estatal que se ha convertido en el eje de la política gubernamental: **las Misiones**. Éstas emergen como estrategias de masificación que buscan universalizar los programas sociales brindándole atención a la población excluida, a fin de garantizar los derechos como ciudadanos de manera que la acción del Estado llegue a los que durante décadas no recibieron nada o les resultó insuficiente lo recibido.

Actualmente existen alrededor de 20 programas sociales con el nombre de Misiones. La nueva forma de gestión de las políticas públicas implantada por el Ejecutivo, establece, de manera pragmática, una estructura paralela a la burocracia estatal en el marco de lo que se ha denominado el surgimiento de la nueva institucionalidad pública, donde se incorporan nuevos actores, se establecen nuevas modalidades laborales, de remuneración y de prestación de servicios públicos diferentes a las existentes.

Si bien es cierto, que las misiones pretenden dar respuesta a problemas estructurales, su origen es coyuntural y así lo afirma D'Elia<sup>5</sup>, al considerarlas como una estrategia político-electoral que se diseñó en un momento crítico cuando el gobierno percibió como

posible su no continuidad<sup>2\*</sup>. En ese sentido, las Misiones debían generar en el corto plazo respuestas inmediatas que permitieran demostrar la gestión de gobierno y fortalecer la desgastada imagen del presidente, como una manera de inclinar a su favor la preferencia de los electores durante el proceso del referéndum revocatorio.

Constituyeron una estrategia con una triple función, conformaron un paraguas para condensar los objetivos estratégicos y los esfuerzos de la política en una agenda única de acción; se convirtieron en un mecanismo extra-institucional y expedito para poner a operar la política social conforme se moviera el escenario político, y resultaron una herramienta para tener control sobre la dirección de la política, desde varios ángulos a la vez<sup>6</sup>.

El Estado venezolano, contempla así la construcción de la nueva institucionalidad, definida por Stellin<sup>7</sup>, como una suerte de nueva arquitectura social orientada a la transformación de las viejas instituciones para adaptarlas a los requerimientos planteados e implementar otros programas, como las Misiones, que garanticen el Estado Social de Derecho y Justicia y se conviertan en una plataforma operativa que busca hacer valer los principios constitucionales de universalidad y equidad a través de la política social y dirigidas hacia los sectores excluidos del país, fundamentalmente los que viven en barrios de extrema pobreza.

Al respecto, Díaz Polanco<sup>8</sup> hace mención a la doble connotación religiosa y militar del término Misión y sus efectos en el imaginario del colectivo venezolano y el de los otros países que están siendo beneficiados por estos programas, al pretender que las Misiones rompan con el paradigma tradicional en el quehacer de la gestión pública y se conviertan en el embrión de la nueva institucionalidad que de respuestas a los problemas existentes en materia de acceso, cobertura y atención en salud, protección social y educación, desempleo y deterioro de los ingresos y abastecimiento alimentario. A continuación algunas características de las Misiones:

- Programas extraordinarios de atención masiva y dirigidos a la población excluida.
- Generalmente, son el resultado de un anuncio presidencial y no de una propuesta técnica, lo que, conjuntamente con su rápida implantación, conlleva a la ausencia de mecanismos institucionales que faciliten su ejecución, seguimiento y control.
- La gran mayoría aun está en proceso de construcción.
- Incorporan prácticas de redistribución o clientelistas.

- Las fuentes de financiamiento son ordinarias y extraordinarias, sin una estructura de presupuesto claramente definida.
- Carecen de mecanismos de rendición de cuentas y de evaluación definidos.
- Las metas están referidas en relación con la cobertura.
- Se desarrollan a través de instancias de coordinación ad hoc con una fuerte presencia de asesores extranjeros tanto en el diseño, como en la ejecución.

