

# Misión Barrio Adentro: Diagnóstico de deficiencias de capacidad estatal y propuestas de fortalecimiento en Venezuela

## *Mission Barrio Adentro: Diagnosis of deficiencies in state capacity and proposals for strengthening it in Venezuela*



**Ojeda, Marian**

Universidad Católica Andrés Bello / Ciudad Guayana, Venezuela

mojedaca@ucab.edu.ve

ORCID: 0000-0002-9249-1673

### Resumen

La Misión Barrio Adentro es un programa que forma parte del sistema de misiones de la política social de Venezuela, creada en el año 2003 con el objetivo de proporcionar atención médica gratuita a comunidades vulnerables a partir de la cooperación con médicos cubanos, cuya iniciativa ha logrado avances significativos en cuanto al acceso de la población rural a servicios de salud. La presente investigación se centró en analizar la política pública Misión Barrio Adentro en Venezuela, con el objetivo de identificar las deficiencias de capacidad estatal según la metodología del sistema de Análisis de Déficit Institucional para proponer estrategias de fortalecimiento. Se realizó una descripción sobre las principales características de la Misión Barrio Adentro tales como objetivo, lineamientos, destinatarios, bienes y/o servicios prestados y organismos responsables; de este modo se analizó el problema decisional para el ingreso de esta política a la agenda pública y gubernamental, la viabilidad política en cuanto a la formulación y toma de decisiones, así como los conflictos y las principales estrategias e instrumentos utilizados para su implementación y gestión. Se logró identificar déficits de capacidad institucional en términos de reglas de juego, relaciones interinstitucionales, organización interna y asignación de tareas, políticas de personal e incentivos, insumos y recursos requeridos, información, capacitación y destrezas a nivel individual. Abordando estas deficiencias, se desarrolló una propuesta de innovación pública que dé respuesta al proceso de fortalecimiento institucional para una efectiva implementación y gestión de la Misión Barrio Adentro.

**Palabras clave:** Misión Barrio Adentro; Venezuela; Déficit de capacidad institucional

Digital: ISSN 2790 5039 – Depósito legal digital: DC2021001122  
Impreso: ISSN 23435658 – Depósito legal impreso: PP201202DC4092

## Abstract

The Barrio Adentro Mission is a programme that forms part of Venezuela's system of social policy missions, created in 2003 with the aim of providing free medical care to vulnerable communities through cooperation with Cuban doctors, whose initiative has achieved significant progress in terms of access to health services for the rural population. This research focuses on analysing the public policy of the Barrio Adentro Mission in Venezuela, with the aim of identifying the deficiencies in state capacity according to the methodology of the institutional deficit analysis system (SADCI) in order to propose strategies for strengthening it. A description was made of the main characteristics of the Barrio Adentro Mission, such as objectives, guidelines, target groups, goods and/or services provided and responsible bodies; in this way, the decisional problem for the entry of this policy into the public and governmental agenda was analysed, as well as its political viability in terms of formulation and decision-making, conflicts and the main strategies and instruments used for its implementation and management. Institutional capacity deficits were identified in terms of rules of the game, inter-institutional relations, internal organisation and task allocation, personnel policies and incentives, required inputs and resources, information, training and individual skills. Addressing these deficiencies, a public innovation proposal was developed to respond to the institutional strengthening process for an effective implementation and management of the Barrio Adentro Mission.

**Keywords:** Barrio Adentro Mission; Venezuela; Institutional Capacity Deficits

## Introducción

La política pública seleccionada para el análisis es la Misión Barrio Adentro, cuyo programa forma parte del Sistema de Misiones de la política social de Venezuela desde el año 2003, consiste según Rodríguez et al. (2006) en “ofrecer a los barrios servicios de salud in situ que comprende atención médica y suministro de medicamentos gratuitos, y atención domiciliaria a aquellas personas que por razones de edad, grado de discapacidad o enfermedad no pueden ser trasladadas a los centros de salud” (p. 14).

De acuerdo con D’Elia (2006), el objetivo general y los objetivos específicos de la Misión Barrio Adentro se describen como:

... la concreción de la atención primaria en salud como prioritaria de la política de salud, para dar respuesta a las necesidades sociales de la población, especialmente a la excluida, bajo los principios de universalidad, equidad, accesibilidad, gratuidad, transectorialidad, pertenencia cultural, participación, justicia y corresponsabilidad social, contribuyendo a mejorar la calidad de salud y vida. En cumplimiento con esta tarea, los objetivos específicos eran:

- **Participación de las organizaciones comunitarias:**

Implantar un modelo de gestión participativo, mediante la organización y participación de las comunidades, apoyada en la contraloría social.

