



**UNIVERSIDAD FEDERAL DE BAHÍA  
INSTITUTO DE SALUD COLECTIVA  
PROGRAMA DE POS GRADO EN SALUD COLECTIVA  
MAESTRÍA EN SALUD COMUNITARIA**

**ROSICAR DEL VALLE MATA LEÓN**

**EL PROCESO DE PLANIFICACIÓN DE LA RED BARRIO ADENTRO  
II EN VENEZUELA DURANTE EL PERÍODO 2005-2006**

**Salvador**

**2010**

**ROSICAR DEL VALLE MATA LEÓN**

**EL PROCESO DE PLANIFICACIÓN DE LA RED BARRIO ADENTRO  
II EN VENEZUELA DURANTE EL PERÍODO 2005-2006**

Disertación presentada al Programa de Pos Grado del Instituto de Salud Colectiva, Universidad Federal de Bahía, como requisito parcial para la obtención del título de Magíster en Salud Comunitaria, área de concentración Planificación y Gestión en Salud.

Orientadora: Profa. Ana Luiza Queiroz Vilasbôas

Salvador

2010

Ficha Catalográfica  
Elaboração: Biblioteca do Instituto de Saúde Coletiva

---

M425p Mata León, Rosicar Del Valle.

El proceso de planificación de la red Barrio Adentro II en Venezuela durante el período 2005-2006 / Rosicar Del Valle Mata León. - Salvador: R. V. Mata León, 2010. 146f.

Orientador(a): Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Ana Luiza Queiroz Vilasbôas.

Dissertação (mestrado) - Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia.

1. Planificación en Salud. 2. Gestión en Salud. 3. Servicios de Salud. 4. Política de Salud. I. Título.

CDU 614.2

---

ROSICAR DEL VALLE MATA LEÓN

EL PROCESO DE PLANIFICACIÓN DE LA RED BARRIO ADENTRO II  
EN VENEZUELA DURANTE EL PERÍODO 2005-2006

Disertación presentada al Programa de Pos Grado del Instituto de Salud Colectiva, Universidad Federal de Bahía, como requisito parcial para la obtención del título de Magíster en Salud Comunitaria, área de concentración Planificación y Gestión en Salud.

Aprobada el 01 de marzo de 2010.

**Banca Examinadora**

Profa. Ana Luiza Queiroz Vilasbôas/ISC-UFBA - Orientadora

Prof. Hugo Spinelli/ LANUS

Prof. Jairnilson Silva Paim/ ISC-UFBA

Profa. Carmen Fonte Teixeira/ ISC-UFBA

A Ernesto

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradezco a QQ por haber insistido, por creer, por ayudarme y demostrarme que de vez en cuando, por absurdo que parezca, vale la pena arriesgarse. Una puesta de sol para la llegada y otra para la partida.

A mi Negro por convencerme de que lo lógico no es siempre lo correcto y por siempre estar conmigo incluso cuando no podía. Gracias de corazón por toda esa fuerza.

A la Prof. Vilma Santana por una pequeña gran idea que cambió todo y sin saberlo marcó un antes y un después. Fue apenas el comienzo de una secuencia.

A la Prof. Carmen por encontrar un espacio afectuoso para una “extranjera desorientada”. La integración se construye con los hechos.

A la Prof. Ana Luiza, por trasmitirme conocimiento y mejor que eso, tranquilidad y libertad. Gracias por no decir que no a mis inventos y por alterar el orden de un modo ejemplarmente pacífico. Ha sido un placer aprender de alguien que siempre ve cosas buenas en los otros.

A mi padres, mis hermanos, mis sobrinos lindos y a Caramelo y Mayki. Los extraño cada día que pasó. Mamuki, gracias por entender.

A mis amigas y amigos más solidarios que estuvieron en las adversidades de una vida normal. Especialmente a la Bru y a Sra. Hailex.

A mis amigos y familiares virtuales que a través de los mensajes de la red me daban una “vacacioncita” de cinco minutos todos los días.

A mi país por mantenerme con el entusiasmo y con las ganas de seguir creyendo y haciendo. “No podemos optar entre vencer o morir, necesario es vencer”.

A la cooperación de un gran gigante verde-amarelo. Brasil, gracias por compartir tu alegría, tu historia y permitirme que me sintiera entre amigos. Las banderas de Reforma Sanitaria, del SUS y del ISC ganaron embajadores.

Al Prof. Jairnilson por enseñarme que faltan nuevos príncipes modernos. 16 mañanas cambian en mucho la visión de las cosas. Gracias por otra pequeña gran idea que me permitió avanzar.

Al Prof. Sebastião por ser generoso y buena gente.

Al Prof. Pedro Luis por compatriota y solidário.

A los nuevos amigos brasileiros que me enseñaron cosas que no están en los libros.

A los gringuitos que amortecieron mi desconocimiento y me hicieron reír con tantos cuentos de desentendimiento y aventuras en la tierra de la alegría. Queda pendiente escribir las memorias.

A los amigos solidarios, Nuncy, Nea, Tais, Ana, Clinjer. A la gente que no sabemos que nos ayudan y no por eso dejan de hacerlo con cariño.

A la gente comprensiva y solidaria que conforman el Fonacit. Sin ustedes no sería posible. Sigamos construyendo.

A la gente que me ayudó a hacer las entrevistas, a los que me consiguieron los teléfonos, a los que llamaron al amigo del amigo, a los que insistieron y en fin, a los que me atendieron y me dieron horas de tiempo que se bien que no tenían.

Y muy especialmente a “aquel que es como el espinito que en la sabana florea, que le da aroma al que pasa y espina al que lo menea”. Ay catire Florentino!.

...[lo que pasa en Venezuela] es mucho más que el gobierno y mucho más que una crisis económica y un colapso de un sistema de partidos. Es el resultado de la gente que salió a la calle desde 1989 con el Caracazo y que todavía no regresa a sus casas, tratando de construir el cambio social en Venezuela. Un país que se movilizó a raíz de una represión brutal de un sistema que se decía democrático en 1989, y que decidió que dejaba atrás el viejo orden de la democracia representativa para construir otro orden democrático, más profundo, más sustantivo.

Margarita López Maya, 2006

MATA L., R. O processo de planejamento da rede Bairro Adentro II na Venezuela durante o período 2005-2006. 146 f. il. 2010. Dissertação (Mestrado em Saúde Comunitária) – Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2010.

## RESUMO

A aprovação da Constituição da Venezuela de 1999 reconheceu a saúde como direito e marcou o início das mudanças que surgiram do contexto histórico e de tensões sociais como um golpe de Estado, uma greve nacional de mais de sessenta dias e um referendun presidencial que levaram o governo a desenvolver políticas para saldar a dívida social existente, destacando-se a criação das missões sociais, de caráter temporário. A missão de saúde foi chamada Bairro Adentro dirigida inicialmente à atenção primária, e graças à aceitação da população tornar-se-ia permanente, constituindo-se no eixo articulador da política de saúde, o que levou a modificações nas estruturas burocrático-administrativas. Vistos os resultados positivos de Bairro Adentro I e para institucionalizar essa política, surgiu a Fundação Bairro Adentro como resposta para agilizar a construção do Sistema Público de Saúde. Apesar do avanço na ampliação do segundo nível de atenção, não se atingiram as metas propostas. Nesse sentido, a caracterização de como foram planejadas as ações ajudou a compreender seus resultados. O objetivo geral do estudo foi descrever o processo de planejamento do Bairro Adentro II durante o período 2005-2006. A estratégia de pesquisa escolhida foi o estudo de caso único. As práticas de planejamento e a análise contextual da situação político-institucional foram abordadas mediante as contribuições teóricas de Matus. Abordou-se o planejamento como tecnologia e como trabalho que organiza outros trabalhos segundo Mendes-Gonçalves e Schraiber. Tais aportes orientaram a elaboração do plano de análise que norteou a coleta, processamento e a análise dos dados em sua fase documental e de campo, aplicando-se entrevistas semi-estruturadas à equipe dirigente de Bairro Adentro II. O projeto de governo e a governabilidade foram os vértices de maior robustez, mesmo que no primeiro se observaram lacunas na existência de documentos. No segundo se observou que existia uma proposta com poder concentrado e com apoio majoritário no âmbito legislativo e nos Comitês de Saúde e com rejeição da Federação Médica Venezuelana. Os maiores obstáculos vieram das tensões entre o Ministério de Saúde, a Missão Médica Cubana e os técnicos do Ministério de Habita e Vivenda. Também foi importante a falta de disponibilidade de insumos na área da construção. O fato de ter alta governabilidade não garantiu a suficiente robustez da capacidade de governo. As práticas de planejamento que se apresentaram na fase da implementação foram normativas e se concentraram principalmente no seguimento e no monitoramento. Formas de administração como adhocracia e as fundações de Estado distinguiram-se como figuras facilitadoras no cumprimento dos objetivos, ainda que não privilegiaram o planejamento enquanto ferramenta de gestão. Assume-se que o planejamento enquanto processo social pode incidir positivamente na construção do modelo de atenção que requer o Sistema Público de Saúde.

**Palavra-chave:** planejamento em saúde; praticas de gestão em saúde; serviços de saúde; políticas de saúde.

MATA L., R. El proceso de planificación de la red Barrio Adentro II en Venezuela durante el período 2005-2006. 146 h. il. 2010. Disertación (Maestría en Salud Comunitaria) – Instituto de Salud Colectiva Salvador, Universidad Federal de Bahía, Salvador, 2010.

## RESUMEN

La aprobación de la Constitución de Venezuela de 1999 reconoció la salud como derecho y marco el inicio de los cambios que surgieron del contexto histórico y de las tensiones sociales como un golpe de Estado, un paro nacional de más de sesenta días y un referéndum presidencial que obligaron al gobierno a desarrollar políticas para saldar la deuda social existente, destacándose la creación de las misiones sociales, de carácter temporal. La misión de salud fue llamada Barrio Adentro dirigida inicialmente a la atención primaria, y gracias a la aceptación de la población se volvería permanente, constituyéndose en el eje articulador de la política de salud, lo que llevó a modificaciones en las estructuras burocráticas-administrativas. Vistos los resultados positivos de Barrio Adentro I y para institucionalizar esa política surgió la Fundación Barrio Adentro como respuesta para agilizar la construcción del Sistema Público de Salud. A pesar del avance en la ampliación del segundo nivel de atención, no se alcanzaron las metas propuestas. En este sentido, la caracterización de cómo fueron planificadas las acciones ayudó a comprender sus resultados. El objetivo general del estudio fue describir el proceso de planificación de Barrio Adentro II durante el período 2005-2006. La estrategia de investigación escogida fue el estudio de caso único. Las prácticas de planificación y el análisis contextual de la situación político-institucional fueron abordadas mediante las contribuciones teóricas de Matus. Se abordó la planificación como trabajo que organiza otros trabajos según Mendes-Gonçalves y Schraiber. Tales aportes orientaron la elaboración del plan de análisis que norteó la recolección, procesamiento y análisis de datos en su fase documental y de campo, aplicándose entrevistas semiestructuradas al equipo dirigente de Barrio Adentro II. El proyecto de gobierno y la gobernabilidad fueron los vértices de mayor robustez, aún cuando en el primero se observaron lagunas en la existencia de documentos. En el segundo se observó que existía una propuesta con poder concentrado, con apoyo mayoritario en el ámbito legislativo y de los Comités de Salud, y con rechazo de la Federación Médica Venezolana. Los mayores obstáculos vinieron de las tensiones entre el Ministerio de Salud, la Misión Médica Cubana y los técnicos del Ministerio de Hábitat y Vivienda. También fue importante la falta de disponibilidad de insumos de construcción. El hecho de tener alta gobernabilidad no garantizó la suficiente robustez de la capacidad de gobierno. Las prácticas de planificación que se presentaron en la fase de implementación fueron normativas y se concentraron principalmente en el seguimiento y monitoreo. Formas de administración como la adhocracia y las fundaciones de Estado se distinguieron como figuras facilitadoras en el cumplimiento de los objetivos, aunque no privilegiaron la planificación como herramienta de gestión. Se asume que la planificación como proceso social puede incidir positivamente en la construcción del modelo de atención que requiere el Sistema Público de Salud.

**Palabras claves:** planificación en salud; prácticas de gestión en salud; servicios de salud; políticas de salud.

MATA LEÓN, R del V. The Process of planning in Barrio Adentro II in Venezuela during the period 2005-2006. 146 pp. ill. 2010. Dissertation (Master in Community Health) Institute of Collective Health. Federal University of Bahia, Salvador, 2010.

### **ABSTRACT**

The Venezuelan's approved Constitution of 1999 established health as a right and settle the beginning of suggested changes from the historical context and from the social tension like a political coups, a national strike of more than sixty days and a presidential referendum that forced the government to develop politics to pay the existing social debt, standing out the creation of the social missions, whit temporary carater. The mission of health was called Barrio Adentro designed mainly for primary care, and because of the acceptance of the population it became permanent, turning into the primary axis of the health policy, what brought changes in the bureaucratic-administrative structure. Apparent positive results of Barrio Adentro I and the order to institutionalize the political appearance of the Barrio Adentro Foundation as a response to facilitate the building of the Public Health System. In spite of the advance with the second level increased care, the proposed goals weren't achieved. In this way, characterize on how the planning of the actions helped in the comprehension of the results. The general objective of the study was described in the process of planning in Barrio Adentro II during the period 2005-2006. The investigation strategy picked was a unique case study. The practice of planning and the context analysis of the political-institutional situation were based on the theory of contributions of the government's triangle of Matus. In the same way, the planning in technological terms and the organizational work meant that other works organized through the contributive theory's of Mendes Gonçalves and Schraiber. Those contributions guided the building of the analyzed plan's that lead to the collected process and analysis of data picked in the analysis and field work phase, applying semi structural studies to the team leader's crew of Barrio Adentro II. The government project and its governance were the pinnacle reason for its strength, even when the first case noticed lacked documentary existence. In the second one it was noticed the existence of a comprehensive proposal with the main support in the legislative field and in the Health Committees and the rejection of the Venezuelan's Medical Federation. The main obstacles came from the tensions between the Ministry of Health, the Cuban Medical Mission and the Ministry of Housing and Development. It was also important to note the lack of available construction supplies. The fact of strong political power wasn't a guarantee to achieve the organizational viability that repose in the government's capability. The practice of planning that appears in the implementation phase was normative and was focused mainly in the monitoring and the follow up. An administrative form as adhocracy and State foundation were distinguished as helper figures in the goal achievement, although didn't privileged the planning as management tool. It is assumed that the planning as social process can affect positively in the attention model built that is needed by the Health Public System.