Los crecientes ingresos fiscales producto del alza de los precios del petróleo han sido elementos claves para la sostenibilidad de los programas sociales conocidos como "Misiones". Sin embargo, estos programas no han logrado garantizar los principios plasmados en la Constitución de 1999, a pesar de los constantes cambios que se generan en ellas<sup>3\*</sup>, con el propósito de incidir significativamente en los indicadores sociales. Ello revela que a pesar de los

2\* El propio Presidente reconoció en noviembre del 2004 en el Taller de alto nivel efectuado en Fuerte Tiuna que si el referéndum se hubiese efectuado a mediados del 2003 lo hubiese perdido "entonces fue cuando empezamos a trabajar con las misiones, diseñamos aquí la primera y empecé a pedirle apoyo a Fidel" (MCI, 2004:46).

3\* Tal es el caso de la sustitución de la Misión Vuelvan Caras por la Misión Che Guevara, la creación de una filial de Petróleos de Venezuela (PDVAL) con el objeto de incorporarse a la red de distribución de alimentos, entre otros.

desaciertos en el área, el gobierno posee una visión pragmática que le permite hacer los cambios y/o ajustes necesarios, pese a la ausencia de lineamientos programáticos y pautas que orienten la gestión.

En la propuesta de Reforma Constitucional<sup>9</sup> presentada el 15 de agosto del 2007 por el Presidente de la República se intentó darle rango constitucional a las Misiones, a través del artículo N° 141 que las define como una forma de Administración Pública:

Constituidas por organizaciones de variada naturaleza creadas para atender a la satisfacción de las más sentidas y urgentes necesidades de la población, cuya prestación exige de la aplicación de sistemas excepcionales e incluso experimentales. Los cuales serán establecidos por el Poder Ejecutivo mediante reglamentos organizativos y funcionales.

En el se define la visión y el papel que el gobierno, en el marco de denominado proyecto socialista del siglo XXI, le asigna a las Misiones dentro de la administración pública nacional. En agosto del 2008 se aprueba en el paquete de leyes habilitantes la Reforma de la Ley Orgánica de la Administración Pública introduciendo a las Misiones como una modalidad dentro de la gestión gubernamental.

Múltiples son las críticas o cuestionamientos que se han hecho en torno a las Misiones (incluyendo sectores afectos al gobierno), entre las que destacan: corrupción; el no lograr trascender lo operativo y que pese a la inversión hecha, los problemas de tipo estructural aun continúan presentes. Al respecto, La Cruz<sup>10</sup> califica a las misiones como paliativas y mecanismos de clientelismo político y pese a las críticas existentes, es poco lo que se ha logrado en cuanto a los ajustes necesarios y se continúa aglutinando la política social de la revolución bolivariana a través de las Misiones.

Patruyo<sup>11</sup> las considera "un conjunto de mecanismos y prácticas que, independientemente de su grado de eficacia o efectividad, se ha venido incorporando como parte de la agenda de transformación del Estado", mientras que para Maingon<sup>10</sup> "son la cara de la política social que lleva adelante el gobierno, pero también, son la expresión del proceso de transición que vive el país, donde está en cuestionamiento el estilo de desarrollo, el modelo de hegemonía y las arquitecturas institucionales".

### La Misión Barrio Adentro I

En el caso del sector salud, la nueva organización se cristaliza con la Misión Barrio Adentro, iniciada en las barriadas caraqueñas más deprimidas, por el Instituto de Economía Local (IDEL) del Municipio Libertador, al poner en práctica, en abril del 2003, el Plan Integral Barrio Adentro<sup>12</sup> con el objetivo de "construir redes sociales orgánicas que influyan en el posicionamiento comunitario de las instituciones del Estado, para elevar la calidad de vida de los habitantes de los barrios"<sup>5</sup>. La propuesta, además de un abordaje integral, buscaba estimular la organización y participación comunitaria a partir de la salud integral. Para ello era necesario contar con un equipo de médicos y a tales efectos, se procedió, en un primer momento, a efectuar un llamado a concurso público a fin de cubrir los cargos con personal venezolano.