- **Extensión de la red de atención primaria:** Fortalecer la red ambulatoria aumentando su capacidad resolutoria mediante la construcción de los consultorios populares.
- **Educación y formación en medicina de primer nivel:** Desarrollar y potenciar las capacidades y habilidades de los recursos humanos institucionales y comunitarios, mediante la educación y la formación permanente.
- **Control, seguimiento y normalización de las actividades de la Misión:** Monitorear la consolidación nacional de Barrio Adentro y establecer la normativa por la cual se registrarían los Coordinadores Regionales de Barrio Adentro (p.32).

La Misión Barrio Adentro está fundamentada en el reconocimiento de la salud como derecho social fundamental a partir de la instauración de la nueva Constitución de 1999, donde se plantea que “el Estado gestionará un sistema de salud regido por los principios de gratuidad, interpretándose como el no pago por parte del usuario del disfrute de cualquier servicio de salud” (Rodríguez et. Al, 2006, p. 5), con la finalidad de

umentar la cobertura, calidad y aceptación de los servicios médicos y consecuentemente, mejorar las condiciones de vida de los venezolanos.

Es así como los lineamientos del programa se encuentran regidos bajo las premisas del Ministerio de Salud y Desarrollo Social (2000), definidas como “la integración social, la corresponsabilidad, la cohesión social, la participación social, la ciudadanía, la progresividad, la intersectorialidad, la familia, y el desarrollo humano” (MSDS citado por Alvarado, 2004, p. 4).

Dentro de los beneficiarios de esta política se encuentra la población que reside en zonas rurales, y zonas urbanas marginales cuyo nivel socioeconómico dificulta el acceso a un sistema de salud privado, así como también grupos familiares con riesgos nutricionales, y quienes se ven afectados por falta de transporte para llegar a hospitales en caso de emergencias médicas.

Este programa se basa en la atención primaria de salud con un enfoque preventivo y comunitario, siguiendo un proceso de ejecución dividida en cuatro etapas denominadas: Barrio Adentro I, II,

III y IV., las cuales describen Becerra & Rodríguez (2010) a continuación:

Barrio Adentro I: Dedicado a actividades de atención médica integral y localizar personal de salud en comunidades para la construcción de consultorios populares. Barrio Adentro II: Complemento de la capacidad diagnóstica y resolutive para derivar pacientes a Centros Médicos de Diagnóstico Integral (CDI); Salas de Rehabilitación Integral (SRI); Centros Médicos de Alta Tecnología (CAT). Barrio Adentro III: Modernización y adecuación tecnológica de las Clínicas Populares y Hospitales. Barrio Adentro IV: Centros de atención, formación e investigación para problemas de salud de relevancia nacional. (Becerra & Rodríguez, 2010, s/p.).

En función del establecimiento de estos niveles del programa, los bienes y servicios prestados se describen a continuación:

- a) Atención primaria en salud a través de Consultorios Populares para consultas médicas gratuitas, visitas domiciliarias, suministro gratuito de medicamentos, y vacunaciones, y residencia de personal médico en las comunidades vulnerables.

- b) Traslados de pacientes venezolanos a Cuba para recibir atención médica especializada e intervenciones quirúrgicas en 14 centros de salud de ese país en oftalmología, cardiología, pediatría, y otras enfermedades infecciosas, parasitarias, articulares, endocrinas, del sistema nervioso y circulatorio, tumores...
- c) Atención en especialidades, emergencias, diagnóstico y rehabilitación mediante la consolidación de CDI, SRI, CAT.
- d) Atención hospitalaria las 24 horas del día.

El organismo responsable de la aplicación de la política es la Coordinación Nacional de Atención Primaria (CNAP), en conjunto con la Secretaría Ejecutiva de la Comisión Presidencial de Barrio Adentro. Siendo la CNAP "...la plataforma organizativa-estructural que depende directamente del Despacho del Ministro de Salud y Desarrollo Social, para impulsar a nivel nacional la Política de Atención Primaria y la Misión Barrio Adentro" (D'Elia, 2006, p. 31).

