XXVII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. VIII Jornadas de Sociología de la Universidad de Buenos Aires. Asociación Latinoamericana de Sociología, Buenos Aires, 2009.

La lucha contra la pobreza-exclusion en Venezuela. Evaluacion del programa “Mision Barrio Adentro”.

Neritza Alvarado Chacín.

Cita:

Neritza Alvarado Chacín (2009). *La lucha contra la pobreza-exclusion en Venezuela. Evaluacion del programa “Mision Barrio Adentro”. XXVII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. VIII Jornadas de Sociología de la Universidad de Buenos Aires. Asociación Latinoamericana de Sociología, Buenos Aires.*

Dirección estable: https://www.aacademica.org/000-062/573

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto*. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: https://www.aacademica.org*.

La lucha contra la pobreza-exclusion en Venezuela

Evaluacion del programa "Mision Barrio Adentro"[1].

Neritza Alvarado Chacín
Profesora titular e investigadora de la Universidad del Zulia (LUZ)
Adscrita al Instituto de Investigaciones Económicas y Sociales
(Departamento de Estudios Sociales)
Escuela de Sociología
(Departamento de Análisis Social, cátedra Desarrollo Social)
Maracaibo, Venezuela.

Resumen.

La ponencia recoge los resultados de una investigación que evalúa la experiencia de la Misión "Barrio Adentro" (BA) en Venezuela (programa social novedoso, bandera del gobierno nacional, que enfatiza la inclusión en salud y el concepto de salud primaria-preventiva en comunidades pobres, tradicionalmente rezagadas de este derecho social). El objetivo del trabajo es

[1] Las reflexiones y resultados expuestos en este trabajo derivan del proyecto de investigación "Misiones Sociales, Pobreza y Exclusión: la experiencia de Barrio Adentro en el Zulia", subvencionado por el Consejo de Desarrollo Científico y Humanístico (CONDES) de La Universidad del Zulia, bajo la responsabilidad de la Profesora Neritza Alvarado.

identificar cómo se ha venido ejecutando este programa desde su inicio en el año 2003 y cuáles serían los resultados e impacto social sobre la pobreza-exclusión, según la percepción de los beneficiarios y ejecutores directos. Se toman como referencia comunidades del estado Zulia. La investigación es cualitativa-etnográfica. Se efectuó un trabajo de campo con observación directa-participante en seis comunidades, entrevistas en profundidad y devolución sistemática del conocimiento a las mismas. Según los resultados BA funciona como una misión matriz, que introduce en las comunidades a las demás misiones o programas sociales de orientación inclusiva, según las necesidades de aquéllas. Es ejecutada por una institucionalidad informal, paralela a la oficial, emergente en los barrios o sectores populares, con criterios de voluntariado y auto-organización. Presenta superposición de etapas y rezagos en su ejecución. La atención médica primaria aún se presta en gran parte en consultorios improvisados en casa de familias, bajo condiciones infraestructurales deficientes. BA cuenta con significativos logros cuantitativos (consultas realizadas, tratamientos suministrados, muertes evitadas, etc.), que le han derivado alta aceptación popular: los beneficiarios se sienten satisfechos, incluidos gratuitamente en la atención de salud, aunque conocen las fallas del programa. Como conclusiones destacan que también ha habido logros cualitativos en las categorías estudiadas, sin embargo existen serias debilidades en cuanto a presupuesto, logística, densidad organizativa, articulación interna y externa, contraloría social, entre otras (en cuanto al proceso de ejecución); y en la participación social y educación comunitaria en salud preventiva, entre otras (en cuanto a impacto social), que si bien no la paralizan la misión, dificultan su consolidación y un mayor alcance sobre la pobreza-exclusión.

Palabras clave: Pobreza, exclusión social, programas sociales, Misión Barrio Adentro, Venezuela.

1. INTRODUCCION.

Las llamadas *"misiones"* constituyen la base de la política social actual del gobierno venezolano, en el contexto del proyecto político denominado *revolución bolivariana*, del esquema de *democracia participativa y protagónica* y del modelo de desarrollo formulado como *endógeno-socialista,* planteado como alternativa al neoliberalismo. Toda vez que no surgen al inicio del gobierno (febrero de 1999) sino después de cuatro años de gestión (febrero de 2003), las *misiones* tienen como propósito declarado *consolidar* el proceso de inclusión, equidad y justicia social,mediante el abatimiento de la pobreza-exclusión y por ende, el mejoramiento de la calidad de vida de los sectores populares, tradicionalmente excluidos de algunos derechos sociales fundamentales.

Este objetivo marco, aun cuando ha sido normativamente promovido desde el comienzo de la Administración Chávez y ratificado en la nueva Constitución nacional (mejor conocida como Constitución Bolivariana, aprobada a fines de 1999), así como en todos los planes y programas de gobierno de estos diez años de gestión, cobran fuerza a la luz de las nuevas estrategias. Sin embargo, aunque las mismas destacan en el discurso político-presidencial como bandera de la acción de gobierno y éste destina sumas cuantiosas a su financiamiento; a seis (6) años de su implementación no han sido suficientemente evaluadas de una manera integral, ni por el gobierno ni por instituciones académicas y de investigación.

El gobierno se limita a ofrecer (con frecuencia en la propia voz del primer mandatario, la más de las veces en su programa televisivo-radial *"Aló Presidente"*) *cifras de cobertura* (número de inscritos en el naciente sistema educativo no-formal; número de consultas médicas realizadas y muertes evitadas en el incipiente "nuevo" sistema de salud; toneladas de alimentos de primera necesidad expedidos a bajos precios en los mercados populares, etc.). Del lado académico, algunos estudios se han realizado, pero de manera parcial, aislada e igualmente con predominio de criterios cuantitativos. No obstante, suelen presentar sus resultados como válidos para todo el país, a pesar de que han carecido de un estudio muestral amplio, capaz de evidenciar la dinámica de las misiones en el conjunto nacional (con representación de todas las entidades federales, o como mínimo de las ciudades más importantes).

Afirman de manera tajante *cuánto* habrían impactado a los índices nacionales de pobreza, mortalidad infantil, salud-nutrición, tasas de escolaridad, etc., resultados que no son precisos pues en las estadísticas sociales globales está incluida *toda* la población venezolana (no sólo las personas consideradas técnicamente como *pobres* y *excluidos,* beneficiarios reales o no de las misiones); además que en el comportamiento de dichas variables inciden simultáneamente otros programas y medidas gubernamentales, por lo cual resulta prácticamente imposible, desde esa perspectiva cuantitativa general, decantar *cuáles y cuántos* impactos pueden endosárseles a las misiones en la población objetivo a la cual son destinados, no en toda la población venezolana. Además, no siempre estos trabajos recogen *las voces* emanadas directamente del terreno, que expresen cómo están siendo implementados los programas por sus administradores locales y cómo son percibidos por los involucrados, especialmente por sus destinatarios, sean éstos entendidos como "beneficiarios" o como "participantes".

Este trabajo responde a la inquietud que impone la necesidad de conocer en profundidad cómo marchan las misiones sociales en las distintas regiones venezolanas, en ese plano local-parroquial donde se desarrollan; si son o no socialmente efectivas en el sentido de si están cumpliendo o no con sus objetivos inclusivos y de generación de cambios en el comportamiento de la pobreza, enfocados éstos desde una perspectiva *cualitativa* que vaya más allá del mero dato estadístico e incorpore el punto de vista de esos actores.

En este orden de ideas, el trabajo pretende hacer una contribución, evitando la manipulación de información a través de la polarización de juicios o la parcialización de opiniones, guiadas por afectos o desafectos radicales al gobierno de turno, que conspiran contra la ética del investigador y contra el carácter científico de todo estudio serio. Por ello, en el intento de menguar desde un principio dicho sesgo, se toman como referencia los dos municipios principales de la entidad geográfica considerada, uno cuya población es mayoritariamente opositora al gobierno -electoralmente hablando-, y en el otro contraria a éste, en los mismos términos; además de que se reconstruye la experiencia abordada con apego y respeto a los testimonios de los informantes claves, tal como fueron expresados por ellos.

El estudio constituye un resumen de los resultados de una investigación más amplia (referenciada al pie de la página1), que realizó una aproximación a la *Misión Barrio Adentro* (MBA, programa orientado a la atención comunitaria, primaria-preventiva de la salud), en los casos de los municipios Maracaibo y San Francisco, los dos más importantes del estado Zulia. Esta entidad es un estado-región petrolero cuyo aporte al PIB nacional es de alrededor del 70%, por lo cual es económica y políticamente muy estratégico para el país. Su capital es la ciudad de Maracaibo, la segunda de mayor densidad poblacional.

Aun cuando se trata de un estudio microsociológico, *exploratorio-descriptivo*, realizado en sólo seis comunidades urbanas en situación de pobreza crítica de seis parroquias diferentes; cuyos hallazgos no son extensivos al resto de la nación dada la naturaleza de la investigación cualitativa, que aunque profundiza en los fenómenos sociales sus resultados no son generalizables; éstos se consideran indicativos de algunas tendencias significativas, lo cual es valioso ante la escasez antes mencionada de diagnósticos y evaluaciones directas sobre dichas estrategias sociales y en particular de "Barrio Adentro" (BA), bajo el enfoque cualitativo de investigación.

La pertinencia de este trabajo puede ubicarse no sólo a nivel interno (Venezuela), por las razones anotadas, sino también externo (otros países de América Latina y del mundo) en la medida en que la estrategia de las misiones, en general, y del programa BA, en particular, pueda ser tomada como referencia dentro de una perspectiva comparada con otros programas sociales. De ahí el especial interés de la autora en difundir sus resultados a través de una publicación periódica de circulación internacional. No obstante, a los efectos de una mejor comprensión de este trabajo, especialmente de parte de lectores y evaluadores no venezolanos, es preciso hacer aquí las siguientes aclaratorias:

1) No entra en los objetivos de este trabajo desarrollar un marco teórico-conceptual que proporcione mayores elementos de esa naturaleza para dimensionar y discutir, en el contexto latinoamericano y mundial, *"el tipo de política social"* que lleva a cabo un gobierno de las características y presencia política como el del Presidente Hugo Chávez. Toda vez que eso ya fue realizado por la autora en trabajos previos, se sugiere a los interesados en estudiar o profundizar ese tema particular, consultar las referencias recomendadas al pie de esta página[2].

2) En el mismo sentido, si bien el programa BA está dirigido a la atención de un problema social como es la salud de buena parte de la población venezolana (sectores populares), tampoco entra en los objetivos del trabajo realizar una interpretación de *la política de salud* de este gobierno, en el contexto del proceso inherente a *revolución bolivariana* y mucho menos en el marco mundial de la globalización y del modelo económico neoliberal.

3) Igualmente, aun cuando se tiene muy claro que la salud, en tanto fenómeno social, es multicausado y multidimensional, con fuertes vínculos sociales, políticos, culturales y económicos; y por lo tanto precisa una intervención integral, cuyo primer nivel de atención va mucho más allá de la asistencia médica ambulatoria; en este trabajo se revisa la dinámica de la MBA sólo en lo primario-preventivo-ambulatorio, porque al momento de realizarse el estudio (año 2006) sólo había sido desarrollada en la primera etapa (que corresponde a ese nivel), de las cuatro etapas en que ha sido planificada su ejecución, como se indica más adelante. Es decir, *ese* era el alcance que llevaba el programa. En Iberoamérica existe abundante y calificada literatura, a disposición y acceso libre de cualquier usuario, sobre este otro tema de la atención holística de la salud y todo lo que

[2] Véase: Alvarado (2003), Alvarado (2004), Alvarado (2006), Alvarado (2008), Mujica y Alvarado (2004).

involucra, por lo cual *no* ha de esperarse un abordaje de ese tipo en este trabajo, donde no hay espacio para ello y ni siquiera la autora es especialista en temas de salud.

4) En general, *no interesa* a los fines de este trabajo *teorizar sobre salud, sobre modelos de desarrollo, estilos de gobierno y de política social*, por lo cual se obvia *deliberadamente* un "marco teórico" y "estado del arte" sobre esos asuntos como contexto al problema que se enfoca, porque riñe con los principios de la investigación cualitativa, que impone no partir de conceptos y teorías preconcebidas y ni siquiera de hipótesis, pues estás surgen en todo caso al final de la investigación. Por ello, el objeto de este estudio fue planteado como *un acercamiento desde la praxis (no desde la teoría)* y por esa misma razón el trabajo resulta bastante descriptivo (no es su propósito tener otro alcance).