Ante los resultados del mencionado concurso<sup>4\*</sup>, donde se presentaron 50 médicos venezolanos, de los cuales solo 20 médicos aceptaron trabajar en las comunidades, se decide solicitar apoyo a Cuba. Las Brigadas Médicas Cubanas arriban en el año 1999 debido a la situación de emergencia ocurrida en los Estados Vargas y Miranda y el Convenio de Cooperación Integral entre la República de Cuba y la República Bolivariana de Venezuela es firmado en el 2000, posteriormente, en el año 2003, se firma otro acuerdo entre la Alcaldía del Municipio Libertador y el Gobierno Cubano que contempla en su artículo 4 el traslado

4\* Cabe señalar que Edilberto Pacheco (ex Director de Salud de la Alcaldía del Municipio Libertador) en su oportunidad denunció que nunca hubo interés por parte de la Alcaldía para que los galenos venezolanos formaran parte del mencionado Plan.

de médicos, especialistas y técnicos de la salud a Venezuela para prestar servicio en lugares donde no se disponga de ese personal.

La primera avanzada estuvo conformada por 53 médicos que se establecieron en 10 parroquias del Municipio Libertador, donde las propias comunidades fueron quienes se encargaron de cubrir las necesidades de alojamiento, alimentación y seguridad de los galenos, así como de proveer los espacios para la realización de las actividades de la consulta, los cuales, en su mayoría, no cumplían con los requisitos para la prestación del servicio.

Debido a su alto impacto, la experiencia comenzó a expandirse a otros estados del país, para más tarde pasar a ser parte del conjunto de las Misiones impulsadas y gestionadas desde la Presidencia de la República, bajo el comando de Misión Médica Cubana. Posteriormente en diciembre de ese mismo año, mediante decreto presidencial, se crea la Comisión Presidencial, presidida por el Ministerio de Salud y Desarrollo Social, hoy día Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS), con la responsabilidad de integrar las áreas de atención primaria en salud, estimular la economía social y transformar las condiciones sociales, económicas y ambientales de los barrios venezolanos, así como coordinar las acciones gubernamentales en torno a esta Misión. Esta acción viene a ser el primer esfuerzo para su institucionalización.

Lo que hoy se conocemos como Misión Barrio Adentro I (MBAI) se basa en la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) formulada por la OMS, en la que se concibe como el primer nivel de atención y de contacto del individuo, la familia y la comunidad con el sistema de salud. Así, la MBAI se define como un conjunto de estructuras, programas, recursos (humanos, financieros y técnicos) orientadas hacia el desarrollo de APS para la generación de cambios en el modo de atención. Su objetivo general es garantizar el acceso a los servicios de salud de la población excluida, mediante un modelo de gestión de salud integral orientado al logro de una mejor calidad de vida<sup>13</sup>.

Luego de sus inicios en el 2004, MBAI alcanzó la cifra de 8.573 Consultorios Populares o Puntos de Consulta, los cuales carecían de las condiciones técnicas para prestar el servicio al contar con un médico, el suministro de medicamentos y el apoyo de la comunidad para facilitar el local y el lugar que serviría de residencia para los médicos. Luego, en el 2005 se elabora un Resuelto Ministerial del MPPS y el Ministerio del Poder Popular para el Habitat y Vivienda con los Requisitos mínimos para la construcción, equipamiento y funcionamiento de los Consultorios Populares.<sup>14</sup> Adicionalmente, se pone en marcha el Plan de Inversión para la sustitución de 6.500 Puntos de Consulta, mediante la construcción del prototipo de consultorio (con un mínimo de 94,6 metros cuadrados, incluye la residencia del médico y con la dotación de mobiliario y equipos); la refacción de ambulatorios y la construcción de núcleos. El mencionado Plan es direccionado por diversos entes y presenta retrasos en la ejecución de las obras. Según datos de la Oficina de Barrio Adentro I del MPPS hasta mayo del 2008 entre la construcción, adaptación y acondicionamiento se ha logrado el 51%, es decir, 3.320 consultorios que cumplen con las condiciones mínimas establecidas por dichos ministerios.

