

Misiones sociales, pobreza y exclusión: la experiencia de la Misión “Barrio Adentro” en el Estado Zulia¹

Alvarado Chacín, Neritza²

Resumen

Este trabajo revisa la experiencia de la Misión Barrio Adentro (BA) en seis comunidades zulianas durante el período 2003-2006, con el objetivo de identificar cómo se ha venido ejecutando y cuáles serían los resultados e impacto social sobre la pobreza-exclusión, según la percepción de los beneficiarios y ejecutores directos. En esta investigación cualitativa se empleó el método etnográfico y un trabajo de campo con observación participante, entrevistas en profundidad, devolución sistemática del conocimiento a las comunidades. De acuerdo con los resultados, BA funciona como la misión matriz que introduce a las demás misiones en las comunidades según sus necesidades; es ejecutada por una institucionalidad informal, emergente en las comunidades, con criterios de voluntariado y autoorganización; presenta superposición y rezagos en sus etapas de ejecución; y la atención médica en su mayoría aún se presta en consultorios improvisados en casas de familia, bajo condiciones infraestructurales deficientes. No obstante, BA cuenta con alta aceptación popular, los beneficiarios se sienten satisfechos, incluidos en la atención de salud, aunque conocen las fallas actuales del programa. Como conclusiones destacan que ha habido logros cualitativos, sin embargo, existen serias debilidades en cuanto a presupuesto, logística, densidad

1 Las reflexiones y resultados expuestos en este trabajo se 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 de La Universidad del Zulia, bajo la responsabilidad de la Profesora Neritza Alvarado.

2 Socióloga, Profesora titular e Investigadora de la Universidad del Zulia, Maracaibo, Venezuela.

organizativa, articulación interna y externa, contraloría social, evaluación, y en la participación social y educación comunitaria en salud preventiva, que dificultan la consolidación de la Misión y un mayor alcance sobre la pobreza.

Palabras clave: pobreza, exclusión social, Misión Barrio Adentro, Estado Zulia, Venezuela

Abstract

SOCIAL MISSIONS, POVERTY AND EXCLUSION: THE EXPERIENCE OF “BARRIO ADENTRO” MISSION IN ZULIA STATE

This paper reviews the experience of “Barrio Adentro” Mission (BA) in six communities of Zulia State, Venezuela, during 2003-2006. The purpose is to identify how this program has been executed and which would be the impact on poverty and social exclusion, according to the perception of its beneficiaries and direct executors. In this qualitative-ethnographic research, which involved field work and direct participant observation, it was applied a semi-structured and in depth interviews to 33 key informants (22 direct beneficiaries, 8 parochial coordinators and 3 physicians). According to results BA works as a matrix that introduces the other missions in the communities depending on its necessities; it is executed by an informal structure, and it emerges in the communities with voluntary criteria and autoorganization; it shows overlap and setbacks in its execution stages; and the medical attention take place mostly in improvised doctor’s offices located in family homes, under precarious conditions of infrastructure. However, BA have gained a high popular acceptance, the beneficiaries are satisfied and feel that they are now included in the health care, although they know the program deficiencies. Even though there have been qualitative achievements in the studied categories, the mission presents weaknesses in finance, logistics, organizational density, internal and external articulation, social comptrollery and communitarian education in preventive health, among others, that make difficult the BA’s consolidation and a grater scope for poverty reduction.

Key words: poverty, social exclusion, “Barrio Adentro” Mission, Zulia State, Venezuela

1. Introducción

Este trabajo constituye un resumen de una investigación de tipo cualitativo con la que se realizó una aproximación a la Misión Barrio Adentro en la experiencia de este programa en los municipios Maracaibo y San Francisco del Estado Zulia, Venezuela, durante el período 2003-2006. Sus objetivos fueron revisar en seis comunidades en situación de pobreza crítica de seis parroquias diferentes de ambos municipios (tres de cada uno), la opinión de beneficiarios y ejecutores directos, el proceso de ejecución de la Misión y su impacto social en términos de cambios cualitativos en las condiciones de salud y calidad de vida (y por ende sobre la pobreza) de la población de referencia. Asimismo, se buscó discernir cuáles son sus principales logros y debilidades, así como sus posibilidades de consolidación, sostenibilidad y perspectivas a corto y mediano plazo.

Se aplicó el método etnográfico, mediante el cual se desarrolló un trabajo de campo con observación directa-participante, cuyos registros fueron asentados en un cuaderno de campo, y se aplicaron entrevistas grabadas, semiestructuradas y en profundidad (orientadas por una guía de preguntas) a 33 informantes clave, así como un proceso de devolución sistemática del conocimiento a las comunidades, una vez concluida la investigación. Las comunidades objeto de estudio 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 Urbanización Popular San Francisco (parroquias Domitila Flores, Francisco Ochoa y San Francisco, respectivamente) del Municipio San Francisco. De febrero a junio de 2006 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— y la información fue cotejada con la observación participante, los registros de campo, y sometida al procedimiento previsto de sistematización, procesamiento y análisis cualitativo.

Con el fin de facilitar la comprensión de las reflexiones y resultados que se condensan en este trabajo, es necesario ubicarlos en un marco teórico-normativo y contextual (orientaciones del modelo de desarrollo y de la política social y su praxis en la realidad venezolana durante el gobierno actual). En este sentido, es necesario señalar que se diferencian aquí dos subperíodos en la política social de la actual Administración: uno, ubicado entre los años 1999 y 2002, antes del paro petrolero-comercial de diciembre de ese año; y otro durante el periodo 2003-2006 (después del paro hasta la actualidad). En estos dos periodos los cambios que experimenta el país en cuanto a cambios institucionales, constitucionales, modelo de desarrollo y eventos políticos, han incidido directamente en la orientación de la política social.

2. La concepción de la política social en el proyecto de Revolución Bolivariana del gobierno de Hugo Chávez

Lo central del modelo de desarrollo propuesto por el gobierno del Presidente Hugo Chávez, iniciado en 1999 (no aludido directamente en la Constitución Nacional aprobada ese mismo año, pero sí en los programas de gobierno con los cuales se ha propuesto viabilizar su proyecto de Revolución Bolivariana); es que, por los principios en los cuales se apoya normativamente, se contrapone abiertamente al modelo neoliberal, a quien procuraría sustituir con un discurso que da a entender que con la “revolución bolivariana” se termina el neoliberalismo en Venezuela, de una manera “pacífica y democrática”, por considerársele expresión de un “salvajismo” perverso, a la luz de los nefastos efectos sociales que ocasiona.

En este esquema el papel del Estado se erige sobre los principios fundamentales a los cuales debe servir: libertad, justicia, igualdad, solidaridad, democracia, responsabilidad social, respeto a los derechos humanos, ética, pluralismo político y participación popular protagónica; principios establecidos en la nueva Carta Magna o “Constitución Bolivariana”, aprobada en Diciembre de 1999 mediante referendo popular, vigente desde enero de 2000. En la nueva Constitución Nacional

se conceptúa a Venezuela como un “Estado Democrático y Social de Derecho y Justicia” (ANC, 1999, art.2).

Según estas premisas se le concibe como ente rector de políticas, promotor y estimulador del desarrollo, garante de la paz interna, de la justicia social, de la seguridad jurídica y capaz de devolverle a la sociedad venezolana formas de participación que le fueron arrebatadas por el esquema anterior. También se plantea al Estado como promotor de las actividades económicas privadas y regulador de los agentes económicos para evitar competencias desleales, además de agente estimulador de la acumulación de capital físico y humano y creador de reglas de juego claras que garanticen la seguridad jurídica a los capitales nacionales y extranjeros (MVR, 1998; Cordiplan, 1999a; MPD, 2000a). En general, *el modelo de Estado* en este marco normativo es definido como “federal descentralizado, en los términos consagrados por esta Constitución y se rige por los principios de integridad territorial, cooperación, solidaridad, concurrencia y corresponsabilidad” (ANC, 1999, art.4). Mientras que *el gobierno* es entendido como “democrático, participativo, electivo, descentralizado, alternativo, responsable, pluralista y de mandatos revocables” (ANC, 1999, art.6). Ambos, modelo y gobierno, en el contexto de un régimen calificado como de “democracia participativa y protagónica.”