**Keywords:** health planning; management practices in health; health services; health policies.

## LISTA DE ILUSTRACIONES

Figura 1	Esquema de articulación de elementos teóricos.....	28
Figura 2	Diseño macroorganización del equipo dirigente de Barrio Adentro II....	60

## LISTA DE TABLAS

Tabla 1	Plan de análisis.....	29
---------	-----------------------	----

## LISTA DE ABREVIATURAS Y SIGLAS

AD – Acción Democrática

ALOS – Anteproyecto de Ley Orgánica de Salud

APS – Atención Primaria en Salud

ASIC – Áreas de Salud Integral Comunitaria

BAI – Barrio Adentro I

BAII – Barrio Adentro II

BANDES – Banco Nacional de Desarrollo Económico y Social

BCV – Banco Central de Venezuela

CAT – Centro de Alta Tecnología

CCCV – Convenio de Cooperación Cuba-Venezuela

CDI – Centro Diagnóstico Integral

CENDES – Centro de Estudios para el Desarrollo

COPEI – Comité Político Electoral Independiente

CONAMED – Comisión Nacional de Arbitraje Médico

CRBV – Constitución del República Bolivariana de Venezuela

CS – Comité de Salud

CTV – Confederación de Trabajadores de Venezuela

CVG - Corporación Venezolana de Guayana

FEDECAMARAS - Federación de Cámaras y Asociaciones de Comercio y  
Producción de Venezuela

FMBA – Fundación Misión Barrio Adentro

FMI – Fondo Monetario Internacional

FMV – Federación Médica Venezolana

FNUAP – Fondo de Población de las Naciones Unidas

GTZ – Agencia Alemana de Cooperación

INAGER - Instituto Nacional de Geriátría

INAVI – Instituto Nacional de la Vivienda

INE – Instituto Nacional de Estadísticas

IVSS – Instituto Venezolano de los Seguros Sociales

IPSFA - Instituto de Previsión de la Fuerza Armada

LOAP – Ley Orgánica de la Administración Pública

MAI – Modelo de Atención Integral

MBA – Misión Barrio Adentro

MHV – Ministerio de Hábitat y Vivienda

MINCI – Ministerio del Poder Popular para la Comunicación y la Información

MMC – Misión Médica Cubana

MS – Ministerio de Salud

MSDS – Ministerio de Salud y Desarrollo Social

MD – Ministerio de la Defensa

MPPA – Ministerio del Poder Popular para el Ambiente

MPPD- Ministerio del Poder Popular para Planificación y Desarrollo

MPPEP – Ministerio del Poder Popular para Energía y Petróleo

MPPI – Ministerio del Poder para la Infraestructura

MVR – Movimiento Quinta República

NVR – Nacidos vivos registrados

OPS – Organización Panamericana de la Salud

PDVSA - Petróleos de Venezuela S.A.

PES – Plan Estratégico Social

PIB – Producto Interno Bruto

PDESN – Plan de Desarrollo Económico Social de la Nación

POA – Plan Operativo Anual

POAN – Plan Operativo Anual Nacional

POAIN – Plan Operativo Anual Institucional

PPT – Patria para Todos

SPNS – Sistema Público Nacional de Salud

SRI – Sala de Rehabilitación Integral

UNESCO – Organización de la Naciones Unidas para la Educación, Ciencia y Cultura

## SUMARIO

<b>1</b>	<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	19
<b>2</b>	<b>ELEMENTOS TEÓRICOS</b> .....	24
<b>3</b>	<b>ESTRATEGIA DE INVESTIGACIÓN</b> .....	31
3.1	Recolección, procesamiento y análisis de datos.....	31
<b>4</b>	<b>CARACTERIZACIÓN DE VENEZUELA PARA LA COMPRESIÓN DEL CASO DE ESTUDIO</b> .....	35
4.1	Información demográfica e indicadores sociales.....	36
4.2	Desarrollo histórico entre la democracia representativa y la democracia participativa y protagónica.....	40
4.3	Política pública en el área de salud.....	45
4.4	Breve reseña del desarrollo de la planificación en Venezuela.....	48
<b>5</b>	<b>EL PROCESO DE PLANIFICACIÓN DE LA RED BARRIO ADENTRO II</b> .....	53
5.1	Contexto político institucional de la Misión Barrio Adentro.....	53
5.1.1	Proyecto de gobierno de la Misión Barrio Adentro.....	53
5.1.2	Diseño macroorganizativo para la implementación de Barrio Adentro II.....	59
5.1.3	Sujetos involucrados en la red Barrio Adentro II.....	62
5.1.3.1	El líder.....	62
5.1.3.2	El equipo dirigente.....	64
5.1.3.3	El equipo técnico.....	66
5.1.4	Gobernabilidad sobre la implementación de Barrio Adentro II.....	68
5.1.4.1	Apoyo político.....	68
5.1.4.2	Autonomía administrativa y financiera de la Fundación Misión Barrio Adentro.....	75
5.2	Prácticas de Planificación de la red Barrio Adentro II.....	79
5.2.1	Prácticas estructuradas.....	79
5.2.1.1	Existencia de planes estructurados e instrumentos de programación.....	79
5.2.1.2	Seguimiento y evaluación periódicos.....	85
5.2.2	Prácticas no estructuradas.....	90
<b>6</b>	<b>DISCUSIÓN</b> .....	93

<b>7</b>	<b>CONSIDERACIONES FINALES.....</b>	<b>114</b>
	<b>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....</b>	<b>116</b>
	<b>APENDICE.....</b>	<b>123</b>
	A – Matriz de recolección de datos.....	124
	B – Guiones de entrevistas.....	131
	C – Listado de documentos consultados.....	141
	D – Relación de entrevistados.....	142
	E - Termino de consentimiento livre e informado.....	143
	F – Árbol de Nvivo 2.0.....	145

## 1. INTRODUCCIÓN

A pesar de que Venezuela fue uno de los últimos países en adherirse a las reformas neoliberales impulsadas por el Consenso de Washington, la tentativa de su aplicación ocasionó malestar general en la población y profundizó a conflictos sociales ya existentes. El incremento de la deuda nacional ante el Fondo Monetario Internacional (FMI) y el descenso de la renta petrolera en los ochentas contribuyeron a la crisis socioeconómica con un cierre en 1989 de 54% de los venezolanos viviendo en pobreza extrema o crítica, y consecuentemente una situación de deterioro de las condiciones de vida que determinaron un perfil de acumulación epidemiológica, reagudizándose las enfermedades transmisibles e incrementándose la morbilidad y mortalidad por enfermedades crónicas-degenerativas y los problemas de salud asociados a la urbanización (MUNTANER *et al.*, 2008; ALVARADO *et al.*, 2008; NÚÑEZ, 1997).

Esto forzó la formulación de los ajustes radicales por parte del gobierno para acompañar las reformas neoliberales que consistían, en la reducción en el gasto público, privatización de las instituciones del Estado, liberalización del comercio y programa de reestructuración social. No obstante, tales reformas encontraron resistencia por parte de la población que protagonizó revueltas sociales y la aparición de dos fallidos golpes de Estado. El agotamiento de la democracia representativa y el desprestigio del sistema bipartidista fue propicio para el surgimiento de nuevas alternativas y actores, lo cual favoreció la elección de Hugo Chávez como presidente después de la convocatoria a la constituyente y la aprobación de la Carta Magna de 1999 revirtió el proceso privatizador, para posteriormente iniciar un conjunto de políticas sociales llamadas Misiones dirigidas a atender la exclusión de los sectores populares (MUNTANER *et al.*, 2006; LOPEZ, 2006).

De acuerdo con D'Elia y Cabezas (2008), las misiones se asentaron como estructuras paralelas al Estado y su propósito era preparar el camino para la sustitución del Estado burocrático. Para ello se designaron Comisiones Presidenciales, Planes de Presupuesto Ordinario y Fundaciones encargadas de administrar los recursos provenientes del petróleo y destinarlos para programas sociales. Posteriormente, además de estos recursos también se incorporaron

recursos provenientes de las reservas internacionales. Los organismos administrativos estaban generalmente adscritos al Ministerio o Instituto Público Líder de la Comisión Presidencial.

A pesar de temporales, las Misiones se extendieron en el tiempo sobrepasando su carácter extraordinario. Así fueron institucionalizándose y transformándose en nuevas formas de gestión que requerían mayor infraestructura, equipamiento y personal. Se pasó a la fase avanzada, ya no de carácter temporal, financiada con recursos de créditos adicionales, del Impuesto al Débito Bancario, del Banco Nacional de Desarrollo Económico y Social (BANDES) y del Fondo para el Desarrollo Económico y Social del País, que maneja los excedentes petroleros (D'ELIA Y CABEZAS, 2008). Esto permitió emplear la figura de las fundaciones como formas alternas a la administración pública tradicional, representada por los Ministerios que daban relativa agilidad dentro de la administración pública nacional<sup>1</sup>.

En el caso específico de la salud, la misión Barrio Adentro (BA), a fin de cumplir con lo establecido en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (CRBV),<sup>2</sup> obligó a considerar propuestas que estuvieran orientadas a superar el modelo curativo y a repensar la lógica de organización con énfasis en las necesidades humanas, a la vez que de transformar las condiciones materiales y sociales de la mayoría de la población. Esta propuesta restituiría y fortalecería lo público como espacio de interés colectivo y se daría prioridad a los programas de atención primaria en salud (APS), prevención y promoción, descentralización y participación de la sociedad civil (MPPD, 2000).

En 2003 cuando Chávez formalizó la creación oficial de las misiones, fue tomando fuerza la idea de que BA podría ser el eje central y articulador de la política de salud, sobre el cual habría de erigirse el Sistema Público Nacional de Salud (SPNS). Mediante la estrategia de Barrio Adentro I (BAI) se avanzó en la

---

<sup>1</sup> Artículo 109. Las fundaciones de carácter estatal a aquella persona jurídica en la cual su patrimonio se encuentra afectado "(...)a un objeto de utilidad general, artístico, científico, literario, benéfico u otros, en cuyo acto de constitución participe la República, los estados, los distritos metropolitanos y los municipios, o alguno de los entes descentralizados funcionalmente a los que a este se refiere la Ley Orgánica de la Administración Pública, siempre que su patrimonio inicial se realice con aportes del Estado en un porcentaje mayor al cincuenta por ciento" (Ley Orgánica de la Administración Pública, 2001).

<sup>2</sup> Artículo 83. La salud es un derecho social fundamental, obligación del Estado, que lo garantizará como parte del derecho a la vida. El Estado promoverá y desarrollará políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios. Todas las personas tienen derecho a la protección de la salud, así como el deber de participar activamente en su promoción y defensa, y el de cumplir con las medidas sanitarias y de saneamiento que establezca la ley, de conformidad con los tratados y convenios internacionales suscritos y ratificados por la República.

construcción del primer nivel de atención y se puso de manifiesto la necesidad de un contar con un nivel diagnóstico de apoyo, así como de servicios para la atención de pacientes que requerían rehabilitación quienes habían sido captados en BAI. En su alocución dominical, el 1° de junio de 2005, Chávez anunció la fase II de BA y propuso como meta para ese mismo año la construcción de 30 centros de alta tecnología (CAT), 600 centros de diagnóstico integral (CDI) y 600 salas de rehabilitación integral (SRI)<sup>3</sup> (MINCI, 2005).

Paralelamente al crecimiento físico y vista la gran aceptación de la MBA por la población atendida, se fue ajustando propuesta organizativa y las bases jurídicas que permitieran el avance de las misiones más allá de propuestas de carácter temporal y paliativo. En 2005 se conforma la Fundación Misión Barrio Adentro (FMBA)<sup>4</sup> con el fin de instituir los procesos administrativos y financieros, bajo la rectoría del Ministerio de Salud (MS) como ente encargado de la política de salud. En tal sentido, se consideró que el Estado, sobre la base de la participación y protagonismo del pueblo, debía promover y desarrollar nuevos modelos de gestión a nivel de las comunidades, barrios y vecindades, regidos por los principios de corresponsabilidad en la gestión a través de la implementación de procesos autogestionarios y cogestionarios en la administración y control de los servicios<sup>5</sup>.

La FMBA tendría por objeto la gestión de los procesos administrativos, a fin de desarrollar planes, proyectos y programas que permitiesen mejorar la calidad de vida y salud de los y las venezolanas para la implementación de la Misión Barrio Adentro (MBA).<sup>6</sup> Se establecieron como fuentes de financiamiento un Fideicomiso del BANDES (por órgano del MS); aportes asignados en la ley de presupuesto; donaciones y aportes que se recibiesen de personas naturales o jurídicas, de instituciones públicas o privadas nacionales o extranjeras; e ingresos propios por

---

<sup>3</sup> En el CDI se cuenta con equipamiento para rayos x, ultrasonido diagnóstico, endoscopia, electrocardiograma, laboratorio clínico y sistema ultramicroanalítico (CDI con quirófano), oftalmología clínica, emergencia, apoyo vital, terapia intensiva, anatomía patológica (uno de cada seis CDI cuenta con capacidad para estudios histopatológicos), quirófano (uno de cada cuatro CDI). Los CAT cuentan con resonancia magnética nuclear, tomografía axial computarizada, ultrasonido tridimensional, mamografía, densimetría ósea, video endoscopio, laboratorio clínico, sistema ultramicroanalítico, electrocardiografía. Los SRI cuentan con electroterapia, ultrasonido, laserterapia, termoterapia, tratamiento con calor infrarrojo, hidroterapia, hidromasajes, gimnasio pediátrico, gimnasio adulto, terapia ocupacional, medicina natural y tradicional, logopedia y foniatría, podología.

<sup>5</sup> Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 345.090 de fecha 23 de marzo de 2006.

<sup>6</sup> Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 38.542 de fecha 13 de octubre de 2006.

<sup>6</sup> Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 38.423 de fecha 25 de abril de 2006.

colaboración financiera y económica y demás bienes que se adquiriesen por cualquier otro título<sup>6</sup>.