Según la autora, este organismo adoptaba una estructura organizativa con

unidades de planificación y asesoría técnica, monitoreo de personal, terrenos, construcciones y equipamiento a nivel nacional, así como la coordinación de las actividades de la misión a nivel regional, municipal y parroquial. Dentro de sus principales funciones, se encuentra "integrar las áreas de atención primaria en salud, estimulación de la economía social y transformación de las condiciones sociales, económicas y ambientales de los barrios populares del país dentro de la misión" (D'Elia, 2006, p. 30).

Ante lo anteriormente expuesto, se abordará el programa Misión Barrio Adentro desde el análisis del problema decisional para el ingreso de esta política a la agenda pública y gubernamental, la viabilidad política en cuanto a la formulación y toma de decisiones, así como los conflictos y las principales estrategias e instrumentos utilizados para su implementación y gestión. De este modo se identificarán los déficits de capacidad institucional en términos de reglas de juego, relaciones interinstitucionales, organización interna y asignación de tareas, políticas de personal e incentivos, insumos y recursos

requeridos, información, capacitación y destrezas a nivel individual, para desarrollar una propuesta de innovación pública que contribuya con el proceso de fortalecimiento institucional.

## **Desarrollo**

*Problema decisional para el ingreso de la agenda pública y gubernamental.*

Siguiendo los planteamientos establecidos sobre la definición del problema y la obtención de información por Bardach (1998) en *Los ocho pasos para el análisis de políticas públicas. Un manual para la práctica*, el problema identificado y definido por el gobierno venezolano que dio origen a la política social surge de varios hechos.

Primero, ocurrió un desastre natural en 1999 de enormes proporciones en 10 estados del país ocasionado por fuertes y continuas lluvias que produjeron inundaciones y deslaves en comunidades enteras. Esto generó que “más de 50 mil personas quedaran damnificadas, más de 200 mil personas se vieran afectadas, y la estructura hospitalaria y ambulatoria quedara parcialmente inhabilitada e incapaz de atender a los afectados” (D’Elia, 2006, p. 16).

Segundo, de acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (2006), en Venezuela la inversión pública en salud había experimentado un cambio negativo debido a una crisis financiera, pues esta solo representaba el 1,73 % del producto interno bruto (PIB), además de contar con un modelo de salud pública “manejado desde la perspectiva médica, con un modelo de gestión, organización y atención orientado a la enfermedad y con menor énfasis en la promoción de la salud y la calidad de vida” (p. 11).

Por último, el contexto de ayuda humanitaria por Cuba derivado del desastre natural previamente descrito, generó una reacción negativa por parte de los gremios y federaciones de salud, y voceros políticos de oposición venezolana “ante la presencia e inserción de brigadas cubanas integradas por personal médico, debido a que no contaban con acreditación legal para ejercer la medicina en el país, y su presencia tenía intenciones ideológicas” (2006, p. 16).

Ahora, en cuanto a las reflexiones de Cobb & Elder (1986) en *La formación de la agenda. El caso de la política de los ancianos*, sobre la formación de la agenda

como proceso decisional y las distinciones entre agenda pública y agenda gubernamental, se pueden considerar las siguientes según lo descrito por D'Elia (2006), como elementos y evidencias que permitieron que este problema formara parte de la agenda pública, y consecuentemente, fuera introducida a la agenda gubernamental:

- a) **Presión y reclamo social.** Distintos actores denunciaron la falta de atención médica dirigida a la población en situación de pobreza, además de las críticas generadas al funcionamiento del sistema público de salud ya que era restrictivo, simplificado y exclusivo.
- b) **Crisis sanitaria.** Las cifras mencionadas sobre la inversión pública en salud demostraron la falta de recursos y capacidad estatal para atender a diversos sectores de la población venezolana, lo cual despertó la necesidad de mejorar el acceso a los servicios de salud para todos.
- c) **Prioridad política.** El gobierno decidió otorgarle prioridad a la política social a partir de la instauración de la Constitución de 1999, donde incluye a la salud para mejorar las condiciones

de vida y el acceso a servicios médicos de la población.

- d) **Cooperación internacional.** A través del convenio de cooperación integral en materia de salud entre Cuba y Venezuela, se acordó el traslado de personal de salud, la venta de equipos y productos médico cubanos, el tratamiento de pacientes venezolanos en Cuba, y la formación de personal médico y de enfermería a cambio de asesoría y asistencia técnica en materia de hidrocarburos y más de 50 mil barriles de petróleo. Esto generó una mayor capacidad en términos de recursos humanos para el desarrollo del programa.