A partir del marco constitucional, los planes y programas de gobierno establecen, entre los años 2000 y 2001, las bases generales de la política social y de la estrategia antipobreza, partiendo de las siguientes *premisas* fundamentales: a) La persona, como ser humano y ciudadano, es el centro de las metas de equidad y desarrollo social; b) Equilibrio o igualdad de status e interrelación entre lo económico y lo social, que rompa con la tradicional separación de ambas esferas del desarrollo; c) Superación de la concepción economicista de la pobreza; d) Desmitificación del combate a la pobreza como campo de acción exclusivo del Estado; e) Diferenciar la “actuación contra la pobreza” de la “política social” y de la “política de desarrollo social”, partiendo de que, aunque la pobreza condiciona el desarrollo, son dimensiones distintas que ameritan un tratamiento diferencial, por lo que la política social y la de desarrollo social —si bien los pobres son mayoría, pero no son toda la sociedad— no pueden dirigirse exclusivamente al combate

de la pobreza; f) Incorporar la noción de capital humano y capital social como postulados de la política social; h) El establecimiento de un nuevo esquema de relaciones Estado-sociedad para reconstruir la institucionalidad y garantizar la gobernabilidad (cf. MSDS, 2000).

En esta dirección, según el documento citado, los *principios* de la Política Social serían: a) *La Integración Social*, como prerrequisito y paradigma de la participación; b) *La Corresponsabilidad*: responsabilidad y gobernabilidad compartidas entre ciudadanos y Estado; c) *La Cohesión Social*: respeto a la diversidad y pluralidad de actores, promoción de la población excluida en el ejercicio de sus deberes y derechos; d) *La Participación Social*, para que el ejercicio de lo público no se agote en lo estatal, consolide espacios de expresión ciudadana y propicie la transferencia de decisiones y redistribución del poder desde el Estado; e) *La Ciudadanía*, como proceso y condición para la construcción de una sociedad de derechos, de deberes y garantías; f) *La Progresividad*: gestionar la política social según una racionalidad temporal, estableciendo prioridades en el corto, mediano y largo plazos; g) *La Intersectorialidad*: interrelación política y técnica de las diferentes áreas e instituciones de la política social; h) *La Familia*, como la base sobre la que se iniciarán los procesos de integración social; i) *El Desarrollo Humano Integral*, como concepción filosófica y proceso holístico y pluridimensional, que va más allá de la satisfacción de carencias materiales (MSDS, 2000).

El *Plan de Desarrollo Económico y Social de la Nación 2001-2007* no deja lugar a dudas que el logro de la *equidad social* requiere que la acción social deje de restringirse a sectores excluidos para erradicar la pobreza extrema, es decir, no comparte la selectividad del gasto social y descarta conceptos como “focalización”, políticas de “combate a la pobreza” o de “protección de grupos vulnerables” (muy propios del neoliberalismo), dejando a un lado los mecanismos que venían siendo empleados para determinar quiénes tendrían acceso a los servicios básicos, pues *todos* tienen derecho a ellos.

Bajo esta inspiración nace el *Plan Estratégico Social (PES) 2001-2007*, fundamentado en los valores y principios de la Constitución Nacional y del Plan de Desarrollo Económico y Social de la Nación, como herramienta para guiar y organizar la política nacional de salud y

de desarrollo social para todo el período gubernamental (MSDS, 2002:1). Entre los ejes conceptuales que sirven de base al PES, destacan: *universalidad con equidad vs. pobreza y focalización; brechas por inequidad vs. déficits de atención; transectorialidad vs. sectorización*; interviniendo las causas sociales de los problemas y dejando saldos de *empoderamiento* en las comunidades; desarrollando nuevos modelos de atención que reordenen las capacidades y recursos y culmine en la formación de redes sociales de calidad de vida y salud; así como en la construcción de una nueva institucionalidad pública (De Negri et al, 2002). En general, mediante el PES se aspira terminar con “la racionalidad tradicional de las funciones y políticas públicas, entendiendo éstas como espacios e instrumentos de poder político y social, orientadas a luchar por la calidad de vida y salud con universalidad y equidad” (De Negri et al, 2002:53).

3. El primer momento de la política social (1999-2002)

Asumir la intervención social desde esa perspectiva, supondría un cambio de visión en el sector social, que implicaría el salto sustancial desde la atención a la pobreza hacia la formulación de políticas de desarrollo social como objetivo final de la política social, centrada en la intervención de las causas de la pobreza, de la exclusión e inequidad y no en sus consecuencias. No obstante, a la luz de las acciones ejecutadas en ese primer momento (1999-2002), amén de las iniciativas ligadas al proyecto educativo nacional y a la economía social (que involucran acciones de inversión social más que de compensación), los objetivos y estrategias formulados se corresponderían con un horizonte temporal de amplio alcance, puesto que los problemas involucrados no son coyunturales sino estructurales, y en esos cuatro años de gestión el Gobierno demostró más preocupación por el corto que por el largo plazo en materia de política económica y de política social, más vocación por el asistencialismo que por la inversión social y más inclinación por la compensación, reproductora de la inequidad, más que promotora de la justicia social.

En el análisis de este primer subperíodo (realizado con amplitud y detalles en trabajos preliminares)³ se concluyó que, en general, entre 1999 y 2002 la prioridad oficial fue el ajuste macroeconómico (la estabilidad del PIB y el abatimiento de la inflación), racionalidad economicista que en el ámbito de la política social se tradujo en una estrategia cortoplacista, efectista y centralizante, especialmente de los programas de atención a la pobreza y de las nuevas instituciones encargadas de su financiamiento y ejecución (Fondo Unico Social; Ministerio de Educación, Cultura y Deportes; Ministerio de Salud y Desarrollo Social). En consecuencia, la tendencia general fue conservar las estrategias asistenciales-compensatorias-focalizadas anteriores, pese a su oposición frontal a ellas en el discurso por responder a un esquema neoliberal y pese a su insuficiencia para mitigar la pobreza⁴ y la exclusión.

Más que con una evaluación seria de resultados e impacto social (que no se hizo), esa continuidad del enfoque asistencial-compensatorio pareciera estar relacionada con la importancia política-estratégica de este tipo de programas, probada hasta entonces en más de 10 años de aplicación, que en un escenario de alta conflictividad y oposición política abierta, frontal (como la registrada en los primeros años de gestión), el Gobierno no podía arriesgarse a interrumpir, sino más bien necesitaba potenciar. Esto se ve más claro a partir de la crisis política del 2002 (después del golpe de Estado de abril). 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, según encuestas sociales realizadas en los gobiernos de Pérez y Caldera. Desde el golpe de 2002 la necesidad de lograr mayor legitimidad y de recuperar o mantener el control político, ha reforzado factores estratégicos como por ejemplo la injerencia de los grupos políticos dominantes y la continuidad del sector militar en la ejecución de los programas de asistencia social, ratificándolos y fortaleciéndolos como los “nuevos gerentes sociales”.

3 Véase Alvarado (2003), Mujica y Alvarado (2004).

4 Referencias al comportamiento estadístico de la pobreza en el país durante 1999-2002, pueden encontrarse en Alvarado (2003) y Alvarado (2004)

4. El segundo momento de la política social (2003-actualidad)

Una vez superado el paro petrolero y comercial, en los inicios del año 2003, el Gobierno anunció un programa de acción para la coyuntura, fuertemente impulsada por el desabastecimiento alimentario ocasionado por dicho paro, y por toda la conflictividad política que ponía en riesgo tanto la popularidad del Presidente como su continuidad en el poder por vía del referendo revocatorio presidencial previsto para el año 2004 (efectivamente ejecutado en agosto de ese año). En esta coyuntura la acción de gobierno, desde el punto de vista de la política económica, estuvo centrada en la recuperación del PIB que cayó abruptamente a causa del sabotaje petrolero efectuado por sectores de la oposición, y desde el punto de vista social, en los nuevos programas masivos denominados “misiones de inclusión social” (o *misiones sociales*), dirigidos al abatimiento de la pobreza y de la exclusión, por vía del fomento directo de la inclusión social y en distintos frentes de acción.

