

La Mision Barrio Adentro en Venezuela y la globalizacion. Debilidades institucionales

<http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/4534/1/La-Mision-Barrio-Adentro-en-Venezuela-y-la-globalizacion-Debilidades-institucionales.html>

Autor: Gustavo Alcántara Moreno

Publicado: 31/07/2012

El presente artículo tiene como propósito realizar algunas apreciaciones sobre las debilidades institucionales del programa de salud "Misión Barrio Adentro" en Venezuela. La perspectiva teórico metodológica utilizada fue el nuevo institucionalismo, particularmente el institucionalismo contextualizado. Se hizo particular énfasis en el contexto de la globalización desde abajo y el globalismo, como fuerzas que influyen en la implementación de dicha política de salud. Se propone que, para que la Misión Barrio Adentro pueda concretarse y lograr un desarrollo institucional aceptable, es indispensable que se adecue y elabore conforme a las características históricas y sociopolíticas de Venezuela.

La Mision Barrio Adentro en Venezuela y la globalizacion. Debilidades institucionales .1

La Misión Barrio Adentro en Venezuela y la globalización. Debilidades institucionales (2003-2009).

Gustavo Alcántara Moreno. Politólogo, Abogado, Magíster en Ciencias Políticas (CEPSAL-ULA), Doctorando en Ciencias Humanas (Universidad de Los Andes).

Departamento de Ciencias de la Conducta, Facultad de Medicina, Universidad de Los Andes, Mérida, Venezuela.

Resumen.

El presente artículo tiene como propósito realizar algunas apreciaciones sobre las debilidades institucionales del programa de salud "Misión Barrio Adentro" en Venezuela. La perspectiva teórico metodológica utilizada fue el nuevo institucionalismo, particularmente el institucionalismo contextualizado. Se hizo particular énfasis en el contexto de la globalización desde abajo y el globalismo, como fuerzas que influyen en la implementación de dicha política de salud. Se propone que, para que la Misión Barrio Adentro pueda concretarse y lograr un desarrollo institucional aceptable, es indispensable que se adecue y elabore conforme a las características históricas y sociopolíticas de Venezuela.

Palabras clave: Misión Barrio Adentro, Venezuela, institucionalismo, globalización.

Abstract.

This paper aims to make some appreciations on institutional weaknesses of the health program Mission "Barrio Adentro" (MBA) in Venezuela. The methodology utilized was theoretical perspective the new institutionalism, particularly institutionalism contextualized. It was highlighted in the context of globalization from below and globalism, as forces that influence the implementation of that health policy. It is proposed that for the MBA can materialize and achieve acceptable institutional development, it is essential that fits and prepared according to the historical and sociopolitical characteristics of Venezuela.

Key words: Mission Barrio Adentro, Venezuela, institutionalism, globalization.

Introducción: la diplomacia médica cubana

A partir de su llegada al poder en 1959, el gobierno revolucionario cubano acogió la idea de desarrollar la atención médica universal y gratuita como un derecho humano fundamental y establecieron en la nueva Constitución la responsabilidad del Estado de garantizar dicho derecho.

Además, esta noción pasó a conformar uno de los principales elementos a través de los cuales exportar la revolución cubana a nivel mundial, apoyándose en las bondades de sus resultados para la población, entre los que resaltan el acceso gratuito y universal a todos los servicios sanitarios, el aumento de la esperanza de vida y la reducción de la

mortalidad infantil.

Se constituyó así una suerte de diplomacia médica, encuadrada dentro de una cooperación bilateral en salud Sur-Sur (Alcántara Moreno, 2011a) que pasó a conformar, en la época de la Guerra Fría y bajo el apoyo tutelar de la fenecida Unión Soviética, un eje clave de la política exterior cubana hacia los países en vías de desarrollo.

En tal sentido, ya en tiempos recientes de globalización, con el patrocinio del gobierno venezolano de Hugo Chávez y de la creación de la Alianza Bolivariana para los Pueblos de Nuestra América (ALBA), esa diplomacia médica pasó a ser una política regional de salud, sustentada bajo los cimientos globalizadores de la Atención Primaria en Salud (APS) enunciada en 1978 en la Cumbre de Alma Atá, e institucionalizada al interior de Venezuela, como país receptor de la ayuda médica, en la Misión Barrio Adentro (MBA).

Según Feinsilver (2008), "la ayuda de Venezuela en el marco del ALBA ha generado el respaldo financiero necesario para permitir la expansión de la diplomacia médica cubana mucho más allá de lo imaginable, pese a que Fidel (Castro) venía trabajando obsesivamente desde hacía décadas para transformar a Cuba en una potencia médica internacional" (p. 110).

En lo externo, en opinión de Díaz-Polanco (2006) la Misión Barrio Adentro (MBA) ha servido como "efecto-demostración, apuntando a neutralizar la hegemonía estadounidense en la región y a establecer patrones propios de desarrollo, así como proponer la transformación del sistema político hacia el llamado "socialismo del siglo XXI". Se pretende que esta transformación tenga carácter transnacional".

De manera que, con lo anterior se haría frente y contrapeso a la hegemonía cultural norteamericana, en un escenario de globalismo ideológico con énfasis en el sistema neoliberal dominado por las grandes multinacionales de la salud en éste caso, con énfasis en el consumismo de medicamentos y la tecnología biomédica de punta como mecanismos para solucionar los problemas de salud de la población. Todo lo cual apunta hacia un desmesurado énfasis en el nivel curativo y de rehabilitación, antes que en la APS y la promoción de la salud.

Esta sería una clara manifestación de globalización desde abajo como antítesis de la globalización neoliberal o globalismo (Alcántara Moreno, 2007), que presiona por el establecimiento de un mundo multipolar, que ha intentado tomar cuerpo legal e institucionalizarse por vía del ALBA, el Foro Social Mundial y demás acuerdos y tratados internacionales, entre los que destaca el Convenio Integral de Cooperación entre Cuba y Venezuela, que permite la participación e injerencia de Cuba en el diseño, formulación y aplicación de la Misión Barrio Adentro (MBA).