Este intento de brindarle atención a los sectores excluidos, Álvarez y Barco<sup>15</sup> la contemplan como "la solución de las principales necesidades sociales y de salud de todos los venezolanos, especialmente los sectores excluidos". En esencia, es una estrategia de APS que pretende dar respuestas a las necesidades sociales de la población, que carece de servicios de salud en su propia localidad a través de redes sociales; no obstante, los Informes Provea del 2004<sup>16</sup> y 2006<sup>17</sup> muestran un crecimiento desigual que tiende a repetir los patrones de distribución de los servicios de la red de convencional (consultorios ubicados cerca de los centros de salud o en urbanizaciones consideradas de clase media), lo cual deja en entredicho la intención de llegar a los excluidos.

D'Elia<sup>5</sup> señala que la Misión está organizada sobre la base de dos principios

operativos:

Uno poblacional y otro territorial. La lógica de la Misión es una cobertura universal, una atención abierta y humana, y una acción basada en la prevención y la promoción de la salud. Dentro del criterio poblacional, los/as médicos/as están dispuestos 2 por cada consultorio popular, lo que implica una cobertura de 2 médicos por cada 500 familias (2.500 habitantes en promedio), atendiendo cada uno aproximadamente 250 familias o 1.250 habitantes. Estos médicos/as trabajan una jornada de 8 horas diarias, todos los días con excepción de los domingos. La jornada está dividida en dos turnos de 4 horas, uno por la mañana y otro por la tarde.

La red que conforma la MBAI, emerge y se ha ido estructurando a través de la realidad socio sanitaria y política del país, ampliándose el nivel de complejidad y la capacidad resolutive<sup>5\*</sup>.

Desde sus inicios la Misión se planteó ajena al entonces MSDS y así lo describe Capella en el texto de Santana<sup>12</sup>, al señalar que esta Misión no nació de la Dirección del MSDS, ni de la Facultad de Medicina, Institutos de Salud Pública, ni de la Academia; nace de la Dirección Política del país, fundamentalmente de la idea del Presidente Chávez quien viendo la experiencia positiva dijo que no solamente debía ser para Caracas, sino que debía ser una solución para el país. Esto es ratificado por D' Elia<sup>5</sup> al exponer que "desde el inicio del Plan y con la creación de la Comisión Presidencial, quedó claro que el MSDS no permanecería vinculado a las acciones de este Plan"; lo mismo ocurre con los otros entes que conforman el sistema intergubernamental de salud.

En la gestión del Ministro Capella (2003-2004), miembro activo de la Coordinación Nacional de Médicos y Médicas por Venezuela (CONAMEV), se llevaron a cabo acciones para la coordinación, apoyo y evaluación de la Misión, asignándosele a la Coordinación Nacional de APS del MSDS las funciones de coordinación de la misión por parte del ente ministerial; de igual manera se asume la Secretaría Ejecutiva de la Comisión Presidencial creada para implementación de la Misión en otros estados del país.

La estructura del actual Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS), contempla un Vice Ministerio de Redes y Servicios que comprende Barrio Adentro

I, II y III es decir, los tres niveles de atención. A pesar de ello, MBAI continúa siendo gestionada por la Misión Médica Cubana, dificultando así las funciones de rectoría y regulación<sup>6\*</sup> que el Ministerio, en su condición de autoridad sanitaria nacional, debería ejercer sobre las acciones de salud que se ejecuten dentro del territorio nacional, entre las que se incluyen las de Barrio Adentro. Esta Misión funciona como una estructura paralela al Ministerio y las Direcciones Regionales de Salud, con sus propios recursos humanos y financieros, contando además, con sistemas propios de registro, referencia y contrarreferencia, esto último con el apoyo del subsistema de salud perteneciente a las Fuerzas Armadas y en algunos casos con los de las gobernaciones y alcaldías.

En la actualidad en Venezuela coexisten dos sistemas de salud paralelos (el convencional y Barrio Adentro) que se encuentran funcionando de manera separada, aumentando la fragmentación existente por la presencia de organismos nacionales, regionales y municipales que se dedican a la prestación de servicios de salud sin ningún tipo de coordinación entre ellos, ante la mirada de un ministerio con una débil capacidad técnico-política, que le impide ejercer la rectoría que le corresponde.