Estos programas son puestos en marcha sin alusiones directas a cambios o reacomodos en el modelo de desarrollo o de nuevas maneras de llamarlo. Mientras las *Misiones* se inician en el año 2003, es en el año 2004 cuando los representantes del Gobierno comienzan a hablar reiteradamente del *Desarrollo Endógeno*⁵ como modelo económico y social general, y de las misiones como las estrategias para aplicarlo. Es decir, que primero se lanzan las estrategias económicas y sociales, ante el apremio de la coyuntura política conflictiva, y luego el modelo como tal, si bien ambos guardan estrecha relación. Más recientemente, desde el año 2006 el discurso oficial expresa abiertamente que la Revolución Bolivariana se inscribe un modelo denominado “Socialismo del siglo XXI”.⁶

5 Por limitaciones de espacio no se realizan consideraciones aquí sobre el modelo de desarrollo endógeno, o desde dentro, y los mecanismos a través de los cuales se estaría articulando al contexto venezolano. En el sitio web del Ministerio de Comunicación e Información (www.minci.gob.ve) pueden consultarse unos boletines sobre desarrollo endógeno que aclaran la forma como el gobierno venezolano asume estos planteamientos, inspirados en las tesis de Sunkel (1995) y Vázquez-Barquero (1999). En Alvarado (2006) puede encontrarse un análisis al respecto.

6 No entra en los objetivos de este trabajo formular planteamientos sobre este modelo de “socialismo a la venezolana”, lo cual forma parte de otra investigación que la autora está ejecutando.

4.1. Los nuevos programas sociales: las misiones de inclusión social

Después del paro, en el año 2003 el Gobierno venezolano introduce modificaciones parciales a la estrategia antipobreza y antiexclusión social que venía ejecutando, diversificándola con la incorporación de otros programas, denominados “misiones sociales”. En el argot presidencial una *misión* es “una orden que no puede dejar de cumplirse cueste lo que cueste, (siendo) uno de los elementos fundamentales de ese concepto la integralidad y eso no se obtiene por una mera proclama, eso hay que trabajarlo” (Chávez, 2004a). Según la definición del Presidente de la República, las misiones “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).

Sin abandonar los programas de tipo asistencial-compensatorio del subperíodo 1999-2002, se implantan las nuevas iniciativas que giran en torno a: 1) el fortalecimiento de la seguridad alimentaria (Plan Nacional de Abastecimiento Alimentario: Programas MERCAL, Megamercados Populares, PROAL, entre otros); 2) a enfrentar la exclusión social (rural, educativa, productiva-laboral, sanitaria): las estrategias de economía social-cooperativismo; la famosa trilogía de misiones educativas (Robinson, Ribas y Sucre); la Misión “Vuelvan Caras”; y la Misión “Barrio Adentro”, de Atención Primaria en Salud; 3) También se habló a finales de ese año de la Misión “Cristo” (o megamisión que englobaría a todas las misiones, con el lema “pobreza cero en el 2021” (Mota, 2004). Entre todas ellas destaca el énfasis del Gobierno en la Misión Barrio Adentro, a quien se le concibe como la misión matriz, que articularía la política social dirigida a combatir la exclusión social y a instaurar un nuevo sistema público nacional de salud.⁷

Otras Misiones de distinta índole, conocidas con los nombres de “Guaicaipuro”, “Miranda”, “Piar”, entre otras, fueron también activadas entre los años 2003 y 2004. En el año 2005 se le ha dado un mayor

7 Un análisis específico sobre las principales misiones pueden consultarse en Alvarado (2004), y referencias al comportamiento estadístico de la pobreza en el país durante 2003-2006 pueden encontrarse en Alvarado (2006).

impulso a otras como la Misión Milagro (dentro de Barrio Adentro), y en el año 2006 se iniciaron nuevas misiones (Misión Negra Hipólita, Misión Madres del Barrio) en las cuales se ha procurado involucrar a las mismas comunidades en la escogencia de los beneficiarios, incluso de manera organizada dentro de la nueva figura de organización, participación y gestión local-comunitaria conocida como “Consejos Comunales”, que viene siendo impulsada por el Gobierno nacional desde el mismo año 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”.

5. La Misión Barrio Adentro y la atención primaria en salud: principios y etapas normativas

Las misiones constituyen la base de la política social actual del Gobierno venezolano. Tienen como objetivo consolidar el proceso de inclusión social y mejorar la calidad de vida de los sectores populares, tradicionalmente excluidos de los derechos sociales fundamentales. De todas ellas, la Misión Barrio Adentro, la primera en ser aplicada, es considerada como “la madre de todas las misiones”. Fue concebido 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, y 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 año 2003. Desde su inicio el programa es desarrollado con la participación de médicos cubanos⁸ (un médico por cada 250 familias) y la agregación paulatina de médicos venezolanos (dispuestos a someterse a un programa de postgrado en medicina

8 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.

integral comunitaria), para ubicarlos en las comunidades más pobres y vulnerables de los lugares más recónditos del país y desasistidos en salud, de allí deriva el nombre “barrio adentro.”

La Misión BA se basa en el concepto de salud integral, el cual trasciende la vieja visión reduccionista que asocia la salud exclusivamente a la asistencia médica dentro 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 plantea 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 garantice 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, “la Misión Barrio Adentro tiene como objetivo 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 resolutoria mediante la implantación, consolidación y extensión de consultorios populares, haciendo énfasis en la promoción de calidad de vida y salud” (Álvarez y Barcos, 2005:33).

A su vez, 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 propicia el compromiso de los sujetos de forma individual y colectiva, conjuntamente con todos los entes sociales y

económicos relacionados, dentro de una nueva relación Estado-sociedad (Álvarez y Barcos, 2005:21). En su modalidad de misión, este programa se formula para ser ejecutado en tres fases o etapas: Barrio Adentro I: atención integral dirigida 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 mayor prontitud posible. Esta primera etapa cubre los sectores más necesitados, les brinda consultorios médicos populares que garantizan 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 la 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 BA 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, en que 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).

Finalmente, la Misión Barrio Adentro III se prevé como la última etapa del nuevo sistema público nacional de salud. 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. La Misión BA III, a su vez, comprende tres etapas: la primera a ser desarrollada en los años 2005-2006 cuando 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).

En general, tal como ha sido formulado el programa, la Misión BA trasciende 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, con base en 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 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” (Álvarez y Barcos, 2005:26).

6. Resultados de la investigación en cuanto al proceso de ejecución e impacto social de Barrio Adentro⁹

A continuación se resumen los principales hallazgos, del trabajo de campo realizado en las comunidades señaladas de los Municipios Maracaibo y San Francisco del estado Zulia, según las áreas de información exploradas y los objetivos del proyecto.¹⁰

9 Una información amplia puede consultarse en el informe de resultado del proyecto, consignado en el CONDES y disponible en el Instituto de Investigaciones Económicas y Sociales de LUZ.

10 En el trabajo *in extenso* derivado de la investigación presentado al ente financista, se documentan estos hallazgos con testimonios textuales de los informantes clave, que por razones de espacio se obvian 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.

6.1. Hallazgos sobre el proceso de ejecución de la Misión Barrio Adentro (Etapas I y II)

Tratando de discernir cómo se estructura y organiza la Misión BA, se indagó el *modus operandi* de la Misión, desde su inicio en el año 2003 hasta la fecha de realización del trabajo de campo (año 2006), desde la llegada de los primeros médicos, odontólogos y entrenadores deportivos cubanos, hasta la construcción de los primeros módulos de consultorios y Centros de Diagnóstico Integral; y la ejecución en la práctica de la Misión: los mecanismos institucionales o extra-institucionales, las condiciones infraestructurales y posibles limitaciones de logística, recursos financieros y factores cualitativos que pudieran estar obstaculizando su funcionamiento actual y restringiendo el alcance del programa, con el fin de facilitar la identificación de correctivos al respecto por las partes involucradas. En este sentido, de acuerdo a lo expresado por los coordinadores, los médicos y los beneficiarios directos, se encontró lo siguiente:

Estructura no tradicional e institucionalidad informal, emergente y paralela: 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 de Salud), 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 de acceso a la atención primaria en salud en el ámbito local, de una manera directa e inmediata, modalidad mediante la cual el Ejecutivo nacional se propuso sembrar los cimientos de un nuevo Sistema Público Nacional de Salud, y saldar la “deuda social acumulada” en este sector, del cual habían quedado excluidos los sectores más pobres y vulnerables de la población. Esta sería la manera de dar respuesta expedita a una crítica situación que no podía esperar más, y hacerlo por la vía burocrática tradicional habría sido un proceso largo, lento y poco eficiente, en opinión de los coordinadores.

BA llega a estos municipios, primero a Maracaibo y luego a San Francisco, entre octubre y noviembre de 2003, mediante las gestiones de dos organizaciones sociales de carácter comunitario (el “Frente

Francisco de Miranda” en el Municipio Maracaibo, y “La Red del Pueblo” en el Municipio San Francisco), que sirvieron de enlace entre los funcionarios de salud encargados de la Misión desde el ámbito central-regional, que trajeron al Zulia a los médicos cubanos; y los grupos organizados y/o líderes en las comunidades. 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 estatales, que representan al Gobierno nacional, por cuanto el resto de la estructura organizativa de BA 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.