Con respecto al globalismo, según Held y McGrew (2003), existe una corriente académica que puede denominarse como escéptica con respecto a la globalización, pues considera que la misma "contribuye a justificar y legitimar el proyecto global neoliberal, esto es, la creación de un mercado libre global y la consolidación del capitalismo anglo-americano en las principales regiones económicas del mundo" (p. 16). Así, ésta corriente reduce la globalización a su dimensión económica, equiparándola con la ideología neoliberal, al tiempo que soslaya las dimensiones política, cultural y ecológica de dicho fenómeno.

De manera que, el término pertinente para denominar a esta visión escéptica del fenómeno, sería "globalismo". Autores como Beck (1998), entienden el globalismo como "la concepción según la cual el orden mundial desaloja o sustituye al quehacer político; es decir, la ideología del dominio del mercado mundial o la ideología del liberalismo" (p. 32).

Así pues, el anterior configuraría un trasfondo con raíces en la globalización desde abajo, para la gestación de la Misión Barrio Adentro (MBA). A partir de este punto, es posible realizar algunas apreciaciones de la Misión Barrio Adentro (MBA) desde la perspectiva del nuevo institucionalismo, particularmente el institucionalismo contextualizado (Alcántara Moreno, 2009).

2. La Misión Barrio Adentro (MBA) desde el institucionalismo contextualizado.

Según Nohlen (2005), la premisa principal utilizada por el nuevo institucionalismo, desde la premisa histórico-empírica, señala que "aunque las instituciones cuentan, su real importancia y el desempeño de tal institucionalidad dependen de la contingencia política, o sea de estructuras sociales de la memoria histórica, de la cultura política" (p. 98). Por lo tanto, al reflexionar sobre las instituciones es necesario disertar sobre su vínculo con el contexto.

De hecho, el enfoque histórico-empírico exige que a partir de las realidades específicas de cada caso, se haga un examen crítico del conocimiento teórico sistemático en función de una receta específica para el caso concreto; esto en contraposición con la pretensión de la existencia de recetas universalmente válidas para todos los casos.

Estas consideraciones son fundamentales para emprender el análisis institucional de la Misión Barrio Adentro (MBA), en un contexto de globalización que interactúa con ciertas y determinadas características culturales y sociopolíticas propias de Venezuela.

De manera que, la primera debilidad para institucionalizar la Misión Barrio Adentro (MBA) gira en torno al hecho de haber sido aplicado por una misión médica cubana que posee valores, creencias y costumbres que pudieran no coincidir con el contexto social venezolano. En este punto resulta útil tener en cuenta el institucionalismo contextualizado.

Ciertamente Cuba desplegó su programa de APS en un contexto caracterizado por un régimen político de corte socialista, con un partido hegemónico y un liderazgo personalista y autoritario. Estas características políticas permitieron conformar un sistema de salud inspirado en el modelo soviético, instaurado en 1921 por el Comisario de Salud del pueblo, A. Semashko, que planteaba un modelo controlado por el gobierno a través de un sistema de planificación central, financiado a través del presupuesto del Estado, con participación de la población en la totalidad de las actividades relacionadas con la protección de la salud, en el cual hay una inexistencia formal del sector privado y se hace énfasis en la medicina preventiva.

La Misión Barrio Adentro en Venezuela y la globalización. Debilidades institucionales .2

Todas las anteriores características contextuales están, de entrada, ausentes en Venezuela, en la cual el sistema de salud se caracteriza entre otras cosas por:

- 2.1) una desintegración, fragmentación y atomización de los entes prestadores de salud;
- 2.2) una multiplicidad de fuentes de financiamiento;
- 2.3) una tradición de asistencialismo sanitario con limitada participación de la población en las políticas de salud;
- 2.4) una amplia presencia del sector privado, tanto desde el punto de vista del gasto en salud como de la cobertura;
- 2.5) un predominio de la medicina curativa en desmedro de la preventiva.

2.1. Desintegración, fragmentación y atomización de los entes prestadores de salud.

Es indudable la desintegración y atomización del sistema de salud venezolano, en torno al cual la Organización Panamericana de la Salud (OPS) registró más de 2.400 instituciones que trabajaban como parte de un mismo sistema.

En tal sentido, el Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS) es la institución de la administración central responsable del financiamiento y prestación de servicios de salud. El Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS), el Instituto de Previsión y Asistencia Social del Ministerio de Educación (IPASME), y el Instituto de Previsión Social de las Fuerzas Armadas (IPSFA) son órganos de la administración descentralizada financiados a través de aportes contributivos. Además, existen innumerables regímenes de servicios de salud para los empleados de la administración central y descentralizada, tanto aquellos que son dependientes de los respectivos ministerios, como los que pertenecen a empresas del estado, universidades públicas e institutos autónomos.

En tal sentido, se afirma que la Misión Barrio Adentro (MBA) ha venido a complicar la fragmentación existente en el sistema de salud (Gonzalez, 2008).

La fragmentación institucional viene expresada en la coexistencia de un sistema asistencial, otro de tipo contributivo, de multiplicidad de regímenes especiales y de Hospitalización Cirugía y Maternidad (HCM) dentro del sector público, la medicina privada y, desde 2003, la Misión Barrio Adentro (MBA). Esto hace que se multipliquen innecesariamente recursos y que se requiera un enorme esfuerzo de coordinación para los programas del sector. Además, los regímenes especiales fueron creados sobre la base de un fuerte clientelismo político destinados a defender intereses corporativos (de sectores privilegiados), lo cual aumenta la inequidad en salud. Esta situación está vigente en la actualidad.

En opinión de Bonvecchio, Becerril-Montekio, Carriedo-Lutzenkirchen y Landaeta-Jiménez (2011), la fragmentación ha devenido en que no todos los venezolanos pueden ejercer el derecho a recibir la atención a la salud, que consagra el artículo 83 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (CRBV), pues se han conformado tres grupos principales de beneficiarios:

En primer lugar, la población cubierta por los diferentes institutos de seguridad social (Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS), Instituto de Previsión Social de las Fuerzas Armadas (IPSFA), Instituto de Previsión y Asistencia Social del Ministerio de Educación (IPASME) y universidades), es decir, los trabajadores asalariados, pensionados y jubilados del sector formal de la economía y sus familiares; en segundo lugar, los trabajadores del sector

informal, la población desempleada y las personas que están fuera del mercado de trabajo y sus familiares, que formalmente reciben atención del Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS) y que no cuentan con otro tipo de aseguramiento público. Este sector de la población recibe atención a través de la Misión Barrio Adentro (MBA), la red de hospitales y los servicios ambulatorios del Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS) y de los estados; finalmente, se encuentran las personas cuyo empleo o capacidad de pago les permite tener acceso a los seguros privados o hacer pagos de bolsillo en el momento de recibir la atención (Bonvecchio, et. al., Ob. cit.).