*Viabilidad de la política pública: Formulación y toma de decisiones.*

Dentro de los tipos de viabilidad política presentados por Martínez (1995), se pueden reflejar como centrales para el despliegue de la Misión Barrio Adentro en Venezuela los siguientes:

***Viabilidad política.***

Referida a “la disponibilidad de poder para la conducción del ciclo de acción sin sometimiento a restricciones impuestas por los comportamientos de otros actores. Depende de la capacidad

para generar apoyos y para movilizar recursos de poder suficientes” (Martínez, 1995, p. 35). Esta Misión, al igual que todos los programas sociales implementados en Venezuela, estuvo dirigida a “satisfacer de forma universal las necesidades básicas de la población urbana y rural más pobre... a la atención focalizada de los grupos vulnerables” (Andrade, 2011, p. 308), permitiéndole al gobierno un mecanismo político de gestión social como respuesta ante la eventual activación del referendo revocatorio presidencial, ganando apoyo de la población excluida del país.

#### ***Viabilidad social.***

Descrita como “la aceptabilidad de la política por parte de los supuestos beneficiarios o destinatarios” (Martínez, 1995, p. 35). Desde la perspectiva de los destinatarios del programa, la Misión Barrio Adentro tuvo una buena receptividad por parte de las comunidades más desfavorecidas ubicadas en sectores rurales, según autores:

La satisfacción de los beneficiarios con el servicio de salud prestado por la Misión Barrio Adentro, era altamente positiva lo que implica una gran

aceptación de la población hacia las misiones sociales. Asimismo, se puede afirmar que se ha generado en la población beneficiaria un sentimiento de *inclusión y participación*, “ingrediente emocional logrado a través de diferentes estrategias implementadas por las misiones (relación afectiva médico/paciente, participación en las actividades del módulo, entrega gratuita de medicamentos, entre otras)” (Matos & Vargas, 2008, p. 12).

#### ***Conflictos para la implementación y gestión de la política pública.***

Los actores estatales, sociales y/o privados involucrados en la gestión de la Misión Barrio Adentro fueron identificados de acuerdo a los participantes descritos por Kingdon (2003), como:

- Dentro del gobierno: Presidente, Ministerio del Poder Popular para la Salud, Ministerio del Poder Popular para las Comunas y Movimientos Sociales, Coordinación Nacional de Atención Primaria del MSDS (CNAP).
- Fuera del gobierno: Opinión pública a través de comunidades

organizadas y voceros políticos de oposición al gobierno, medios de comunicación como la prensa, Federación Médica Venezolana y otros gremios de la salud.

Los factores que afectan la implementación de las políticas según Grindle (2009), están vinculados con la razonabilidad de la política, legitimidad, calidad del diseño de la política, disponibilidad de elementos esenciales, liderazgo del proceso, articulación entre nivel de autoridad-ejecutores de acciones, coordinación entre diversos actores, capacidades estratégicas y capacidades de gestión.

### ***Principales estrategias e instrumentos utilizados para la implementación.***

Durante la implementación de la Misión Barrio Adentro, se puede evidenciar diversos conflictos como: La no inclusión de la Misión en el marco formal de políticas públicas; la superposición y paralelismo de organismos que ocasiona duplicidad de esfuerzos y recursos económicos en el área de salud; la pugnacidad y polarización del gremio médico y la campaña desfavorable de los

medios de comunicación ante la presencia de personal médico cubano por intereses ideológicos y falta de legitimidad para ejercer la medicina en el país; y el financiamiento de la Misión en manos de la petrolera estatal PDVSA, lo que genera una dependencia económica de la volatilidad del mercado petrolero, afectando la sostenibilidad del programa (Matos & Vargas, 2008).

### ***Estrategias***

Dentro de las estrategias como herramientas para el desarrollo de políticas vistas, se utilizaron las institucionales para el desarrollo de la Misión Barrio Adentro, las cuales, según la clasificación establecida, se tomaron como referencia las siguientes:

- **El rol del Estado en el proceso productivo:** Financiamiento y operación. A partir del convenio de cooperación Cuba-Venezuela y el Fondo Único Social (FUS), se permitió el acceso de personal médico cubano para trabajar en los centros de salud de la Misión; a su vez, a través del financiamiento de la empresa

petrolera estatal PDVSA, se destinaron “fondos especiales no presupuestarios... manejados directamente por el presidente de manera discrecional como consecuencia del mayor control de los recursos de PDVSA de los que se contaba en el pasado” (Andrade, 2011, p. 307).