5) En ese mismo sentido no se realizan aquí afirmaciones a manera de *verdades* "únicas", "contundentes", análisis con explicaciones "refinadas", "acabadas" sobre el tema planteado, porque lo que se pretende es *explorar desde la realidad empírica* la orientación *general* de una política social que viene llamando la atención a nivel internacional pues resulta innovadora luego de la herencia neoliberal de programas compensatorio-focalizados en Venezuela y en Latinoamérica, que por definición cancelaban la posibilidad de organización-participación comunitaria en la gestión de soluciones a problemas vinculados a su situación de pobreza-exclusión, con sentido de corresponsabilidad social. Por esta razón, pese a que el trabajo se remite a un ejercicio de microsociología (con estudio de pocos casos o comunidades), quizás pudiera servir con fines comparativos (no necesariamente de imitación o réplica) en otras latitudes.

6) Aunque el trabajo fue concluido a fines del año 2006, muchos de sus resultados siguen vigentes en 2009, según se ha podido verificar en sondeos posteriores (coordinados por la suscrita), que han sido realizados en las comunidades entre los años 2007 y 2009[3]. Los hallazgos del primer acercamiento se dan a conocer externamente ahora por limitaciones inherentes a las publicaciones periódicas latinoamericanas, que las colapsan y ocasionan un inevitable desfase entre el proceso de generación de conocimientos y la divulgación de los mismos.

[3] En este año 2009 la autora se encuentra realizando la investigación titulada "Socialismo del Siglo XXI, Pobreza y Exclusión: Misiones Sociales y Consejos Comunales". Igualmente dentro de las Cátedras-Talleres de Grado, en la Escuela de Sociología de LUZ, asesorados por la suscrita, se realizaron entre los años 2006 y 2007 los siguientes trabajos: "Desarrollo Endógeno, Misiones Sociales y Capital Social en el Zulia: el caso de Barrio Adentro"; y "Las actitudes de los Beneficiarios de la Misión Barrio Adentro".

Con este horizonte definido, los *objetivos del estudio* fueron, en definitiva, *explorar, identificar y describir* en las seis comunidades que se mencionan al pie[4], durante el período comprendido entre los años 2003-2006, el *proceso de ejecución* de la misión BA (su *modus operandi*, factores que obstruyen o favorecen su gestión, posibilidades de continuidad, logros y problemas no resueltos),y su *impacto social* (cambios cualitativos en las condiciones de salud y calidad de vida, pobreza y exclusión) de la población de referencia; a fin de discernir cuál sería su alcance (bondades y limitaciones), así como sus posibilidades de consolidación, sostenibilidad y tendencias a corto y mediano plazos.

Bajo una perspectiva cualitativa-etnográfica se empleó el método estudio de casos, con desarrollo de un trabajo de campo, en el cual se aplicó la observación directa-participante (cuyos registros fueron asentados en un diario o cuaderno de campo), y entrevistas grabadas, semiestructuradas, abiertas y en profundidad, a 33 informantes clave. Esta información fue sometida al respectivo procedimiento de sistematización, procesamiento y análisis cualitativo, y posteriormente contrastada con los informantes dentro de un proceso de devolución sistemática del conocimiento a las comunidades, una vez concluida la investigación.

1. LAS MISIONES COMO EJE DE LA POLITICA SOCIAL VENEZOLANA.

En el discurso oficial las misiones son conceptuadas como "estrategias masivas orientadas a garantizar los derechos fundamentales a la población, con énfasis en los sectores más excluidos" (www.pdvsa.com). En este sentido, según la definición del propio Presidente de la República, en su argot militar, devienen en un imperativo estratégico y táctico: "una misión es una orden que no puede dejar de cumplirse cueste lo que cueste. Uno de los elementos fundamentales de ese concepto es la integralidad y eso no se obtiene por una mera proclama, eso hay que trabajarlo" (Chávez, 2004a).En general, "son programas de alcance masivo, dirigidas a educar, sanar y capacitar a los venezolanos, principalmente a aquellos que habitan en las zonas pobres y de difícil acceso" (Chávez, 2004b).

[4] Las comunidades fueron las siguientes: Cerros de Marín, Teotiste de Gallegos, Los Altos II (parroquias Olegario Villalobos, Coquivacoa y Francisco Eugenio Bustamante, respectivamente, del Municipio Maracaibo); Betulio González, El Manzanillo y Sector 11 de la Urb. Popular San Francisco (parroquias Domitila Flores, Francisco Ochoa y San Francisco, respectivamente, Municipio San Francisco). Se efectuaron diecisiete (17) entrevistas, distribuidas de la siguiente manera: 6 entrevistas en grupo a 22 beneficiarios directos (cada grupo de entre 3 y 5 personas), 8 entrevistas personales a igual número de coordinadores parroquiales y locales de los comités de salud de Barrio Adentro en cada comunidad, y tres (3) médicos cubanos -en total 33 informantes clave-.

Las misiones constituyen una modalidad diferente a la tradicional de organizar la gestión de las políticas públicas, en el sentido que "uno de los elementos fundamentales para su planificación, ejecución y seguimiento es la participación activa y protagónica de las comunidades organizadas", además que "cuentan con recursos extraordinarios y su coordinación es interinstitucional" (www.pdvsa.com).

Lo que destaca en esta nueva figura organizativa es el acento puesto en su gestión comunitaria directa, dentro de un proceso de parroquialización, que no tiene como mediación los gobiernos subnacionales, es decir, ni el nivel municipal (alcaldías o ayuntamientos) ni el regional (Gobernaciones de estados), sino que va a lo local en estrecha conexión con el nivel central (presidencia de la República e instituciones de adscripción). No obedecen, por lo tanto a un proceso convencional de descentralización, ni dependen, ni responden, en consecuencia, a la tradicional, entramada y burocrática institucionalidad de grandes ministerios, sino que devienen en estructuras emergentes, que coexisten de manera simultánea con la primera. Esta es la naturaleza y el sentido de las *misiones* en el actual contexto venezolano, y también la razón por la cual la oposición política al gobierno las tacha como "estructuras paralelas y extra-institucionales".

El gobierno contra-argumenta que las organizaciones de la comunidad, gestionadas endógenamente, son también *instituciones* y que no son *extra* sino *intra* pues se ubican y funcionan "barrio adentro"[5], lo cual las dota de absoluta pertinencia. Desde la perspectiva del gobierno, las misiones representan una respuesta alternativa ante las amenazas obstructivas de las organizaciones administrativas pre-existentes para reorientar la gestión pública hacia fines socialmente inclusivos y a la velocidad reclamada por el proceso bolivariano, tomando en cuenta los problemas estructurales que a manera de "nudos críticos" han conspirado siempre contra la eficacia-eficiencia-efectividad de la intervención oficial (especialmente en el sector social, tradicionalmente desarticulado), a causa del burocratismo, clientelismo, corrupción, sectorialidad, resistencia a las nuevas políticas de buena parte del funcionariado que por décadas ha prestado servicios en la administración pública, oposición de algunos sindicatos aún controlados por partidos tradicionales, etc.

El primer rasgo característico que destaca en una aproximación a las misiones es su conexión con el acontecer sociopolítico del país desde la llegada al poder del Presidente Hugo

[5] Cabe acotar al margen que ésta última apreciación se correspondería lo que Durston (1999, 2000), alude como *capital social comunitario*, en el cual incluye tanto las instituciones formales como las instituciones u organizaciones informales de la comunidad.

Chávez, marcado por alta polarización y conflictividad política, por tratarse de un proyecto cargado de promesas de cambio radicales, con un discurso revolucionario, opuesto frontalmente al neoliberalismo, dirigido a los pobres o sectores populares, a su inclusión y participación en la vida pública nacional, en tanto sujetos de derecho.

Así, a partir de la crisis política del año 2002 (después del golpe de Estado del 11 de abril), el gobierno anunció unas "nuevas" medidas económicas y sociales para hacerle frente a la crisis, en materia de política social éstas devinieron sólo en un fortalecimiento (financiero) de los programas sociales asistencialistas-focalizados en los grupos más pobres. Es lógico suponer que en ese momento post-golpe, muy delicado para la gobernabilidad, se procuró mantener la adhesión de los sectores populares por vía de los programas compensatorios, de alta aceptación entre la población objetivo, según encuestas sociales realizadas durante los segundos mandatos de Carlos Andrés Pérez (1989-1993) y Rafael Caldera (1994-1998), gobiernos abiertamente neoliberales.

Luego de esa contingencia, el evento más resaltante fue el paro petrolero-comercial patronal convocado y ejecutado por representantes de la oposición entre Diciembre de 2002 y Febrero de 2003, para presionar la salida de Chávez del poder, por vía de su renuncia, toda vez que no pudieron sacarlo por vía del golpe de Estado. Dicho paro fue escenificado por altos gerentes de la empresa Petróleos de Venezuela Sociedad Anónima, PDVSA (frontales opositores a Chávez, quienes se agruparon en organización a la cual llamaron "Gente del Petróleo"), empresa que siendo la principal industria básica del Estado, funcionaba con criterios de empresa privada y con demasiada autonomía respecto del gobierno, al punto que al decir de éste se había convertido en "un estado dentro del Estado", pretendiendo controlar el poder político. También protagonizaron el paro los líderes empresariales de la cámaras de comerciantes e industriales, especialmente de FEDECAMARAS (cuyo presidente, violando la institucionalidad democrática y la Constitución nacional, se autodesignó y autojuramentó como Presidente de la República tras el golpe de Estado de abril 2002, que sólo duró 48 horas); además, por el llamado "cogollo" de la Confederación de Trabajadores de Venezuela (CTV), que agrupaba a la vieja burocracia sindical, controlada por partidos tradicionales.

Ese largo paro patronal, fue igualmente enfrentado y derrotado por el gobierno. Una vez superado, en Febrero de 2003 el gobierno anunció un "programa de acción para la coyuntura", fuertemente impulsado por el desabastecimiento alimentario y por toda la conflictividad que ponía en riesgo tanto la popularidad del Presidente como su continuidad en el poder por vía del

referendo revocatorio presidencial previsto en la Constitución nacional y convocado para el año 2004 (efectivamente ejecutado en agosto de ese año e igualmente ganado por Chávez).

En ese contexto la acción de gobierno, desde el punto de vista de la política económica, estuvo centrada en la recuperación del PIB (a causa de ese sabotaje petrolero-comercial patronal sin precedentes en la historia del país, que causó estragos en la economía), y desde el punto de vista social, en los nuevos programas masivos denominados *misiones sociales*, orientados a reemplazar parcial y progresivamente la política social focalizada-paternalista por una política declarada como *universal* y basada en la participación social. En este marco se inició el programa piloto *Barrio Adentro*, que luego pasó a ser el esquema a seguir para la creación de nuevos programas en distintas áreas sociales, bautizados con ese nombre de *misiones*.

Esta nueva orientación resultó más coherente con los preceptos constitucionales y objetivos programáticos del proyecto de revolución bolivariana. Principios como *corresponsabilidad social, universalismo, equidad, empoderamiento, equilibrio social*, entre otros, que se lograrían mediante la adición de *"más moléculas de política social que de política económica"* a la acción de gobierno, fueron puestas desde la primera campaña presidencial (1997-1998) por Chávez y su partido, en la convocatoria dirigida a "los pobres", a quienes el Presidente interpela directamente, sin figuras mediadoras en esa relación. Esos principios pasaron a formar parte del nuevo ordenamiento jurídico-normativo del cual la nueva Constitución nacional es su máxima expresión, incluyendo por primera vez la participación social-ciudadana como un derecho humano y social fundamental. Con la figura de las misiones estos preceptos vuelven a ser exaltados, pero sus objetivos parecían imposible de edificar con las estructuras administrativas heredadas, mucho más por la urgencia puesta en su ejecución (Lander, 2007).

En 2006 Chávez ganó de nuevo las elecciones presidenciales, siendo reelecto para un tercer período (2007-2013).Bajo una óptica comunal-socialista, el gobierno procura desde ese año (y con mayor fuerza a partir de 2007) darle mayor organicidad y potestades a la gestión local-comunitaria, con la creación de una nueva figura conocida como "*Consejos Comunales*", que viene siendo impulsada a partir la aprobación de la ley que los crea y los norma (a mediados de 2006), como mecanismo de transferencia directa de poder a las comunidades (para decidir sus propios proyectos y administrar su presupuesto), dentro del principio conocido como *empoderamiento ciudadano*. Los Consejos Comunales (cuya coordinación nacional está adscrita a la Presidencia de la República), actuarían en estrecha conexión y concordancia con las misiones sociales y junto a los mecanismos

que dinamizan la economía social-comunal (cooperativas, empresas asociativas, empresas de producción social, entre otras), tienen bajo su responsabilidad fraguar las bases de la sociedad y la economía socialistas "a la venezolana".