5\* Barrio Adentro I (abril 2004) corresponde al primer nivel de atención; Barrio Adentro II (finales 2004) con los Centros de Diagnóstico y Tratamiento, las Salas de Rehabilitación, Clínicas Populares y Centros de Alta Tecnología; Barrio Adentro III (a mediados 2005) con el tercer nivel de atención contempla la recuperación y modernización de los establecimientos que conforman la Red Hospitalaria pública y Barrio Adentro IV (finales 2006) con el objeto de construir Hospitales de atención Especializada tal como es el caso del Cardiológico Infantil Latinoamericano Dr. Gilberto Rodríguez Ochoa.

6\* Funciones Esenciales de Salud Pública.

Para Patruyo<sup>11</sup> el desarrollo de coordinaciones paralelas ha incidido tanto en la dinámica del programa, como en el logro del objetivo de convertir los consultorios en el primer nivel del sistema público de atención en salud.

El Informe sobre el Derecho a la Salud en Venezuela 2007<sup>18</sup> plantea:

Los médicos están a cargo de la Misión Médica Cubana, la cual cuenta con sus propios coordinadores a nivel nacional, estatal, municipal y parroquial, realizan prácticas médicas de acuerdo con esquemas de trabajo aplicados en Cuba y otras experiencias fuera de su país; presentan información únicamente a su estructura de coordinación”.

Cabe destacar como un avance significativo, que desde mediados del 2005, la Misión Cubana a través del Epi-10<sup>1</sup>, formato epidemiológico donde se registra un conjunto de patologías y de acuerdo al Reglamento Sanitario Internacional deben ser informados semanalmente con la finalidad de controlar y evitar la aparición de nuevos casos reporta la información epidemiológica correspondiente a las enfermedades de notificación obligatoria con la finalidad de controlar y evitar la aparición de nuevos casos a las Oficinas Municipales y/o Regionales o la Dirección Nacional de Epidemiología del MPPS. Otro avance es la incorporación desde el 2004 de los estudiantes del Postgrado de Medicina General Integral (MGI), Odontología General Integral en el 2005 y desde finales del 2005 de los estudiantes de Medicina Comunitaria Integral (MCI), a los Consultorios Populares, quienes son el recurso humano de este país que en un futuro sustituirá al personal cubano.

Recientemente, actores afectos al oficialismo, como el Colegio de Médicos del Área metropolitana de Caracas y la Sociedad de Médicos Residentes del Postgrado de Medicina Integral, han efectuado denuncias por el deterioro de los Consultorios Populares, a título personal otras voces como la del Dr. Luís Fuenmayor Toro<sup>7\*</sup> se han sumado a las críticas del paralelismo institucional que Villasana<sup>19</sup> “reconoce como un paralelismo que persigue ser eficaz en garantizar el ejercicio de los derechos establecidos en la Constitución de 1999, pero alimenta la ineficiencia del Estado.....la burocracia se duplica, el gasto público crece, crece”.

De igual manera, el mencionado Informe<sup>18</sup> refleja que la manera intempestiva con la cual se instalaron los consultorios y las características cerradas como han venido funcionando, provocaron el desmantelamiento de algunos de sus componentes y la disminución de su nivel de actividades, llevando a la disminución de la actividad de los consultorios debido a que los médicos/as son más escasos y establecen planes rotativos para atender la demanda de los principales consultorios. Por este motivo no se cumplen cabalmente los horarios ni se siguen realizando las visitas domiciliarias.

A pesar de las fallas, es innegable que la existencia de aproximadamente 8.500 espacios<sup>2\*</sup> de atención médica, con una cobertura en el 100% de los Municipios, en lugares donde anteriormente no existían servicios de salud y/o presentaban dificultades de accesibilidad, es un gran logro en materia de acceso y cobertura y así lo destaca el Informe Provea<sup>16</sup>.