- **Propiedad y relación con el sector privado:** Estatización. La Misión Barrio Adentro fue concebida con un marcado hincapié en la no privatización del servicio de salud bajo ningún concepto y en ningún nivel de atención, puesto que la salud es un servicio social, insustituible y que debe ser garantizado por el Estado (Rincón, 2004), con el fin de garantizar el acceso efectivo de la población a una atención médica pública, por lo cual la Misión es operada únicamente por el Estado.
- **Organización de la gestión al interior del Estado:**

Descentralización. La expansión de la política en el territorio nacional implicó la creación de la Comisión Presidencial para la Implantación y Coordinación Institucional del Programa Integral Misión Barrio Adentro, integrada por las alcaldías municipales del país, cuyas responsabilidades fueron delegadas para su ejercicio en sus estados correspondientes (D’Elia, 2006).

- **Organización por niveles de Estado:** Cogestión multinivel. Con la creación de la red de atención médica integrada implementada en los distintos módulos, consultorios o centros de salud de las distintas comunidades estuvo coordinada por los consejos comunales y las organizaciones populares locales de cada municipio del país.

Durante el proceso de adopción de las estrategias seleccionadas, intervinieron dos factores a saber: las presiones y

condicionalidades en cuanto a la iniciativa gubernamental para el desarrollo de esta política social, pues se debió principalmente a “una respuesta político-electoral ante la eventual activación del referendo revocatorio presidencial... la permanencia en el poder de Chávez sobre la garantía institucional de los derechos sociales y la organización autónoma de las comunidades” (Andrade, 2011, p. 314).

### **Instrumentos**

Los instrumentos según Vendeg (1998) son un “conjunto de técnicas por medio de las cuales las autoridades ejercen su poder con el propósito de garantizar apoyo y producir cambios sociales” (p. 23). Por su parte, Sarthou (2015) plantea que el enfoque de Hood sobre la caja de herramientas para referirse a los instrumentos utilizados en el desarrollo de políticas, “remite a las capacidades con que cuenta el Estado para enfrentar un problema: información a su disposición, poderes legales, dinero y capacidad organizacional” (p. 153). A continuación, se planteará un análisis de cada uno de los recursos establecidos por el autor aplicado a la Misión Barrio Adentro:

- 1. Nodalidad:** Este recurso se refiere a “la capacidad del gobierno para operar como un nodo o un punto focal dentro de una red de información” (Sarthou, 2015, p. 153). Se buscó recopilar información sobre las necesidades y demandas de la población en materia de salud, ofrecer información sobre los servicios disponibles y medidas preventivas para mejorar la calidad de vida de la población. A su vez, a partir de la creación de consejos comunales y asambleas populares, se promovió la participación de la comunidad en la toma de decisiones (D’Elia, 2006).
- 2. Tesoro:** Referido a “los recursos financieros denotan los insumos utilizados en cada instrumento” (D’Elia, 2006, p. 153). El tesoro público se utilizó para financiar la construcción y equipamiento de los centros de atención primaria en las comunidades, así como la contratación y formación de personal médico y de enfermería, y adquisición de medicamentos y equipos médicos, a través del convenio de cooperación Cuba-Venezuela, el financiamiento por parte de PDVSA, y el FUS.
- 3. Autoridad:** Esta estrategia “se refiere al poder legal del gobierno y a otras fuentes

de legitimidad del mismo” (Sarhou, 2015, p. 153). La autoridad fue utilizada como instrumento para garantizar el cumplimiento del objetivo establecido en la misión, así como para proteger los derechos de los pacientes y el acceso a los recursos necesarios para su implementación.

- 4. Organización:** Sarhou (2015), plantea que “tiene que ver con la capacidad de acción directa del gobierno (policía, burocracia)” (p. 153). La organización permitió la creación de una estructura burocrática y administrativa para la prestación de servicios de salud, así como la implementación de procesos y tecnologías para la gestión de estos, y estrategias comunitarias que fomentaran la participación de la población con relación a su salud.

#### ***Déficits de capacidad institucional a partir de la metodología SADCI***

Entendiendo el sistema de análisis de capacidad institucional (SADCI) según Oszlak y Orellana (1998), como un mecanismo para “conocer los déficits de capacidad en la gestión rutinaria de una organización, así como para evaluar los resultados de un programa o proyecto” (p.