Según el tipo de demanda de cada comunidad, se encontró entre las estudiadas la existencia (como parte del comité de salud), de las coordinaciones de Educación, Deporte, Ambiente, Cultura, Identidad, Tierra, Cooperativas, Casas de Alimentación o comedores comunitarios, y las Mesas Técnicas antes referidas. Todos estos comités a su vez deben ser coordinados por el responsable principal del comité de salud, pero no de manera vertical sino horizontal por cuanto las decisiones deben ser tomadas en colectivo, en equipo y consensualmente, con el aval de la comunidad, en quien reside la autoridad a fin de cuentas para la toma de decisiones fundamentales.

Los médicos cubanos tienen su propia modalidad organizativa, sus propios coordinadores médicos cubanos regional y parroquial, constituyendo así 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, tal 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 independientes, 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. A su vez, estos últimos sólo reportan a los coordinadores parroquiales venezolanos y éstos al coordinador regional venezolano. Ambas coordinaciones (la cubana y la venezolana) a su vez reportan a las instancias superiores (Gobierno nacional), pero de manera distinta y separada o independiente, como se señala posteriormente.

La instalación del programa, los obstáculos iniciales y las primeras actividades: La instalación inicial de los 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 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 y cedidos por las comunidades. En su mayoría, los primeros consultorios populares fueron improvisados en casas de familia, que a la vez albergaron a los médicos. Estos se alojaron con sumas limitaciones de espacio y precarias condiciones en general, tratándose de barrios muy pobres, insalubres y hasta peligrosos (de alta delincuencia).

Los primeros médicos cubanos, con los que arranca BA en estos municipios, 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, en ningún momento se amilanaron y aún menos 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 demostrando que su trabajo como médicos era atender las necesidades de salud de la población que les había sido asignada, sin distinción de ningún tipo, poco a poco fueron ganando aceptación y respeto.

Igualmente, en aquellas comunidades donde preexistían algunos grupos organizados (antes de BA), como asociaciones de vecinos, de orientación antichavista, que sintieron que los comités de salud y líderes de BA venían a desplazarlos, también opusieron resistencia y sabotearon todo lo que pudieron el trabajo de los médicos, coordinadores y defensores de la salud (es el caso por ejemplo, de la comunidad del sector 1 de Los Altos II; del sector 11 de la Urbanización Popular San Francisco; del sector 3 de El Manzanillo y del 2 del barrio Cerros de Marín). No obstante, los médicos y coordinadores aplicaron la misma estrategia de resistencia pacífica, y en la actualidad estas asociaciones o

bien se han sumado al trabajo de BA, asumiendo algunas actividades, o bien se han replegado y aislado. En algunas comunidades prácticamente han desaparecido, han quedado para extender cartas de residencia y de buena conducta a los vecinos que las requieran, porque el resto de sus anteriores actividades las ejecuta el comité de salud de BA.

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.

Lo primero que hicieron durante las actividades de terreno fue levantar en el área de influencia de cada consultorio (por cada 250 familias), casa por casa, familia por familia, un censo médico y socioeconómico, con clasificación por grupos etarios, de las características predominantes de la población objetivo. A partir de ese censo inicial los médicos conocieron la comunidad, la magnitud de sus carencias y necesidades, sus hábitos alimentarios, las patologías más frecuentes, recabaron una pauta directa para saber hacia dónde orientar su trabajo y qué grupos debían organizar para fortalecer la atención primaria-preventiva de salud e indirectamente favorecer la integración social de la comunidad (de allí surgen los llamados "círculos" de abuelos, de hipertensos, de diabéticos, de obesos, de embarazadas, de adolescentes, de jóvenes).

Según testimonian los coordinadores parroquiales y locales, ese censo les permitió a ellos mismos, que son parte de la comunidad, conocer su propio barrio, sus vecinos, quiénes eran, cuántos eran, cuántos niños y ancianos existían, cuántos analfabetos, cuántos profesionales, cuántos desempleados, cuánta gente en situación de pobreza extrema, etc., y descubrir, por ejemplo, que la hipertensión arterial y la diabetes mellitus son prácticamente endemias que azotan a sus comunidades zulianas, mucha gente las padecía y lo desconocían, porque carecían de asistencia médica y/o de control permanente.

Proceso actual de ejecución: las etapas de Barrio Adentro:

Como se dijo antes, BA empezó con una lógica inmediatista y con un alto componente de improvisación: no había tiempo que perder, por lo cual la primera etapa de la Misión (organización de los consultorios y de los comités de salud) arrancó sin planificación alguna, con marcadas deficiencias de infraestructura, presupuesto y logística. Oficialmente se dijo que el funcionamiento de los consultorios en casas de familia sería temporal, ya que 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. De hecho en las comunidades del estudio sólo en una (Los Altos II) la consulta externa de medicina integral funcionaba parcialmente en el módulo, que estaba recién construido, mientras la parte de atención odontológica permanecía en la Casa Comunal, por falta de espacio en el módulo nuevo (de sólo dos ambientes: un pequeño consultorio y una minisala de espera), y se desconocía cuándo y a dónde podría ser trasladado posteriormente. En otras comunidades (como en Teotiste de Gallegos y Betulio González) los módulos estaban en proceso de construcción (bastante avanzados), pero en el resto ni siquiera habían sido comenzados, no se disponía de los terrenos, no había definición al respecto, lo cual señala que a los consultorios en casas de familia les quedaba un tiempo más largo.

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 BA. 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). En todo el estado Zulia, el único CAT que había sido construido es de la Urbanización Popular San Jacinto (Municipio Maracaibo), cuyas operaciones comenzaron en el año 2006.

Los mecanismos de articulación interna y externa de BA:

En el transitar de estas etapas, a partir del mejor conocimiento del perfil y necesidades de la comunidad que se logró con el primer censo (que ha sido luego actualizado); el comité de salud fue promoviendo la organización de otros comités, vinculados siempre a BA, para dar respuesta a los problemas más urgentes. Por ejemplo, en los sectores más deprimidos, en donde existe un alto número de niños, de ancianos y de mujeres embarazadas en situación de pobreza extrema y/o de indigencia, se gestionó la Casa de Alimentación o comedor comunitario y para ello se estructuró una coordinación; o donde se imponía como necesidad urgente la sustitución de ranchos por casas se formó el Comité de Tierras Urbanas; o donde la escasez de agua y el problema de aguas servidas y cloacas era lo principal, se organizó el Comité de Agua, y así sucesivamente. De esta manera, desde su inicio, BA articula las otras iniciativas de la comunidad, según las necesidades que descubre en su práctica cotidiana.

BA 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); y/o la Misión Ribas y la Misión Sucre. 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 está dando pie a la conformación de la nueva figura representada en los Consejos Comunales, que fueron organizados en el año 2006 a partir de los comités de salud de BA.

En relación con los mecanismos de *articulación interna* de BA (entre el comité de salud y el resto de comités que estructuran la Misión), se encontró que el primero está básicamente constituido por el coordinador del mismo, por una o dos defensoras de la salud y por el entrenador deportivo (en los casos en que existe, no todas las comunidades disponen actualmente de éste). 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 comités de salud, que muchas veces hacen también de promotores sociales y gestores de todo, pues son quienes tienen que darle salida 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.

Es decir, que si bien existen formalmente varias coordinaciones, según los distintos comités, el único que es dinámico permanentemente es el comité de salud, y dentro de éste básicamente el coordinador. Se observó también que donde existen otros comités distintos a los de salud, estos trabajan independientemente (aisladamente), es decir, cada uno con lo suyo. La comunicación entre el comité de salud y el resto de comités es escasa, sólo ocurre en situaciones donde haya que tomar grandes decisiones, casos en los cuales se reúnen. Hay que tomar en cuenta aquí también que algunos de estos comités surgen coyunturalmente, para dar respuesta a un problema puntual, pero desaparecen luego de ser resuelto. Ha ocurrido así, por ejemplo, con algunos comités de tierra y con comités de identidad.