De manera que, el fraccionamiento estructural representa un actor pernicioso para alcanzar la universalidad y la equidad del sistema, pues “segmenta la población por clientelas, favorece la concentración de recursos en los grupos de mayores ingresos por la duplicación de coberturas y crea severas limitaciones de accesibilidad, oportunidad y calidad de los servicios para la mayoría de la población” (Observatorio Comunitario por el Derecho a la Salud, 2007, p. 85).

De cualquier modo, lo anterior evidencia que no se ha logrado la integración de la Misión Barrio Adentro (MBA) con el sistema público de atención en salud, quedando en deuda dicho objetivo planteado como una de las prioridades para la agenda de cooperación entre la OPS y Venezuela contenidas en el documento Estrategia de cooperación de OPS/OMS con Venezuela 2007-2010 (2006).

Por otra parte, para consolidar la Misión Barrio Adentro (MBA) se conformó la Comisión Presidencial para la Implementación y Coordinación Institucional del Programa Integral de prestaciones de Atención Primaria de salud Misión Barrio Adentro (MBA), según decreto presidencia N° 2.745 del 14 de diciembre. Dicha comisión estuvo integrada por 12 miembros: el ministro de salud y desarrollo social (encargado de presidir la comisión y tener a su cargo la Secretaría Ejecutiva), la ministra del Trabajo, el ministro de Energía y Minas, el presidente de PDVSA, el Jefe del Estado Mayor Conjunto, el presidente de la Asociación Civil Barrio Adentro, el presidente del Fondo Único Social, los alcaldes del municipio Libertador de Caracas y del municipio Sucre del Estado Miranda y tres miembros del Frente Bolivariano de Luchadores Sociales Francisco de Miranda.

De manera que, en la gerencia de la misión estaban involucradas una docena de instituciones, que tenían la tarea de organizar institucionalmente el programa de atención primaria en salud y transformar las condiciones de las comunidades en las que funcionaba.

Sin embargo, “la estructura de coordinación nacional no logró instalarse efectivamente ni se inició la constitución de los equipos de gestión, debido a su interferencia con el sistema de coordinación y organización interna del personal cubano” (Observatorio Comunitario por el Derecho la Salud, 2007, p. 94).

En la práctica la misión médica cubana ha tenido autonomía en la implementación y ejecución de la Misión Barrio Adentro (MBA), disponiendo de sus propios coordinadores a nivel nacional, estatal, municipal y parroquial. Esto ha hecho engorrosa no solamente su integración al sistema público de salud, sino que dificulta el flujo de información y el objetivo de convertir a los consultorios en el primer nivel de atención en salud.

De la misma manera, hacia el interior de la Misión Barrio Adentro (MBA) no existe un modelo de gestión de los consultorios, dentro del cual hallan funciones y responsabilidades sobre la dirección, organización, funcionamiento y administración de los recursos del consultorio. El papel de coordinación de la gestión de los consultorios se ha transferido a los Comités de Salud. Sin embargo, no existe un esquema claro de responsabilidades entre el Comité y los entes encargados de la dotación de los recursos, tampoco entre el Comité y el personal cubano, y mucho menos entre el Comité y la propia comunidad.

2.2. Multiplicidad de fuentes de financiamiento

Desde su creación, la Misión Barrio Adentro (MBA) ha contado con múltiples fuentes de financiamiento, provenientes de diversos entes de la administración pública.

Así pues, según PROVEA (2004), la Comisión Presidencial del Plan tiene una Coordinación Nacional de Atención Primaria adscrita al Despacho del Ministro de Salud, con recursos provenientes de fuentes de financiamiento distintas a las del antiguo Ministerio de Salud y Desarrollo Social (MSDS), como el Fondo Nacional de Inversión Social (FONVIS), PDVSA, el Fondo Intergubernamental para la Descentralización (FIDES) y la Banca Multilateral.

En general, las limitaciones en la información del financiamiento del sector salud, especialmente la Misión Barrio Adentro (MBA), “dificulta contar con las magnitudes y características de la inversión en salud, tanto en el nivel nacional como en los estados y municipios” (González, 2008 p. 2).

Adicionalmente, desde el Gobierno venezolano, los recursos para la salud han sido desplazados hacia la Misión Barrio Adentro (MBA) y en la práctica fue abandonada la infraestructura hospitalaria y ambulatoria del país.

En tal sentido, para 2007 la Asamblea Nacional venezolana como máximo ente legislativo aprobó un crédito adicional por Bs.F.1.35 millardos (unos 314 millones de USA \$) para la remodelación de 62 hospitales, la cual no ha sido concluida. Posteriormente aprobó Bs.F.300 millones (unos 70 millones de USA \$), autorizados para la culminación de las obras de remodelación, pero aún continúan inconclusas.

Esta situación evidencia que la garantía de transparencia sobre la disposición de los recursos financieros ha sido precaria, mermando la credibilidad de las políticas de salud ante una potencial corrupción administrativa. De manera que, tal y como señala PROVEA (2004), "Las experimentaciones estatales en materia de mecanismos para proporcionar, de manera más expedita, servicios a la población, no puede convertirse en una excusa para evadir controles institucionales que permiten verificar el adecuado desempeño administrativo de los mismos" (p. 127).

Lo lamentable es que mientras los hospitales han tenido que cerrar servicios por la falta de recursos, por la acumulación del deterioro y la falta de médicos, el Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS) no responde a la demanda de soluciones, ni ha rendido cuentas al país acerca de los recursos financieros destinados a una remodelación de hospitales que no llegó a concretarse.

La Misión Barrio Adentro en Venezuela y la globalización. Debilidades institucionales .3

En tal sentido, es evidente que la Misión Barrio Adentro (MBA), al construirse como una red paralela al sistema de salud preexistente, "ha acentuando el desequilibrio en la distribución de los recursos ya que no cuenta con mecanismos claramente establecido para la asignación de recursos ni para la rendición de cuentas ante las autoridades regionales y nacionales y la ciudadanía" (Bonvecchio, et. al., Ob. cit., p. 281).