Con el conglomerado de misiones existentes en 2003, sumadas a las que vendrían después, ya desde Diciembre de ese año el Presidente Chávez pensó constituir una megamisión (a la cual daría el nombre de Misión "Cristo") que englobaría a todas las misiones bajo el lema "pobreza cero en el 2021" (Mota, 2004). Esta misión macro sólo fue anunciada, aún no se ha concretado, no obstante el primer mandatario reitera con frecuencia en sus alocuciones públicas que las misiones constituyen la principal herramienta en esa meta de "pobreza cero en el 2021" y no serían sacrificadas por nada de este mundo[6].

Bajo el amparo de altos ingresos petroleros, el gobierno introduce en el año 2005 un cambio en la Ley del Banco Central de Venezuela, que autorizó el empleo parcial de las reservas internacionales para financiar los nuevos programas sociales, a partir de la creación de dos fondos: el Fondo de Desarrollo Nacional (FONDEN) y el Fondo para el Desarrollo Económico y Social (FONDESPA).Este fue el recurso estratégico que el gobierno encontró para lograr que los ingresos derivados de la comercialización de petróleo, a manera de remanente, cuando los precios internacionales del crudo se ubicasen por encima de lo previsto en el presupuesto nacional, ese excedente debía ser depositado en el FONDEN para el financiamiento de planes estratégicos de desarrollo (industrias básicas, infraestructura, transportes, vivenda); y el resto sería propiedad de PDVSA, quien ya había creado en 2004 el FONDESPA. De de allí provienen básicamente los recursos que financian a las misiones. Es decir, que éstos no derivan del presupuesto ordinario de los ministerios sino directamente de PDVSA, adquiriendo así esta empresa estratégica-estatal un papel emergente de corresponsabilidad social, que ha sido denominado el "rol social de PDVSA", industria que pasó a control directo del gobierno en el año 2003, después del paro petrolero, en lo que el gobierno dio a conocer y popularizó como "el contra-golpe petrolero" a la oposición.

Esta apropiación que el Ejecutivo hace del sector público explica que las misiones no dependan de ningún ministerio sino del gobierno central (Presidencia y PDVSA), si bien en alguna parte del proceso de ejecución de las misiones los ministerios tienen alguna injerencia (por ejemplo,

6 Una cronología, con detalle de sus objetivos y organismos de adscripción, de las primeras misiones, de las posteriores y de las más recientes puede ubicarse en: Alvarado (2004), Alvarado (2006), Alvarado (2008), D´Elía (2006), Lander (2007), Maingon (2006), Maingon (2008), Vera (2008), entre otros autores, y también en la página oficial: Gobierno en Línea (/www.gobiernoenlinea.ve).Cada una de estas misiones tiene además su propio portal en internet.

el Ministerio del Poder Popular para la Salud y la Protección Social en el nombramiento de coordinadores nacionales y regionales de las Misiones, es el caso de Barrio Adentro), o el Ministerio del Poder Popular para la Participación y el Desarrollo Social (MINPADES) en el caso de los Consejos Comunales, pero esta participación no es vinculante en términos de dependencia funcional de los programas. Por estas razones sectores de oposición política al gobierno denominan a las misiones como "estructuras paralelas, extra o para-institucionales", mientras el gobierno simplemente las presenta como estructuras u organizaciones "endógenas-emergentes", de necesidad y pertinencia demostradas para la inclusión y la participación social.

En todo caso destaca en este proceso el rol hegemónico del Estado-Gobierno en la creación-promoción-implantación de la política social y de la participación, para lo cual genera nuevas figuras a manera de nuevos espacios organizativos de la acción comunal (las misiones y los consejos comunales, principalmente), a través de las cuales otorga a los sectores populares competencias para organizar y gestionar directamente las políticas públicas (en este caso las sociales), a partir del diseño y ejecución de sus propios proyectos comunitarios y de la administración del presupuesto de éstos. Incluso se les asigna la tarea del monitoreo o "contraloría social" de los mismos (en la ley que crea y norma a los Consejos Comunales), en concordancia con los principios antes mencionados de *corresponsabilidad* y *empoderamiento*, básicos en el proyecto político de revolución bolivariana, presentes no sólo en la Constitución nacional sino en todos los planes y programas de gobierno, desde su inicio hasta la actualidad.

En este sentido, la nueva institucionalidad social que motoriza a la nueva política social en Venezuela se soporta en las nacientes organizaciones comunitarias, y está representada en las misiones sociales, los consejos comunales y las organizaciones de la economía social (a su vez ejes del modelo endógeno-socialista). Es decir, que más que a un movimiento horizontal, participativo, reivindicativo de abajo hacia arriba, las mismas responden a decisiones verticales (tomadas de arriba hacia abajo) a manera de "implantación de iniciativas" (Hintze, 2008; Alvarado, 2008).

Si bien la Constitución Bolivariana constituye un marco jurídico-normativo general de mayor amplitud en derechos sociales, y en los documentos oficiales que orientan la acción de gobierno están presentes los principios de corresponsabilidad y cogestión, en este sentido el proceso de *empoderamiento* aún no es protagónico. Un reto en esta materia, en aras de hacer realidad dichos preceptos, es avanzar hacia la configuración de una relación horizontal Estado-Gobierno/Sociedad (sectores populares), en términos de asociación-cooperación más que de

subordinación-subalternidad entre las instituciones públicas y las organizaciones de la comunidad. En este orden de ideas es necesario un proceso de aprendizaje de estos actores colectivos para forjar su capacidad de interpelar al Estado, así como de apoderarse de las políticas que les atañen y de la potestad de autodireccionarlas.

Esta configuración de nuevos saberes y capacidades reclama otro tipo de tiempo. Como lo plantea Hintze (2008: 50):"La ecuación (aún no resuelta) entre tiempos políticos-tiempos técnicos tensionada por la constante transformación hacia nuevas formas de intervención, nuevos actores, nuevas institucionalidades, incide en la construcción de conexión entre organizaciones públicas y emprendimientos. Esto hace necesario incluir un tercer término en la ecuación: el papel de los tiempos sociales necesarios para construir el actor colectivo capaz de apropiarse efectivamente de la gestión y control de las políticas como propone la rica normativa que propicia la participación popular".

En virtud de la dinámica política y de las capacidades económicas del Estado-Gobierno, la actual política social ha podido cubrir a gruesos grupos de población tradicionalmente excluidos (en áreas como educación, salud, acceso alimentos de precios inferiores a los del mercado, entre otras) que no se beneficiaban directamente de las llamadas políticas "universalistas" vigentes en Venezuela hasta 1988, que cambiaron de rumbo a partir de 1989 con las fórmulas neoliberales de selectividad-focalización.

Sin embargo, si bien entre 1999-2002 durante el actual gobierno se mantuvo en gran medida el estilo compensatorio de la política social neoliberal, a partir del año 2003 no sería muy preciso tachársele a ésta como de "focalizada" (aunque esté dirigida a los sectores pobres o populares) pues ha venido siendo cada vez más ampliada en términos de cobertura y de gasto social. Tampoco puede decirse, hoy por hoy, que se trata de una política social universal de nuevo cuño (ya que no incorpora en gran medida a otros grupos de la población, como los sectores medios). En este sentido, el gobierno habla de un "universalismo progresivo" (Barros, 2008; Alvarado, 2008) y trae a colación el criterio de *progresividad,* que es uno de los principios adjudicados a la política social desde los primeros documentos oficiales.

2. LA MISION BARRIO. ASPECTOS NORMATIVOS DEL PROGRAMA.

Barrio Adentro, "la madre de todas las misiones" fue concebida inicialmente como un plan piloto de desarrollo integral de las comunidades, inaugurado el 16 de Abril de 2003, mediante un acuerdo de cooperación suscrito por la Alcaldía de Caracas con el gobierno cubano, en el marco del Convenio Integral Venezuela-Cuba. Empezó a manera de prueba en la fecha señalada en el Municipio Libertador de la ciudad capital, siendo elevada a la categoría de *misión* (cobertura masiva en todos los municipios de todos los estados del país), por decreto presidencial a fines de ese mismo año 2003. Desde su inicio el programa ha sido desarrollado con la participación de médicos cubanos[7] (1 médico por cada 250 familias) y la agregación paulatina de algunos médicos venezolanos que han avalado la misión y han estado dispuestos a cursar un programa de postgrado en medicina integral comunitaria, bajo la tutoría de un médico cubano, en cuanto a praxis en el consultorio. Estos profesionales se han instalado en las comunidades más pobres y vulnerables, hasta en los lugares más intrincados, recónditos del país y desasistidos en salud, de allí deriva el nombre "barrio adentro".

La MBA se fundamenta en el concepto de salud integral, el cual trasciende la vieja visión reduccionista que asocia la salud exclusivamente a la asistencia médica como parte del enfoque de medicina curativa. Dentro de esta misión la salud se relaciona con la economía social, el deporte, el ambiente, la educación, la cultura, la seguridad alimentaria, etc.,de allí la importancia que le asigna a la participación comunitaria, como motor impulsor de organización y cambios. Se planteó la necesidad urgente de contar con servicios de salud orientados principalmente a la promoción y prevención con un enfoque familiar y comunitario, para evitar pérdida de capital humano, así como la carga insostenible para los sectores populares de los servicios de tratamiento médico (www.misionbarrioadentro.gob.ve).

La visión de BA está centrada en un modelo de gestión pública que busca garantizar un desarrollo humano sustentable, con la satisfacción de las necesidades sociales de la población, fundamentado en los principios de atención primaria dentro de un nuevo sistema público nacional de salud. Así, tiene como objetivo declarado "garantizar el acceso a los servicios de salud a la población excluida, mediante un modelo de gestión de salud integral, orientado al logro de una mejor calidad de vida. (…)También busca implantar un modelo de gestión participativo, que responda a las necesidades sociales de los grupos de población excluidos, (…) y fortalecer la red ambulatoria aumentando su capacidad resolutiva mediante la implantación, consolidación y

[7] En un principio el gobierno convocó a los médicos venezolanos a participar en este programa, quienes se opusieron rotundamente con el amparo de sus gremios. A causa de esta negativa, fue solicitada la colaboración del gobierno cubano, quien de inmediato envió a misión a sus médicos comunitarios.

extensión de consultorios populares, haciendo énfasis en la promoción de calidad de vida y salud" (Alvarez y Barcos, 2005:33).

A su vez, la MBA permitiría potenciar capacidades y habilidades de los recursos humanos, articulando las políticas sociales que den respuesta a las necesidades sociales de la población. Según el gobierno, esta misión se caracteriza por abordar los factores sociales y de desarrollo endógeno local; va más allá de una simple extensión de los servicios asistenciales ya que propiciaría el compromiso de los sujetos de forma individual y colectiva, conjuntamente con todos los entes sociales y económicos conectados dentro de una nueva relación Estado-sociedad (Alvarez y Barcos, 2005:21). Inicialmente, en su modalidad de misión, este programa fue previsto ser ejecutado en tres fases o etapas. *Barrio Adentro I* estaría dirigido a la atención integral, a la promoción y prevención de la salud y al establecimiento de la red primaria, lo que implica tratar de mantener sanas a las personas y detectar las enfermedades con la prontitud posible. Esta primera etapa cubre los sectores más necesitados, les brinda consultorios médicos populares y se propone garantizar atención gratuita las 24 horas del día, además del suministro gratuito de medicamentos (www.barrioadentro.gob.ve).

La misión *Barrio Adentro II* contempla el sistema de restauración y rehabilitación del sector salud a través de la recuperación de los centros ambulatorios. Su compromiso es ir más allá de la primera etapa de la misión para asegurar a toda la población del país un sistema de salud gratuito y de calidad. Por ello nacen los centros de salud integral comprendidos en esta etapa, que son los Centros de Diagnóstico Integral (CDI) o establecimientos donde se brinda la atención de segundo nivel, es decir donde se garantiza asistencia médica de emergencia y estudios diagnósticos fundamentales las 24 horas del día, todos los días de la semana. Los CDI prestan servicio de medicina general y/o familiar, y llevan un control más avanzado en el área de nutrición de niños, jóvenes y ancianos de las comunidades donde están ubicados y sus alrededores. Los servicios que presta BA II en los CDI constan de: sala de ingreso, ecogramas, rayos x, laboratorio clínico, endoscopia, electrocardiografía, oftalmología, terapia intensiva, apoyo vital y transporte sanitario. Los CDI son también acompañados de salas de rehabilitación integral (SRI), con énfasis en la fisioterapia (www.barrioadentro.gob.ve).