En cuanto a la articulación externa (cómo se vincula la Misión, dentro y fuera de la comunidad, con instancias que no forman parte de la estructura local de BA), se encontró lo siguiente: tomando en cuenta que en las comunidades estudiadas (con excepción de los barrios Betulio González y Teotiste de Gallegos) 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 los coordinadores parroquiales vive allí, forman parte de esa comunidad y están en permanente contacto con cada 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 PDVSA¹¹) se reúne allí una vez a la semana con los coordinadores parroquiales de todos los municipios, para discutir la marcha de la Misión, los problemas que se presentan, las posibles soluciones; y los coordinadores parroquiales reciben lineamientos del regional relacionadas con actividades a ejecutar dentro de BA y con decisiones recientes del Gobierno nacional, información que luego aquellos participan 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 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, si bien BA y las otras misiones funcionan como alternativas de inclusión social en las áreas-problema de cada una de las comunidades estudiadas, las misiones no han generado todavía (en el período 2003-2006) resonancia en la gente hacia la movilización para una acción colectiva más dinámica y autogestionaria, para darle salida 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 ellas, situación que es igual en todos los municipios y parroquias de todo país, es decir, más allá de los comités y de las coordinaciones previstas. Aun cuando hay organizaciones nuevas en los municipios Maracaibo y San Francisco, surgidas en el marco del proyecto revolucionario del actual gobierno (como por ejemplo, el Frente Francisco de Miranda y la Red del Pueblo), estas organizaciones tienen escasa o nula representación en los barrios considerados.

11 Centro Internacional de Educación y Desarrollo, de Petróleos de Venezuela Sociedad Anónima.

En lo que concierne a *la articulación externa*, es decir, 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 favorable 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 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), 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 es totalmente opositora al Gobierno nacional, la interferencia inicial se ha mantenido y en algunos casos reforzado porque incluso dejan de apoyar al comité de salud de BA en actividades que les competen, 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 promovidas en las comunidades por BA, y en algunos casos no sólo las han saboteado sino que, cuando no queda más remedio que ejecutarlas, han pretendido hacerlo como propias, manipulando políticamente la situación para tratar de sacarle provecho a favor de la figura del gobernador Manuel Rosales, especialmente en la coyuntura electoral del 2006 (elecciones presidenciales, en que el gobernador fue candidato opositor del presidente Chávez). En ambos casos, los líderes comunitarios de

BA, ante la imposibilidad de acudir directamente a los despachos de los gobiernos municipales y regionales donde siempre les cierran las puertas, resuelven los problemas en las comunidades saltando por encima de esas instancias, aplicando medidas de presión como el cierre de calles y avenidas claves en el tránsito del municipio San Francisco; o denunciándolos constantemente por las estaciones de radio locales donde los líderes tienen locutores amigos.

El proceso de toma de decisiones. Si bien en el diseño del programa se prevé 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 inicialmente por una asamblea de ciudadanos o comunal, sino en última instancia. Quizás por la forma improvisada y urgente como se inició la Misión, en el sentido que 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 ésta empresa pasa a administrar la Misión. De hecho estos coordinadores en el Zulia tienen sus despachos en el CIED de PDVSA, ubicado en la ciudad de Maracaibo¹²; desde entonces esa modalidad de nombramientos puede haberse institucionalizado por la fuerza de la costumbre.

Según testimonian los coordinadores entrevistados, el coordinador parroquial de los comités de salud es nombrado por el coordinador regional de dichos comités, y luego ratificado en una asamblea de coordinadores parroquiales, convocada y dirigida por el regional, en la referida dependencia de PDVSA. Luego el coordinador parroquial tiene la potestad de designar al coordinador local del comité de salud entre

12 Cabe recordar aquí, lo expuesto en el informe final-CONDES, que de todos estos coordinadores regionales el único que accedió a una entrevista, luego de 3 meses de insistencia, fue el coordinador regional comunitario.

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 no es realmente horizontal ni totalmente democrática y comunitaria.

El proceso de seguimiento, petición-rendición de cuentas y de 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 se 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 estas últimas, etc., y las sistematiza en un informe semanal que se debe remitir al coordinador médico parroquial cubano, y este a su vez a su homólogo regional, de allí pasa al coordinador nacional cubano y luego al Gobierno nacional. Estas constituyen 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 estadísticas¹³,

13 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

no se las dan a conocer a los coordinadores parroquiales y locales venezolanos, menos aún a personas ajenas a la comunidad, como el equipo de investigadores. De modo que ni siquiera los coordinadores del comité de salud saben cuáles son los resultados estadísticos de la actividad diaria, semanal, mensual del médico y cual es el alcance local de BA.

No obstante, estos coordinadores lo asumen como algo natural, que concierne a la parte cubana, no exigen al médico las estadísticas, y manifiestan estar seguros que si las llegasen a necesitar y las solicitan al médico, éste se las pasaría, pues el recelo es con los extraños. Para los coordinadores, en todo caso, lo más importante de BA no son los números sino los cambios que se han registrado en las personas y en la comunidad con esta y otras misiones, como se describe más adelante.

Existe otro tipo de seguimiento que realizan los médicos que se refiere al control de la evolución del estado de salud de pacientes a quienes se prescribe un tratamiento permanente o prolongado, como a los diabéticos e hipertensos, y 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 registran 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 (por ejemplo, los enfermos de cáncer).

En lo que corresponde la rendición de cuentas de la parte venezolana, los procedimientos no están formalmente muy establecidos

(previa antesala realizada a nuestro favor por los coordinadores locales), pero las entrevistas no pudieron ser grabadas y ni siquiera fue permitido tomar notas escritas de las conversaciones.

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.¹⁴

Los coordinadores parroquiales siguen lineamientos del coordinador regional de los comités de salud, y en una reunión semanal de éste con todos los representantes de las parroquias de todos los municipios (que se realiza en PDVSA) se discuten algunos problemas que se puedan estar presentando. No obstante, en esas reuniones los coordinadores parroquiales se limitan básicamente a escuchar la información que les baja su superior. 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", el mismo 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 cuentas a la comunidad. Los vecinos en general, la comunidad como tal, tampoco realizan contraloría social, pues esta actividad no hace parte de la cultura en la mayoría de esta colectividad.

Los obstáculos o limitaciones actuales en la ejecución de B.A. Si bien hasta el momento no se han paralizado las sus actividades de BA en sus tres años de funcionamiento, algunos problemas aún no

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

resueltos sí lo limitan y quedan como retos a la Misión toda vez que de su resolución dependerá en buena parte su sostenibilidad en el corto y mediano plazos. De acuerdo a lo que testimonian los informantes clave, entre esas limitaciones destacan:

a) La insuficiencia presupuestaria. Aunque el Ejecutivo nacional aporta cuantiosos recursos a esta misión y la mayor parte del trabajo en las comunidades es voluntario y no remunerado (participación de los coordinadores, defensores, promotores), dado su carácter tan masivo y lo oneroso de sus requerimientos (insumos, equipos, edificaciones), el problema de presupuesto insuficiente ha sido permanente.

Al inicio de la Misión el Gobierno se apoya en la capacidad de aporte de las comunidades de espacios físicos, mobiliario, papelería y otros artículos para la dotación de los consultorios populares, dada la urgencia e inmediatez con que se concibió el arranque de BA, y por la falta de disponibilidad de tantos recursos públicos para cubrir simultáneamente en todo el territorio nacional la construcción y equipamiento de tantos consultorios o módulos. El apoyo de las Alcaldías (en otros municipios las alcaldías oficialistas también apoyan la Misión) y de CORPOZULIA también responde a esta necesidad, por cuanto al principio BA no contaba con una partida presupuestaria específica. Posteriormente, el Gobierno asigna un presupuesto directo de la renta petrolera por vía de PDVSA, quien lo administra hasta la actualidad. En opinión del coordinador regional comunitario de BA (funcionario de PDVSA), en la etapa de arranque era difícil establecer un presupuesto porque se desconocían las cuantiosas necesidades locales, que se fueron descubriendo sobre la marcha de la ejecución directa de la Misión.

No obstante, a criterio de los coordinadores parroquiales y locales de los comités de salud entrevistados, el financiamiento disponible sigue siendo insuficiente 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 de los Centros de Alta Tecnología (CAT). De manera que en el año 2006 algunos gastos de la Misión los siguen 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.