2.3. Tradición de asistencialismo sanitario con limitada participación de la población en las políticas de salud.

Las investigaciones del Observatorio Venezolano de Salud del Centro de Estudios del Desarrollo de la Universidad Central de Venezuela (CENDES) confirman que entre 60% y 70% de la población de escasos recursos y sin una póliza prefiere asistir a la red tradicional, en contraste con 17% que visita la red Barrio Adentro. "Es cultural. Nos acostumbramos a que la salud se dispensa en los hospitales", indica el coordinador de esta organización, Jorge Díaz Polanco (López, 9-08-2009, p. 1).

En contraposición, otras investigaciones sugieren que la Misión Barrio Adentro (MBA) tuvo su génesis en la organización que las propias comunidades populares caraqueñas llevaron a cabo para dar respuesta al problema de la exclusión en el acceso a los servicios de salud (Briggs y Martini-Briggs, 2007). De manera que, antes que una política desarrollada desde el Estado, la Misión Barrio Adentro (MBA) se fraguó en el seno del Barrio mismo.

Es de destacar que históricamente, desde su creación en 1936, el antiguo Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (MSAS), marcó una tradición de asistencialismo sanitario que se extendió hasta 1999, con el cambio de visión filosófica implementada por el Ministerio de Salud y Desarrollo Social (MSDS), que pretendía generar una mayor participación de la población en los asuntos sanitarios.

De cualquier modo, se trató sólo de un primer paso en el plano formal, que dista mucho una auténtica consolidación de la participación colectiva de la población en la salud pública. Un cambio social de este tipo implicaría estrategias y acciones multisectoriales en el mediano y largo plazo.

Sin embargo, es destacable la creación de los denominados Comités de Salud, que forman parte de los Consejos Comunales. Éstos últimos son, desde el punto de vista jurídico-formal, "...instancias de participación, articulación e integración entre los ciudadanos, ciudadanas y las diversas organizaciones comunitarias, movimientos sociales y populares, que permiten al pueblo organizado ejercer el gobierno comunitario y la gestión directa de las políticas públicas..." (Ley Orgánica de los Consejos Comunales, 2009).

Más si embargo, el hecho de que el propio Presidente de Venezuela reconociera a mediados del 2009 que se contabilizaban 2.000 módulos de la Misión Barrio Adentro (MBA) abandonados, sin personal de salud el cual es mayoritariamente proveniente de Cuba, revela que el sistema de supervisión y control a través del programa de Vigilantes de la Salud de los Consejos Comunales, no ejerció satisfactoriamente sus funciones contraloras.

2.4. Amplia presencia del sector privado en el gasto en salud y la cobertura.

En Venezuela, existe una amplia presencia del sector privado, tanto desde el punto de vista del gasto en salud como de la cobertura.

Tabla 1. Gasto en salud en Venezuela.

	Público (% del PIB)	Privado (% del PIB)	Per cápita (PPA en US\$)
2004 (Inf. PNUD 2007)	2,0	2,7	285
2003 (Inf. PNUD 2006)	2,0	2,5	231
2002 (Inf. PNUD 2005)	2,3	2,6	272
2001 (Inf. PNUD 2004)	3,8	2,3	386
2000 (Inf. PNUD 2003)	2,7	2	280

Fuente: PNUD, Informes sobre el desarrollo humano del 2003 al 2007.

La tabla 1, referida al gasto público en salud es sumamente elocuente, apreciándose según datos obtenidos de los Informes sobre el desarrollo humano del PNUD desde el 2003 hasta el 2007, un crecimiento sostenido del gasto privado en salud como % del PIB, que va desde un 2% para el año 2000, hasta un 2,7% del PIB en 2004. Paralelamente, se palpa un decrecimiento del gasto público en salud como % del PIB, desde un 2,7% durante el 2000, hacia un paulatinamente mermado 2% en el 2004. De manera que, durante estos 4 años, el decrecimiento del gasto público en salud como % del PIB, fue inversamente proporcional al gasto privado en salud como % del PIB.

El aumento del gasto privado en salud, en detrimento del gasto público, en buena parte se explica, según PROVEA (2009), porque "el propio gobierno viene contribuyendo a ese incremento, a través del pago de pólizas de Hospitalización - Hospitalización Cirugía y Maternidad (HCM)- a los y las trabajadores/as del sector público" (p. 135).

La anterior sería una evidente contradicción por parte del Gobierno nacional entre el discurso del socialismo del siglo XXI, que propugna un nuevo sistema de salud socialista, por una parte y, por la otra, los hechos reales que vienen a reforzar la continuidad de un sistema de salud privado financiado a través del Estado. Un sistema que crea desigualdades en el acceso a los bienes y servicios de salud, pues les confiere prerrogativas de Hospitalización Cirugía y Maternidad (HCM) a los empleados públicos, en detrimento de un amplio sector de la población excluido que se encuentra en la economía informal y huérfanos de seguridad social y beneficios laborales.

Por lo tanto, en ocasiones resulta difusa la postura oficial del Gobierno venezolano, pues acciones como la anterior son incoherentes con la globalización desde abajo, colocándose casi del lado del globalismo, de no ser porque la pretensión del ejecutivo es cubrir a los empleados públicos a través de una aseguradora estatal. De cualquier modo, este tipo de acción contradice el postulado constitucional de crear un sistema público nacional de salud.

Así lo corrobora la tabla 2, comparativa entre el gasto en salud en Venezuela (2000-2006). Se aprecia en dicha tabla, según datos de la OMS, como el gasto total en salud disminuyó del 6,0% en 2000 a 4,9% en 2006. Esto vino acompañado del descenso del gasto del gobierno en salud como % total del gasto en salud del 53,1% a 49,5% y el respectivo aumento del gasto privado en salud como % total del gasto en salud del 46,9 al 50,5% del año 2000 al 2006.

Del mismo modo, el indicador gasto total en salud per cápita para el 2006 fue de US\$ 332, en tanto que el gasto público en salud per cápita al tipo de cambio promedio (US\$) fue de 164, lo cual ubica al país por debajo del promedio de la región de las Américas, con US\$ 2.636 y US\$ 1.252, respectivamente; más sin embargo, se sitúa por encima del promedio medio mundial, de US\$ 114 y US\$ 211, para dichos indicadores.