2), se abordarán los factores causales de los DCI por parte de los organismos responsables de la implementación de la Misión Barrio Adentro.

#### ***DCI en materia de reglas de juego***

Esta política no está incluida formalmente en el sistema nacional de salud, ya que se consolidó después de la reforma constitucional de 1999 y de la crisis política de 2002 con la intención de cubrir las necesidades básicas de la población de menores recursos en las áreas más prioritarias (salud, educación, alimentación), por lo cual no existe un marco legal que regule la misión.

Otro factor para tomar en cuenta es que los servicios ofrecidos por los diferentes niveles de Barrio Adentro no sustituyen los servicios que prestan los hospitales regionales y nacionales; al contrario, existe una superposición y paralelismo de organismos, lo que ocasiona una duplicidad de esfuerzos en el sector salud.

#### ***DCI en materia de relaciones interinstitucionales***

La implantación de un modelo de gestión participativo, mediante la organización y un nivel muy elevado de

participación de las comunidades, es un factor que debe ser tomado en cuenta como déficit, pues, según Andrade (2011):

el involucramiento comunitario en la gestión de los problemas sociales paradójicamente ha debilitado la exigencia que se le hace al gobierno en el cumplimiento efectivo de los derechos y las garantías sociales: la comunidad se hace responsable de lo que en verdad son incumplimientos gubernamentales (p. 312).

En la Misión Barrio Adentro no existe una figura de coordinación que mantenga relaciones directas y regulares con los órganos nacionales para fines de aplicación de normativas y procedimientos, gestión de equipamiento, reparaciones, insumos y suministros, control y vigilancia de las actividades realizadas.

#### ***DCI en materia de organización interna y asignación de tareas***

Para la implementación de esta política, se estableció un esquema de funciones compartidas en cuanto al financiamiento y las responsabilidades de construcción de módulos definitivos de Barrio Adentro, a través de convenios con Fondo Único Social (FUS), Fondo Intergubernamental para la Descentralización (FIDES), Fondo de

Inversión Social de Venezuela (FONVIS), ministerio de la Defensa, Funda Caracas y Petróleos de Venezuela (PDVSA), ocasionando un descontrol en la asignación de tareas, presupuestos e irregularidades en el proceso financiero.

#### ***DCI en materia de políticas de personal e incentivos***

El sistema de incentivos de la Misión Barrio Adentro es inexistente, más allá de los acuerdos plasmados en el convenio de cooperación Cuba-Venezuela donde se especifica el intercambio de personal médico, equipos y medicamentos cubanos por barriles de petróleo. Además, los equipos conformados por los Comités de Salud son personas sometidas a una gran cantidad de exigencias que van mermando sus energías y esfuerzos sin que haya a cambio ningún apoyo ni retribución acorde (D'Elia, 2006).

#### ***DCI en materia de insumos y recursos requeridos***

Según Matos & Vargas (2008), la consolidación y expansión de la Misión Barrio Adentro “tiene un costo muy elevado, lo que en un contexto fluctuante como el de la Venezuela actual, con cambios dramáticos en los ingresos

petroleros, puede implicar un freno en su prosecución a mediano y largo plazo” (p. 450).

Esta *no inclusión* de las misiones en el marco formal de las políticas públicas genera una red alternativa de financiamiento a través de la petrolera estatal PDVSA, cuyos ingresos dependen de la coyuntura mundial que establece el precio del barril de petróleo. Lo que implica que la sustentabilidad de las misiones dependa en gran medida de la volatilidad del mercado petrolero mundial (Rincón & Rodríguez, 2006).

#### ***DCI en materia de información, capacitación y destrezas a nivel individual***

A pesar de que durante la implementación de la política, se abre un posgrado de Medicina General Integral para médicos venezolanos, en el Instituto de Altos Estudios en Salud Arnoldo Gabaldón, adscrito al MSDS, y adicionalmente, se propuso un extenso programa de capacitación para la municipalización de la salud y se reorientan los estudios de las carreras vinculadas a la calidad de vida; D’Elia (2006), plantea que las condiciones no

eran favorables para los estudiantes, y muchos médicos no estuvieron de acuerdo con dicha promoción por parte del Estado, ocasionando una deserción y falta de personal calificado para la ejecución de la atención primaria de salud.