Lo irrisorio de la disponibilidad financiera de BA desde su primera etapa, se evidencia también en esto último: en este estipendio de los médicos cubanos (Bs. 400.000 mensuales para gastos personales de alimentación y viáticos, es decir menos de un salario mínimo oficial del año 2006), y en la no asignación de recursos de ningún tipo (ni siquiera de transporte para su movilización) a los coordinadores parroquiales de los comités de salud, que tienen que recorrer todos los barrios de las parroquias, algunas de las cuales son extensas, distantes y con dificultades de acceso (como las del Municipio San Francisco). Esa ayuda tampoco existe para los coordinadores locales de los comités de salud, por lo cual su trabajo que es arduo, es totalmente voluntario, y en opinión de ellos mismos es una dificultad que enfrentan diariamente porque algunos están desempleados o subempleados (por eso pueden dedicarse a tiempo completo a la Misión), y le dan salida parcial a esta restricción como pueden, algunas veces con el aporte de otros coordinadores o defensores (se ayudan entre sí). Esta situación, si bien limita de algún modo su trabajo, no detiene la ejecución de la Misión, gracias al trabajo permanente de estos coordinadores, de los defensores de la salud, de los médicos y demás colaboradores, y el sentido de compromiso y solidaridad que han demostrado entre sí. Aunque en algunos casos sí ha ocasionado que algunos coordinadores deserten al poco tiempo de ser nombrados, por la imperiosa necesidad de conseguir un empleo remunerado.

Pese a que la mayoría de los médicos en estas comunidades trabajan en consultorios muy precarios, atendiendo una gran cantidad de pacientes en no menos de 4 horas seguidas, sin aire

acondicionado y en espacios muy pequeños (con excepción del barrio Betulio González, que ya tiene su módulo, y del sector 11 de la Urbanización Popular San Francisco, que es relativamente cómodo), estos profesionales no sólo soportan estas condiciones sino que no se quejan de ellas y no las señalan como obstáculos para el desempeño de sus funciones.

El foco de atención en ese sentido la ubican en otros aspectos, que en su opinión sí son verdaderamente obstáculos de un impacto social a gran escala de BA en la salud y calidad de vida, tales como factores de índole sociocultural que 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 con 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, deben convivir con problemas de alcoholismo y drogadicción de su pareja y/o de otros miembros del núcleo familiar, que afectan la salud mental y emocional de sus miembros y repercute en su salud física.

b) *La escasa participación de la comunidad en la gestión de BA.*

Esta 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.

Es el caso, por ejemplo, de dos médicos y un odontólogo cubanos que tuvieron que irse del barrio Luis Aparicio porque las familias que inicialmente los había alojado no pudieron tenerlos más en sus casas y nadie más les cedió un espacio, la comunidad no se movió para gestionarlo y fueron trasladados a otra comunidad. Es

también el caso de los grupos de adolescentes (uno de varones y otro de mujeres) que el médico organizó en el barrio Teotiste de Gallegos, con los cuales discutía algunas tardes temas de orientación sexual para evitar embarazos y paternidades precoces, enfermedades de transmisión sexual, etc., que se desintegraron porque no les animaba acudir regularmente a esas charlas con el médico, y sus familias tampoco los incentivaban para que asistieran regularmente.

Otro ejemplo es el de los grupos deportivos (de niños y jóvenes) que se desarticulaban en Cerros de Marín y en El Manzanillo, y con ellos los esfuerzos del entrenador deportivo cubano (lo que se conoce como "Barrio Adentro deportivo"), porque cuando a éste le correspondió ausentarse y no tuvo relevo inmediato, nadie más en la comunidad asumió la coordinación de los equipos. Por idéntica razón ha ocurrido lo mismo con algunos círculos de abuelos, de diabéticos, hipertensos, obesos (han desaparecido como grupos o se reúnen muy irregularmente). En algunos casos estos grupos también se acaban porque no disponen de un sitio para reunirse a practicar los ejercicios que les prescribe el médico o a compartir socialmente, toda vez que las familias que al principio les cedieron un patio en sus casas por un tiempo, luego manifestaron no poder continuar esa colaboración, y nadie más la ha vuelto a ofrecer.

c) La falta de sedes locales y parroquiales. Otro factor que dificulta, en opinión de los coordinadores entrevistados, es la falta de espacios o sedes de BA en las comunidades y parroquias (al menos una sede por parroquia) donde ellos puedan reunirse periódicamente para intercambiar ideas, planificar y coordinar el trabajo, y sobre todo, donde puedan almacenar con seguridad y en condiciones ambientales adecuadas las remesas de medicamentos que corresponden a cada consultorio popular. Hasta ahora, esto lo han venido haciendo en condiciones muy limitadas en sus propias casas, y temen que en algún momento, por la falta de seguridad que ellos tienen en sus viviendas (que también son precarias) los delincuentes puedan sustraer los medicamentos y demás insumos de los consultorios que están bajo su custodia.

En el barrio Teotiste de Gallegos, por ejemplo, esta es una necesidad sentida y una preocupación constante de la coordinadora parroquial que reside en esta comunidad. Al momento de la entrevista, ella con algunos coordinadores locales y colaboradores de distintos barrios de la parroquia, estaban en un proceso de autogestión para lograr la cesión de una casa desocupada con algún vecino de la parroquia, y entre todos los coordinadores se estaban poniendo de acuerdo para conseguir el mobiliario con donaciones de ellos mismos y de sus conocidos en las comunidades, porque hasta la fecha las gestiones que al respecto habían realizado en la Alcaldía del Municipio Maracaibo, resultaron infructuosas, aunque esta instancia en particular es partidaria del gobierno nacional.

d) El problema de la burocracia y los nombramientos desde arriba. 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 las actividades de BA se tornan lentas, sobre todo cuando se requiere tomar algunas decisiones. Este procedimiento no es expedito, puede tardar varias semanas y hasta meses para que el nombramiento se haga efectivo, y en las parroquias y comunidades no hay autonomía para decidir mientras dure 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.

También se quejan que BA no está exenta de trabas burocráticas en el estado Zulia, porque para resolver un problema al cual no pueden darle salida por autogestión en la comunidad, los coordinadores locales tienen que acudir a los despachos de los distintos coordinadores generales involucrados en BA, en la sede del CIED-PDVSA, y esa espera por tantas firmas suele ser un proceso largo y lento. Especial referencia, en términos de queja relacionada con este aspecto, algunos coordinadores manifiestan la impotencia a la que se enfrentan en los casos de pacientes con enfermedades graves (como cáncer) que necesitan diagnósticos especiales y tratamientos costosos, o pacientes que requieren intervenciones quirúrgicas que son también onerosas y más o menos urgentes. Ellos, como coordinadores, hacen un listado de esos casos y los remiten a las gerencias de Desarrollo Social de PDVSA y de CORPOZULIA, y allí se inicia un proceso de espera muy largo, que tarda meses y hasta un año, por tanto, los pacientes empeoran y algunos entretanto hasta fallecen.

Por todo lo expuesto, los coordinadores esperan que, con la nueva figura de los Consejos Comunales, esas trabas desaparezcan y exista mayor poder decisión de la comunidad el ámbito parroquial y local sobre los asuntos que directamente les afectan.

e) *La interferencia de la Gobernación del estado, de la Alcaldía del Municipio San Francisco y de grupos opositores.*

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 en 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. Consideran que si hubiese en estas instancias un sentido de responsabilidad

(o corresponsabilidad), de colaboración y de conciencia sobre el bien común, por encima de los intereses político-ideológicos, y se sumaran o facilitaran el trabajo de BA (al menos no obstruyéndolo), la Misión saldría fortalecida.

Expectativas, sostenibilidad y perspectivas de la Misión.

Los coordinadores e igualmente los beneficiarios (especialmente de estos últimos) cifran sus expectativas, y esperanzas en que mejoren las condiciones de salud y calidad de vida con los CDI, pues se podría dar una atención más completa que la primaria que se ofrece en los consultorios populares, además, durante 24 horas, e incluso de emergencias mayores, y se podrían efectuar diversos exámenes de diagnóstico.

Asimismo, los coordinadores se mostraron optimistas en el futuro cercano en cuanto a los Consejos Comunales, figura emergente que en el año 2006 comenzaría a estructurarse en las comunidades, motorizados por los comités de salud, y con los cuales esperan concretar viejas aspiraciones mediante proyectos elaborados y gestionados por ellos mismos, con acceso al presupuesto y administración directa de las partidas que se les asignen. Consideran que esta es la mejor manera de resolver problemas que afectan su calidad de vida, y evitar filtraciones en los ámbitos de gobierno subnacionales como la Gobernación del estado y las Alcaldías.