La FMBA estaría bajo la coordinación de su Consejo Directivo y sería garante de la coordinación, gestión y administración de los planes, proyectos y programas elaborados para apoyar a la consolidación del SPNS en sus dos primeros niveles de atención. Así se concretó una de las primeras reformas a la administración en salud del sistema venezolano. Posteriormente, sin aún concluirse las primeras etapas, serían planteadas las ideas de BAIII y BAIV<sup>7</sup> como parte los elementos faltantes para la articulación de la red de servicios de atención, los cuales serían gerenciados por otros mecanismos distintos a la FMBA.

De acuerdo con Lacruz (2006), es sólo en 2006, luego de seis años de reformas institucionales, ajustes, tensiones y luchas políticas que el Gobierno Bolivariano empezó a cristalizar los cambios en las políticas públicas de acuerdo a su proyecto antineoliberal y de refundación del Estado. A pesar de los múltiples avances en la inclusión social de las clases desposeídas tuvo déficits en cuanto a la ejecución de las políticas sociales, los cuales obedecían a diversas razones, que dieron como resultado una eficiencia por debajo de lo esperado.

El análisis preliminar de algunas misiones, entre ellas BA, plantea ciertas interrogantes, tomando en cuenta los problemas técnicos, organizativos y metodológicos que tradicionalmente afectan la política social venezolana, que entre otras cosas han sido producto de las debilidades en el desarrollo de la política nacional de planificación, materializadas en la falta de elementos vinculantes en los sistemas sectoriales y la debilidad metodológica por desconocimiento tanto conceptual como instrumental de las variables políticas relacionadas al ejercicio del poder a nivel colectivo. Ello ha ocasionado un distanciamiento entre las intenciones expresada en los planes y la realidad, con la permanencia casi inalterada del arquetipo organizacional de administración pública que parece alejada de las demandas de cambios (GOMEZ, 2007; CASTELLANO y GIORDANI, 1996; LÓPEZ, 2007).

De esta forma la implementación de estrategias innovadoras que involucra una propuesta de cambio sustancial en el abordaje de las necesidades de salud de la población, como la MBA, se siguió enfrentando sin todas las herramientas

---

<sup>7</sup> BAIII incluye hospitales generales y BAIV hospitales especializados.

gerenciales necesarias. Tal es el caso de la planificación en salud como mecanismo facilitador del procesamiento de esas necesidades e igualmente acorde con las exigencias de la refundación del Estado. En el caso concreto de Barrio Adentro II (BAII), la meta planteada inicialmente no logró completarse, siendo que desde 2005 a enero de 2008 en realidad se pudieron construir 464 CDI, 543 SRI y 26 CAT (MPPD, 2009). Vistos los resultados de BAI (puesto que este nivel nace previo a la creación de la FMBA) y luego los resultados parciales de BAII, cabe preguntarse ¿Cómo se planificó el diseño y la implementación de BAII?

Esta pregunta se tradujo en el objetivo general del estudio que fue describir el proceso de planificación de la red BAII en Venezuela durante el período 2005-2006.

Para alcanzar ese objetivo fueron definidos los siguientes objetivos específicos:

- Caracterizar el contexto político-institucional de la MBA y sus posibles influencias sobre las prácticas de planificación de la red BAII.
- Identificar los sujetos de las prácticas de planificación de la red BAII.
- Caracterizar el grado de formalidad de las prácticas de planificación adoptadas por el equipo dirigente de BA en el diseño y la implementación de BAII.

## 2. ELEMENTOS TEÓRICOS

Entendiendo que a cada forma específica de práctica de planificación subyace una teoría, es necesario, antes de hablar del objeto de estudio, anclarse conceptualmente dentro de un enfoque que justifique la selección de la corriente de planificación estratégica en salud, cuyas principales ideas se expresan en América Latina a través del pensamiento de Carlos Matus y Mario Testa, así como otros referentes latinoamericanos que surgieron a partir de los años 70.

La definición que Matus (1987) hace sobre planificación se orienta a someter nuestra voluntad a los acontecimientos que fijan una dirección y una velocidad al cambio. Considera la incorporación de lo político, no como marco referencial sino como objeto explícito de trabajo. Para ese autor, la planificación es el cálculo que precede y preside la acción. Del aporte teórico de este exponente se resalta el Triángulo de Gobierno.

En relación a Testa (2004), este autor señala que el objetivo central de la planificación es contribuir a la promoción y creación de condiciones que posibiliten la realización de mudanzas políticas, sociales y económicas. A la relación necesaria entre propósitos e métodos utilizados para alcanzarlos, bien como la organización de las instituciones que se encargan de ella, es lo que el autor denomina postulado de coherencia.

Tanto Matus (1987) como Testa (2004) destacan la importancia que adquiere en el proceso de planificación la existencia de múltiples actores con objetivos frecuentemente divergentes y que todos planifican desde distintos ámbitos, con diferentes métodos y racionalidades, imprimiéndole a la planificación estratégica su carácter social. Es por ello que se requiere identificar quiénes son esos actores y cómo el peso de sus acciones se pondera en los resultados de las políticas.

En relación al concepto de planificación, se tiene que el mismo ha sido objeto de varios abordajes que operan bajo diferentes enfoques teóricos y son en parte producto de los contextos político-social en que sus principales exponentes desarrollaron sus ideas. Castellano (2004) rescata los denominadores comunes de las distintas concepciones sobre la planificación y destaca la relación entre fines para alcanzar y medios para lograrlo; el sentido de anticipación de lo que ocurrirá; la noción de trabajo ordenado, sistemático; y un conjunto de fases interactuantes

llamadas de diferentes maneras por diferentes autores. Para este autor, la planificación es un método bajo la forma de proceso, para la toma de decisiones en torno al mantenimiento de una realidad dada o a su transformación en otra más deseable, mediante la distribución de recursos entre fines múltiples.

Para Giordani (1986), este concepto comprende la posibilidad de intervención social y de cómo contrastar ideas y realidades, destacando la existencia de actores sociales con ciertas capacidades y poder como base de la planificación. Siendo un proceso social, debe ser entendida dentro de las características del país que se trate. Sus posibilidades y limitaciones no sólo deben ser comprendidas, únicamente como resultado de aspectos formales y abstractos que se manejan como parte de la actividad, sino que se hace imprescindible ubicarla históricamente en el contexto en que ella se desarrolla.

Este mismo autor considera la relación de la planificación con el concepto de práctica de planificación la cual asume como la aplicación y uso que se hace de la planificación en una sociedad específica, y llama la atención sobre el hecho de que la misma no debe entenderse sólo en base a sus resultados concretos, sino también a sus vínculos con la reflexión teórica (GIORDANI, 1986).

Merhy (1995) considera la planificación como tecnología de acción, toda vez que ella se traduce en saberes y prácticas que se proponen operar sobre diferentes dimensiones de la realidad social en la búsqueda de efectos finales contemplados en el diseño de la intervención. Para este autor la planificación es abordada en la actualidad como instrumento de los procesos de gestión de las organizaciones; como práctica social transformadora; y como método de acción gubernamental.

Schraiber y otros autores (1999), dentro del marco conceptual de la planificación, emplean el saber operante (también denominado tecnológico), y el saber práctico. El saber operante orienta la aplicación de la ciencia y le da perspectiva de racionalidad de acción al trabajo; mientras que, es en el saber práctico, es decir en la actividad del trabajo, que el propio saber tecnológico se prueba y se enriquece. Estos autores consideran que la planificación busca crear tecnologías de poder y al ser el brazo de la política que opera prácticas racionalizadoras se expresa como saber operante, tecnológico, cuya acción estratégica está en realizar aquel proyecto.

Mendes-Gonçalves (1994, p.32), define tecnología como el “conjunto de saberes o instrumentos que expresa, en los procesos de producción de servicios, la red de relaciones sociales en que sus agentes articulan su práctica en una totalidad social”. Aquí se emplea la noción de saber cómo tecnología, en la producción de servicios de salud. Cuando habla de saber se refiere a la posesión y a la manipulación de objetos de trabajo en el seno del proceso de producción. En cuanto a tecnología, es abordada como concepto significante de los nexos (la disposición) establecidos entre los elementos (el objeto de trabajo) de una cierta práctica (la experiencia médica), en su nivel interno, y al mismo tiempo en su función de las articulaciones sociales que la determinan. Schraiber y otros autores (1999) definen la planificación como un trabajo de gestión que se ocupa de la organización de otros trabajos.

Extrapolando este análisis al objeto específico de la oferta de servicios de salud, basadas en determinados principios legales, se podría inferir que la planificación en su acepción de tecnología actuará en la organización de los trabajos que se producen para cumplir tales principios, socialmente acordados (SCHRAIBER, *et al.*, 1999).

Matus (1987, p. 69) considera el concepto de sistematicidad como elemento distintivo de la planificación por encima de la improvisación. Al respecto establece que: “La sistematicidad alude a la existencia de cuerpos ideológicos, teóricos y metodológicos que apoyan el cálculo que precede y preside la acción, los cuales le imprimen una coherencia y racionalidad particular a la acción del actor”. Igualmente hace énfasis en la necesidad de la coherencia entre la ideología, la teoría y los métodos como elementos distintivos de la planificación. A este respecto considera el cálculo estratégico, el cual reviste sistematicidad pero no necesidad de reproducción del conocimiento, y a la vez considera la planificación formalizada como la articulación de los distintos momentos de la misma que incluya procedimientos prácticos normatizados.

Igualmente, para tener una mejor comprensión de esas prácticas de planificación es importante comprender el contexto político-institucional en que ellas se desenvuelven y como los elementos que conforman ese contexto adquieren dimensiones determinadas confiriéndole características específicas a las estrategias. Para esta comprensión, el triángulo de gobierno de Matus (1987) ofrece las herramientas teóricas necesarias que permiten caracterizar este contexto. Este

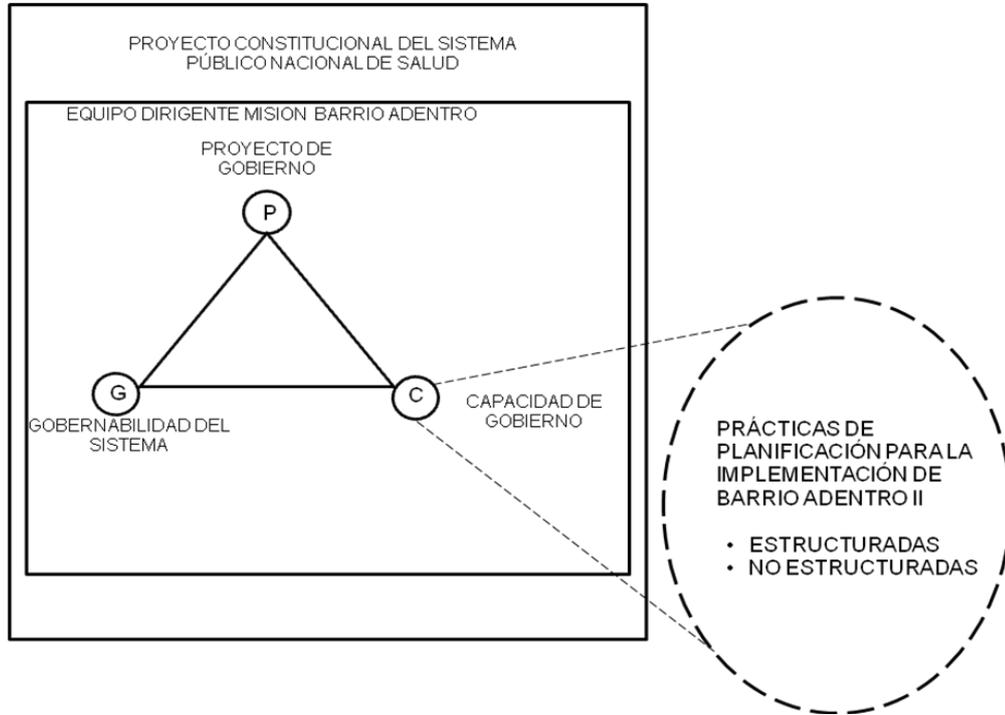
triángulo relaciona el proyecto de gobierno, en el que se expresan los contenidos propositivos de los proyectos de acción; la gobernabilidad del sistema, que considera la relación entre las variables que controla y no controla un actor en el proceso de gobierno; y la capacidad de gobierno, que se refiere a la capacidad de conducción o dirección, la cual está dada por el acervo de las técnicas, métodos, destrezas, habilidades y experiencias de un actor y su equipo de gobierno para conducir el proceso social hacia objetivos declarados, dadas la gobernabilidad del sistema y el contenido propositivo del proyecto de gobierno (MATUS, 1987).

En tal sentido, se propone el esquema teórico a seguir en el que el triángulo de gobierno permite situar el contexto político-institucional en el que se desenvolvía el equipo dirigente de la MBA, el cual a su vez estaba inmerso dentro de una propuesta de reformas del Estado venezolano, siguiendo el acuerdo social alcanzado a través de la Constitución de 1999. Estudiar detenidamente este contexto permite hacer énfasis en determinados componentes del triángulo y explorar con profundidad las prácticas de planificación utilizadas en el diseño e implementación de BAII, como parte de la capacidad de gobierno, pudiendo ser estas estructuradas o no, aludiendo al nivel de sistematicidad y formalidad de las mismas. Esas prácticas podrán ser entendidas como una tecnología de gestión en la medida que haya permitido la organización de otros trabajos que conjuntamente lleven a la realización de los objetivos previstos en el acuerdo social.

La articulación teórica entre el triángulo de gobierno y las prácticas de planificación se realizó mediante la construcción de un plan de análisis a partir del modelo propuesto por Vilasbôas (2006), quien para estudiar las prácticas de planificación en el ámbito de una secretaria municipal de salud conjugó estos elementos bajo las propuestas conceptuales de Matus y Testa y abordó el objeto de estudio tomando en cuenta las prácticas de planificación de acuerdo a su grado de formalidad (formato estructurado y no estructurado) y a su racionalidad (normativa y estratégica). La estructura del plan de análisis también abordó el uso de la planificación como trabajo de gestión para la implementación de una política pública bajo la perspectiva del triángulo de gobierno (MATUS, 1987).