Cabe destacar que, según la CEPAL (2008), los bienes y servicios de salud tienen tres fuentes principales de financiamiento, que varían de un país a otro conforme a la estructura de cada sistema de salud: "impuestos generales y específicos, contribuciones a la seguridad social recaudadas mediante impuestos sobre la nómina, otros impuestos o cotizaciones y desembolsos realizados por los hogares que comprenden pagos directos y pagos por concepto de primas de seguros privados" (p. 85). En tal sentido, llama la atención que para 2006 el gasto directo de los hogares como % del gasto privado en salud haya sido de 88,6%, el cual se considera alto.

Lo anterior pudiera explicarse por el hecho de que "mientras el sistema público de salud ha perdido cerca de un 60% de su capacidad operativa, las clínicas privadas pasaron de atender entre 5% y 6% de la población a un 30% en 2007, debido al deterioro del sector público" (PROVEA, 2010, p. 161). Dicha situación tiene una relación directa con debilidades en la APS, y particularmente en la gestión del programa punta de lanza del Gobierno nacional para desplegarla: la Misión Barrio Adentro (MBA).

Tabla 2. Gasto en salud en Venezuela (2000-2006)

Gasto total en salud como % del PIB		Gasto del gobierno general en salud como % del total del gasto en salud		Gasto privado en salud como % del gasto total en salud		Gasto total en salud per cápita al tipo de cambio promedio (US\$)		Gasto público en salud per cápita al tipo de cambio promedio (US\$)		Gasto directo de los hogares como % del gasto privado en salud	
2000	2006	2000	2006	2000	2006	2000	2006	2000	2006	2000	2006
6,0	4,9	53,1	49,5	46,9	50,5	290	332	154	164	87,0	88,6

Fuente: OMS (2009).

Adicionalmente, la Encuesta de hogares sobre consumo de drogas en Venezuela 2005 (EHCD-2005) indicaba que 68% de la población venezolana y 78% de los estratos más pobres del país no contaba con ninguna forma de seguro de salud, público o privado; el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS) cubría a 17,5% de la población, los seguros médicos privados a 11,7% y 2,4% de la población tenía doble cobertura, a través del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS) y de seguros privados. Del mismo modo, menos del 30% de la población tiene condiciones económicas para acudir a centro médicos privados (CONACUID, 2006).

La Mision Barrio Adentro en Venezuela y la globalizacion. Debilidades institucionales .4

3. Funcionamiento y organización.

3.1. Funcionamiento.

En cuanto al funcionamiento, el diseño institucional del sistema político venezolano, con un presidencialismo fuerte, favorece el establecimiento de nuevas reformas y legislaciones, en un escenario que no cuenta con puntos de veto fuertes y efectivos. De hecho, desde el 2005 el partido de gobierno contó con una amplia mayoría en la Asamblea Nacional; aunado a esta situación están las diversas leyes habilitantes que se le otorgaron al ejecutivo para que, de manera excepcional, legislara en diversas materias. Todo ello despeja, de manera evidente, el camino para la implementación de la Misión Barrio Adentro (MBA).

Sin embargo, uno de los obstáculos para el funcionamiento gira en torno a que no existe una Ley que regule las Misiones sociales en Venezuela.

Cabe destacar que, el gobierno venezolano, sin embargo, intentó darle rango constitucional a las Misiones en un proyecto de reforma constitucional mucho más amplio y ambicioso que las Misiones mismas, planteando un cambio radical de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (CRBV).

De cualquier modo, dicha reforma fue rechazada por el electorado venezolano en diciembre de 2007 y, en el caso puntual de la Misión Barrio Adentro (MBA), existe una clara falta de voluntad política para encuadrarla en el marco legal venezolano, luego de 9 años de implementada en la práctica.

3.2. Organización.

A pesar de haberse planteado la Misión Barrio Adentro (MBA) en 4 instancias, es inexistente la innovación organizativa de una red con una creciente complejización. Al respecto se planteó la recentralización del sector salud.

Así pues, con el proceso de descentralización que se desarrolló en el país a partir de 1989, algunos estados, que podían asumir áreas tales como la salud, recibieron esas competencias. Sin embargo, la transferencia de hospitales y centros educativos que hizo el Ejecutivo nacional para restar competencia a la Gobernación de Miranda en 2008, son un claro ejemplo de la orientación recentralizadora del Gobierno nacional. En este punto existe una postura claramente contrapuesta a la tendencia global descentralizadora de la administración pública.

En tal sentido, es de destacar una vez más que en la propuesta de reforma constitucional que el presidente Hugo Chávez presentó a finales de 2007, se proponía modificar los artículos de la carta magna relacionados con la descentralización administrativa con el propósito de recentralizar la administración y gestión de servicios públicos como la salud, pero la misma fue derrotada electoralmente.

Por otra parte, a partir de 2005, con la puesta en marcha de los CDI, las SRI y los CAT, fueron reformulados los objetivos iniciales de la Misión Barrio Adentro. Se modificó entonces el objetivo inicial que planteaba la transformación “de la red ambulatoria tradicional en consultorio popular, aumentando su capacidad resolutoria mediante la implementación, consolidación y extensión de la prevención y promoción de la salud”. El nuevo objetivo, mucho más ambicioso, se trazó la estructuración de un sistema de atención con distintos niveles de complejidad y capacidad de resolución, orientado a convertirse en el nuevo sistema de salud pública para el país (Patruyo, 2008).

Tabla 3. Organización de la Misión Barrio Adentro (MBA).

Niveles de MBA	Nivel de atención en salud	Centros de salud	Servicios prestados
Barrio Adentro I	Promoción de la salud, prevención de enfermedades y diagnóstico temprano.	Consultorios populares	Salud sexual y reproductiva, oncología y citología, salud de niños y adolescentes, inmunizaciones, salud visual, salud mental y atención a la farmacodependencia. Pediatría, gineco-obstetricia, cirugía ambulatoria, medicina interna, laboratorio básico, rayos X.
Barrio Adentro II	Atención médicas en especialidades básicas	Centros de Diagnóstico Integral (CDI), Salas de Rehabilitación Integral (SRI)	Logopedia, Foniatría, Podología, Electroterapia, Magnetoterapia, Hidroterapia y Termoterapia y emergencias en clínicas populares que no cuentan con servicios de hospitalización.
Barrio Adentro III	Medicina clínica-hospitalaria	Centros de Alta Tecnología (CAT). Red hospitalaria existente: Hospitales del Pueblo (Tipo I, II y III), hospitales especializados y universitarios, y los centros nacionales especializados.	Tomografía Axial Computarizada, Resonancia Magnética, Mamografía, Densitometría Ósea, Ecocardiografía Tridimensional, Videoendoscopia, Radiografía y Laboratorio Clínico.