En lo que se refiere 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 (bajo la premisa de que no se dé un cambio de gobierno), enfocándose de manera particular en si BA sería capaz de sostenerse una vez que los médicos cubanos retornen definitivamente a su país, tomando en cuenta que allí tienen su familia, su vida 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 las personas no estarían dispuestas 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 esté listo (estudiantes y médicos que se están formando, 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 está preparando personal con esa conciencia de servicio social, 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, para realizar la consulta de manera conjunta, 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. Es el caso, por ejemplo, del consultorio de Cerros de Marín, comunidad donde el médico venezolano es altamente aceptado, estimado y defendido por los usuarios de la Misión.

Los médicos cubanos, por su parte, consideran que en unos tres años (cuando se gradúen los cursantes de la carrera referida), ya se podría ir reemplazando el personal, sin contratiempos. Uno de ellos opinó incluso que si el actual proyecto político-gubernamental se mantiene por largo tiempo, y se siguen ejecutando programas como Barrio Adentro y demás misiones sociales, en unos diez años aproximadamente ya no habría pobreza ni exclusión social en Venezuela.

6.2. Resultados e impacto social de Barrio Adentro

En esta parte se enfocan los resultados y efectos (cambios cualitativos) que los entrevistados imputan 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 suministrarlas. En este sentido, se encontró lo siguiente:

Logros en materia de inclusión y percepción de la salud como un derecho humano y social. BA es percibido por los beneficiarios y coordinadores como un sueño o utopía realizada. Relatan que cuando llegaron los primeros médicos, no podían creerlo. 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 los 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 dejan de angustiarse por la impotencia producida por no poder atender su salud de manera integral y periódica, o por falta de recursos económicos, pues hasta para trasladarse a los ambulatorios y grandes hospitales de los municipios Maracaibo y San Francisco les faltaban dinero para cubrir los pasajes, y más aún para adquirir los medicamentos y seguir los tratamientos por el tiempo prescrito. Peor aún era el sentimiento de impotencia en los casos que ameritaban exámenes especiales de diagnóstico e intervenciones quirúrgicas, ya que multiplicación de costos les imposibilitaba el acceso hasta en los hospitales públicos, masificados, colapsados y carentes de casi todo por lo cual el paciente debía incurrir también en gastos correspondientes a los insumos médicos. Peor aún, obviamente, en las clínicas privadas.

En este sentido, destacan las ventajas de la atención prestada por BA en relación con 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. 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 de manera particular de BA. Afirman que Chávez ha sido el único Presidente que ha pensado en los pobres, los relegados de siempre, 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, y al respecto 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 la gente en estas comunidades no ven ahora a la pobreza como un estigma, casi que están “orgullosos” de ella, porque son lo privilegiados del Presidente. Pueden incluso criticar a PDVSA y a CORPOZULIA, porque no atienden adecuadamente algunas solicitudes de BA para el beneficio directo de personas de la comunidad, pero defienden a ultranza al Presidente Chávez, y tienen en él una confianza absoluta, como un asunto personal (en su persona) que se ubica por encima del Gobierno y las instituciones del Estado.

Insuficiente efectividad en la organización-participación comunitaria y voluntariado en la gestión de BA. Reaparece aquí este aspecto, antes referido como parte del proceso de ejecución. 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 líderes emergentes 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, 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 de siempre 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: coordinador y la(s) defensora(s) de la salud (aparte del médico), con más fuerza en el primero.

No obstante, 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.

Debilidades en la formación de una conciencia colectiva del bien común (individualismo, egoísmo y cultura de la corrupción). 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 (sino extensivos a la sociedad venezolana), y si estos son los destinatarios por excelencia del discurso político y de la acción de gobierno (especialmente de la política social), tendría sentido esperar otro resultado.

Uno de los médicos y uno de los coordinadores, coincidieron en afirmar que, lo que denominaron “la cultura de la corrupción”, tan generalizada en la Venezuela petrolera, aparejada a la cultura rentista, no aplica sólo para quienes han ocupado cargos públicos y han usufructuado de ellos, pues también toca a los sectores populares y está aún muy vigente en forma de una política de la “viveza” y del facilismo, que se expresa hasta en actos pequeños. Señalan como ejemplo que algunos pacientes exigen medicamentos distintos a los que les ha prescrito el médico para su dolencia o tratamiento particular (como antibióticos), para entregárselos a terceras personas (¿o quizás para venderlos?), que ni siquiera han pasado por la consulta, o para tenerlos de reserva en sus domicilios y automedicárselos si se les presenta una infección, sin tener que molestarse en acudir al consultorio, o para no correr el riesgo de necesitarla y que en ese momento no haya disponibilidad de dicho medicamento. Esto indicaría que no se piensa en “el otro”, en los pacientes que lo necesitan más, que el médico tiene que reservarlo para los casos más críticos y es incorrecto solicitar medicamentos para tener una “botica en su casa”. Según testimonian estos informantes, algunos pacientes hasta insultan a los coordinadores y defensores de la salud por negarse a complacerles esa práctica caprichosa y antiética.

Por estas razones, una de las coordinadoras parroquiales enfatiza en la necesidad de crear en todo el estado Zulia y en todo el país, lo que ella denomina “centros de capacitación ideológica” (al menos uno por parroquia), con programas y estrategias para la concienciación popular-ciudadana, especialmente en la formación en valores éticos y morales de convivencia, de responsabilidad colectiva y de todos los principios que rescata la Constitución Nacional y la política social, favorables a un cambio de actitudes que posibilite la concreción de un proyecto sociopolítico y económico incluyente, de “empoderamiento ciudadano”, de poder comunal, capaz de sembrar las bases de una

democracia verdaderamente participativa y protagónica y de un verdadero socialismo endógeno orientado a la equidad y la justicia social, y a desterrar la pobreza y la exclusión; que empiece por no dejar caer los logros alcanzados hasta ahora, con las misiones por ejemplo. De acuerdo a los informantes, hay aquí un problema cultural y educativo muy difícil de fracturar.

Efectos parciales en la 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 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.

No obstante, aun cuando la integración social es todavía débil, en lo poco que se ha logrado avanzar han tenido un papel importante los médicos cubanos, que pese a haber sido objeto de discriminación, agresión verbal y rechazo inicialmente, desde que comenzó la Misión

han insistido entre los coordinadores y miembros de la comunidad en la necesidad de dirimir las diferencias políticas entre opositores y defensores del Gobierno nacional, de limar asperezas y de aunar esfuerzos en la defensa del bienestar común, en la lucha colectiva contra la pobreza y la exclusión y mejoras en la calidad de vida. Los coordinadores consideran que ha sido gracias a esta actitud de los médicos y del resto del personal cubano, que los opositores políticos se han integrado, han accedido a atenderse la salud en los consultorios populares, defienden ahora a los médicos y en algunos casos han prestado colaboración a las actividades de los comités de BA. Según informan hay aún algunos casos de resistencia por razones de tipo político, que llevan a sus autores a la autoexclusión de las bondades de BA.

Cambios en la condiciones de salud y de vida y en la calidad de vida (efectos parciales sobre la pobreza). 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 BA 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 casi todo, 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 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 permitían 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 confirman que comparada la situación de hoy con la de hace tres años, 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 le 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, cefaleas y dolores abdominales, etc.) con remedios naturales que ellos les han enseñado a utilizar y que pueden preparar 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 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 fuera 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), quienes lograron recuperar y/o fortalecer su visión. 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 distinciones 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 profesionales cubanos.

Por todas las razones apuntadas, los resultados indican que aun cuando en las comunidades donde existe BA la gente "sigue siendo pobre"; 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 este concepto, como tener un ambiente saludable, disponer de agua potable y eliminación adecuada de excretas, disponer de una vivienda aceptable, un trabajo productivo y en general 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 maltrato 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. 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.

Efectos en la 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 la comunidad Teotiste de Gallegos 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.

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 su inscripción en la Misión Robinson I que les permitió comenzar 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. Se han sentido motivadas por los promotores sociales a seguir estudiando e incluso han continuado en la Misión Robinson II. Este cambio de conducta también se ha visto en pacientes operados de la vista (especialmente en adultos

mayores) que habían perdido toda esperanza de recuperación de ese sentido vital, y con ellos ganas de vivir, pues al no poder trabajar, tener libertad de movimiento y depender de terceras personas porque casi no veían, etc., se sentían impotentes y abatidos.

Otros ejemplos serían los casos referidos de amas de casa, que antes de las misiones tampoco estudiaban ni participaban en actividades de la comunidad, estaban totalmente sometidas a los maridos, atadas a los hijos y al hogar, y luego han tomado la decisión de inscribirse en la Misión Ribas y en la Misión Sucre, por ejemplo, o de colaborar con alguno de los comités de BA, o de afiliarse al grupo de bailoterapia de su sector, alternando sus obligaciones hogareñas con actividades que realizan para sí mismas, para su superación y bienestar.