La misión *Barrio Adentro III* se basa en una visión integral de la asistencia hospitalaria, que incluye la formulación de los modelos de asistencia y gestión así como la modernización de la infraestructura y equipamiento tecnológico de los hospitales públicos existentes. La Misión BA III,

a su vez, comprende tres etapas: la primera a ser desarrollada en los años 2005-2006 donde 79 centros hospitalarios serían recuperados y modernizados para brindar mayor atención. Se esperaba recuperar 42 hospitales durante los primeros seis meses, quedando 37 hospitales en una segunda fase. Para la segunda etapa (2007-2008) entrarían en ejecución los 220 hospitales restantes (www.barrioadentro.gob.ve). Posteriormente (año 2007) fue anunciada una última etapa (*Barrio Adentro IV*), dirigida a la construcción de nuevos hospitales especializados (en etapa inicial).

En general, tal como ha sido formulada, la misión BA está orientada a trascender la atención a las personas, familias y comunidades con problemas de salud en los sectores más pobres del país. Convoca a la participación organizada de las comunidades, en un proceso de gestión compartida, en base a la corresponsabilidad y voluntariado social, que busca romper con el entrabado sistema burocrático de la administración tradicional de la salud e instaurar un nuevo Sistema Público Nacional de Salud, con énfasis en la salud integral y calidad de vida, en la medicina preventiva, integral comunitaria y en la atención directa, gratuita e inmediata en las comunidades, con carácter endógeno. Según su diseño, BA está llamada a convertirse "en el gran modelo de atención y gestión en salud, teniendo como fundamento la democracia participativa y protagónica. Se concibe como el eje articulador de todas las políticas sociales y en tal sentido se plantea como objetivo construir redes sociales orgánicas, que permitan el posicionamiento comunitario de las instituciones del Estado, para elevar la calidad de vida de los habitantes de los barrios pobres" (Alvarez y Barcos, 2005:26; www.barrioadentro.gob.ve).

3. EVALUACION DEL PROGRAMA:

4. RADIOGRAFIA DE BARRIOADENTRO DESDE LA PRAXIS.

A continuación se resumen los principales hallazgos del trabajo de campo realizado en las comunidades señaladas, según las áreas de información exploradas, con arreglo a los objetivos del proyecto[8].

4.1. EL PROCESO DE EJECUCION[9].

[8] En el trabajo *in extenso* derivado de la investigación presentado al ente financista, se documentan estos hallazgos con testimonios textuales de los informantes clave. Por razones de espacio no se incluyeron aquí. No obstante las entrevistas, en texto completo, están disponibles en el Departamento de Estudios Sociales del Instituto de Investigaciones Económicas y Sociales de LUZ. También pueden ser solicitadas por correo electrónico a la autora.

En esta parte se indagó el *modus operandi* de la misión, desde la llegada de los primeros médicos, odontólogos y entrenadores deportivos cubanos, hasta el inicio de la construcción de los primeros módulos de consultorios y Centros de Diagnóstico Integral (CDI), tratando de discernir cómo se estructura y organiza en la práctica la misión para su funcionamiento, los mecanismos que se establecen, las condiciones infraestructurales y logísticas, los recursos financieros y factores cualitativos que pudieran estar facilitando u obstaculizando su funcionamiento actual, potenciando o restringiendo el alcance del programa. En este sentido, de acuerdo a lo expresado por los coordinadores, los médicos y los beneficiarios directos, desde su inicio hasta la actualidad, la situación sería la siguiente:

3.1.1. El arranque del programa.

La instalación inicial de los primeros médicos cubanos, así como de los odontólogos y entrenadores deportivos, se hizo al principio sin lineamientos cerrados en cuanto a exigencias para la ejecución del programa, sino improvisadamente, como y donde se pudo: en casas de familias, en galpones, en espacios de iglesias, de casas comunales, etc., gestionados por las organizaciones y líderes locales y cedidos por las comunidades. En su mayoría, los primeros consultorios populares fueron ubicados en casas de familia, que a la vez albergaron a los médicos. Estos fueron alojados con sumas limitaciones de espacio y precarias condiciones en general, tratándose de barrios muy pobres, insalubres y hasta peligrosos (de alta delincuencia e inseguridad).

Los primeros médicos cubanos, no sólo soportaron incomodidades físicas sino también situaciones de rechazo, e incluso de violencia y agresión verbal y física en las comunidades, de parte de personas contrarias al gobierno venezolano y al sistema político cubano. No obstante, ellos, con el respaldo y protección de los líderes y colaboradores comunitarios, quienes los acompañaban y defendían permanentemente, no se amilanaron ni detuvieron su trabajo. Con paciencia, voluntad y convicción en la misión que les había sido encomendada, enfrentaron la campaña de desprestigio en su contra, sobrellevaron esa aversión y desconfianza inicial, y con demostración de que su trabajo como médicos era atender las necesidades de salud de la población que les había sido asignada, sin distingos de ningún tipo, poco a poco fueron ganando aceptación y respeto.

[9] Una información más amplia sobre este aspecto puede consultarse en el informe de resultados del proyecto, consignado en el CONDES y disponible en el Instituto de Investigaciones Económicas y Sociales de LUZ.

En la etapa de arranque de la misión, los médicos organizaron (aún es así) su jornada laboral de 8 horas diarias, en dos partes: durante la mañana, de 8 a 12, la atención en el consultorio (consulta externa), y por las tardes, de 2 a 6, lo que denominan "actividades de terreno", es decir, recorrido de la comunidad y visitas domiciliarias para la atención de pacientes críticos o físicamente impedidos. En ambos momentos realizan, con ayuda de los defensores de la salud, la labor de orientación y educación en salud preventiva.

3.1.2. Ejecución según etapas.

La primera etapa de la misión (organización de los consultorios y de los comités de salud) arrancó con marcadas deficiencias de infraestructura, presupuesto y logística. Oficialmente se dijo que el funcionamiento de los consultorios en casas de familia sería temporal, por cuanto sobre la marcha y en la brevedad posible serían construidos los módulos respectivos. No obstante, a mediados del año 2006 la mayoría de los consultorios en los municipios considerados continuaban en los espacios iniciales (hoy día aún quedan algunos en esa situación).

Se observó que sin haber sido construidos o culminados los módulos de consultorios de Barrio Adentro I, paralelamente se edificaban en algunas de estas comunidades los CDI y las SRI parroquiales, que corresponden a la etapa II de la misión. Es decir, que hay superposición de etapas, lo cual significa que la segunda fase tampoco fue planificada, y lo lógico habría sido concluir la primera y dotar los consultorios de todo lo necesario para la atención local primaria, antes de dar paso a la segunda fase, tomando en cuenta las precarias condiciones infraestructurales bajo las cuales se presta la primera. La etapa III de BA presentaba aún mayor rezago, por cuanto en ninguna de estas parroquias se había empezado a construir los Centros de Alta Tecnología (CAT). De hecho, en todo el estado Zulia sólo había sido construido un único CAT (en la ciudad de Maracaibo), cuyas operaciones comenzaron en el año 2006 (todavía es así).

3.1.3. Estructura e institucionalidad.

En el trabajo de campo se comprobó que, en efecto, BA se estructura de una manera no tradicional, en el sentido que sus coordinadores comunitarios (parroquiales y locales) no son designados "a dedo" desde arriba o desde la institucionalidad oficial establecida (Ministerio del Poder Popular para la Salud y la Protección social), sino que aquellos surgen en primera instancia de un voluntariado social que se aglutinó en los municipios, parroquias y comunidades en torno a

esta novedosa iniciativa. En casi todos los casos de los coordinadores informantes clave de este estudio, el coordinador parroquial del comité de salud es también el coordinador del comité local de salud en su comunidad. Surgidos inicialmente de ese voluntariado, fueron luego ratificados en asamblea de coordinadores parroquiales, convocada por el coordinador regional de los comités de salud de las distintas parroquias de los municipios, y posteriormente en asambleas de la comunidad, en cada barrio.

La presencia de la institucionalidad formal-oficial (Ministerio de Salud) se da desde arriba sólo en la iniciativa de la misión (diseño del programa y decisión de llevarlo a cabo en todos los estados) y en el nombramiento de los coordinadores regionales o estadales, que representan al gobierno nacional; por cuanto el resto de la estructura organizativa de la misión tiene tinte comunitario y autónomo. Llama la atención dentro de esta estructura e institucionalidad emergente, la ausencia de representación del nivel municipal, por cuanto no existe la figura de coordinador municipal sino de coordinador regional, parroquial y local, lo cual se corresponde con la iniciativa del gobierno de parroquializar la atención primaria en salud.

Asimismo, la estructura interna de los comités locales de salud es también atípica: funciona en base a varios comités de asuntos diversos, cada uno a su vez con un coordinador a la cabeza, además del coordinador de salud propiamente dicho, en el marco del concepto integral de salud (con énfasis en la promoción de la prevención y de la calidad de vida). Estos comités no son fijos o estandarizados para todas las comunidades, sino que son organizados de acuerdo a las necesidades y problemas sociales puntuales de cada barrio y/o sector, detectadas en censos comunitarios y puestas de relieve por la propia comunidad en asambleas de calle. Así, es común que, como parte del comité de salud de una comunidad donde existen problemas de regularización de la tenencia o propiedad de la tierra, por ejemplo, se organice un Comité de Tierras Urbanas, o bien una Mesa Técnica de Agua o de Energía; que pudieran no existir en otra comunidad que no presente problemas críticos de este orden.

Los médicos cubanos tienen su propia modalidad organizativa, sus propios coordinadores médicos (cubanos) regional y parroquial, es una estructura aparte. En cada consultorio el médico, con su personal adscrito (odontólogo, entrenador deportivo, también de nacionalidad cubana), trabaja con el apoyo del coordinador local del comité de salud, los defensores de la salud y promotores sociales (en el caso donde existe esta última figura), en lo que concierne a la atención médica, educación y promoción de la salud preventiva. Sin embargo, los médicos no se involucran

en las otras áreas problemáticas de las comunidades y sólo rinden cuenta de sus actividades a la coordinación médica cubana, como se especifica más adelante. En la práctica, estas dos estructuras operativas (la de la comunidad y la de la misión médica cubana) son independientes, como dos mundos apartes, que sólo confluyen en la comunidad en la interacción del médico con el coordinador local del comité de salud y con los defensores de la salud, en las actividades señaladas.

3.1.4 Formas de articulación.

Desde su inicio, BA articula las otras iniciativas de la comunidad, según las necesidades que descubre en su práctica cotidiana. Sirve incluso de enlace con las otras misiones sociales: el comité de salud gestiona para cada comunidad la Misión Robinson I (donde es o fue elevado el número de analfabetos), y luego la Robinson II (para garantizar la prosecución de éstos en la educación primaria); y/o la Misión Ribas (educación secundaria) y la Misión Sucre (estudios universitarios). Según sea el caso, también procura la resolución de problemas por vía de la organización de cooperativas que se adscriben a la Misión Vuelvas Caras, etc., siendo diferencial la presencia o no de estas misiones en las comunidades, según las necesidades que cada una presente y también según la capacidad de organización y gestión de cada barrio y/o sector. Por estas razones, se dice que Barrio Adentro es "la madre de todas las misiones", porque incluso da pie a la conformación de la nueva figura representada en los Consejos Comunales, que vienen siendo organizados desde 2006 a partir de los comités de salud de BA.

Con relación a los mecanismos de *articulación interna* de BA (entre el comité de salud y el resto de comités que estructuran la misión), tanto los coordinadores de los comités de salud como los médicos entrevistados afirmaron estar en permanente contacto y comunicación entre sí y trabajar en equipo, en el consultorio y sobre todo en las actividades de terreno. Sin embargo, se observó que la parte más fuerte del trabajo recae en los coordinadores de los comité de salud, que muchas veces hacen también de promotores sociales y gestores de todo, pues son quienes tienen que darle salidas a los problemas que se presenten, no sólo vinculados directamente con los requerimientos del consultorio, sino también con cualquier problema de índole diversa que afecte a la comunidad.