Se sintetizó la construcción de las unidades de análisis, desagregadas en categorías operacionales y respectivas variables, conforme se describe en el esquema teórico y plan de análisis que se presentan a continuación:

**Figura 1**  
**Esquema de los Elementos Teóricos**



**Tabla 1**  
**Plan de análisis**

Unidad de análisis	Definición	Categoría operacional	Variables
Proyecto de Gobierno	Se refiere al contenido propositivo de los proyectos de acción (reformas políticas, el estilo de desarrollo, la política económica, etc.). El proyecto de gobierno expresa la conjunción del capital político y el capital intelectual	Coherencia de los documentos propositivos de BAI	Coherencia de las directrices políticas y objetivos explicitados en los documentos propositivos del gobierno
		Suficiencia de los documentos propositivos de BAI	Suficiencia de las directrices políticas, objetivos y medios correlacionados explicitados para enfrentar los problemas escogidos para intervención.
Gobernabilidad	Es una relación entre las variables que controla y no controla un actor en el proceso de gobierno, ponderadas por su valor o peso en relación a la acción	Apoyo político, capital político para la organización del segundo nivel de atención (diagnóstico y rehabilitación) del SPNS a través de la implementación de BAI	Apoyo político en términos generales  Apoyo político en términos específicos: Instancia legislativa para la organización del segundo nivel de atención (diagnóstico y rehabilitación) del SPNS a través de la implementación de BAI  Apoyo de la instancia de los movimientos de base y las asociaciones profesionales para la organización del segundo nivel de atención (diagnóstico y rehabilitación) del SPNS a través de la implementación de BAI
		Autonomía administrativa y financiera de la FMBA	Ejecución directa de los procedimientos para la adquisición de bienes y servicios (licitación, compromisos, liquidación y pagos)
Capacidad de gobierno	Es una capacidad de conducción o dirección y se	Perfil del equipo dirigente	Existencia de liderazgo o cuadro político del equipo dirigente de BAI

	<p>refiere al acervo de las técnicas, métodos, destrezas, habilidades y experiencias de un actor y su equipo de gobierno para conducir el proceso social hacia objetivos declarados, dadas la gobernabilidad del sistema y el contenido propositivo del proyecto de gobierno</p> <p>Capital intelectual (capital teórico, capital instrumental y capital experiencia)</p>		<p>Habilidades del equipo dirigente de BAI</p> <p>Formación en el área de salud del equipo dirigente de BAI</p> <p>Acervo de técnicas del equipo dirigente de BAI</p>
		Adecuación del cuadro técnico a las necesidades del SPNS	<p>Cuadros técnicos calificados por instituciones de salud pública</p> <p>Número adecuado de profesionales por área de actuación</p> <p>Cuadros técnicos calificados en su área de actuación</p> <p>Destrezas y habilidades del equipo</p>
Sujetos de las prácticas de planificación	Actores sociales que planifican desde cualquier situación y con métodos diversos		<p>Equipo directivos de la MBA involucrados en el proceso de planificación de la red BAI</p> <p>Otros actores sociales</p>
Prácticas de planificación	Proceso de trabajo de la gestión que actúa sobre otros procesos de trabajo para organizarlos en función de principios políticos y técnicos-científicos orientadores de la finalidad institucional	<p>Prácticas de planificación Estructurada</p> <p>Prácticas de planificación No Estructurada</p>	<p>Procedimientos prácticos normatizados. Planificación formal</p> <p>Cálculo estratégico sistemático</p>

### **3. ESTRATEGIA DE INVESTIGACIÓN**

Se trató de un modelo de investigación observacional de tipo descriptiva. Fue transeccional porque los datos fueron colectados en un único momento. Al concentrarse en acontecimientos de la contemporaneidad, la estrategia escogida fue el estudio de caso, porque el foco de la investigación se encontraba contenido en un contexto de la vida real y se buscaba el completo entendimiento de su naturaleza, circunstancias y características, para realizar inferencias válidas en sí mismo y en su contexto (YIN, 1994; HERNANDEZ *et al*, 2003).

La descripción profunda de tales circunstancias y singularidades, confrontadas con la teoría, permitiría posteriormente las generalizaciones analíticas y el establecimiento de las circunstancias en que valdrían ciertas proposiciones, considerándose que la generalizabilidad y la potencialidad de extensión de las características de este estudio a otros estaría dada por la plausibilidad de la lógica analítica y por la fortaleza del razonamiento explicativo, lo cual es independiente epistemológicamente de la inferencia estadística (YACUZZI, 2005; HERNANDEZ *et al*, 2003).

Se escogió trabajar con el equipo dirigente de BAII durante la gestión 2005-2006, ya que eran los sujetos que podían aportar informaciones únicas y dar a conocer respuestas específicas pertinentes a la pregunta de investigación. De acuerdo con esto, se estudiaron sus variables y relaciones en el contexto en que estas se desenvolvían. Para acercarse a la comprensión de cómo se insertaba la problemática dentro del entorno que le conferían singularidad, se presentó una caracterización sobre la situación socioeconómica, demográfica, la historia y política contemporánea de Venezuela, así como el desarrollo de la política pública en salud y de la planificación general, considerándose el horizonte temporal del período de estudio.

#### **3.1 Recolección, procesamiento y análisis de datos**

Para la captación en el plano operacional de elementos previstos en el plan de análisis descrito y a los fines de establecer los nexos entre los elementos teóricos y los hallazgos empíricos, de acuerdo con los objetivos planteados, se realizaron dos

fases para la producción de datos. La primera fase envolvió el análisis documental y la segunda se enfocó en el trabajo de campo (YIN, 1994). Fue elaborada una matriz para orientar la recolección de datos (Apéndice A) a ser obtenidos por las entrevistas y por el análisis documental, en que fueron articulados los objetivos específicos, las unidades de análisis, categorías operacionales y respectivas variables. Se realizó un análisis documental preliminar a una serie de documentos como leyes, planes, programación institucional, entre otros, cuyos aspectos relevantes fueron recogidos en fichas de información y se efectuaron entrevistas semiestructuradas al equipo dirigente de BAII, siguiendo los modelos de guiones de entrevistas elaborados para tales fines (Apéndice B).

La presente investigación se fundamentó en las normas de la Resolución 196 de 16/10/1996 del Consejo Nacional de Salud, siguiendo los criterios establecidos por el Comité de Ética en Pesquisa del Instituto de Salud Colectiva de la Universidad Federal de Bahía, creado el 19 de marzo de 2001 y aprobado su funcionamiento por el Consejo Nacional de Ética en Pesquisa – CONEP el 12 de noviembre de 2001 y cuya sede está localizada en la calle Augusto Viana, s/n, 2º andar – Campus Universitario de Canela, siendo aprobada por dicho Comité el 25 de agosto de 2009, y oficializada mediante el parecer No. 028-09/ CEP-ISC de fecha 01 de septiembre de 2009.

La revisión documental fue realizada considerando el lapso en estudio (2005-2006), buscando una caracterización del objeto de investigación y del contexto político-institucional en el que interactuaba el equipo dirigente de la MBA. Fueron examinados el Plan de Desarrollo Estratégico y Social de la Nación 2001-2007 (PDESN 2001-2007), el Anteproyecto de Ley Orgánica de Salud (ALOS), el Convenio de Cooperación Cuba-Venezuela (CCCV), documentos oficiales como decretos y gacetas relacionados con la creación de la FMBA y con el Reglamento Interno del MS. También fueron examinados algunos informes internos del MS sobre las competencias de los involucrados, metas, logros, etc. (Apéndice C).

El trabajo de campo fue desarrollado en un lapso de un mes, tiempo durante el cual se efectuaron un total de 12 entrevistas a funcionarios que ocuparon cargos dirigentes de la MBA durante el período 2005-2006, incluyendo el Ministro de Salud, Ministro de Hábitat y Vivienda, los miembros del Consejo Directivo de la FMBA, las coordinaciones técnicas y el Director de Planificación y Presupuesto de la FMBA. Aún cuando no hacía parte del equipo dirigente nacional de BA, se escogió un

coordinador regional, en este caso el Coordinador de BA estado Nueva Esparta, siguiendo un criterio de conveniencia, por considerar que la visión de la experiencia operativa podría aportar datos que facilitaran la comprensión orgánica del funcionamiento de BAII (Apéndice D). Del equipo identificado en el análisis documental preliminar no se pudo contactar al representante de las Fuerzas Armadas quien hacía parte del Consejo Directivo de la FMBA y al representante de la Misión Médica Cubana (MMC), ya que el mismo fue destacado a otras funciones fuera de Venezuela justamente en los días que se realizó el trabajo de campo.

Para caracterizar el contexto político-institucional en que se desenvolvía el equipo dirigente de BAII, identificar los sujetos de planificación y la formalidad de sus prácticas fueron aplicadas entrevistas a los dirigentes que ocuparon cargos estratégicos en el período de estudio. Las entrevistas fueron grabadas y transcritas por la autora, con el consentimiento de los entrevistados (Apéndice E). Se realizó una clasificación de la selección de secciones de las entrevistas, de acuerdo con las categorías seleccionadas para el procesamiento de las evidencias. Esta selección de las diversas secciones fue clasificada con el uso del programa N. Vivo 2.0, disponible en el Instituto de Salud Colectiva de la Universidad Federal de Bahía, que permite la indexación de textos a partir de la construcción de “árboles” cuyos “troncos” y “ramas” correspondían a categorías del marco teórico del estudio (apéndice F).

En primer lugar cada entrevista fue procesada separadamente y posteriormente realizados los reportes específicos por cada una de las categorías y subcategorías. Aquellas categorías con resultados extensos fueron reprocesadas en un nuevo árbol buscando mayor precisión y diferenciación entre los ítems considerados. El producto de esta organización fue vaciado en matrices que permitieron organizar y procesar los resultados. De esta manera fue posible revisar las actitudes de los entrevistados, la carga evaluativa en términos de dirección e intensidad y las representaciones de los mismos al respecto del objeto de estudio (MINAYO, 2004).

Se hizo una descripción completa de cada categoría para ubicarla dentro del fenómeno de estudio, destacando la valoración de la presencia de los nexos encontrados y después de explorar las relaciones entre las partes se procedió a la integración las informaciones codificadas y reconstrucción de la totalidad inicial. Los

hallazgos fueron interpretados siguiendo los lineamientos del cuadro teórico (HERNANDEZ *et al*, 2003; SABINO, 1979). La interpretación requirió la elaboración de “categorías analíticas capaces de revelar relaciones esenciales, pero también de categorías empíricas y operacionales capaces de captar las contradicciones del nivel empírico” (MINAYO, 2004, p. 199). De acuerdo con ello, se contrastaron los documentos oficiales con los hallazgos en busca de contradicciones y convergencias que permitieran realizar afirmaciones que condujeran al cumplimiento de los objetivos planteados.

#### **4. CARACTERIZACIÓN DE VENEZUELA PARA LA COMPRESIÓN DEL CASO DE ESTUDIO**

La República Bolivariana de Venezuela es un país que se encuentra ubicado al norte de América del Sur. Su frontera marítima, el mar Caribe, limita con los mares territoriales de las Antillas Neerlandesas (Aruba, Curazao, Bonaire, Saba, San Martín y San Eustaquio), República Dominicana, Estado Libre Asociado de Puerto Rico e Islas Vírgenes (EEUU), San Cristóbal y Nieves, departamentos franceses de ultramar de Martinica y Guadalupe, Trinidad y Tobago; al Sur Brasil y Colombia; al Este el Océano Atlántico y Guyana y al Oeste con la República de Colombia. La superficie territorial está comprendida por 916.445 Km<sup>2</sup> y la superficie marítima por 860.000 Km<sup>2</sup> (MPPD, 2005).

Por la proximidad del país al ecuador, puede decirse que no hay más que dos estaciones, una seca y otra lluviosa. La temperatura varía considerablemente con la altitud, regularmente calurosa en las tierras bajas presentando 28°C en promedio, templada entre los 600 y los 2.000 m. sobre el nivel del mar para una temperatura que varía entre 22°C y 28°C, y fría por encima de los 4.000 m. sobre el nivel del mar presentando una temperatura de 10°C a 0°C (MPPD, 2005).

Venezuela posee un extenso y complejo conjunto de áreas protegidas, las cuales abarcan aproximadamente el 46 % del territorio nacional, y están representadas en 249 áreas especialmente creadas para proteger los recursos naturales y el ambiente. Su geografía, está cruzada por un sin número de caudalosos ríos y torrentes. Le arriban como grandes afluentes aproximadamente 194 ríos y posee seis grandes cuencas hidrográficas (MPPD, 2005).

Por su situación geográfica, clima y demás condiciones ecológicas presenta una variada vegetación, caracterizada como un mosaico muy complejo de unidades florísticas-fisionómicas, donde se distinguen más de 150 diferentes tipos de vegetación. Sus paisajes comprenden desde exóticos en playas, islas apartadas hasta montañas de variedad de pisos climáticos. Asimismo, tiene más de 50% de su territorio cubierto de bosques. Cuenta además, con uno de los ecosistemas más variados del mundo. En sus áreas marinas y submarinas cuenta con abundantes recursos naturales como yacimientos petrolíferos, gas natural y otros minerales (MPPD, 2005).

En relación a su organización político administrativa la República Bolivariana de Venezuela es un Estado Federal Descentralizado y Democrático, cuyo Presidente es elegido para un período de seis (6) años por votación universal, directa y secreta. La ciudad capital es Caracas y el idioma oficial es el castellano. Los idiomas indígenas también son de uso oficial para los pueblos indígenas (MPPD, 2005).

La organización del Poder Público Nacional se distribuye entre el Poder Municipal, el Poder Estatal y el Poder Nacional. El Poder Público Nacional está compuesto por cinco (5) poderes independientes: 1) Poder Legislativo; 2) Poder Ejecutivo; 3) Poder Judicial; 4) Poder Ciudadano; 5) Poder Electoral. En cuanto a su división política territorial, la misma está conformada por 23 Estados, 1 Distrito Capital (Caracas), Dependencias Federales conformadas por 72 Islas en el Mar Caribe. Las ciudades más pobladas y con mayor desarrollo industrial son Caracas, Maracaibo, Valencia, Maracay, Barquisimeto, Ciudad Guayana (MPPD, 2005).