7. Conclusiones

A partir de la investigación realizada en las seis parroquias y comunidades de los Municipios Maracaibo y San Francisco, a manera de resumen conclusivo se puede señalar que desde su implantación en el año 2003 hasta la actualidad (año 2006), no obstante las dificultades que la Misión tuvo que enfrentar desde su inicio, puestas de relieve por los coordinadores, médicos cubanos y beneficiarios entrevistados (rechazo inicial de los médicos en algunos sectores, precarias condiciones infraestructurales del consultorio y alojamiento de los médicos, insuficiencia presupuestaria, entre otras), y las que aún presenta (débil voluntariado, escasa organización, integración y participación de la comunidad, desarticulación interna y externa de BA, debilidades en la rendición de cuentas y seguimiento, ausencia de evaluación, entre otras); el funcionamiento de la Misión no ha sido interrumpido en ningún momento.

Aunque algunas actividades (como las deportivas y otras ligadas a los distintos comités de BA) dejan de operar en oportunidades por diversas contingencias; el núcleo de la Misión que es la atención preventiva (la consulta externa y suministro gratuito de medicamentos, las actividades de terreno y las actividades de promoción social y de la salud), se mantiene gracias al trabajo tesonero y en equipo del médico,

del coordinador del comité de salud y de los defensores de la salud, en quienes recae en la práctica la mayor parte de las responsabilidades de la Misión, a las cuales hacen frente en el día a día con muchas dificultades pero también con mucha mística, dedicación y convicción en lo que les ocupa.

Es necesario hacer referencia especial al trabajo hasta ahora realizado por el personal cubano (especialmente por los médicos), que han sobrellevado, sin quejas, los atropellos de gente opositora al proyecto político venezolano y cubano, incomodidades, insalubridad, riesgos a su integridad física dados por la delincuencia y la inseguridad que reina en los barrios más precarios de estos municipios (así como de todos los estados del país); que sacrifican o postergan no sólo su comodidad sino sus proyectos personales y su vida familiar (padres, cónyuges, hijos, trabajo) que están en su país de origen, a nombre de una misión voluntaria, gratuita, desinteresada, enfocada en un servicio social y humanitario que no conoce fronteras, en una especie de apostolado ejemplarizante que están dispuestos a continuar hasta tanto se formen los estudiantes y médicos venezolanos, en medicina integral comunitaria y puedan ellos ser relevados, sin riesgos de que se venga a menos BA y se pierdan los esfuerzos hasta ahora realizados, por ellos y por los líderes y colaboradores locales.

En este sentido, y en lo que tiene que ver con la sostenibilidad de BA, según la perspectiva de los informantes clave de esta investigación, no está tan comprometida por el relevo (desde ya hay aceptación de los médicos venezolanos residentes en los consultorios de BA), como por otras limitaciones en las cuales la Misión no ha logrado incidir suficientemente, como en la escasa organización, participación y voluntariado de la comunidad, así como en la escasa internalización del concepto de medicina preventiva, que aún no constituye 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.

A nivel de impacto social (en la salud, en las condiciones de vida y calidad de vida), los distintos informantes consideran que ha habido logros porque ahora la gente se cuida más la salud, toda vez que hay

acceso gratuito a la atención médica y a medicamentos dentro de la misma comunidad, así como atención de casos críticos y de emergencias menores a domicilio, fuera del horario del consultorio. A la vez, observan disminución de enfermedades recurrentes (y muertes por su causa) como diarreas por parasitosis intestinal en niños, o por hipertensión arterial y diabetes (por ejemplo) porque ahora hay control, la gente sigue los tratamientos, se ejercita, está aprendiendo a prevenir, a cuidarse la salud antes de que haga crisis, y ante cualquier alteración acuden al médico.

Los beneficiarios perciben la salud como un derecho humano consagrado en la constitución nacional y por primera vez se sienten socialmente incluidos en cuanto a este derecho, razón primordial por la cual BA goza de alta aceptación y valoración positiva entre todos los consultados. Esta percepción se extiende al resto de las misiones sociales implantadas en las comunidades, de modo que si bien la gente considera que aún falta para que dejen de ser "pobres", las comunidades han avanzado en la lucha contra la pobreza y hoy disponen de mejores condiciones relativas en cuanto a bienestar social se refiere. Los informantes también señalan como logros de BA que a partir de las actividades realizadas como parte de ella (por ejemplo, censos y actividades de promoción), los vecinos se conocen mejor entre sí y a los líderes, se sabe cuáles son las características de la comunidad, cuáles son los principales problemas y estos se han podido ser atendidos de una manera más puntual a través de los comités que se han organizado para cada asunto. Expresan que BA ha incidido no sólo en la recuperación de la salud física, sino también de la autoestima individual y comunitaria y los deseos de vivir de algunas personas, como los atendidas por la Misión Milagro, o los pacientes con dificultades motoras que han sido recuperados de una silla de ruedas (por ejemplo), pues ahora son más independientes, y han dejado de ser una carga para terceros.

Pese a todos los obstáculos que todavía se confrontan, que imponen limitaciones en cuanto a un impacto social más amplio, según la percepción de todos los informantes, en la medida en que BA (y el resto de misiones sociales) vaya avanzando en sus etapas y se vayan consolidando, mejores serán sus resultados y se avanzará cada día un poco más en la lucha contra la pobreza y la exclusión, siempre y

cuando el actual gobierno se mantenga, y a su cabeza esté el Presidente Chávez, a quien reconocen como el único gobernante que ha hecho algo valioso por los pobres y excluidos. En él y en sus medidas sociales, los informantes claves cifran las esperanzas de un futuro mejor en el país.

Bibliografía

- ALVARADO, N. (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.
- (2004). Pobreza y exclusión en Venezuela a la luz de las misiones sociales (2003-2004). En: *Revista Fermentum*. Mérida. No. 39, pp. 181-232.
- (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. Universidad de Calgary, Canadá, Septiembre. Disponible en: <http://www.calacs.uc.ca>
- 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
- ASAMBLEA NACIONAL CONSTITUYENTE, ANC (1999). Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. Gaceta Oficial No. 36.860, Caracas.
- CHÁVEZ, H. (2004). Presidente de la República. Discurso en el Teatro Municipal de Caracas, 24 de enero. En: *Victoria, la Voz de las Misiones*, Año 1, No. 1, abril, Caracas.
- DE NEGRI, A. et al (2002). El desarrollo de un pensamiento estratégico en las políticas públicas por la calidad de vida y la salud. MSDS. Instituto de Altos estudios "Arnoldo Gabaldón". Documento elaborado para el Programa de Educación Permanente de Salud y Desarrollo Social, julio (Mimeo), Caracas.
- MPD (2001). Plan Económico y Social de la Nación 2001-2007. Disponible en: <http://www.mpd.gov.ve>
- MINISTERIO DE SALUD Y DESARROLLO SOCIAL-MSDS (2000). La revolución social en la V República. La política social de Venezuela. Documento preparado para la reunión de seguimiento de la Cumbre Mundial de Desarrollo Social. Ginebra, Suiza. Junio (Mimeo). Caracas.

- (2002). El Plan Estratégico Social (versión agosto 2002). Mimeo. Caracas.
- MOTA, G. (2004). Programas sociales nacionales (Fichas descriptivas). En: *Cuadernos Técnicos*, No. 19, mayo. Fundación Escuela de Gerencia Social, Caracas.
- MUJICA, N. y ALVARADO, N. (2004). Pobreza y política social en Venezuela hoy: reflexiones sobre su concepción y praxis. En: *Revista del Banco Central de Venezuela* "Foros 10", abril, pp.145-163, Caracas.
- SUNKEL, O. (1995). *El desarrollo desde adentro. Un enfoque neoestructuralista para América Latina*. CEPAL/Trimestre Económico/Fondo de Cultura económica. Primera reimpresión. Chile.
- VÁZQUEZ BARQUERO, A. (1999). Desarrollo, redes e innovación. Lecciones sobre desarrollo endógeno. Ediciones Pirámide. Madrid, España.

Otras fuentes:

- Fuentes primarias: entrevistas en profundidad realizadas a los informantes clave.
- Sitios web consultados: www.ine.gov.ve; www.mpd.gov.ve; www.barrioadentro.gov.ve