Con relación a la *articulación externa* (de la misión con instancias que no forman parte de la estructura local de BA), se encontró lo siguiente: en el caso donde los coordinadores locales de los comités de salud son a la vez los coordinadores parroquiales, no se presenta el problema de desarticulación entre lo local y lo parroquial, porque incluso en los barrios mencionados el

coordinador parroquial vive allí, forman parte de esa comunidad y están en permanente contacto con el coordinador local. Entre la instancia siguiente (la regional, recordando que en BA no se contempla el nivel municipal) también hay contacto y coordinación con el ámbito parroquial, en el sentido que el coordinador regional de los comités de salud (cuya oficina está en el CIED de PDVSA[10]) se reúne allí una vez a la semana con los coordinadores parroquiales de todos los municipios, donde discuten la marcha de la misión, los problemas que se presentan, las posibles soluciones; y los coordinadores parroquiales reciben lineamientos del regional, información que luego aquellos bajan a los coordinadores locales de las distintas comunidades de la parroquia.

Con respecto a las *otras misiones sociales* que existen en las comunidades, si bien BA sirve de enlace para que estas operen, una vez que las mismas han sido instaladas, tienen su propio coordinador y funcionan independientes de BA. No se realizan reuniones ni trabajo conjunto y coordinado entre el comité de salud y las otras coordinaciones de BA, con los ejecutores de estas misiones. El coordinador del comité de salud procura estar siempre informado, como lo hace con todos los asuntos de la comunidad, pero se trata de un asunto no vinculante, de modo que hay escasa articulación de BA con el resto de las misiones, y de éstas entre sí.

En general en las comunidades estudiadas si bien BA y las otras misiones fungen como alternativas de inclusión social en las áreas-problema de cada una de éstas, las mismas no habían generado (en el período 2003-2006) resonancia en los vecinos hacia la movilización para una acción colectiva más dinámica y autogestionaria, para darles salidas a los problemas sociales vinculados a la pobreza y a la exclusión social. Es decir, al interior de estos barrios no han surgido figuras u organizaciones innovadoras que sirvan de soporte a las misiones, más allá de lo inherente a la estructura preconcebida para éstas, que es igual en todos los municipios y parroquias de todo país, es decir, más allá de los comités y de las coordinaciones previstas.

Dentro de la articulación *articulación externa*, en lo que concierne a la relación de BA con las organizaciones de la comunidad existentes antes de las misiones (básicamente las asociaciones de vecinos), se encontraron las siguientes situaciones: 1) de *colaboración*: cuando estas asociaciones son partidarias del gobierno, y algunas que no siendo partidarias, anteponen el bienestar colectivo a las diferencias políticas y se han sumado al trabajo de BA y de las otras misiones, en lo que consideran favorece a la comunidad; 2) de *confrontación e interferencia abierta*: en los casos de asociaciones de oposición radical al gobierno y a todo lo que con él se relacione; 3) de *indiferencia*: en el caso de

[10] Centro Internacional de Educación y Desarrollo, de Petróleos de Venezuela Sociedad Anónima.

asociaciones también ideológicamente opositoras pero que se han dado cuenta que han perdido fuerza y poder en la comunidad, y en este caso ni colaboran ni obstruyen, simplemente se han replegado y aislado, con tendencia cada vez marcada a desaparecer.

Finalmente, en este aspecto de la *articulación externa*, en lo relacionado con *instituciones públicas extra–comunitarias* que representan a los gobiernos subnacionales (Alcaldías, Gobernación del estado), en el caso de las comunidades del estudio que pertenecen al Municipio Maracaibo se ha contado con el apoyo de la Alcaldía de Maracaibo (de orientación oficialista al momento del trabajo de campo), sin embargo este respaldo, fuerte al principio, se ha venido debilitando en la medida en que BA se ha ido consolidando, según expresaron los coordinadores entrevistados. En el caso de las comunidades del Municipio San Francisco, cuya Alcaldía era totalmente opositora al gobierno nacional (para el momento del estudio), la interferencia inicial se ha mantenido en los tres años considerados y en algunos casos reforzado porque incluso dejan de apoyar al comité de salud de BA en actividades que les compete al ente municipal como por ejemplo en jornadas de vacunación o de fumigación contra el dengue. En igual posición se mantiene la Gobernación del Estado, al desatender actividades que le corresponden si son motorizadas en las comunidades por BA.

3.1.5. Toma de decisiones.

Si bien en el diseño del programa se establece la implementación de BA bajo la figura de coordinaciones interconectadas en un comité de salud, de estructura horizontal y de trabajo en redes democráticas, a su vez vinculados de la misma manera con sus homólogos parroquiales y regionales, donde la comunidad tendría la primera y última palabra en materia decisoria; en la práctica la designación de los coordinadores no pasa de entrada por una asamblea de ciudadanos o comunal, sino en última instancia. Quizás por la forma improvisada y urgente como se inició la misión, donde muchas cosas reñían contra el tiempo, los coordinadores generales de BA en las entidades Federales (no sólo en el Zulia sino en todo el país) y los coordinadores regionales de los comités de salud, al igual que otros coordinadores como el regional comunitario, fueron nombrados desde arriba por el Ministerio de Salud y posteriormente ratificados por PDVSA, cuando esta empresa pasó a financiar y administrar la misión. De hecho estos coordinadores en el Zulia tienen sus despachos en el CIED de PDVSA, ubicado en la ciudad de Maracaibo[11], desde

[11] Cabe señalar aquí, que de todos estos coordinadores regionales el único que accedió a una entrevista, luego de 3 meses de insistencia mediante solicitudes institucionales, fue el coordinador regional comunitario.

entonces esa modalidad de nombramientos puede haberse institucionalizado por la fuerza de la costumbre.

Luego el coordinador parroquial tiene la potestad de designar al coordinador local del comité de salud entre los líderes de la comunidad que voluntariamente se ofrezcan para el cargo (en algunos casos el mismo coordinador parroquial pasa a ser el coordinador local en su barrio), y finalmente es cuando se convoca a una asamblea a la comunidad para la aprobación definitiva. Es decir, que lo que debió ser el primer paso, es el último, por lo cual la toma de decisiones, en la práctica, no es realmente horizontal ni totalmente democrática y comunitaria.

3.1.6. Seguimiento y contraloría social.

Toda vez que el programa se inscribe en el Convenio Venezuela-Cuba, BA funciona bajo una dualidad organizativa y operativa: la cubana y la venezolana, con escasa articulación entre ambas partes, como ya se expuso. Por las mismas razones, ambas instancias tienen sus propios mecanismos de seguimiento y rendición de cuentas, que es básicamente estadístico en el caso de la parte cubana. Así, el *seguimiento* empieza con la actividad del médico en el consultorio y en las actividades de terreno. Diariamente él (o ella) lleva un registro del número de consultas realizadas, del tipo de dolencia o enfermedad atendida, de la edad y sexo del paciente, del número de emergencias presentadas, del número de muertes evitadas en éstas, etc., y las sistematiza en un informe semanal que debe remitir al coordinador médico parroquial cubano, y este a su vez a su homólogo regional y de allí pasa al coordinador nacional cubano y luego al gobierno nacional y son las estadísticas que el Presidente Chávez presenta en sus alocuciones públicas, y que registran el Ministerio de Salud, el Ministerio de Comunicación e Información y otras instancias del gobierno nacional en sus respectivos sitios web.

Por observación directa en la experiencia vivida en las comunidades durante la ejecución de esta investigación, se pudo constatar que los médicos cubanos son bastante recelosos con esas estadísticas[12], no se las dan a conocer a los coordinadores parroquiales y locales venezolanos, menos aún a personas ajenas a la comunidad. De modo que ni siquiera los coordinadores del

[12] En general los médicos cubanos se mostraron desconfiados y muy reticentes a ofrecer información o una entrevista, de hecho tienen instrucciones de sus superiores de no darlas, según argumentan porque han vivido situaciones muy desagradables de personas y medios de comunicación mal intencionados, políticamente opositores a los gobiernos venezolano y cubano, que se infiltraban con mentiras en las comunidades, tergiversando y manipulando las declaraciones e información, incluso estadística, que ellos ofrecieron al principio de la misión. De hecho, en esta investigación sólo se pudo entrevistar a 3 de los 6 médicos correspondientes a las 6 comunidades estudiadas (previa antesala realizada a favor por los coordinadores locales), pero las mismas no pudieron ser grabadas y ni siquiera fue permitido tomar notas escritas de las conversaciones.

comité de salud saben cuáles son los resultados estadísticos de la actividad diaria, semanal, mensual del médico y cuál es el alcance local de BA.

Existe otro tipo de seguimiento que realizan los médicos y se refiere al control de la evolución del estado de salud de pacientes a quienes prescriben un tratamiento permanente o prolongado, como a los diabéticos e hipertensos, especialmente a los ancianos. Los médicos les monitorean diariamente la presión arterial a estos pacientes y coordinan con el entrenador deportivo el tipo de ejercicios físicos que pueden realizar, a aquellos que pertenecen a los círculos de abuelos y llevan esa rutina. También chequean que no se ausenten de la consulta cuando les corresponde el control, y si alguno falta lo visitan en su casa durante las actividades de terreno o lo mandan a buscar con el defensor de la salud, están pendientes que sigan el tratamiento y la dieta. Igual procedimiento ejecutan con los discapacitados que no pueden caminar o acudir al consultorio porque no hay quienes los lleven o acompañen. El defensor les entrega en sus domicilios los medicamentos y el médico los controla allí. Lo mismo ocurre con pacientes críticos o en estado terminal (como por ejemplo enfermos de cáncer).

En lo que corresponde a la *rendición de cuentas* de la parte venezolana, los procedimientos no están formalmente muy establecidos o no son muy específicos ni rígidos. El coordinador regional de los comités de salud sigue lineamientos del coordinador nacional y le reporta sobre el número de módulos construidos y/o entregados en cada parroquia y municipio y otras actividades de los comités de salud[13]. Los coordinadores locales de los comités de salud, que a su vez en su mayoría son -en el caso de las comunidades estudiadas- los coordinadores parroquiales, se comunican directamente con el coordinador regional, por teléfono, cuando necesiten intercambiar una opinión o un aval para tomar una decisión en la comunidad, en algunos casos éste se acerca al barrio, pero lo más frecuente es que los coordinadores locales acudan al despacho de aquél en PDVSA, sin que medien en ello mecanismos formales. Igual procedimiento aplica para el caso de las comunidades donde el coordinador local no es el coordinador parroquial.

En cuanto a la *contraloría social*, tal como expresan los coordinadores, la hacen ellos mismos (básicamente el coordinador del comité de salud y el defensor). Aun cuando en este comité existe la figura del "contralor social", éste es poco dinámico, no realiza actividades permanentes de ese tipo, a menos que se presente una irregularidad seria y sea convocado para que intervenga, revise y rinda

[13] De esta parte no se pudo obtener mayor información porque el coordinador regional de los comités de salud no accedió a la entrevista.

cuentas a la comunidad. Los vecinos en general, la comunidad como tal, tampoco realizan contraloría social, no tiene forjada esa cultura a gran escala.

3.1.7. Algunas limitaciones.

Si bien hasta el momento del estudio BA nunca había paralizado sus actividades en sus tres primeros años de funcionamiento, algunos problemas aún no resueltos sí lo limitan y quedan como retos a la misión, toda vez que de su resolución dependerá en buena medida la sostenibilidad de la misma en el corto y mediano plazos. De acuerdo a lo que testimonian los informantes clave, entre esas limitaciones destacan:

a) La cuestión del presupuesto.

Aunque el Ejecutivo nacional aporta cuantiosos recursos a esta misión y la mayor parte del trabajo en las comunidades es voluntario-no remunerado (participación de los coordinadores, defensores, promotores); dado el carácter tan masivo de la misma y lo oneroso de sus requerimientos (insumos médicos, equipos, edificaciones), el problema de presupuesto insuficiente ha sido permanente y es destinado básicamente a la construcción y dotación de los módulos de consultorios populares (etapa I de BA), de los Centros de Diagnóstico Integral (CDI), de las SRI o Salas de Rehabilitación Integral (etapa II de BA), así como al acondicionamiento del Centro de Alta Tecnología (CAT).

De manera que en el año 2006 algunos gastos de la Misión los seguían cubriendo las comunidades (dotación física, suministros de papelería, costos inherentes a la resolución de problemas ligados a los consultorios). Lo que sí garantiza de manera permanente el gobierno nacional es el suministro de los medicamentos y de insumos médicos a los consultorios, así como el estipendio que se les asigna a los médicos cubanos (una irrisoria suma de Bs.400.000 ó $US 200, es decir menos de un salario mínimo del año 2006). Pese a que la mayoría de los médicos en estas comunidades trabajan en consultorios muy precarios y con escaso presupuesto, no señalan estos aspectos como obstáculos para el desempeño de sus funciones. El foco de atención en ese sentido la ubican en otros factores (de índole sociocultural), que en su opinión sí son verdaderamente obstaculizantes, como se señala más adelante.

b) Nombramientos burocráticos.