Es un esfuerzo que intenta dar respuesta a las necesidades sociales que en materia de atención no están siendo resueltas por el sistema intergubernamental de salud, a pesar de iniciativas innovadoras en el modelo de atención y de gestión, como lo son el MAI y el Plan Estratégico de Salud (PES), desarrolladas desde la vieja institucionalidad, durante el gobierno bolivariano como manera de garantizar el derecho a la vida y la salud.

La MBAI ha permitido la implantación de un nuevo modelo de atención y el aumento de la oferta de servicios, acompañado con un conjunto de elementos que lo identifican como novedoso y entre los que destacan:

- Los Puntos de Consultas han sido establecidos en espacios físicos no convencionales, que a pesar de no cumplir con las normativas vigentes en materia de edificaciones

7\*Es Rector de la Universidad Central de Venezuela y ex Director de la Oficina de Planificación del Sector Universitario (OPSU) durante el primer gobierno de Chávez.



sanitarias, funcionan y permiten a la población excluida contar con ese servicio.

- En las comunidades donde se han establecido los Puntos de Consulta cuentan con la presencia de un profesional de la medicina durante ocho horas de lunes a viernes y a disponibilidad en horas de la noche y los fines de semana<sup>8\*</sup>.

- La entrega en forma gratuita de 106 tipos de medicamentos que corresponden a las patologías tratadas en el primer nivel de atención.

- La derivación mediante un sistema de referencia a otro nivel de atención.

Esta realidad constituye sin lugar a dudas, un paso al frente desde la perspectiva de la garantía del derecho a la salud, en aquellas comunidades donde los servicios de atención médica eran inexistentes y/o presentaban limitaciones en cuanto a la accesibilidad y calidad; es por ello que desde la percepción de la población beneficiada, la Misión ha tenido gran aceptación<sup>17,18,11</sup> y es considerada como una respuesta válida a la situación de salud que contribuye a la disminución de la exclusión y por ende, a mejorar la calidad de vida. Sin lugar a dudas, la existencia de la infraestructura que conforma este nivel de atención, se convierte en una fortaleza a la hora de poner en funcionamiento el Sistema Público Nacional de Salud (SPNS), el cual pareciera ser sólo un sueño de los constituyentes de 1999, pues aún no existe el consenso necesario para su conformación.

### Balances y Perspectivas

La Constitución de 1999 amplía las garantías de los derechos sociales a los/as ciudadanos/as de la República Bolivariana de Venezuela, por tanto; la Misión Barrio Adentro Adentro I (MBAI) contribuye a garantizar el derecho a la atención de la salud, así como el principio de la equidad a través de la accesibilidad a los servicios.

La MBAI es el programa bandera de la política pública en el campo de la salud del actual gobierno, está basada en la estrategia de atención primaria y ha puesto en marcha un nuevo modelo de atención primaria en salud en las comunidades, lo cual ha permitido, entre otros a: a) ampliar el acceso a los servicios en el primer nivel de atención, b) mejorar la resolutivez en ese nivel de atención y c) incorporar a la comunidad en la gestión de los servicios de atención en salud. Estos tres elementos están en concordancia con los principios de Atención Primaria en Salud.

La manera como se creó la MBAI y su funcionamiento, dan cuenta de un paralelismo institucional que lejos de mejorar la gestión en salud es un factor que dificulta la rectoría, la integración y la gobernabilidad del sistema intergubernamental de salud. Estos tres elementos, en algunos casos, se fortalecieron como resultado del proceso de descentralización desarrollado en el país durante la década de los noventa.

Luego de cinco años de iniciada la MBAI, a pesar de los recursos invertidos, la estructura sanitaria en este primer nivel de atención, es aún insuficiente. La meta establecida a nivel nacional era la construcción de 20.000 Consultorios Populares. Hoy día, sólo se ha logrado establecer un aproximado de 8.500 consultorios populares

lo que representa el 42%; ello se hizo a través del Plan de Sustitución de Consultorios, se prevé sustituir 6.500. Sin embargo, sólo se han construido 3.320 (51%); por lo que la infraestructura continúa siendo insuficiente e inadecuada, lo que afecta la calidad y credibilidad del servicio.