#### **Conclusiones**

Una vez explicitados los déficits como consecuencia de la forma de instrumentación de la Misión Barrio Adentro, vinculados con “incoherencia institucional, ausencia de esquemas de medición y evaluación confiable y transparente, altos niveles de corrupción, prácticas de clientelismo, y exclusión política real o supuesta para el acceso a los beneficios” (Andrade, 2011, p. 313), y tomando en consideración la información limitada correspondiente a las especificaciones de esta política, se abordará una propuesta de innovación pública que dé paso al proceso de fortalecimiento institucional para una efectiva implementación de la Misión Barrio Adentro, cuyos resultados puedan ser medibles, y corregibles; entendiendo dicho fenómeno como “todo proceso de generación y aplicación de nuevas ideas capaces de mejorar la operatividad de las

instituciones y elevar el nivel de vida de una sociedad” (CEPREDE citado por Ramírez-Alujas, 2006, p. 12).

*Propuesta de fortalecimiento institucional.*

a) De acuerdo con el **DCI en materia de política de personal e incentivos**, se propone establecer una normativa clara y sencilla para la constitución y el fortalecimiento de las labores que realizan los Comités de Salud en la Misión Barrio Adentro, que no afecte su carácter voluntario, su autonomía respecto a las responsabilidades de los órganos públicos ni su papel como instrumento de participación comunitaria en la promoción y defensa de la salud de todos los miembros de la comunidad. En este sentido, es indispensable recolocar los comités de salud en el espacio de la comunidad, abiertos a las distintas formas de expresión participativa y organizativa de ésta para luchar contra los problemas de salud, y por la garantía de una atención efectiva, oportuna y de calidad para todos los miembros de la comunidad.

b) Para el **DCI en materia de reglas de juego**, se propone acentuar los esfuerzos para lograr la integración normativa, programática y territorial entre el sistema sanitario público y los centros de salud de la MBA. Establecer un esquema claro de responsabilidades en cuanto a rectoría, prestación, abastecimiento, control y vigilancia de la gestión; garantizar la continuidad de los tratamientos y cuidados de salud a través de un sistema de referencia entre los distintos niveles de atención.

c) En el caso del **DCI en materia de insumos y recursos requeridos**, se propone aprovechar los recursos físicos, humanos y financieros disponibles en el país para solucionar los problemas de acceso, calidad y oportunidad de la atención a la salud, de acuerdo con las especificidades sociales, culturales, económicas y geográficas de cada estado, municipio y parroquia.

d) Los **DCI en materia de relaciones interinstitucionales y organización interna y asignación de tareas**, se propone desarrollar y poner en práctica de manera urgente un modelo de

gestión que defina claramente la composición, la estructura y las responsabilidades del equipo de salud que debe realizar labores permanentes o eventuales en cada consultorio.

- e) Para el ***DCI en materia de información, capacitación y destrezas a nivel individual***, se propone garantizar mejores condiciones para la formación de los estudiantes venezolanos en medicina integral comunitaria, considerar las necesidades de traslado y apoyo de estos estudiantes por la falta de espacios dentro de la comunidad para recibir los cursos y tener acceso a medios educativos tecnológicos.

El proceso de fortalecimiento de capacidad institucional para la implementación y gestión de la política pública social en Venezuela resulta primordial para garantizar la provisión de servicios de salud gratuitos de calidad a la población. Esto implica realizar ajustes y mejoras con respecto a la coordinación interinstitucional, asignación eficiente de los recursos, formación continua de personal y supervisión de los servicios prestados; así como otras acciones gubernamentales referentes a la transparencia y rendición de cuentas de la gestión de recursos, y una reducción gradual de dependencia de cooperación y ayuda externa para la ejecución de la política.