Fuente: Elaboración propia.

4. Conflicto con diversos grupos de interés.

Desde el punto de vista institucional, la Misión Barrio Adentro (MBA) tuvo como debilidad desde su incubación como programa a nivel del Municipio Libertador de Caracas, el hecho de que fue formulada y aplicada sin el consenso de grupos de interés importantes, tal y como lo es la Federación Médica Venezolana (FMV).

La Misión Barrio Adentro (MBA) fue concebida en su esencia como un medio para alcanzar una meta social colectiva, tal y como lo es la APS. Sin embargo, su implementación como política pública presentó aspectos conflictivos que no fueron resueltos desde un principio.

Así, la presencia de personal médico extranjero en Venezuela fue percibida como una amenaza por parte de la Federación Médica Venezolana (FMV), pues ciertamente se trataba de la introducción de un nuevo elemento que podría alterar aspectos claves del orden institucional preexistente, tal y como lo era la influencia y prerrogativas laborales del gremio médico venezolano. Hubo al respecto ausencia de mecanismos óptimos de formación de consenso entre los actores involucrados.

Eso quedó demostrado en virtud del recurso de amparo introducido en abril de 2003 ante la Corte Primera de lo Contencioso Administrativo por parte del Comité Ejecutivo de la Federación Médica Venezolana, exigiendo la derogación del convenio suscrito entre el Colegio de Médicos del Distrito Metropolitano de Caracas y el Municipio Libertador, por medio del cual se creó el programa Barrio Adentro, proyecto que para aquel entonces permitió la llegada al país de unos 300 médicos cubanos para que ejercieran labores de control y prevención sanitaria en zonas humildes de Caracas.

En tal sentido, la Corte ordenó la sustitución de los médicos extranjeros, por médicos venezolanos o extranjeros que cumplieran con los requisitos establecidos en el artículo 4 de la Ley del Ejercicio de la Medicina. El proyecto fue rechazado por el gremio médico nacional, al argumentar que los galenos caribeños no son médicos de profesión, usurpando puestos de trabajos que deberían ser ocupados por médicos venezolanos. La sentencia puso en evidencia además la ilegalidad del ejercicio de la medicina por presuntos médicos cubanos ya que para su contratación se violó

el artículo 3 la Ley del Ejercicio de la Medicina; el artículo 5, porque los médicos venezolanos no tienen las mismas prerrogativas para el ejercicio profesional en Cuba; y el artículo 11 porque no se cumplió con revalidar títulos ni se obtuvo su reconocimiento.

Sin embargo, la contraparte en conflicto representada por Fernando Bianco, quien fungía como presidente del Colegio de Médicos de Caracas, alegó que el convenio con los cubanos estaba sustentado en el artículo 7 de la Ley de Ejercicio de la Medicina, según el cual el Gobierno puede traer médicos extranjeros en determinadas circunstancias.

De cualquier modo, tanto la sentencia como la propia demanda cayeron en el olvido una vez que la Corte Primera de lo Contencioso Administrativo fue eliminada. Posteriormente, el Tribunal Supremo de Justicia negó en audiencia pública el recurso de amparo (República Bolivariana de Venezuela. TSJ. Sala Político Administrativa. Sentencia Aclaratoria del Convenio entre el Colegio de Médicos del Distrito Metropolitano de Caracas y la Alcaldía Libertador. 032313. Caracas 18 de julio de 2003) y delegó la materia a la Defensoría del Pueblo (Federación Médica Venezolana, 2008).

La Defensoría del Pueblo intervino en este caso, emitiendo declaraciones en el año 2004, donde señaló que "El marco jurídico del Programa Barrio Adentro está sustentado en la Ley del Ejercicio de la Medicina...En el Convenio de Cooperación Técnica entre Cuba y Venezuela, la Ley de Extranjeros..." (Defensoría del Pueblo 2004). En esta misma declaración, la Defensoría del Pueblo explicaba que la estadia del personal médico cubano tenía un carácter temporal; por lo tanto, la misma institución tenía previsto, "visualizar la estrategia de sustitución paulatina de los recursos humanos de Barrio Adentro por personal venezolano".

El hecho de que los médicos cubanos trabajen con los ciudadanos más pobres en zonas en las que, por lo general, ningún médico local se atreve a entrar, aunado al hecho de realizar las visitas domiciliarias rutinariamente y estar a disposición de sus pacientes las 24 horas del día los siete días de la semana, sin costo alguno para el paciente, puede significar un verdadero costo no económico para Venezuela como país beneficiario de asistencia médica cubana.

La Misión Barrio Adentro en Venezuela y la globalización. Debilidades institucionales .5

En este orden de ideas, según Feinsilver (Ob. cit.), las acciones anteriores "significan un cambio importante en la naturaleza de la relación médico-paciente en los países anfitriones y una revisión de los valores de la sociedad, de la estructura y el funcionamiento de los sistemas de salud y de la profesión médica" (p. 118). Esta sería la causa de las huelgas y otras reacciones de protesta por parte de las asociaciones médicas nacionales, que se sienten amenazadas.

En tal sentido, el conflicto de poder entre el Estado y el gremio médico se extendió en el tiempo, lo cual podría mermar una óptima posibilidad de éxito para la Misión Barrio Adentro (MBA), pues resulta necesaria la creación de un arreglo político-institucional al respecto. Esto tomando en cuenta que la política es trascendental en la conformación y reconfiguración de cualquier sistema de salud y su respectivo desarrollo institucional.

En este orden de ideas, históricamente, los grupos de presión, los grupos de interés, los movimientos sociales y los partidos políticos han tenido una gran influencia sobre la formulación e implementación de las políticas de salud por parte del Estado (Alcántara, 2007; 2011b), por lo que este último debe evitar acciones unilaterales y ser capaz de establecer canales de comunicación y discusión con dichos actores políticos.