#### **4.1 Información demográfica e indicadores sociales**

En cuanto a los datos demográficos, para el año de 2005 la población estimada con base a los datos del censo 2001 era de 26.577.423 habitantes, con una densidad demográfica de 29,0 habitantes por Km<sup>2</sup> y una tasa de crecimiento promedio anual de 1,9%. El 31,71% de la población era menor de 15 años y 4,91% mayor de 65. La tasa global de fecundidad era de 2,9. La esperanza de vida al nacer era de 76,6 para mujeres y 70,8 para hombres; la esperanza de vida para ambos sexos fue 73,7. Las tasas de natalidad y mortalidad general fueron 21,3 por 1.000 y 4,4 por 1.000 habitantes, respectivamente; siendo la tasa de mortalidad general 3,5 por 1.000 habitantes para mujeres y 5,3 por 1.000 habitantes para hombres. Para el año 2002, 87,4% de la población era urbana; 53% de la población residía en la región costa norte; 24% en áreas fronteriza y 23% en la central. En el 2001, la población indígena representaba 1,5% (INE, 2005).

En relación a los datos socioeconómicos, para el año 2005 el Índice de Desarrollo Humano Nacional era de 0,8080 y el coeficiente de Gini era de 0,4748. La población pobre que no tenía garantizado los servicios públicos mínimos, y otras necesidades básicas se ubicaba en 26,7% (INE, 2005). Las personas en hacinamiento crítico llegaban a 867.366, y las que vivían en unidades habitacionales

inadecuadas sumaban 495.463 personas. Sin servicios públicos 735.649, y con una alta dependencia económica alrededor de 311.000 personas (INE, 2005).

La tasa de crecimiento del Producto Interno Bruto (PIB) real era de 9,4% y el PIB real per cápita era de 1.577,4 dólares. La economía venezolana se fundamenta principalmente en la industria petrolera, minería del hierro, materiales de construcción, agroindustria de alimentos, textiles, acero, aluminio, ensamblado de vehículos y telecomunicaciones. En 2005, hubo un fortalecimiento del sector no petrolero de la economía (10,3%), con alzas significativas en el sector manufacturero (8,7%), comercio y servicios (19,9%), construcción (20,1%), y otros sectores (BCV, 2005).

La inversión social como porcentaje del PIB era de 17,6% y 57,7% como porcentaje del gasto total. Del gasto como porcentaje del PIB por sectores se tenía que para educación era 5,76%, para salud 2,64% y para seguridad social 3,79%. El porcentaje de personas en situación de pobreza extrema era de 17,8%. La tasa de desempleo era de 13,5% y 11.961.013 habitantes constituían la población económicamente activa. El salario mínimo era de 188 dólares. El costo de la canasta alimentaria normativa era de 171 dólares. El porcentaje de hogares en situación de pobreza se ubicaba sobre 37%, conjuntamente con una tasa de ocupación que no llegaba a 89%. La tasa de inflación era inferior a 15%. El 90% de la población tenía acceso al agua potable y 79% de la población estaba incluida en la recolección de aguas servidas (MPPD, 2008).

En relación al régimen de atención social, el Sistema de Seguridad Social se encontraba en proceso de reestructuración y tenía (y continua teniendo) carácter universal y obligatorio. La cotización del trabajador oscilaba entre un 10% y un 13% de su salario (MPPD, 2005). En cuanto al sistema educativo<sup>8</sup> en el período entre 1990 a 2005, la tasa bruta de escolaridad para todos los niveles mejoraron,

---

<sup>8</sup> La estructura del sistema educativo está comprendida por los siguientes niveles: la Educación Preescolar, la Educación Básica, la Educación Media Diversificada y Profesional y la Educación Superior. La Educación Preescolar, es la fase previa al Nivel de Educación Básica; constituye el primer nivel obligatorio del sistema educativo y la atención pedagógica durará un año escolar.

La Educación Básica es el Segundo Nivel obligatorio del sistema educativo; dicho nivel comprende tres etapas con duración de tres años de escolaridad cada una.

La Educación Media Diversificada y Profesional es el Tercer Nivel del sistema educativo; constituye el nivel siguiente al de Educación Básica y previo al de Educación Superior, con los cuales está articulado curricular y administrativamente.

La Educación Superior tiene como base los niveles precedentes y comprende la formación profesional y de posgrado, y puede cursarse en las Universidades, los Institutos Universitarios, Pedagógicos, Politécnicos, Tecnológicos y demás instituciones que tengan los objetivos señalados en la Ley.

registrándose un aumento del 36,5% en preescolar (de 40,0 a 54,6 respectivamente), 5% en básica (de 90,0% a 91,9% respectivamente), 87% en media diversificada y profesional (de 17,8% a 33,3% respectivamente). En relación a la educación superior, en 1990 se matricularon 528.857 estudiantes y para 2005 esta cifra se incrementó a 1.470.861 estudiantes. La tasa de deserción en básica, y diversificada y profesional pasó de 7,1 y 17,1 respectivamente en 1990 a 3,9 y 10,5 respectivamente en 2005. No obstante estas mejoras, dejó de matricularse un porcentaje importante de la población potencial para incorporarse. En 2005 la prosecución en básica fue 89,2, mientras que para media diversificada profesional fue de 46,3. Los años de escolaridad promedio de la población mayor de 15 años son de 9,3. En el último censo en el 2001, el analfabetismo en mayores de 10 años fue 6,4% (9,3%, en el censo de 1990), no obstante, en 2006 Venezuela fue declarada por la Organización de la Naciones Unidas para la Educación, Ciencia y Cultura (UNESCO) como Territorio Libre de Analfabetismo (MPPD, 2008; OPS, 2005).

En cuanto a los principales problemas específicos de salud en la población se tiene que en 2005 la tasa de mortalidad de las principales causas, expresada por 100.000 estaba compuesta, en primer lugar, por enfermedades del corazón (91,62), seguida de cáncer (68,3), enfermedades cerebro vasculares (32,71), suicidios y homicidios (32,41), accidentes de todo tipo (31,89), diabetes (27,5), influenza y neumonía (9,99), enfermedades del hígado (8,46), cirrosis y fibrosis hepática (6,90) (MPPS, 2005). El porcentaje de contribución de las principales causas de mortalidad en 2005 fue el siguiente: enfermedades del corazón (20,73), cáncer (15,45), enfermedades cerebro vasculares (7,40), suicidios y homicidios (7,31), accidentes de todo tipo (7,19), diabetes (6,22), ciertas afecciones originadas en el período perinatal (4,64), enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores (2,89), influenza y neumonía (2,26), enfermedades del hígado (2,08) (MPPS, 2005).

La tasa de morbilidad por cinco primeras causas, expresada por 100.000 habitantes destaca en primer lugar el asma (4666,0), seguido de amigdalitis aguda (4226,0), fiebre (3503,0), rinofaringitis aguda (3297,0) y heridas (3167,0). La tasa de mortalidad infantil disminuyó de 123 a 15,5 por 1.000 n.v.r. entre 1940 y 2005; observándose una disminución en la mortalidad de 87,8%; la velocidad de descenso es mayor en el componente posneonatal que en el neonatal. La mortalidad por diarrea en menores de 5 años disminuyó en 90,5% entre 1990 y 2000 (217,5 a 20,86

por 100.000 n.v.r.) y la mortalidad por infecciones respiratorias agudas, disminuyó en 36%. La primera causa de muerte en ese mismo grupo etario fue causas externas de morbilidad y mortalidad (111,61 por 100.000 n.v.r), seguido por infecciones parasitarias (56,65 por 100.000 n.v.r), malformaciones congénitas (41,72 por 100.000 n.v.r), tumores y neoplasias (22,05 por 100.000 n.v.r) y enfermedades endocrino, nutricionales y metabólicas (21,03 por 100.000 n.v.r). La tasa de mortalidad materna en 2005 era de 59,9 por 100.000 n.v.r. (MPPS, 2005).

En cuanto a la organización al sistema y servicios de salud, según cifras de OPS en 2004, de los 4.819 establecimientos de salud del Ministerio de Salud y Desarrollo Social (MSDS), 214 eran Hospitales y 4605 eran Ambulatorios. Los Ambulatorios se clasificaban en Urbanos Tipo I, II y III y Rurales Tipo I y II. Existían 693, 154 y 43 ambulatorios urbanos I, II y III, respectivamente, lo que sumaban 890 establecimientos urbanos. Asimismo, habían 2852 ambulatorio rurales I y 863 ambulatorios rurales II, para un total de 3715 centros de atención ambulatoria en área rural (OPS, 2005).

Los hospitales de la red de establecimientos públicos sumaban 296, conformados por 214 dependientes del MSDS o de las gobernaciones, 33 del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS), 13 del Instituto de Previsión de la Fuerza Armada (IPSFA), 3 de Petróleos de Venezuela S.A. (PDVSA), 29 del Instituto Nacional de Geriátría (INAGER), 2 de la Corporación Venezolana de Guayana (CVG), 1 de la alcaldía de Miranda y 1 de la Policía Estatal de Caracas. El sector privado contaba con 344 hospitales (315 instituciones lucrativas y 29 fundaciones benéficas). De las 40.675 camas censadas el año 2000 en el ámbito público (17,6 camas por 10.000 habitantes), más del 50% se ubicaban entre el Distrito Capital y los estados más desarrollados. Se tenía un modelo hospitalocentrico en el que el 70% del presupuesto del MS se destinaba a la red de hospitales, 20% a asistencia primaria y 10% restante a la gestión del sistema (OPS, 2005).

La OPS también reportó que de los 4.819 establecimientos de salud 95,6% (4.605), correspondían a los establecimientos de atención ambulatoria cualquiera fuese su tipo. Asimismo, 19,3% (890) de los ambulatorios eran urbanos y 80,7% (3.715) eran rurales, siendo 61,9% (2.852) los ambulatorios rurales tipo I y 18,7% (863) los ambulatorios rurales tipo II (OPS, 2005). Desde la década de sesenta, el

número de hospitales públicos no había variado, excepto por la construcción de un hospital en los años ochenta y ya para la década de los noventa la capacidad resolutive del sistema se hizo crítica e insuficiente (OPS, 2006).

#### **4.2 Desarrollo histórico entre la democracia representativa y la democracia participativa y protagónica**

Para Giordani (1986), la planificación como un símbolo de racionalidad tiene una referencia fundamental en el Estado y en los términos de la sociedad actual no puede ser pensada fuera de ese marco, particularmente en América Latina donde la introducción de la planificación coincidió con el proceso de modernización hacia el capitalismo industrializado con presencia significativa del Estado. Por tal razón cabe el intento de revisar de manera general el régimen de democracia por el que transitó Venezuela posterior a la dictadura de 1958, cuyo cambio de sistema de gobierno fue el resultado de la primera crisis del Estado en la historia contemporánea del país, que condujo a la democracia representativa consolidada con la promulgación de la Constitución de 1961.

Desde 1959 el sistema político venezolano estuvo sostenido por la recomposición de sectores dominantes en cinco columnas institucionales: los partidos políticos, que agrupaban conglomerados en torno a los acuerdos del “Pacto de Punto Fijo” comprometidos en la solución consensuadas de los conflictos; la Federación de Cámaras y Asociaciones de Comercio y Producción de Venezuela (FEDECAMARAS), que agrupaba los sectores propietarios de la sociedad venezolana; la Confederación de los Trabajadores de Venezuela (CTV), que agrupaba un movimiento sindical inclinado a los acuerdos de no conflicto con el sector patronal; la Iglesia Católica venezolana, que intermediaba los conflictos; y las Fuerza Armadas que garantizaba la Constitución y ejercía la disuasión en caso que fuese necesario. La cohesión de estas estructuras institucionalizadas estuvo dada por los beneficios que cada uno de ellos obtendría dentro del consenso de coexistencia apoyado en la economía rentista (BRACHO, 1992).

Posterior a la primera crisis de transición de sistema, surge una segunda crisis tipificada como fiscal, la cual alcanzó su tope máximo con una recesión económica entre 1960-1961 con consecuencias en el modelo rentista de distribución, seguida de una tercera crisis de tipo de legitimidad en la que surgen los

cuestionamientos a la nueva forma de gobierno por aquellos sectores políticos que quedaron excluidos del “Pacto de Punto Fijo” de la que se originó la bipolarización partidista. Estos sectores excluidos se constituyeron en la oposición política de izquierda, los cuales fueron violentamente reprimidos y debilitados para intentar mantener una supuesta estabilidad política en medio de la recesión económica. Estas tensiones se vieron reducidas por la activación de la maquinaria electoral que actuó como mecanismo de legitimación política y se dio el cambio del primer periodo constitucional y la celebración de elecciones en 1963. Los aparatos represivos del Estado fortalecieron sus técnicas y la acción ideológica del Estado como base de dominación se consolidó con la alianza entre los partidos Acción Democrática (AD) y el Comité de Participación Electoral Independiente (COPEI) que pasarían a alternarse el poder en los períodos subsiguientes (GIORDANI, 1986).

Paralelamente, en el contexto internacional, en casi todos los países de la región se despertaron expectativas de democratización, de cambios económicos y de ampliación de los procesos de incorporación y de participación política y social. No obstante, en la mayoría de los casos, las expectativas generadas no lograban cumplirse; en parte, porque el propio proceso de cambio generaba conflictos que los grupos de poder no estaban dispuestos a asumir (FALETTO, 1998) y esos Estados al mostrarse incapaces de reducir las tensiones generadas, luego del agotamiento del modelo de sustitución de importaciones y el incremento de demandas insatisfechas de la población, atravesaron por recias dictaduras militares que según señala López (2004), produjeron cambios en la cultura política y la relación de la población con el Estado, originando posteriormente una opinión favorable a la retracción del mismo en diversos ámbitos de la vida social.