Como fue señalado anteriormente, uno de los problemas que según los coordinadores parroquiales y locales de BA afecta su dinámica de ejecución, es que el coordinador regional (venezolano) de los comités de salud sea designado desde Caracas (Ministerio de Salud), sin consulta de ningún tipo en los estados, municipios y parroquias, por cuanto dicho nombramiento no sólo responde a criterios políticos y prácticas antidemocráticas que riñen con los preceptos del proyecto de revolución bolivariana y la constitución nacional, sino que cada vez que hay un cambio de coordinador se enlentecen las actividades de BA en cuanto a la toma de algunas decisiones, porque no es un procedimiento expedito, puede tardar varias semanas y hasta meses que el nombramiento se haga efectivo, y en las parroquias y comunidades no hay autonomía para decidir durante esa transición. Los coordinadores consideran que dicho funcionario debe ser electo democráticamente, por consenso, entre los todos los coordinadores parroquiales, de todos los municipios de la región, en atención a su perfil y a la capacidad de trabajo demostrada en el desempeño de las actividades inherentes a la misión, y que el seleccionado no tendría necesariamente que ser médico.

c) Las instancias opositoras.

Finalmente, los coordinadores señalan entre los obstáculos la falta de colaboración para con BA, que muchas veces raya en el sabotaje, de parte de la Gobernación del Estado y de la Alcaldía del Municipio San Francisco, y de uno que otro grupo de personas opositoras en las comunidades, por diferencias estrictamente políticas. Esto ocasiona que los coordinadores locales tengan mucho más trabajo de lo que de por sí involucra BA (y las misiones en general), porque tienen que arbitrar mecanismos alternativos, que se ubican fuera de esos ámbitos gubernamentales, para resolver problemas que les competen directamente a éstos. Consideran que si hubiese en estas instancias un sentido de responsabilidad (o corresponsabilidad), de colaboración y de conciencia del bien común, por encima de los intereses político-ideológicos, y se sumaran o facilitaran el trabajo de BA (al menos no saboteándolo), la misión sería fortalecida.

3.1.8. Expectativas, sostenibilidad y perspectivas de la Misión.

A nivel de expectativas, las esperanzas de mejoras en las condiciones de salud y calidad de vida están cifradas, tanto en los coordinadores como en los beneficiarios (especialmente de estos últimos), en los CDI pues permitirían una atención más completa que la primaria que se ofrece en

los consultorios populares, durante 24 horas, incluso de emergencias mayores, y diversos exámenes de diagnóstico. Asimismo, los coordinadores se mostraron optimistas en el futuro cercano con los Consejos Comunales, figura emergente que desde el año 2006 comenzaría a estructurarse en las comunidades, motorizados por los comités de salud, con los cuales esperan concretar viejas aspiraciones a través de proyectos elaborados y gestionados por ellos mismos, con acceso al presupuesto y administración directa de las partidas que se les asignen, que consideran la mejor manera de resolver problemas que afectan su calidad de vida, y de evitar filtraciones en los ámbitos de gobierno subnacionales como la Gobernación del estado y las Alcaldías.

En cuanto a la *sostenibilidad y perspectivas* de la misión hacia el futuro, se indagó en todos los informantes clave su posición acerca de si las actuales limitaciones pudieran amenazar su continuidad en el tiempo, enfocando de manera particular el hecho de si la misma sería capaz de sostenerse una vez que los médicos cubanos retornen definitivamente a su país, tomando en cuenta que tienen su familia y su vida allá y no pueden permanecer en misión en Venezuela por tiempo indefinido. Al respecto los coordinadores opinaron que BA es ya una institución sembrada en la comunidad, que ésta no estaría dispuesta a perderla, que se haría lo necesario para evitarlo y para fortalecerla cada día más, y no manifestaron ninguna preocupación sino más bien confianza en que, una vez que el relevo venezolano estuviese listo (estudiantes y médicos en formación, en pregrado y postgrado, en medicina integral comunitaria), la misión seguirá con el mismo espíritu, valores y principios forjados por el personal cubano, porque se están preparando con esa conciencia de servicio social y humanitario y de fe en lo comunitario.

Los beneficiarios también creen en esto y sostienen que en los consultorios donde hay un médico venezolano residente de postgrado, bajo la tutoría del médico cubano, que realiza la consulta junto a éste, ellos como pacientes no establecen diferencias, se sienten tan bien atendidos por el venezolano como por el cubano, y expresan tener por el primero igual confianza, aprecio y valoración como profesional.

3.2. EL IMPACTO SOCIAL DE BARRIO ADENTRO (Cambios cualitativos).

En esta parte se enfocan los resultados y efectos (cambios cualitativos) que los entrevistados imputaron directamente a la misión. Con arreglo a los objetivos y metodología del estudio, no es la idea aquí presentar resultados numéricos en cuanto a cantidad de consultas realizadas, emergencias atendidas, muertes evitadas, actividades de terreno efectuadas, etc., particularizadas por comunidad

y parroquia, porque además no se obtuvo acceso a esas estadísticas, pues los médicos cubanos no están autorizados para ofrecerlas. A nivel de impacto se encontró lo siguiente:

3.2.1. Sentido de inclusión. Percepción de la salud como un derecho humano y social.

BA es percibido por los beneficiarios y coordinadores como un sueño realizado. Relatan que cuando llegaron los primeros médicos, no podían creer que fuera a quedarse entre ellos. Consideran un gran logro y una ventaja disponer de un servicio de salud gratuito en la misma comunidad, cerca de sus casas, con acceso a medicamentos sin costo alguno, y posibilidad de ser atendidos en sus propios domicilios en casos de emergencias que se presentan fuera del horario del consultorio, inclusive por las noches o la madrugada.

Expresan que tener un médico de familia (y de cabecera para los casos críticos) en el barrio les da mucha seguridad y tranquilidad, pues les elimina la angustia que les producía la impotencia de no poder atenderse la salud de manera integral y periódica, por falta de recursos económicos, porque hasta para trasladarse a los ambulatorios y grandes hospitales les faltaban dinero para cubrir los pasajes o transporte, y más aún para adquirir los medicamentos y seguir los tratamientos por el tiempo prescrito. Peor todavía en los casos que precisaban exámenes especiales de diagnóstico e intervenciones quirúrgicas, donde la multiplicación de costos les imposibilitaba el acceso hasta en los hospitales públicos, masificados, colapsados y carentes de casi todo por lo cual al paciente se le imputaban también gastos de insumos médicos. Peor aún, obviamente, en las clínicas privadas.

En este sentido destacan las ventajas de la atención prestada por BA con relación a la asistencia de los hospitales públicos, porque además de la gratuidad, BA representa una atención directa, inmediata y personalizada, donde la atención esmerada del médico, su trato cordial y de igual a igual, hacen parte de las bondades de la misión. Esta valoración positiva del personal médico y paramédico cubano es un denominador común en la percepción de *todos* los entrevistados, indistintamente, fuesen del Municipio Maracaibo (oficialista) o del Municipio San Francisco (oposicionista).

Igualmente, de los testimonios de los beneficiarios y coordinadores destaca la existencia de una valoración positiva del Presidente Chávez, así como alta aceptación de la política social, especialmente de las misiones y dentro de ella, de BA. Afirman que Chávez ha sido el único Presidente que ha pensado en los pobres, y por primera vez se toma en cuenta que ellos también

tienen derechos, que la salud, por ejemplo, es un derecho social y humano de todos, en lo cual hacen referencia a los preceptos de la Constitución Nacional. Por ello manifiestan sentirse socialmente incluidos, por primera vez en su vida. Llama la atención que esto no sólo ocurre entre beneficiarios que se declararon "chavistas" sino entre quienes aún no compartiendo el proyecto político del gobierno, sí defendieron y hasta justificaron la figura presidencial, con aseveraciones que adjudican las fallas del gobierno a "la gente que rodea al Presidente", a ministros y demás funcionarios, que según ellos son "incapaces, desleales y corruptos".

3.2.2. Organización-participación comunitaria voluntaria en la gestión (Incidencia de aspectos socioculturales).

. Algunos factores de esta índole destacan por su incidencia negativa en un impacto social a gran escala de BA en la salud y calidad de vida. Estos factores van desde una escasa participación de la comunidad y débil voluntariado en la gestión de la misión, hasta hábitos alimentarios y de vida que riñen contra la profilaxis favorable al forjamiento de una educación en salud preventiva; así como la dinámica de los hogares, donde la mujer ocupa un papel muy relegado en la familia, siendo en muchos casos objeto de maltrato verbal, físico y psicológico por el marido; problemas de alcoholismo y drogadicción de éste y/o de otros miembros del núcleo familiar, que afectan la salud mental y emocional de los integrantes del hogar y repercute en su salud física.

La percepción de participación insuficiente de la comunidad es también señalada por los coordinadores parroquiales y locales de los comités de salud como el principal obstáculo que enfrenta BA (y el resto de misiones sociales), y aunque su intensidad es variable de una a otra comunidad (según la tradición de organización que traigan o no del pasado y la densidad organizativa que tengan en el presente), es también su principal preocupación, puesto que en algunas comunidades se han perdido logros iniciales, porque la gente no los ha defendido.

Si bien algunos de los coordinadores consultados informan que a partir de la implementación de las misiones sociales, especialmente de BA, las comunidades parecen estar despertando poco a poco de un letargo macerado durante muchos años, y hay nuevos líderes así como personas que ahora preguntan, están pendientes de las soluciones que se les están buscando a los problemas comunitarios y antes no lo hacían; se encontró más acuerdo que diferencias de opinión entre todos los entrevistados (coordinadores, beneficiarios y médicos) con respecto a que la organización de los sectores populares con el nuevo proyecto de país y de política social no ha

dado giros sustanciales (al menos hasta el momento de las entrevistas), es todavía restringida, se limita en su mayoría a acceder a los bienes y servicios que las misiones ofrecen (básicamente acudir a la consulta y recibir el medicamento en el caso de BA).

Aunque la población objetivo de los programas maneja información en torno a qué son las misiones (en este caso conocen bien los servicios y beneficios de BA, en al menos dos de sus tres etapas), así como las prerrogativas que la Constitución Bolivariana les garantiza como ciudadanos en materia de derechos sociales como el de la salud; en la práctica funcionan más con la lógica tradicional de usuario o beneficiario-receptor pasivo que como sujetos de derecho, lo cual es cónsono con la cultura rentista-paternalista o costumbre de recibir prebendas del Estado, bajo el amparo de la "ley del menor esfuerzo", antes que con el quehacer autogestionario y corresponsable, participativo y protagónico y las consignas de "empoderamiento ciudadano", que también promulga la Constitución y los planes y políticas de gobierno.

En estrecha vinculación con este resultado, si bien hay líderes emergentes, que no habían tenido antes participación o experiencia formal como una responsabilidad sostenida en trabajo comunitario, que se han sensibilizado y descubierto esas potencialidades de liderazgo a partir de las misiones y se han entregado a BA en una especie de apostolado voluntario; los entrevistados consideran que el voluntariado social es aún escaso e insuficiente en las comunidades, por ello el trabajo de ejecución y seguimiento operativo de la misión recae en pocas personas: en el coordinador y la(s) defensora(s) de la salud (aparte del médico),con más fuerza en el primero.

No obstante que ahora, con la figura de las asambleas de ciudadanos, se convoca e informa más a la comunidad, la participación de los vecinos en estas asambleas de calle sólo es cuantiosa cuando se trata de decisiones trascendentes o extremas, de "vida o muerte", que al comprometer los intereses de la comunidad, comprometen también directamente el interés individual, y muchas veces son convocadas por los coordinadores porque se trata de un requisito formal, necesitan asentar en un acta que han llamado a esa asamblea y registrar un número determinado de firmas para rendir cuentas hacia arriba o fundamentar las solicitudes ante instituciones extracomunitarias, durante el proceso de gestión de soluciones a problemas puntuales.