El sistema de registro de MBAI continúa siendo de acceso restringido, la información epidemiológica no es reportada de manera continua y permanente al MPPS, no existe norma alguna que comprometa a la misión médica cubana para hacerlo, esto afecta y dificulta la vigilancia epidemiológica incidiendo con ello en la toma de decisiones de manera oportuna y eficaz.

<sup>8\*</sup> Esta disponibilidad del servicio se ha visto afectada fundamentalmente por la disminución del personal médico, bien sea porque retornaron a Cuba una vez cumplido su tiempo de misión, o fueron trasladados a otros países o se incorporaron a los planes de guardia de los CDI.

Una de las fortalezas del programa de la MBAI es la entrega de medicamentos, elemento que contribuye a la prevención, curación y rehabilitación del estado de salud de la población que acude al servicio.

Entre las debilidades que se detectaron a través de los informantes claves, destaca la carencia de un ente responsable de la dotación permanente y continua de insumos, materiales médico quirúrgicos y de limpieza.

Como recomendación general, se insiste en la perentoria necesidad de eliminar el paralelismo institucional existente entre las dos redes de servicios, el cual debilita la gestión del sistema gubernamental de salud a nivel nacional, regional y local y, además, atenta contra la construcción de un SPNS, que es lo que está refrendado en la Carta Magna de 1999<sup>2</sup>.

Es indispensable desarrollar programas de salud y un sistema de registro de información y estadísticas de salud, así como también, un sistema de control de gestión.

Finalmente, se requiere conformar una unidad de mando que regule y vigile el funcionamiento del sistema de salud, que incorpore a personal de salud venezolano y se aboque a fortalecer las actividades de prevención y promoción, a nivel de los consultorios populares y los puntos de consultas para así dar cumplimiento a los principios de la estrategia de atención primaria en salud.

## Bibliografía

CEPAL. Panorama Social de América Latina 2007. Santiago de Chile: CEPAL, 2007.

Venezuela. Asamblea Nacional Constituyente. Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. Caracas: Imprenta Nacional, 1999.

Delgado A, Gómez L. Concepciones de ciudadanía social en las constituciones venezolanas de 1947, 1961 y 1999. Cuadernos del CENDES 2001; 18 (46): 73-100.

Venezuela. Ministerio de Salud y Desarrollo Social. El Desarrollo de un Pensamiento Estratégico en las Políticas Públicas por la Calidad de Vida y la Salud. Maracay: el ministerio, 2002.

D'Elia Y. (Coord). Las Misiones Sociales en Venezuela: una aproximación a su comprensión y análisis. Caracas: ILDIS, 2006. [fecha de acceso 15 de enero del 2008]. Disponible en: <http://www.ildis.org.ve/website/administrador/uploads/DocumentoMisiones.pdf>

Venezuela. Ministerio de Información y Comunicación. Taller del Alto Nivel: El nuevo mapa estratégico. Caracas: MCI, 2004. (Formato digital).

Stelling M. Desafíos de la Nueva Gestión Social. Conferencia dictada el Instituto de Altos Estudios Diplomáticos "Pedro Gual". Caracas, 2005.

Díaz Polanco J. Salud y Hegemonía en Venezuela. Foreign Affairs en Español [en línea] 2006 [fecha de acceso 24 de mayo del 2008]; Oct-Dic. Disponible en: <http://www.foreignaffairs-esp.org/20061001faenespessay060412/jorge-diaz-polanco/salud-y-hegemonia-regional.html>

Venezuela. Asamblea Nacional. Proyecto de Reforma Constitucional. Caracas: la asamblea, 2007.

Maingon T.(Coord.) Balance y Perspectivas de la Política Social en Venezuela [fecha de acceso 12 de febrero del 2008]. Caracas: Instituto Latinoamericano de Investigaciones Sociales, 2006. Disponible en: <http://library.fes.de/pdf-files/bueros/caracas/03823.pdf>.