Tales cambios no fueron experimentados de igual forma en la sociedad venezolana ya que a diferencia del resto de los países latinoamericanos, en las décadas consecutivas, realmente no se dio en aquel período un colapso de la democracia representativa. De acuerdo con López (2004), lo que sucedió fue el deterioro de la democracia representativa que alcanzó un pico de rechazo importante en los ochenta con el surgimiento de una importante inestabilidad económica producto de la incapacidad del Estado de manejar la crisis del endeudamiento y malestar social por la falta de compromiso del Estado hacia la profundización de la democracia. Por su parte Martínez (2006), considera que la

crisis de representación de las instituciones políticas surge por causa de la pérdida de referentes políticos concretos. La crisis de inestabilidad económica resultante quedó conocida como el “el viernes negro” debido a que es la fecha (18 de febrero de 1983), que los venezolanos de otrora, recuerdan como el fin de la bonanza y el inicio de un deterioro económico que se enquistó durante las décadas subsiguientes (MALDONADO y FERNÁNDEZ, 2006).

Los problemas de la economía venezolana continuaron exacerbándose y se profundizó la crisis global de la sociedad, que se manifestó de manera contundente en la esfera sociopolítica en una creciente protesta callejera y un cuestionamiento al sistema político. La mayor expresión de esa crisis fue sin duda el llamado “Caracazo” (LÓPEZ, 2008), que fue una rebelión popular espontánea, acaecida el 27 de febrero de 1989 en la que el pueblo salió a la calle para manifestar su rechazo a las medidas neoliberales dictadas por el Fondo Monetario Internacional y asumidas por el incipiente gobierno de Carlos Andrés Pérez. La rebelión fue reprimida a través de las fuerzas armadas y los cuerpos de seguridad del Estado (MINCI, 2009).

Posteriormente, en 1992 ocurriría un fallido golpe de Estado, y en 1993 la destitución del presidente Carlos Andrés Pérez. Con estos eventos se da el derrumbe en 1993 del sistema bipartidista y la emergencia de nuevos actores sociopolíticos con propuestas, líderes y estrategias alternativas. Es de esta manera que para el período de gobierno 1994-1999 resulta electo por segundo mandato Rafael Caldera, quien venía de formar parte del partido social cristiano y lideró una coalición de partidos minoritarios que gobernarían por ese período (LÓPEZ, 2008).

Una vez más la sociedad venezolana vio frustradas sus aspiraciones de superar una nueva crisis fiscal y financiera persistiendo las dificultades de la sociedad para conseguir un nuevo esquema económico eficaz tal como había sido prometido en el paquete del “el Gran Viraje” de Carlos Andrés Pérez y posteriormente remozado en el gobierno de Caldera bajo el nombre de la “Agenda Venezuela” que contenía las orientaciones de los organismos internacionales para la aplicación de las reformas neoliberales y los programas de ajuste macroeconómico. Hubo una política económica ineficiente que registró la inflación acumulada más alta de período constitucional alguno (800%), se propició la apertura petrolera que daban indicios para su futura privatización, y se enfrentó una de las mayores crisis bancarias de la historia venezolana (LÓPEZ, 2008).

En el plano social el gobierno de Caldera tampoco logró procesar la tendencia del deterioro que se arrastraba de las décadas anteriores (Lander y López, 1999). En medio de ese balance negativo, se dan las condiciones para que el Movimiento V República (MVR) conformado por los militares insurgentes de golpe de 1992, sellara una alianza con el partido Patria Para Todos (PPT) para promover la candidatura de Hugo Chávez cuya formulación se centraba en una propuesta antineoliberal y de disminución de las desigualdades sociales, lo que sirvió para que éste llegara a la presidencia con un proyecto que proponía un cambio de sistema social mediante la transformación del sistema para las necesidades de las clases desposeídas (LACRUZ, 2006).

Se puede separar el gobierno de Chávez en tres distintas etapas. La primera, que hacía parte de la campaña electoral de 1999, referida a la refundación del Estado, la cual se concretó con la convocatoria a la Asamblea Constituyente. La segunda etapa en 2001 caracterizada por la promulgación de un paquete de 49 leyes para revertir las reformas neoliberales con lo que pasó a la etapa de radicalización antineoliberal (ELLNER, 2006). Se detiene el proceso privatizador y se derogan varios procesos en curso, entre ellos el de privatización del seguro social, que a pesar de interrumpido, no impidió sus devastadores efectos de la conducción del sistema a la inoperancia e incapacidad como justificativa para la entrada de la administración privada, en teoría más eficaz (MINCI, 2006).

La tercera etapa estuvo caracterizada por la creación de programas innovadores, principalmente las misiones sociales y en esta etapa se definió como “antiimperialista” (ELLNER, 2006). De acuerdo con Lacruz (2006), esta gestión se inició con gran apoyo popular, pero a lo largo del tiempo derivó en fuertes tensiones que profundizaron la inestabilidad política que llevaron a una crisis en 2002, la cual llegó a su tope con un golpe de Estado y un paro nacional que se extendió hasta enero de 2003. En el contexto institucional, los cambios que vinieron después incluían una serie de reformas dentro de los aparatos de gobierno que afectarían también la ejecución de las políticas sociales. El gobierno de Chávez puso en marcha un conjunto de programas sociales identificados como “las misiones” que eran varios programas de naturaleza y origen diversos que se constituyeron en la base de apoyo para ganar el referéndum presidencial de 2004 (LACRUZ, 2006).

Estas misiones buscaban resolver los problemas críticos de la situación económica de los hogares y los amplios déficits estructurales en la protección, bienestar y seguridad social de la población, mediante mayores niveles de inclusión, igualdad y justicia social que podrían superar la situación de segregación, abordando áreas como alimentación, identificación, educación, salud, vivienda, empleo, cultura, entre otros. Las mismas servirían como nuevo esquema de gestión y como dispositivo para acelerar la marcha y multiplicar la capacidad operativa de los planes sociales. Con el apoyo de gobierno cubano, entre 2003 y 2004 se crean 13 misiones sociales (D'ELIA Y CABEZAS, 2008).

Las misiones fueron concebidas dentro del marco de la refundación del aparato burocrático-administrativo funcional del Estado y nuevas formas de participación popular, a fin de responder a lo que había sido plasmados en la Constitución de 1999, que con las estructura tradicional de poca efectividad y las restricciones económicas y fiscales no se podía atender (MINCI, 2006). Con las misiones sociales aparecieron o se reorganizaron distintas políticas, programas y actividades de orden social, en un contexto de desinstitucionalización del antiguo sistema de bienestar social y de creación de nuevas identidades e institucionalidades en la sociedad venezolana (GOMEZ, 2007).

En lo que respecta a la política económica, durante los primeros cuatro años la misma estuvo definida más por lo que se oponía que lo que propugnaba. Después del paro de 2003 se comienza a dar nuevos contornos al modelo económico dirigido al fortalecimiento de la cogestión y más recientemente del poder comunal. Otras de las medidas profundizadas fueron las expropiaciones estatales por utilidad pública, la distribución de títulos de propiedad sobre la tierra y erradicación del latifundio, la delegación de autoridad a las organizaciones de la comunidad con la obtención directa de recursos sin pasar por el aparato burocrático convencional, la negativa de nombrar a representantes del sector empresarial para los altos cargos gubernamentales encargados de la formulación de la política económica, el fortalecimiento del sistema de recaudación tributaria y aduanera. En el 2005, aún dentro de la tercera etapa, Chávez comienza a definir lo que llamaría “el socialismo del siglo XXI” (ELLNER, 2006).

Tanto la figura de Hugo Chávez como la propia sociedad venezolana presentan elementos que complejizan su caracterización, siendo mucho más que una crisis económica y un colapso de un sistema de partidos (LOPEZ, 2006). Del

Búfalo (2006), sugiere que para entender las nuevas expresiones políticas se debe buscar la naturaleza del colapso de un Estado con un modelo rentista petrolero que se agotó con la crisis petrolera de los ochenta y se exacerbó en los noventa con la onda neoliberal. Según este autor, Chávez llegó al poder por el colapso del viejo sistema pero durante los primeros años de gobierno mantuvo muchos de los aspectos del enfoque neoliberal que posteriormente alteró al romper con los sectores empresariales y al cambiar el clientelismo tradicional, lo que para Del Búfalo (2008) es sólo un recambio de ese mal.

Estos sectores y la clase media se sintieron traicionados por Chávez y comienza a arreciar una fuerte campaña comunicacional antichavista a nivel nacional e internacional. De esa forma la oposición comienza una maniobra que alcanza apogeo con el golpe de Estado del 2002 y posteriormente se crea el punto de inflexión para que se de la era de profundización de las políticas sociales que harían que los sectores excluidos vieran reflejados sus intereses en las propuestas de las misiones. Allí el gobierno comienza a delinear una cierta política económica hacia el desarrollo endógeno supeditado a la razón política y con una visión nacionalista (DEL BÚFALO y LÓPEZ, 2006). Para Del Búfalo (2006) el único cambio con Chávez ha sido la distribución de la renta en manos de las clases necesitadas. Por su parte López (2006), considera que lo más coherentes del gobierno de Chávez es atacar a través de Políticas sociales universalistas el problema del 80 % de exclusión.

### **4.3 Política pública en el área de salud**

En lo que se refiere al diseño de las políticas de salud y los modelos de atención, posterior a la aprobación de la CRBV y con ella la elevación de la salud al rango de derecho social fundamental, para dar respuesta a las exigencias de la Carta Magna, desde el año 2000 se comenzó la reestructuración del nivel central del MS, siguiendo la lógica planteada, a través de un Modelo de Atención Integral a la salud (MAI) (RINCON Y RODRIGUEZ, 2004). En el PDES 2001-2007, se establecía la necesidad de realizar cambios estructurales y políticos en una nueva institucionalidad que le permita un salto cualitativo y cuantitativo para poder cumplir

con el objetivo de saldar la deuda social acumulada y sentar las nuevas bases del desarrollo del país (OPS, 2006).

Los déficits estructurales que ocasionaron esa deuda social se expresaban en la incapacidad del Estado de ofrecer servicios a la población. El sistema de salud existente se caracterizaba por ser un modelo curativo, que venía de un desfinanciamiento agudo, privatización directa e indirecta (por cobro o solicitud de insumos a los usuarios), desinversión en mantenimiento de infraestructura y la fragmentación y desarticulación entre múltiples participantes con funciones de regulación, financiamiento, aseguramiento y provisión de servicios (OPS, 2006). La red de atención primaria estaba subutilizada y con una capacidad resolutive muy baja, sin suficientes medicamentos e insumos por lo que prevalecía un modelo hospitalocentrico (ALVARADO *et al.*, 2008).

Así se tiene que en consonancia con los lineamientos del PDESN, en 2002 se creó el Plan Estratégico Social del Ministerio de Salud (PES-MS)<sup>9</sup>, que era un instrumento de planificación política, creado para desarrollar capacidad de conducción estratégica y viabilización de cambios, destacando la estrategia de promoción de calidad de vida y salud. Se enfatizaba la autonomía de individuos y colectividades y la reorientación del modo de atención mediante la estructuración de repuestas conformadas en redes públicas. La implementación del PES se vio afectada por las tensiones sociales y desestabilización política vividas entre 2002 y 2003 (ALVARADO *et al.*, 2008).

En ese marco conflictivo vivido en 2002, la Federación Médica Venezolana (FMV), con el apoyo de la Alcaldía Mayor del Distrito Metropolitano de Caracas, organizó un paro nacional del gremio médico que cerró la mayoría de ambulatorios y hospitales públicos de Venezuela. La necesidad de la población de acceso a los servicios en salud se hizo evidente en Caracas, a través de las demandas realizadas por grupos comunitarios organizados. La Alcaldía de Caracas, con el fin de

---

<sup>9</sup> En el diseño del PES se contó con el apoyo de organismos internacionales como la Agencia Alemana de Cooperación (GTZ), el Fondo de Población de Naciones Unidas (FNUAP) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Los ejes ordenan los conceptos y sirven para la definición de lineamientos estratégicos, objetos de cambio, productos y resultados esperados; y la priorización de áreas de atención para impactar en la calidad de vida de poblaciones y territorios. Los ejes ubican a los actores en líneas de responsabilidad y establece una lógica de interrelación y diálogo entre los distintos ámbitos de la calidad de vida, lo que ayuda a reducir la tentación de ver los problemas circunscritos a parcelas de competencias. Asimismo, es un instrumento para la problematización de la realidad, haciendo visibles sus complejidades, causas y determinantes y su impacto diferencial en los sujetos, obligando a pensar estratégicamente en la combinación de esfuerzos para contribuir a su superación (PES, 2002).

satisfacer estas necesidades diseñó un plan para proveer atención en salud básica a través de “Casas por la Salud y la Vida” en ciertas áreas metropolitanas en las que no existiera ningún tipo de servicios públicos (barrios marginales) (OPS, 2006).

En enero del 2003, esta Alcaldía realizó una convocatoria nacional para apoyar nuevo programa, la cual tuvo poca respuesta, ya que la FMV presionó para que nadie se presentara. Visto esto, la Alcaldía de Caracas con el apoyo del Presidente de la República contactó a la MMC, basándose en el apoyo humanitario brindado por Cuba durante el desastre natural de Vargas ocurrido en 1999, en el que médicos cubanos prestaron sus servicios para socorrer a la población y cuya cooperación se extendió. De esta manera se acordó un proyecto piloto y se firmó el Acuerdo de Cooperación Técnica con Cuba el cual resultó de gran aceptación por parte de la población históricamente excluida que se encontraban precisamente barrio adentro (MUNTANER *et al.*, 2008).

Así se comenzó la creación de los Consultorios Populares como Nivel Primario de Atención, con una cobertura de un médico por cada 250 familias (1.250 personas aproximadamente), en un equipo de salud integrado además por un Enfermera y un Promotor Comunitario. Por cada Consultorio Popular se estableció un Centro de Encuentro Comunitario donde funcionaba un Comité de Salud (CS), que prestaba apoyo al Equipo de Salud y se procuraba disponer de una Botica Popular para el apoyo en el suministro de medicamentos a bajo costo. En el 2004 se decidió la construcción de 5.000 Consultorios Populares (OPS, 2005).

A pesar de que la CRBV de 1999<sup>10</sup> creó las bases para el cambio jurídico que diera soporte a la conformación del modelo organizativo del SPNS, para 2005 la Ley Orgánica de Salud, que orientaría las acciones políticas y establecería las normas para su institucionalización, se encontraba pendiente para su aprobación en la

---

<sup>10</sup> Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, 1999

Artículo 84. Para garantizar el derecho a la salud, el Estado creará, ejercerá la rectoría y gestionará un sistema público nacional de salud, de carácter intersectorial, descentralizado y participativo, integrado al sistema de seguridad social, regido por los principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, integración social y solidaridad. El sistema público nacional de salud dará prioridad a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades, garantizando tratamiento oportuno y rehabilitación de calidad. Los bienes y servicios públicos de salud son propiedad del Estado y no podrán ser privatizados. La comunidad organizada tiene el derecho y el deber de participar en la toma de decisiones sobre la planificación, ejecución y control de la política específica en las instituciones públicas de salud.