5. Misión Barrio Adentro ¿Reforma sin cambio?

Suele argumentarse que con el modelo neoliberal aplicado en América Latina durante la década de 1980, los principales beneficiarios eran "las corporaciones transnacionales, con base en Europa y Norteamérica, que operan aliadas a las élites locales involucradas en la administración y la entrega de los servicios de salud y otros aspectos de la seguridad social a éstas" (Muntaner et., al., 2008, p. 308). Por lo tanto, era necesario revertir el neoliberalismo sustentado en la falacia del libre mercado como creador y distribuidor de riquezas y calidad de vida en la población.

Tomando en cuenta esas premisas surgió la Misión Barrio Adentro (MBA), configurándose en respuesta al globalismo, con el claro matiz de la globalización desde abajo. Sin embargo, acaso el gobierno cubano no se ha beneficiado económicamente con la implementación de la Misión Barrio Adentro (MBA). Ciertamente, "Cuba le vende al gobierno venezolano equipos médicos que no fabrica, lo pone de manifiesto en una operación de triangulación que les proporciona grandes ganancias a los cubanos. Cuba, además, está metida en el negocio de la construcción de la infraestructura de la red de establecimientos de atención médica de Barrio Adentro" (Walter, enero de 2011).

Hay que señalar al respecto que en abril de 2005, en La Habana, Cuba y Venezuela ratificaron los convenios de 2000, así como la voluntad de desarrollar el ALBA, mediante la aprobación de un plan estratégico.

Entre las acciones de mayor relevancia, el Plan Estratégico acordado contempla las siguientes:

- * Inaugurar en 2005 en Venezuela, 600 centros de diagnóstico integral; 600 salas de rehabilitación y fisioterapia y 35 centros de alta tecnología que brindarán servicios gratuitos de salud, de elevado nivel profesional a toda la población venezolana.
- * Formación en Venezuela de 40.000 médicos y 5.000 especialistas en tecnología de la salud, dentro del Programa Barrio Adentro II.
- * Formación en Cuba de 10.000 bachilleres egresados de la Misión Ribas en la carrera de Medicina y Enfermería, que estarán distribuidos por todos los policlínicos y hospitales del país, los que tendrán como residencia hogares de familias cubanas.
- * Cuba continuará su contribución al desarrollo del Plan Barrio Adentro I y II, mediante el cual hasta 30.000 médicos cubanos y otros trabajadores de la Salud a lo largo y ancho de la geografía venezolana, estarán prestando sus servicios a finales del segundo semestre de este año.
- * Este año serán intervenidos quirúrgicamente en Cuba por distintas afectaciones de la visión, 100.000 venezolanos. Para ello, se han creado todas las condiciones en los centros de atención hospitalaria con los medios más modernos y sofisticados existentes y condiciones de vida para su estancia confortable. Esto es lo que se conoce con el nombre de "Misión Milagro".

En contraprestación, Venezuela convino en abastecer con 53.000 barriles de petróleo diarios. El intercambio se calculó, en claro detrimento de interés nacional venezolano, según el precio del petróleo en el mercado internacional de aquel momento, cuando el valor era muy inferior al actual. Por lo tanto, el subsidio que Venezuela brinda actualmente a Cuba es mucho mayor que lo originalmente previsto, significando una evidente pérdida de ingresos.

De manera que, una alta contraprestación económica ha ido a parar a manos del gobierno cubano, lo que hace pensar en un jugoso negocio, antes que en la noble solidaridad internacionalista de la Habana.

Tal y como señaló Díaz-Polanco (7-3-2010), en 2006 los ingresos de Cuba por cooperación de salud "sumaron un monto que duplicó al turismo... Hay mecanismos de intercambio, están en convenios, pero hay otros que no son explícitos. Por ejemplo, para la construcción de los módulos se le dio el proyecto a dedo a la constructora Alba Bolivariana y en el registro nacional esa compañía tenía un empleado".

De hecho, las ganancias provenientes de los servicios médicos –incluida la exportación de personal médico– representaron en 2006 28% de las exportaciones totales, por una suma de 2.300 millones de dólares (Feinsilver, Ob. cit.). Por lo tanto, la exportación de servicios médicos es actualmente el negocio más próspero en el horizonte económico de Cuba.

Sin embargo, la mayor ganancia monetaria vendría directamente del petróleo que es enviado a la Isla, gracias al Convenio Cuba-Venezuela. Ningún otro país del mundo puede hacer la Misión Barrio Adentro (MBA) porque no tiene 57 mil barriles de petróleo para dar a Cuba, lo que convierte a dicha misión en una política muy costosa.

El alto costo hace difícil que la Misión Barrio Adentro (MBA) pueda mantenerse en el tiempo, ya que el financiamiento depende exclusivamente del petróleo y, por consiguiente, de las fluctuaciones en el precio del barril de crudo en el mercado mundial.

De acuerdo con estimados que realizó el economista cubano Carmelo Mesa, basado en cifras que otorga la CEPAL, y en las propias estadísticas de la Isla, el Gobierno venezolano desembolsó 5,6 millardos de dólares en 2008, para el pago de médicos, enfermeros y otros profesionales antillanos que trabajan en Venezuela (El Universal, 5-10-2009).

6. Conclusión.

Para que la Misión Barrio Adentro (MBA) pueda concretarse y lograr un desarrollo institucional aceptable, es indispensable que se adecue y confeccione conforme a las características históricas y sociopolíticas de Venezuela. En tal sentido, la Misión Barrio Adentro (MBA) sería una mejor política de salud en la medida que mejor se adapte al contexto venezolano.

A pesar de que la Misión Barrio Adentro (MBA) cuenta con defensores y detractores, hay que tener en cuenta que para alcanzar un desarrollo institucional satisfactorio de la misma, hay que tener presente el hecho de que las instituciones son el resultado de procesos de toma de decisión en los que intervienen valores e intereses antagónicos, por lo que es de suma importancia la negociación y el acuerdo entre los diversos actores involucrados, verbigracia, grupos de presión,

grupos de poder, movimientos sociales y partidos políticos, entre otros, para adecuar la Misión Barrio Adentro (MBA).