## Referencias:

- Alvarado, N. (2004). Pobreza y Exclusión en Venezuela a la luz de las Misiones Sociales (2003-2004). *FERMENTUM*, 181-232. Obtenido de <http://www.saber.ula.ve/bitstream/handle/123456789/20575/articulo7.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Andrade, A. (2013). *Democracia participativa y representación popular en Venezuela (1999-2011)*. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia.
- Bardach, E. (1998). *Los ocho pasos para el análisis de políticas públicas. Un manual para la práctica*. México: CIDE.
- Cobb, R., & Elder, C. (1986). *Formación de la agenda. El caso de la política de los ancianos*. Obtenido de <https://maxicamposrios.com.ar/wp-content/uploads/2014/03/ELDER-C-y-ROGER-C..pdf>
- D'Elia, Y. (2006). *Las Misiones Sociales en Venezuela: una aproximación a su comprensión y análisis*. Caracas: Instituto Latinoamericano de Investigaciones Sociales. Obtenido de <https://library.fes.de/pdf-files/bueros/caracas/50458.pdf>
- Grindle, M. (2009). La brecha de la implementación. *Política pública y democracia en América Latina. Del análisis a la implementación*, 33-57. Obtenido de <https://es.scribd.com/document/391386700/Merilee-Grindle-La-brecha-de-la-Implementacion#>
- Kingdon, J. (2003). *Agendas, Alternatives and Public Policies*. Longman. Obtenido de [https://eclass.ekdd.gr/esdda/modules/document/file.php/KST112/ΒΑΣΙΚΟ\\_ΥΛΙΚΟ\\_ΜΑΘΗΜΑΤΟΣ/3\\_Δόμηση\\_προβλήματος\\_Διαμόρφωση\\_ατζέντας/3\\_Δόμηση\\_προβλήματος\\_Διαμόρφωση\\_ατζέντας/Kingdon\\_Agendas%2C\\_alternatives\\_and\\_public\\_policies\\_8\\_9.pdf](https://eclass.ekdd.gr/esdda/modules/document/file.php/KST112/ΒΑΣΙΚΟ_ΥΛΙΚΟ_ΜΑΘΗΜΑΤΟΣ/3_Δόμηση_προβλήματος_Διαμόρφωση_ατζέντας/3_Δόμηση_προβλήματος_Διαμόρφωση_ατζέντας/Kingdon_Agendas%2C_alternatives_and_public_policies_8_9.pdf)
- Madueño, J., Rincón, M., & Rodríguez, I. (2006). Barrio adentro: una experiencia de política de salud en ejecución. *Espacio Abierto*, 617-640. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/122/12215307.pdf>

- Martínez, R. (1995). *Análisis de políticas públicas*. Buenos Aires. Obtenido de <https://idcar.com.ar/wp-content/uploads/2021/10/FIDEL-Analisis-PP-Martinez-Nogueira.pdf>
- Matos, R., & Vargas, E. (2008). Algunas reflexiones sobre las misiones desde la perspectiva de los beneficiarios. *Gaceta Laboral*, 446-458. Obtenido de <https://produccioncientificaluz.org/index.php/gaceta/article/view/3583/3581>
- Organización Panamericana de la Salud. (2006). *Barrio Adentro: Derecho a la salud e inclusión social en Venezuela*. Caracas: Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud.
- Oszlak, O., & Orellana, E. (2001). El análisis de la capacidad institucional: Aplicación de la metodología SADCI. Obtenido de <http://www.oscaroszlak.org.ar/gallery/el%20 analisis%20de%20la%20capacidad%20institucional%20%20aplicaci%C3%B3n%20de%20la%20metodolog%C3%ADa%20sadci.pdf>
- Ramírez-Alujas, A. (2012). Innovación en las organizaciones y servicios públicos: ¿El eslabón perdido? Bases para la transición hacia un modelo de innovación abierta y colaborativa. *Revista Chilena de Administración Pública*, N°19, pp. 5-50. Obtenido de <https://revistaeggp.uchile.cl/index.php/REGP/article/view/21177/22439>
- Rincón, M., & Rodríguez, I. (2010). Barrio Adentro y Alma Mata. *Revista de Ciencias Sociales*. Obtenido de [http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1315-95182010000300012](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1315-95182010000300012)
- Sarthou, N. (2015). *Los instrumentos de política como enfoque de análisis de los sistemas de pago al mérito: Contribuciones analíticas a partir del caso argentino*. México: Instituto de Investigaciones sobre la Universidad y la Educación. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/132/13239889009.pdf>
- Vedung, E. (1998). Instrumentos de políticas: tipologías y teorías. Obtenido de [https://virtual.flacso.org.ar/pluginfile.php/21775911/mod\\_book/chapter/2363361/Vedung%20-%20Instrumentos%20de%20pol%C3%ADticas%20p%C3%BAblicas.pdf](https://virtual.flacso.org.ar/pluginfile.php/21775911/mod_book/chapter/2363361/Vedung%20-%20Instrumentos%20de%20pol%C3%ADticas%20p%C3%BAblicas.pdf)