Artículo 85. El financiamiento del sistema público nacional de salud es obligación del Estado, que integrará los recursos fiscales, las cotizaciones obligatorias de la seguridad social y cualquier otra fuente de financiamiento que determine la ley. El Estado garantizará un presupuesto para la salud que permita cumplir con los objetivos de la política sanitaria. En coordinación con las universidades y los centros de investigación, se promoverá y desarrollará una política nacional de formación de profesionales, técnicos y técnicas y una industria nacional de producción de insumos para la salud. El Estado regulará las instituciones públicas y privadas de salud.

Asamblea Nacional (OPS, 2005). Por tal razón, se mantenía un sistema de salud fragmentado, con múltiples prestadores públicos y con poca capacidad resolutive (OPS, 2006).

#### **4.4 Breve reseña del desarrollo de la planificación en Venezuela**

La planificación en Venezuela tuvo relativo éxito en el período desde 1958 a 1969, coincidiendo con el auge del modelo de sustitución de importaciones e industrialización. El proceso de su implementación al inicio de la transición hacia la democracia no tuvo resistencia de la burocracia, pero fue coyuntural, sin permanencia y estabilidad ya que no era esencial. Las coyunturas de cambio prestaron racionalidad formal a las nuevas orientaciones que formularon los grupos sociales que asumieron el poder (MATUS, 1972). Para Giordani *et al.*, (1992) en Venezuela el rol del Estado sería incomprensible de no establecerse los vínculos con el proceso acumulativo. El Estado ha sido centro de la dinámica social y la planificación. La relación planificación-organizaciones políticas o los vínculos con el sector privado resultaron muy tenues. La relación venía dada en los términos en que la planificación ha actuado “fundamentalmente como ideología legitimadora de la forma de Estado a partir de 1958” (GIORDANI *et al.*, 1992, p. 23).

Hasta el VI Plan de la Nación se utilizó como principios y prácticas la planificación normativa. Es sólo hasta el año 1984 que comienza a considerarse para el VII Plan la planificación situacional. Ese cambio metodológico fue el resultado del fracaso del V y VI Plan, los cuales perdieron vigencia al poco tiempo de ser formulados como consecuencia de la dificultad que se presentaba al no poder adaptar los planes a los cambios del comportamiento del mercado petrolero mundial. Además de ello, era necesario un desarrollo metodológico que tomase en cuenta los diagnósticos causales y dinámicos sobre los problemas sociales (LOPEZ, 1998).

En la transición entre el VI Plan y el VII Plan, en el nivel conceptual se comenzaron a usar los fundamentos teóricos del enfoque de planificación estratégico situacional, que propuso como alcance cambiar las bases teóricas de las prácticas formales de planificación. En el nivel metodológico, las líneas de acción estaban orientadas a la innovación en los métodos de planificación, usando los instrumentos y técnicas propuestos por el enfoque estratégico situacional, procurando vincularlo a la planificación y gestión de gobierno (LÓPEZ, 1998). De

acuerdo con Corredor (2007, p. 111), en esa la transición en la que se pasa del método tradicional normativo al estratégico situacional no es bien entendido por las élites de poder que advirtieron cierto supuesto peligro en los dos lemas: “pacto social” y “poder compartido”.

No obstante, la aplicación del enfoque situacional se topó en la práctica con una serie de elementos que dificultaron su desarrollo. Uno de los problemas detectados fue que la integración operativa de los instrumentos de la planificación estratégica situacional no estaba desarrollada para el momento en que comenzaron las actividades del diseño del Plan, lo cual dificultó la vinculación de este al presupuesto. Por otro lado, por el carácter procedimental que la planificación adquirió era imposible que el método contuviese al cambio social como propuesta y además si ese cambio lo que intentaba era modificar algunos de los rasgos definitorios del proyecto hegemónico (LOPEZ, 1998).

Para Giordani (1986, p. 261), aún cuando en su formulación teórica los elementos del Plan fueron la búsqueda del consenso y el énfasis en la política social, en la práctica mantuvo su carácter normativo y no se dirigía a una ruptura con las estructuras de dominación y desigualdad. La formalización institucional tuvo una falla básica porque se insertó sobre una estructura administrativa inalterada y entraron en conflicto con otros mecanismos administrativos. El análisis de la teoría de planificación dejó de lado las reales condiciones que determinaban las prácticas y que materializaban la necesidad de utilizar ciertas metodologías en lugar de otras. Eso condujo, por ejemplo, a no explorar la relación entre funciones y crisis del Estado con las variaciones en el rol de la planificación, ni a tener en cuenta la relación de coherencia que debe existir entre propósitos, métodos y organización (GIORDANI, 1986).

En este sentido, Giordani *et al*, (1992, p. 33) señalan que en los noventa en Venezuela el tránsito de la planificación normativa a la estratégica consideró una crítica constructiva de la segunda hacia la primera, pero los problemas tradicionales de la planificación en lograr concreción de planes a los hechos continuaron prácticamente intactos sin que la corriente situacionista les haya dado solución en grado significativo. Se vio que posterior a la irrupción de la corriente estratégica se generó una intensa discusión y en medio de esa febril confrontación entre enfoques se obtuvieron méritos y se generaron problemas. Una de las bondades fue haber

sincerado la discusión en relación al oficio, pero paralelamente se generaron otros inconvenientes como haber generado expectativas no cumplidas que desacreditado más aún a la planificación, la confusión creada al cambiar la terminología y conceptos y técnicas que estaban claramente establecidos; y también la desorientación por mejorar, al hacer un diagnóstico no de todo cierto sobre los problemas de planificación (GIORDANI, *et al.*, 1992, p. 33).

En transición entre el VII Plan y el VIII Plan se pasa del modelo estratégico situacional al estratégico corporativo y se le presenta al país como “el Gran Viraje” para indicar el cambio que supone pasar del capitalismo de Estado al capitalismo propiamente dicho (CORREDOR, 2007). Este VIII Plan de la Nación consideró que las políticas públicas habían llevado a la situación de crisis socio-económica y que sólo ese viraje hacia una economía de mercado y reglas claras en el nivel macroeconómico, serían la solución (LOPEZ, 1998). Es en este momento que se comienzan a crear las bases para las reformas estructurales promovidas por la corriente neoliberal.

En el caso de IX Plan, su planificación formal fue precedida por programas de emergencia, especialmente financiera, que como comenta Corredor (2007, p.148), debido a la indisposición de continuidad administrativa y funcional, tiene que aplicarse sin evaluación de impacto y sin consulta previa a los sectores representativos de la sociedad. Así se tiene que este Plan fue precedido por Plan de Estabilización y Recuperación Económica. Cabe señalar que el contexto político de este Plan estuvo marcado por la caída de la economía y la acentuación de los problemas sociales que como ya fue descrito en la sección anterior conllevaron al agotamiento del sistema de gobierno vigente para esa fecha.

Este último Plan de la democracia representativa, se expresaban claramente las argumentaciones abstractas de orden macroeconómico y, en lo relativo al ordenamiento social, no se concebía otro argumento que el producido por el libre mercado. Esta orientación llevó a los programas de ajuste con el Fondo Monetario Internacional y a la ola de privatizaciones. (MPPD, 2001). Este Plan se realiza bajo la modalidad de formulación de las acciones por equipos especiales en las área consideradas de interés nacional y como un documento del Gobierno y menos como un proceso de formación y negociación con los demás factores comprometidos, por lo que perdió viabilidad (LÓPEZ, 2007).

El X Plan previsto para el lapso 2001-2007 fue precedido por el Programa Económico de Transición 1999-2000 cuyo objetivo era promover el crecimiento de la economía, reducir la inflación y aumentar el nivel de empleo a través de la estabilización macroeconómica y la reactivación de los sectores productivos (CORREDOR, 2007). A partir de ahí al Plan se le denomina Plan de Desarrollo Nacional, planteado buscando como orientaciones “la consolidación de las bases principistas y políticas para la interacción dinámica del crecimiento económico sostenido, las efectivas oportunidades y equidades sociales (...), la ampliación de las oportunidades ciudadanas” (MPPD, 2000).

Este Plan colocó como problema central el agotamiento del modelo de desarrollo y reconoció que las políticas económicas aplicadas estuvieron orientadas hacia la búsqueda de equilibrios contables y no a cambios estructurales en el modelo de desarrollo, por lo que se propuso un Plan que se focalizaba en un modelo basado en cinco equilibrios fundamentales: el político, el económico, el social, el territorial y el internacional. El elemento distintivo de este Plan sobre los anteriores se presentaba en el ámbito de los propósitos cuando se concibió al Plan como un proyecto nacional, que en el contexto de la Constitución perseguía la transformación estructural del sistema. En cuanto a los métodos, se privilegió el enfoque de escogencia estratégica y se adoptó la aplicación del presupuesto por proyecto (LÓPEZ, 2007).

De acuerdo con Corredor (2007, p.170), el método del X Plan de la Nación utilizó diferentes enfoque en varios aspectos, siendo prospectivo (estratégico), ya que se articulaba la Revolución Bolivariana (el largo plazo) con los planes de contingencia, pasando por el Plan Sextenal y el Plan Operativo Anual (POA). Era estratégico situacional, en cuanto al análisis de situaciones e integración de factores y sectores. Contenía elementos de estratégico corporativo, por el uso de criterios de planificación que se apoyaban en la experiencia empresarial, y por último también era normativo, porque a pesar del esfuerzo por producir cambios en el enfoque, la forma de aplicarlos a la realidad anterior, persistía la baja eficiencia en los órganos de la administración pública.

De acuerdo con López (2007, p.96), el método de presupuesto por proyecto se encontró con la dificultad de que en Venezuela las prácticas organizacionales privilegian la utilización de las técnicas de estos enfoques como simples formatos

para el registro de información, no utilizándose como métodos adecuados para estructurar la acción pública. Para ese autor fue un error concentrarse solamente en la calidad de las políticas olvidándose de las estructuras institucionales y los cambios en ese sector, lo cuales debieron ser vistos desde la perspectiva de la eficiencia de la adaptación del sistema socioeconómico.

A manera de reflexión, persisten muchas interrogantes sobre los métodos de planificación que puedan ajustarse al contexto venezolano. Aún siguen vigentes las discusiones que comparten el carácter ideológico y el papel del Estado en la misma. Así se tiene que, de una síntesis elaborada por Castellano y López (2009), de una mesa de trabajo sobre la planificación del desarrollo en Venezuela en los nuevos contextos, realizada en el Centro de Estudios para el Desarrollo (Cendes) en octubre de 2008, se destaca que existe la necesidad de investigar a profundidad los modelos teóricos que soportan la confrontación capitalismo/socialismo en Venezuela ya que dada sus imprecisiones se dificulta su comprensión.

El distanciamiento entre la concreción de intenciones y la realidad parece no disminuir y algunos atribuyen estas diferencias a la instrumentación que lo soporta. Las tendencias de la situación se confunden con la imagen objetivo, no se determina la factibilidad de los programas, ni se establecen métodos para construir viabilidad y las estrategias son formas de hacer, por tanto son tácticas, y no estrategias (CORREDOR, 2007). Otros autores agregan que persisten las antiguas contradicciones plan/gestión, plan/presupuesto y discurso/realidad con una persistencia de la visión racionalista de la planificación y escasos avances de la búsqueda del equilibrio de las fuerzas en la dinámica social, entre otros señalamientos. Apuntaron la necesidad de concentrarse en los aspectos cruciales de la “disyuntiva capitalismo/socialismo desvestidos de todas sus connotaciones peyorativas” (CASTELLANO y LÓPEZ, 2009).

## **5. EL PROCESO DE PLANIFICACIÓN DE LA RED BARRIO ADENTRO II**

### **5.1 Contexto político institucional de la Misión Barrio Adentro**

#### **5.1.1 Proyecto de Gobierno de la Misión Barrio Adentro**

De acuerdo con lo que fue presentado en el capítulo II, el triángulo de gobierno de Matus servirá de apoyo para contextualizar donde se insertaba el equipo dirigente de BAII. De acuerdo con esto se tiene que las directrices con las que se realizó la propuesta general de BAII se inscribían en las Misiones Sociales, de las que MBA hacía parte, las cuales tenían por norma atender con calidad a las poblaciones de máxima exclusión y garantizar el acceso a los servicios de forma gratuita. Se decidió extender la cobertura de Barrio Adentro I a un segundo nivel de atención, fortaleciendo la red ambulatoria con diagnóstico paraclínico y atención de cierta especialidad, así como brindar servicios de rehabilitación e incrementar la capacidad resolutive. La MBA incorporaría los elementos de promoción y prevención y no tendría vínculo con la estructura formal del MS.

Fueron consideradas dos propuestas para la creación del segundo nivel, la primera de ellas era continuar la conversión de ambulatorios de la red convencional tipo dos (II) y tres (III) en Clínicas Populares, que eran gestionadas por personal venezolano que seguía las directrices políticas de la FMV y la segunda propuesta que incorporaba la presencia de la MMC. El Presidente de la República optó por la segunda opción y dispuso los recursos financieros, los cuales debían ser administrados con celeridad, sin pasar por la burocracia institucional de los Ministerios, para lo cual se recurrió a la creación de la FMBA, que entre sus responsabilidades administraría los recursos para la dotación del seiscientos Centros Diagnóstico de Integral (600 CDI), seiscientas Salas de Rehabilitación Integral (600 SRI) y treinta y cinco Centros de Alta Tecnología (35 CAT). Algunas afirmaciones respaldan las razones que llevaron a la desarrollo de BAII:

no había un segundo nivel, nunca se estructuró un segundo nivel de atención realmente, no existía. Algunos estados, quizá Aragua, Mérida, Nueva Esparta, Sucre, tuvieron experiencias con ambulatorios urbanos dos (2) tres (3), que funcionaban como un segundo nivel de atención, pero no había realmente un segundo nivel. Entonces, desestructuración del sistema,

debilidad del ente rector, debilidad en las políticas de transmisión y su comunicación y por supuesto, alta burocratización, dispersión de recursos por la inadecuada administración o dispersión en la administración (PF).

tenías una población oculta que no recibía atención de ningún tipo de rehabilitación y por eso salen las Salas de Rehabilitación” (DGSPMS).