Finalmente, la Misión Barrio Adentro (MBA) tiene profundas raíces que la contraponen al globalismo, pero que sin embargo, en muchos casos son fruto de la globalización, específicamente la globalización desde abajo, la cual en este caso rescata los valores de la APS y la importancia de tomar en cuenta los determinantes sociales del proceso salud-enfermedad. Todo esto como antítesis de la visión predominantemente curativista, defendida por las multinacionales farmacéuticas que propugnan a los fármacos y la tecnología biomédica de punta para resolver los problemas de salud del mundo, con un trasfondo ideológico evidentemente neoliberal.

7. Bibliografía.

- Alcántara Moreno, G. (Enero, 2011a). Integración regional, cooperación internacional y políticas de salud en Venezuela (1999-2009). Revista Electrónica de PortalesMédicos.com 6 (1). Recuperado el 15 de febrero de 2012 en:
<http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/2724/1/Integracion-regional-cooperacion-internacional-y-politicas-de-salud-en-Venezuela-1999-2009.html>.
- Alcántara Moreno, G. (2011b). La globalización y sus implicaciones para el proceso salud-enfermedad. Una aproximación interdisciplinaria. Saarbrücken, Alemania: Editorial Académica Española.
- Alcántara Moreno, G. (2009). La formulación de políticas de salud en la globalización desde el enfoque del nuevo institucionalismo. Revista Venezolana de Ciencia Política, N° 36, julio-diciembre, pp. 111-127.
- Alcántara Moreno, G. (2007). Globalización, Estado y políticas sanitarias en el siglo XXI. Fermentum. Revista Venezolana de Sociología y Antropología, mayo-agosto, 358-374.
- Beck, U. (1998). ¿Qué es la globalización? Falacias del globalismo, respuestas a la globalización. Barcelona, España: Paidós.
- Bonvecchio, A., Becerril-Montekio, V., Carriedo-Lutzenkirchen, A., y Landaeta-Jiménez, M. (2011). Sistema de salud de Venezuela. Salud Pública Méx. Vol. 53(2):275-286.
- Briggs, Ch., y Mantini-Briggs, C. (2007). "Misión Barrio Adentro": Medicina Social, Movimientos Sociales de los Pobres y Nuevas Coaliciones en Venezuela. Salud colectiva. Vol. 3(2): 159-176.

La Misión Barrio Adentro en Venezuela y la globalización. Debilidades institucionales .6

- CEPAL (2008). Objetivos de desarrollo del milenio, la progresión hacia el derecho a la salud en América Latina y el Caribe. Santiago de Chile: Naciones Unidas.
- Comisión Nacional contra el Uso Ilícito de Drogas (CONACUID) (2006). Encuesta a Hogares sobre Consumo de Drogas en Venezuela: salud pública, hábitos de vida y consumo de drogas en la República Bolivariana de Venezuela. Caracas: CONACUID, Ministerio de Relaciones Exteriores.
- Defensoría del Pueblo (2004). Informe anual 2004. Caracas.
- Díaz-Polanco, J. (2006). Salud y hegemonía regional. Foreign Affairs En Español, Vol. 6, N° 4, pp. 99-101.
- El Universal (5-10-2009). Venezuela pagó \$5,6 millardos por personal cubano en 2008. Disponible en:
[http://www.eluniversal.com/2009/10/05/eco_art_venezuela-pago-\\$5,6_1596819.shtml](http://www.eluniversal.com/2009/10/05/eco_art_venezuela-pago-$5,6_1596819.shtml)
- Federación Médica Venezolana (2008). Diagnóstico del sector salud en Venezuela. Estudios de las enfermedades emergentes y reemergentes. LXIII Reunión Ordinaria de la Asamblea, Punto Fijo – Edo Falcón.
- Feinsilver, J. (2008). Médicos por petróleo: la diplomacia médica cubana recibe una pequeña ayuda de sus amigos. Nueva Sociedad, N° 216, julio-agosto, pp. 107-122.
- González, M. (2008). Las políticas de salud en Venezuela: alternativas para su mejoramiento. Caracas: ILDIS.
- Held, D., y McGrew, A. (2003). Globalización / antiglobalización. Barcelona, España: Paidós.
- Ley Orgánica de Los Consejos Comunales (2009). Asamblea Nacional. República Bolivariana de Venezuela. Gaceta Oficial N° 39.335 del 28/12/2009.
- López, L. (9-08-2009). La agonía del sistema de salud. El Nacional, Siete días, pág. 1-3.
- Muntaner, C., Armada, F., Chung, H., Mata, R., Williams, L., y Benach, R. (2008). Barrio Adentro en Venezuela: democracia participativa, cooperación sur-sur y salud para todos. Medicina Social, 3 (4), 306-322.
- Nohlen, D. (2005). El contexto hace la diferencia: reformas institucionales y el enfoque histórico empírico. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Observatorio Comunitario por el Derecho a la Salud (2007). Informe sobre el derecho a la salud 2007: situación del derecho a la atención sanitaria. [Documento en línea] Disponible en:
<http://www.convite.org.ve/Publicaciones/publicacion3.pdf>
- OPS (2006). Estrategia de cooperación de OPS/OMS con Venezuela 2007-2010. [Documento en línea]. Disponible:
http://www.who.int/countryfocus/cooperation_strategy/ccs_ven_es.pdf [Consulta: 2010, marzo 2012].
- Patruyo, T. (2008). El estado actual de las misiones sociales: balance sobre su proceso de implementación y estructuración. Caracas: ILDIS.
- PROVEA (2010). Situación de los Derechos Humanos en Venezuela, Informe Anual octubre 2009 / Septiembre 2010. Caracas: Autor.
- PROVEA (2009). Situación de los Derechos Humanos en Venezuela, Informe Anual octubre 2008 / Septiembre 2009. Caracas: Autor.
- PROVEA (2004). Situación de los Derechos Humanos en Venezuela. Caracas: Autor.
- Walter, C. (2011, Enero 23). "Se asfixió la red convencional de salud", señala Carlos Walter (Cendes-UCV) en entrevista con La Razón. La Razón [Periódico en línea]. Disponible:
<http://www.enfoques365.net/N18907-carlos-walter--es-muy-critica-la-situacion-de-salud-en-venezuela.html>