Patruyo T. El estado actual de las misiones sociales: balance sobre su proceso de implementación e institucionalización [fecha de acceso 03 de junio del 2008]. Caracas: ILDIS, 2008. Disponible en: <http://www.ildis.org.ve/website/administrador/uploads/>

El estado actual de las misiones sociales Patruyo.pdf

Santana E. Barrio Adentro: misión esperanza, misión vida. Caracas: Editorial el Perro y la Rana, 2006.

Venezuela. Ministerio de Información y Comunicación. Misión Barrio Adentro. [fecha de acceso 08 de enero del 2008] Disponible en: <http://www.barrioadentro.gov.ve>

Venezuela. Ministerio del Poder Popular para la Salud y de Hábitat y Vivienda. Requisitos Mínimos para la construcción, equipamiento y funcionamiento de los Consultorios Populares. Caracas: los ministerios, 2005. [14 de abril del 2008]. Disponible <http://www.mpps.gob.ve/ms/misiones/badentro1/Pdf/Resuelto%20de%20Infraestructura.pdf>

Álvarez R, Barco I. Una Interpretación de la Misión Barrio Adentro: Salud, Medicina General Integral y Formación de talento humano desde la perspectiva de un trabajador de la salud. Maracay: IAES, 2005.

PROVEA. Informe Especial: El Derecho a la Salud en el Proyecto Bolivariano. Caracas: Provea, 2004. [fecha de acceso 28 de enero del 2008]. Disponible en: [http://www.derechos.org.ve/publicaciones/infanual/2003\\_04/28InformeEspecialSA.pdf](http://www.derechos.org.ve/publicaciones/infanual/2003_04/28InformeEspecialSA.pdf)

PROVEA. Informe Especial: El Derecho a la Salud en el Proyecto Bolivariano. Caracas: Provea, 2006. [fecha de acceso 22 de febrero del 2008]. Disponible en: [http://www.derechos.org.ve/publicaciones/infanual/2004\\_05/index.htm](http://www.derechos.org.ve/publicaciones/infanual/2004_05/index.htm).

Observatorio Comunitario por el derecho a la Salud. Informe sobre el Derecho a la Salud en Venezuela. Caracas: CONVITE, 2007. [fecha de acceso 13 de enero del 2008]. Disponible en: [http://www.derechos.org.ve/Informe\\_derecho\\_Salud\\_2007\\_.pdf](http://www.derechos.org.ve/Informe_derecho_Salud_2007_.pdf)

Villasana P. La Descentralización de los Servicios de Salud en Venezuela. Una aproximación crítica. Comunidad y Salud 2005; 3(2): 1-20.

#### Otra Bibliografía consultada:

Alvarado N. Pobreza y Exclusión en Venezuela a la luz de las Misiones Sociales (2003-2004). Revista FERMENTUM 2002; 14(39): 181-232.

D'Elia Y, Cabezas L. Las Misiones Sociales en Venezuela.s. Caracas: ILDIS, 2008. [fecha de acceso 02 de junio del 2008]. Disponible en: <http://www.ildis.org.ve/website/administrador/uploads/PolycymisionesYolanda.pdf>

Fleury S. El Desafío de las Redes de Política. Revista Instituciones y Desarrollo 2002;º 12-13: 221-247.

Maingon T. Nuevas expresiones del estado de bienestar social en Venezuela: el caso de las misiones sociales. Ponencia presentada en el 52 Congreso de Americanistas, Sevilla, España, 17 al 21 de Julio, 2007.

Organización Panamericana de la Salud. Barrio Adentro: Derecho a la Salud e inclusión social en Venezuela. Caracas: OPS, 2006.

Organización Panamericana de la Salud. Funciones Esenciales de Salud Pública. Washington, DC: OMS/OPS, 2000.

Venezuela. Presidencia de la República. Proyecto Nacional Simón Bolívar Primer Plan Socialista 2007-2013. Caracas: la presidencia, 2007. [fecha de acceso 05 de junio del 2008]. Disponible en: <http://www.mpd.gob.ve/Nuevo-plan/plan.html>