3.2.3. **Conciencia colectiva.**

Directamente relacionado con lo anterior, de acuerdo a los testimonios de coordinadores y médicos informantes, pese a los valores de solidaridad, reciprocidad, corresponsabilidad, cooperativismo, etc., que destaca la Constitución nacional y la política social contra la pobreza y la exclusión social, no se ha formado a gran escala en los sectores populares (al menos en las comunidades estudiadas) una conciencia colectiva, que privilegie el interés común y rompa con el individualismo y el egoísmo, y ello sería la base explicativa de la restringida organización, voluntariado y participación comunitaria, antes referida. Si bien estos antivalores no serían exclusivos de los sectores populares, siendo aquellos los destinatarios por excelencia del discurso político y de la acción de gobierno (especialmente de la política social), tendría sentido esperar otro resultado.

3.2.4. **Integración de la comunidad.**

Tanto beneficiarios como coordinadores afirmaron que BA ha permitido que los miembros de la comunidad se conozcan más entre sí y se integren parcialmente, al menos más que antes, cuando cada vecino vivía como en un mundo aparte, sin comunicación con el otro. Recorrer junto al médico cubano cada rincón del barrio y levantar los censos comunitarios vivienda por vivienda, les permitió a los coordinadores y defensores de la salud saber no sólo cuántos son, y la magnitud de las necesidades de la comunidad, sino también quiénes son. Ahora estos dirigentes conocen (y la gente los conoce a ellos) casi nombre por nombre a muchos de los vecinos, porque interactúan con ellos en las actividades de promoción de la salud preventiva dentro y fuera del consultorio, en la entrega personalizada de medicamentos a algunos pacientes en sus hogares, en las asambleas de calle, etc.

Los pacientes que integran grupos como los círculos de abuelos o de hipertensos, diabéticos y de bailoterapia, sostienen que también a ellos BA les ha servido como un puente para conocerse y compartir socialmente durante las reuniones de grupo. Sin embargo, más allá de esas reuniones a las que cada uno asiste motivado por su beneficio particular, los nexos no se extienden a la comunidad como conjunto, en términos de confianza, colaboración, solidaridad y reciprocidad favorables a una integración con base en un sentido de pertenencia y de bienestar común. En todo esto converge la escasa organización y participación de la comunidad en la gestión de soluciones a sus propios problemas.

3.2.5. **Salud, condiciones de vida, pobreza (cambios parciales).**

Los coordinadores de los comités de salud expresan que BA ha generado cambios positivos en la salud de la comunidad y la mejor demostración es que cuando se inició la misión los consultorios populares estaban abarrotados de gente, y luego fue bajando la afluencia de pacientes porque ahora se enferman menos dado que tienen control médico, y se cuidan más. Anteriormente había, según estas opiniones, mucho descuido en la gente porque al no tener un acceso expedito y totalmente gratuito a la salud, y dado el "trauma" que significaba la procura de atención en hospitales y ambulatorios masificados y carentes de insumos médicos, las dolencias se iban acumulando y las enfermedades se iban haciendo crónicas. Afirman que los médicos cubanos han descubierto casos de personas que por años habían sido hipertensos y diabéticos y ni siquiera ellos los sabían, seguían su vida como si nada, sin control nutricional ni de tratamiento. Hoy hay muy pocas situaciones de este tipo, y todos los casos diagnosticados tienen tratamiento y control permanentes.

Los ejecutores directos relatan cómo emergió con BA la recuperación y/o estabilización de la salud de muchos adultos mayores (diabéticos y/o hipertensos en muchos casos), y también cambios en su condición como integrantes de las familias. Antes de BA los abuelos estaban relegados en las casas, enfermos, sin movilidad, sin afecto, representando una carga completa para los hogares, y hasta un estorbo para sus miembros. A partir de la misión Robinson (que ocupó el tiempo y la atención de muchos de estos ancianos analfabetos pues los puso a estudiar), y de BA, con la configuración de los círculos de abuelos (que los puso en movimiento, en control médico-alimentario y en interacción con sus iguales en la comunidad), se han notado mejoras en la calidad de vida de estos abuelos. Algunos que estaban en sillas de ruedas o con muchas dolencias musculares y circulatorias que les impedían caminar normalmente, hoy han recuperado motricidad, son independientes desde ese punto de vista, y se les nota (según expresan los coordinadores) otro semblante y deseos de vivir.

Por su parte, los médicos confirmaron que comparada la situación del momento con la del año 2003, cuando empezó la misión, si bien hay mucho trabajo por delante en materia de salud preventiva, se nota una menor incidencia en patologías que al inicio se presentaban en alto número y frecuencia, por ejemplo, casos de parasitosis intestinal con los consecuentes cuadros de infecciones intestinales, diarreas y deshidratación en niños; y casos de micosis vaginales en mujeres,

que nunca se habían atendido ese problema. Según los galenos, también ocurre que ahora las madres saben qué hacer en situaciones de niños con diarrea, y antes de que se haga crítico el cuadro, los llevan al médico y procuran suero oral.

En consecuencia, los médicos afirman que ha bajado la mortalidad infantil en las comunidades a su cargo por patologías de ese tipo, si bien no es un asunto totalmente controlado o resuelto. Asimismo, los médicos informan que la gente ha sido receptiva a tratarse malestares menores (como tos, dolores cefáleos y abdominales, etc.) con remedios naturales que ellos les han enseñado a utilizar y que pueden prepararse en sus casas, haciéndose menos demandantes y dependientes de jarabes y remedios farmacéuticos, y evitando que esos malestares se compliquen y ameriten otro tipo de intervención.

Los médicos testimonian que la mortalidad general también ha disminuido porque hay atención permanente y gratuita así como asistencia de las emergencias menores en los consultorios y a domicilio, y cuando se presenta una emergencia mayor, el paciente es remitido directamente a los médicos de BA que trabajan en los hospitales, donde son atendidos de inmediato, de manera que sería significativo el número de muertes evitadas. Esperaban que con la puesta en marcha de los CDI y de los CAT, cada día la mortalidad sea menor.

Los pacientes afirman que sin lugar a dudas ellos tienen mejor salud gracias a BA, porque antes ni siquiera sabían cómo cuidarse, o habían perdido toda esperanza de recuperarse de afecciones que les impedían llevar una vida normal. Esta apreciación es común entre pacientes operados de la vista y de otras patologías en Cuba, en el marco del Convenio Venezuela-Cuba, especialmente dentro de la Misión Milagro (adscrita a BA), que lograron recuperar y/o fortalecer la vista. Los beneficiarios agregan además que no sólo los cambios serían en su salud física sino también en la emocional, puesto que saber que pueden disponer de un médico en la comunidad, de medicamentos gratuitos y atención de inmediato para cualquier cosa que presenten, les ha disminuido el estrés que antes representaba enfrentar la desasistencia de los hospitales y el no disponer de recursos económicos para atenderse la salud.

Los beneficiarios también señalan que la orientación que han recibido tanto de los médicos, como de los coordinadores de la salud y de las defensoras de la salud, acerca de hábitos adecuados de alimentación e higiene personal y del hogar (vacunación de perros, eliminación de focos portadores de enfermedades como dengue, por ejemplo), también ha contribuido a mejoras en la

salud individual y comunitaria. Y enfatizan un dato adicional: el buen trato, la actitud humanitaria, la confianza y el cariño, sin distingos de ningún tipo, que los médicos cubanos les han demostrado, han sido factores que en opinión de más de un paciente, les han ayudado a recuperar y cuidarse más la salud, aparte de ser considerados como buenos profesionales, en este sentido es reiterada aquí una valoración positiva y alta aceptación de los médicos cubanos.

Por todas las razones apuntadas, los resultados indican que aun cuando en las comunidades donde existe BA la gente "sigue siendo pobre"; según las voces locales ha habido avances en materia de inclusión (en este caso en el derecho a la salud), y cambios parciales en las condiciones de salud y calidad de vida de la comunidad, comparada con la situación previa, a lo cual ha contribuido (en opinión de los coordinadores) que en el marco de BA la salud se entiende como un concepto integral, que va más allá de no estar enfermo y tiene que ver con la calidad de la vida en su conjunto, toda vez que involucra otras dimensiones que inciden en ésta, como tener un ambiente saludable, disponer de agua potable y eliminación adecuada de excretas, disponer de una vivienda aceptable, de un trabajo productivo y en general de una vida digna. Falta aún mucho camino por recorrer para que esto último sea así, sin embargo, en la percepción de los entrevistados algo se ha avanzado.

No obstante estos logros, los médicos entrevistados coinciden en afirmar que los avances en materia de medicina preventiva han sido lentos, que BA no ha logrado impactar a gran escala y de manera sostenida los nefastos hábitos que la gente arrastra de toda una vida y le perjudican directamente la salud, especialmente en términos de profilaxis y alimentación-nutrición, que pese a toda la orientación y promoción que se ha hecho, hay resistencia al cambio de hábitos como ingerir agua sin preparar (no la hierven, o sólo lo hacen para los niños pequeños), la falta de una alimentación balanceada (mucho consumo de harinas, frituras y bebidas gaseosas, por ejemplo), elevado consumo de sal y azúcar refinada (costumbre generalizada en niños de comer caramelos, por ejemplo), escasa salud bucal (cepillado dental sólo una vez al día, no aplicación de técnicas correctas de cepillado), alto consumo de alcohol y uso de drogas especialmente en la población masculina; desinterés por la ejercitación física como factor coadyuvante en el mantenimiento de una buena salud y prevención de enfermedades cardiovasculares y de obesidad., etc.

Aparte de otros factores socioculturales que afectan la dinámica familiar y comunitaria, la salud mental-emocional y la calidad de vida de la gente, tales como mal trato y violencia doméstica (de infantes y de la mujer), inseguridad, delincuencia y violencia extra-familiar; déficit de educación

y orientación sexual, responsable de la alta incidencia de embarazos en adolescentes, paternidad precoz e irresponsable, y enfermedades de transmisión sexual.

Al interactuar con los beneficiarios fue posible derivar de sus opiniones que no es por desconocimiento, por ejemplo, de la necesidad de ingerir agua hervida la razón por la cual no lo hacen, toda vez que afirman que han recibido esas orientaciones del médico y de los defensores de la salud sobre las implicaciones que trae a la salud de adultos y niños no preparar el agua de consumo, sino porque simplemente no les agrada el sabor del agua hervida además que es un trabajo que les desagrada hacer, y este mal hábito ligado a gustos, preferencias y comodidad,lo anteponen al resguardo de la salud, de modo que se trata de un asunto cultural y educativo muy internalizado, indicativo de que los viejos y erróneos preceptos de la medicina curativa siguen activos en la psiquis de la gente. En consecuencia, si bien ha habido cambios favorables, el impacto de BA en las condiciones de salud, de vida y de la calidad de vida, está siendo limitado por las debilidades existentes en la formación-consolidación de una cultura de la salud preventiva, que trascienda el plano de lo teórico o del concepto y se inserte en la praxis comunitaria.

3.2.6. Autoestima individual y social.

En el plano de lo subjetivo-cualitativo, relacionado con lo psicosocial, que por supuesto no es recogido en las estadísticas de los médicos pero que según la percepción de los coordinadores son consecuencia de BA y de otras misiones sociales, pueden mencionarse casos de personas que una vez atendidas por las misiones cambiaron positivamente su modo de ver la vida y su conducta. Una de las coordinadoras narró el caso de una joven de su comunidad que tenía la dentadura en mal estado y le deformaba los rasgos del rostro, se le veía tímida, melancólica, pero una vez que a través de BA le fueron corregidos sus defectos odontológicos, cambió la imagen física, su forma de vestir, ya no se le observa replegada, saluda a los vecinos al pasar, se relaciona mejor socialmente. La coordinadora referida señala esto como una mejora en la autoestima. Algunos vecinos entrevistados, de esa comunidad, corroboraron el caso.

Otros ejemplos, mencionados en otras comunidades, se refieren a abuelas que antes estaban totalmente inactivas en sus hogares, sintiéndose como una carga y un estorbo, con escasa atención de la familia, y a partir de que se inscribieron en la misión Robinson I y comenzaron a salir de sus casas para ir a clase, conocieron e intercambiaron con otras personas, se afiliaron al círculo de abuelos de BA, adquirieron más seguridad en sí mismas al saberse capaces de aprender, al sentirse

útiles y ocupar parte de su tiempo libre compartiendo socialmente un rato con otros abuelos, en la celebración de los cumpleaños de los inscritos en el círculo, por ejemplo.

4. CONCLUSIONES.

Del acercamiento realizado en este trabajo a las misiones sociales como eje de la actual política social venezolana dirigida al combate de la pobreza y la exclusión social, una conclusión importante que deriva es que el Presidente Chávez y su gobierno deben en gran medida su éxito político-electoral (especialmente entre los pobres, que siguen siendo la mayoría de la población venezolana) a este nuevo esquema de política social. No obstante, cuando se alude a esta variable (éxito de la gestión, según el gobierno; fracaso o débil desempeño, en cuanto a inclusión e impacto social, según la oposición), generalmente es enfocada por ambas partes desde el punto de vista cuantitativo-numérico (número de incluidos y comportamiento estadístico de la pobreza y de los indicadores sociales fundamentales), al igual que su sostenibilidad en el tiempo, que es entendida por la oposición básicamente en términos financieros (no disponibilidad futura de presupuesto, dada la alta volatilidad del ingreso petrolero que financia los programas sociales).

Sin embargo, en el caso de estudio concreto aquí abordado con un enfoque cualitativo de investigación (experiencia de la Misión Barrio Adentro) quedó claro que tanto en el proceso de ejecución de esta misión como en su efectividad o impacto social y en su sustentabilidad, hay aspectos más sutiles, que se ubican en el plano cualitativo (incluso en lo subjetivo), que con frecuencia no son mencionados en los análisis al respecto, menos aún evaluados, y también harían parte del éxito/fracaso-continuidad/consolidación de los nuevos programas sociales así como de su posible institucionalización como política de Estado y no ya sólo de un gobierno.

Esto último cobra mayor peso sobre todo teniendo presente que a pesar de sus críticas a estos programas, la oposición política en la campaña electoral presidencial de 2006 (elecciones ganadas otra vez por Chávez) prometió no eliminar las misiones sino "mejorarlas y ampliarlas", e incluso el candidato contendor de Chávez (Manuel Rosales, para el momento Gobernador del estado Zulia) en su propia gestión regional, una vez demostrado el éxito electoral de las misiones en el referendo revocatorio presidencial de 2004, incorporó una serie de programas sociales muy

parecidos a algunas de las misiones del gobierno nacional, que a su vez le ganó muchos votos entre los sectores populares de su Estado[14].

En este tema cobran fuerza la cuestión de la sostenibilidad o sustentabilidad de la MBA. Según la perspectiva de los informantes clave del estudio realizado (principalmente de los ejecutores directos), el fortalecimiento y permanencia, con resultados exitosos, de BA no estaría tan comprometida por la no disponibilidad de presupuesto (que desde el principio ha sido limitado), puesto que a nivel local los coordinadores se las arreglan para darle salida a los problemas más apremiantes por vía de la autogestión. Tampoco estaría supeditada al relevo del personal médico cubano (cuando estos profesionales culminen el período de su misión y deban regresar a su país), pues hay aceptación entre los beneficiarios de los médicos venezolanos, residentes en el consultorio de BA bajo tutoría del médico cubano, y hay estudiantes en formación en la carrera (nueva en Venezuela) de Medicina Integral Comunitaria.

En este sentido, su sostenibilidad estaría mayormente amenazada por otras limitaciones (de tipo educativo-cultural) sobre las cuales aún la misión no ha logrado incidir suficientemente, como en la organización-participación-voluntariado de las comunidades (que siguen siendo escasos y débiles), así como en una insuficiente internalización del concepto de medicina preventiva, de lo cual aún se carece de una conciencia colectiva o generalizada, por lo que persisten hábitos inadecuados de higiene, de alimentación-nutrición, etc., que siguen atentando contra la salud de los sectores populares. Además de frágiles nexos de solidaridad-reciprocidad, de capacidad de pensar en "el otro", toda vez que prevalece una suerte de cultura del individualismo-egoísmo, de la comodidad o ley del menor esfuerzo y hasta de corrupción, que incide negativamente en la integración de la comunidad y en su capacidad de lucha colectiva.

El forjamiento-consolidación a gran escala de esta cultura de la participación y autogestión comunitaria (y en general del actor colectivo protagónico que reclaman las nuevas estrategias de inclusión social en Venezuela, en el marco del proceso de revolución bolivariana-socialista), tampoco estaría supeditado a la creación de nuevos mecanismos jurídicos (pues el marco normativo existente es suficientemente amplio e inclusivo), sino en la conciencia de esos nuevos actores del papel activo que el mismo proceso les demanda en los nuevos tiempos, en el contexto más amplio que es la sociedad de la cual hacen parte, bajo valores de solidaridad-asociatividad, que

[14] Una caracterización de los programas sociales de la Gobernación del estado Zulia puede encontrarse en el portal de esta institución www.gobernaciondelzulia.gov.ve

les permitan desarrollar, con el apoyo decisivo del Estado, potencialidades y capacidades para las tareas que han de emprender (Hintze, 2008; Alvarado, 2008). Toda vez que hay de por medio un proceso de aprendizaje (que no es decretable), esto exige un horizonte temporal largo, distinto al tiempo político y a su inmediatez estratégica.

La ampliación-consolidación e institucionalización de las actuales estrategias de inclusión social como *políticas de Estado* más que de Gobierno, que hasta ahora ha dependido de la voluntad política-presidencial y del soporte económico e institucional del Estado-Gobierno, dependería, a su vez, de la consolidación de los nuevos actores sociales, de su maduración como tales, de su capacidad de comunicación-negociación con el Estado y de apropiación de las políticas que los involucra. En definitiva, de que adquieran un rol participativo-protagónico (vale decir, hegemónico) en términos de lo que se conoce como *empoderamiento*, toda vez que en este nuevo proceso de relación Estado-Gobierno/sociedad-sectores populares está atravesado por el complejo problema de la distribución del poder y de la toma de decisiones fundamentales (Alvarado, 2008; Hintze, 2008; Barros, 2008).

El proceso de maduración de la institucionalidad social emergente precisa no sólo de la formación de los actores colectivos desde abajo (comunidades, ejecutores locales directos) sino de todos los agentes públicos involucrados en las misiones (funcionarios de las mismas, vinculados a los nuevos ministerios y otras instituciones de adscripción de los programas), en ese principio de la corresponsabilidad-cogestión, pero a modo de una cultura compartida, no de una relación de subalternidad-hegemonía clásica. En este cambio cultural el principal reto le queda planteado al Estado, en términos del nuevo rol promotor que está llamado a cumplir. Uno de los prerrequisitos es que los representantes del Estado-Gobierno acompañen y monitoreen estos procesos, junto las comunidades, y no dejarlos exclusivamente en manos de la *contraloría social* comunal (que de momento no funciona adecuadamente), pues las comunidades carecen aún de esa cultura específica a gran escala.

Resumiendo: todo lo expuesto da cuenta de que en la sustentabilidad de BA, de las otras misiones sociales y de los consejos comunales inciden factores que se ubican más allá de lo financiero y de la cuestión de si las estructuras que ponen en marcha a los nuevos programas de inclusión social son "paralelas" o "para o extra-institucionales" (que preocupa tanto a la oposición política). El asunto crucial tampoco parece estar exclusivamente en *los números* (*cifras* de cobertura real vs. cobertura esperada, que expresan cierto nivel de incorporación de los sectores populares

como beneficiarios de las misiones; cuestión que inquieta tanto al gobierno como a la oposición); y tampoco en si el Presidente Chávez se mantiene a la cabeza del gobierno pues sus opositores, aspirantes a reemplazarlo, al darse cuenta del "gancho político-electoral" encarnado en las misiones, han prometido continuarlas en caso de que llegasen al poder.

El factor decisivo, sin negar la importancia de los anteriores, vendría dado en buena parte, por la consolidación de los cambios cualitativo-culturales hacia el largo plazo, capaces de hacer de las nuevas iniciativas mecanismos alternativos al neoliberalismo, en la medida en que coadyuven con el desmantelamiento de las bases ideológicas de éste y el cumplimiento de los nuevos preceptos constitucionales, proceso que se ha venido dando dentro de muchas complejidades, resistencias y conflictividad. En pocas palabras, la consolidación de un proceso de esta naturaleza y el éxito en el combate de la inequidad o desigualdades invlocradas en la pobreza-exclusión social en Venezuela estaría precedida de una *revolución cultural*, como prerrequisito de la revolución política, más teniendo en cuenta el carácter radical-socialista con que ésta ha sido formulada.

Referencias bibliograficas

- **Alvarado, Neritza (2008).** "Políticas de combate a la pobreza-exclusión en Venezuela en los años '2000: innovaciones, resultados y perspectivas". P ponencia presentada en IV Congreso de la Asociación Latinoamericana de Ciencia Política (ALACIP). San José, Costa Rica, 5 al 7 de Agosto.

- **Alvarado, Neritza (2006). "**La Pobreza en Venezuela, 1999-2006: realidad, políticas y perspectivas", ponencia presentada en la Conferencia Anual de la Asociación Canadiense de Estudios Latinoamericanos del Caribe (CALACS, siglas en inglés). Universidad de Calgary, Canadá, Septiembre (disponible en: http://www.calacs.uc.ca).

- **Alvarado, Neritza (2004).** "Pobreza y exclusión en Venezuela a la luz de las misiones sociales (2003-2004)", en *Revista Fermentum*. Mérida. 39:181-232.

- **Alvarado, Neritza (2003)**. "La Atención de la Pobreza en Venezuela: del Gran Viraje a la Quinta República, 1999-2002". En: Cuadernos de Investigación Nº 21, Septiembre. Ediciones de la Fundación Escuela de Gerencia Social. Caracas.

- **Alvarez, Roberto y Barcos (2005).** Una interpretación de la Misión Barrio Adentro desde la perspectiva de un trabajador de la salud. MSDS. Editorial Game Vial, C.A, y Claret Acacuo de Paredes. Caracas

- **Barros, Pedro (2008)**. "La Política Social de Lula y Chávez". Ponencia presentada en IV Congreso de la Asociación Latinoamericana de Ciencia Política (ALACIP). San José, Costa Rica, 5 al 7 de Agosto.

- **Chávez, Hugo (2004).** Presidente de la República. Discurso en el Teatro Municipal de Caracas, 24 de Enero 2004, en: Victoria, la Voz de las Misiones, Año 1, Nº 1, Abril 2004.Caracas.

- **Chávez, Hugo (2004b).** Presidente de la República.**"**La misión Vuelvan Caras y el Desarrollo Endógeno"(Disponible en: www.cadenaglobal.com).

- **D´Elia, Yolanda, coord.(2006)**: Las Misiones Sociales en Venezuela: una aproximación a su comprensión y análisis. Instituto Latinoamericano de Investigaciones Sociales. Venezuela. (disponible en:www.ildis.org.ve).

- **Durston, John (1999).** El Capital Social Comunitario. Documentos de la CEPAL, Santiago, Chile.

- **Hintze, Susana (2008).** La construcción de la economía social y solidaria como estrategia alternativa en Argentina: reflexiones a partir de la experiencia de Brasil y Venezuela. Investigación subvencionada por CLACSO (versión preliminar, mimeo).

- **Lander, Edgardo (2007).** El Estado y las tensiones de la participación popular en Venezuela. En OSAL (Buenos Aires: CLACSO). Año VIII, No 22, septiembre. (Disponible en: http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/osal/osal22/D22Lander.pdf).

- **Maingon, Thaís (2006**). **"**Caracterización de las estrategias de la lucha contra la pobreza. Venezuela, 1999-2005". En: Fermentum. Revista Venezolana de Sociología y Antropología. Año 16. Nº 45. Enero-Abril 2006. Centro de Investigaciones en Ciencias Humanas. Universidad de los Andes.Venezuela. Pp. 57-99.

- **Maingon, Thaís (2008).** "Política Social en Venezuela: un acercamiento al resultado de su desempeño, 1999-2008". Ponencia presentada en el IV Congreso de la Asociación Latinoamericana de Ciencia Política (ALACIP). San José, Costa Rica, 5 al 7 de Agosto.

- **Mujica, Norbis y Alvarado, Neritza (2004).** "Pobreza y Política Social en Venezuela hoy: reflexiones sobre su concepción y praxis". En: Revista del Banco Central de Venezuela "Foros 10".. Abril. p.p.145-163. Caracas.

- **Mujica, Norbis (2002).** "Estado y Políticas Sociales en Venezuela ¿La Quinta República o regreso al pasado?, en: Revista Venezolana de Gerencia, Año 7, Nº 18, Junio, 237-266, La Universidad del Zulia. Maracaibo.

- **Vera, L.V. (2008).** Políticas sociales y productivas en un estado patrimonialistas petrolero: Venezuela 1999-2007. Revista Nueva Sociedad Nº 215, mayo-junio 2008, Caracas.

Sitios web:

- www.pdvsa.com
- www.gobiernoenlinea.ve
- www.misionbarrioadentro.gob.ve
- www.gobernaciondelzulia.gov.ve