Las directrices centrales de la propuesta estaban contenidas, en primer lugar, en la CRBV<sup>11</sup>, el ALOS, el PDESN 2001-2007, el Reglamento Orgánico del MS, las gacetas oficiales sobre la creación de la FMBA y el CCCV. La CRBV ofrecía el marco general de actuación y marcaba los principios por los cuales habrían de generarse las modificaciones en el sistema de salud. Fue notoria la presencia constante en los discursos de los entrevistados los principios constitucionales como elementos determinantes en la formulación de la política. La siguiente afirmación de parte de uno de los entrevistados así lo refleja:

está establecido en la Constitución pero que hay que resaltarlo que es el tema de la garantía de la gratuidad (...) nosotros teníamos que establecer y se estableció que independientemente que el paciente necesitara terapia intensiva, resonancia magnética o tomografía, cualquier examen de laboratorio, no se podía cobrar nada, ningún insumo a los pacientes que eso también esta digamos garantizado por esa vía (VRSS).

El ALOS<sup>12</sup>, cuya ausencia fue apuntada por varios de los entrevistados como

---

<sup>11</sup> **El Sistema Público Nacional de Salud en la Constitución Bolivariana**

**“Artículo 84:** Para garantizar el derecho a la salud, el Estado creará, ejercerá la rectoría y gestionará un sistema público nacional de salud, de carácter intersectorial, descentralizado y participativo, integrado al sistema de seguridad social, regido por los principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, integración social y solidaridad. El sistema público nacional de salud dará prioridad a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades, garantizando tratamiento oportuno y rehabilitación de calidad. Los bienes y servicios públicos de salud son propiedad del Estado y no podrán ser privatizados. La comunidad organizada tiene el derecho y el deber de participar en la toma de decisiones sobre la planificación, ejecución y control de la política específica en las instituciones públicas de salud.

**Artículo 85:** El financiamiento del sistema público nacional de salud es obligación del Estado, que integrará los recursos fiscales, las cotizaciones obligatorias de la seguridad social y cualquier otra fuente de financiamiento que determine la ley. El Estado garantizará un presupuesto para la salud que permita cumplir con los objetivos de la política sanitaria. En coordinación con las universidades y los centros de investigación, se promoverá y desarrollará una política nacional de formación de profesionales, técnicos y técnicas y una industria nacional de producción de insumos para la salud. El Estado regulará las instituciones públicas y privadas de salud.

**Artículo 86:** Toda persona tiene derecho a la seguridad social como servicio público de carácter no lucrativo, que garantice la salud y asegure protección en contingencias de maternidad, paternidad, enfermedad, invalidez, enfermedades catastróficas, discapacidad, necesidades especiales, riesgos laborales, pérdida de empleo, desempleo, vejez, viudedad, orfandad, vivienda, cargas derivadas de la vida familiar y cualquier otra circunstancia de previsión social. El Estado tiene la obligación de asegurar la efectividad de este derecho, creando un sistema de seguridad social universal, integral, de financiamiento solidario, unitario, eficiente y participativo, de contribuciones directas o indirectas. (...)”.

<sup>12</sup> **“Anteproyecto de Ley Orgánica de Salud**

**Capítulo Segundo**

**De la Organización Intergubernamental del Sistema Público Nacional de Salud**

**Sección VI. Red de Salud**

**Conformación de las Redes Públicas de Salud**

un obstáculo que interfería en la unificación del SPNS, de alguna manera contemplaba los lineamientos de la organización de dicho sistema y establecía las posibles normas para la conformación de las redes públicas de de salud, los niveles de atención, el ingreso a la red pública, el sistema de contrarreferencia y referencia los servicios del primer nivel de atención.

De alguna forma alguno de los proyectos de ley de salud incluían algunos de los principios del desarrollo del sistema, como el privilegio de lo preventivo, lo de tener un componente importante de participación comunitario, en fin, esos proyectos de ley también incluye muchos de los principios que se seguían allí. Esos proyectos de ley lo que reflejaban era una forma más detallada los principios que estaban en la Constitución (MS).

En el PDESN 2001-2007, se contemplaba la salud más allá de los servicios de atención de enfermedades y concebía la promoción de la calidad de vida como el desarrollo de intervenciones que se orientaran a la transformación de los

**Artículo 22.** Los establecimientos prestadores de servicios y programas de salud del Sistema Público Nacional de Salud se organizan bajo la modalidad de Red de Salud en función de niveles de atención y grados de complejidad, cobertura geográfica, sectorización poblacional y capacidad resolutive.

Son establecimientos prestadores de servicios y programas de salud los hospitales, ambulatorios, centros de especialidades, maternidades, bancos de sangre, y otros servicios públicos debidamente habilitados, registrados, y acreditados en el Sistema Público Nacional de Salud.

La reglamentación de esta Ley establecerá y desarrollará los criterios para garantizar la organización de las redes de salud, según los niveles de complejidad y naturaleza de los establecimientos que la conforman, así como su dirección. Asimismo, se deberán considerar para la organización de las redes las características particulares de cada estado y las relaciones que existan entre estos. El Consejo Intergubernamental de Salud se pronunciará al respecto y propondrá las actualizaciones necesarias en la estructura de la Red.

#### **Niveles de atención**

**Artículo 23.** Los establecimientos ambulatorios y hospitalarios pertenecientes al Sistema Público Nacional de Salud, en los términos que establece esta Ley, estarán organizados de acuerdo con su nivel de complejidad y capacidad resolutive, y actuarán de manera coordinada entre sí en la red pública de salud correspondiente para prestar servicios a la población respectiva. Para tal fin se establecerán al menos tres niveles de atención, en cada uno de los cuales se incluirán los distintos establecimientos de salud pertenecientes a cada red, ascendiendo de menor a mayor complejidad en la escala de niveles. Las disposiciones reglamentarias y resoluciones establecerán la adscripción de los establecimientos, sus características y forma de funcionamiento en cada nivel de atención.

#### **Ingreso a la Red Pública de Salud**

**Artículo 24.** El ingreso a la red pública de salud se realizará a través del primer nivel de atención, para lo cual cada persona deberá ser registrada con su debida historia bajo el Modelo de Atención Integral. De no ser posible el diagnóstico y tratamiento en este nivel, las personas serán atendidas en el nivel que corresponda a su situación. Los mecanismos de referencia y contrarreferencia entre los establecimientos involucrados serán de obligatorio cumplimiento. Las emergencias podrán ser atendidas en cualquier nivel de la red de acuerdo a la capacidad del mismo.

#### **Sistema de contrarreferencia**

**Artículo 26** Cada establecimiento que reciba personas referidas desde otro servicio de atención debe asegurar el proceso de contrarreferencia de las mismas con un mecanismo específico a tales fines; el mismo debe incluir una clara asignación de responsabilidades a un trabajador de la salud. El cumplimiento de los mecanismos de referencia y contrarreferencia será un factor crucial para la evaluación del desempeño de los establecimientos de salud.

#### **Servicios del primer nivel de atención**

**Artículo 27.** El primer nivel de atención está conformado por establecimientos dotados de una capacidad resolutive para el logro de la preservación de la salud de las personas y la comunidad, a través de los programas de atención integral enfatizando la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la medicina anticipatoria con el objeto de cubrir los problemas de mayor impacto en la salud colectiva. Se fomentará el desarrollo de la máxima capacidad resolutive de los ambulatorios con el uso de tecnologías pertinentes, así como la coordinación estrecha con el resto de los niveles de atención de la red de salud respectiva”.

determinantes y las causalidades. Los objetivos específicos fueron planteados de la siguiente manera: 1) Garantizar el derecho a la salud a toda la población como necesidad humana y bien de interés público, en todos los ámbitos de la acción pública nacional; 2) Promover la salud privilegiando la calidad de vida y la superación de las inequidades; y 3) Desarrollar un SPNS, único, descentralizado, intergubernamental, intersectorial y participativo (MPPD, 2000).

En el contexto de la creación de la nueva institucionalidad el MS aprobó un nuevo Reglamento Orgánico que otorgaba al Despacho del Viceministro de Redes de Servicios de Salud las competencias en lo que refiere al diseño de las redes y la articulación con las demás instancias intergubernamentales e intersectoriales con vinculación en el área<sup>13</sup>. El MS adecuó su estructura administrativa de acuerdo con la propuesta conceptual general de BA.

Se adecuó el Ministerio a la nueva estructura de Barrio Adentro y eso sale en Gaceta y ahí hay una legislación, ahí se modificó la ley que establece el funcionamiento, las normas de funcionamiento del Ministerio, se reestructura, se crea esta nueva estructura administrativa del Ministerio, donde se crea el Viceministerio de Redes, el Viceministerio de Salud Colectiva y el Viceministerio de Insumos para la Salud, cada uno con sus responsabilidades específicas y en el caso concreto del Viceministerio de Redes se crea para Barrio Adentro la Dirección de Barrio Adentro I, Dirección de Barrio Adentro II y Dirección de Barrio Adentro III, relacionadas con esas nuevas estructuras (VRSS).

En cuanto a gacetas oficiales de Creación de la FMBA<sup>14</sup>, se incurrió

<sup>13</sup> **Reglamento Orgánico del Ministerio de Salud**

**“Capítulo III**

**Del Despacho del Viceministro de Redes de Servicios de Salud**

**Artículo 16.** El Viceministro de Redes de Servicios de Salud tendrá a su cargo la planificación, formulación, coordinación, seguimiento y evaluación de las políticas, estrategias, planes generales, programas y proyectos en el ámbito nacional, destinados a garantizar el acceso equitativo de la población a los servicios de salud; así como la atención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, a través de acciones normativas, de supervisión, control y evaluación fundamentadas en la política de salud vigente, orientados a la atención de necesidades sociales, bajo un enfoque participativo, a través de la comunidad organizada, basados en los principios de equidad, solidaridad y universalidad.

**Artículo 17.** El Despacho del Viceministro de Redes de Servicios de Salud estará integrado por las Direcciones Generales de: I Nivel de Atención en Salud, Red Ambulatoria Especializada y Red de Hospitales, cuyos titulares tendrán el rango de Directores Generales.

**Artículo 18.** Corresponde al Despacho del Viceministro de Redes de Servicios de Salud: 1. Elaborar, coordinar, dirigir, supervisar y evaluar las políticas, estrategias, planes generales, programas y proyectos relacionados con la red de servicios de salud.

(...)

**Artículo 22.** Corresponde a la Dirección General Red Ambulatoria Especializada:

1. Organizar la atención en salud especializada ambulatoria del II nivel en la red asistencial pública y sus relaciones dentro del mismo nivel y con los otros niveles de la red.
2. Supervisar y garantizar conjuntamente con el Despacho del Viceministro de Recurso para la Salud, el adecuado funcionamiento y dotación de los establecimientos del II nivel de atención en salud.
3. Organizar y mantener actualizado los procedimientos de referencia y contrarreferencia para el ingreso y egreso de los usuarios en la red ambulatoria especializada en salud”.

<sup>14</sup> Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 345.090 de fecha 23 de marzo de 2006; Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 38.542 de fecha 13 de octubre de 2006.

primeramente en el error de otorgarle por competencia a la Fundación crear asistencia médica general, gratuita, accesible, oportuna, personalizada, continua, suficiente, adecuada e integral en diversas áreas de salud que permitan coadyuvar al Estado a mejorar la calidad de vida de la población, que eran competencias del MS y lo cual posteriormente se corrigió estableciéndose que la Fundación sólo apoyaría en la gestión de los procesos administrativos, a fin de desarrollar planes, proyectos y programas que permitan mejorar la calidad de vida y salud de los y las venezolanas para la implementación de la MBA. <sup>15</sup>

La prioridad de la Fundación era inaugurar centros para cumplir la meta establecidas por el Presidente; ayudar a estructurar el SPNS; celeridad y transparencia en la administración; eficiencia en la ejecución de los recursos financieros; y mejorar la entrada del personal requerido para ese nivel de atención.

En el caso del CCCV <sup>16</sup> el mismo contenía los lineamientos generales y los

<sup>15</sup> Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 38.423 de fecha 25 de abril de 2006.

<sup>16</sup> **“Convenio Integral de Cooperación entre la República de Cuba y la República Bolivariana de Venezuela Artículo I**

Las Partes se comprometen a elaborar de común acuerdo, programas y proyectos de cooperación en la aplicación del presente Convenio.

Para la ejecución de estos programas y proyectos de cooperación, se considerará la participación de organismos y entidades de los sectores públicos y privados de ambos países y, cuando sea necesario, de las universidades, organismos de investigación y de organizaciones no gubernamentales. Deberán tomar en consideración así mismo, la importancia de la ejecución de proyectos nacionales de desarrollo así como también de proyectos regionales integrales, que respondan a las prioridades contenidas en sus respectivos planes de desarrollo.

**Artículo II**

En aplicación del presente Convenio, la República de Cuba prestará los servicios y suministrará las tecnologías y productos que estén a su alcance para apoyar el amplio programa de desarrollo económico y social de la República Bolivariana de Venezuela, de los cuales esta no disponga (...).

**Artículo IV**

**Disposición Especial**

La República de Cuba ofrece gratuitamente a la República Bolivariana de Venezuela los servicios médicos, especialistas y técnicos de la salud para prestar servicios en lugares donde no se disponga de ese personal. Los médicos especialistas y técnicos cubanos en la prestación de sus servicios en la República Bolivariana de Venezuela ofrecerán gratuitamente entrenamiento al personal venezolano de diversos niveles que las autoridades soliciten.

La parte venezolana cubrirá los gastos de alojamiento, alimentación, transportación interna.

**Anexo**

4.1.4 Los siguientes equipos médicos: Electrocardiógrafo digital multicanal con interpretación (Cardiocid BS); Monitores de parámetros fisiológicos para terapia intermedia, salones de operaciones y terapia intensiva (DOCTUS IV); Electroaudiómetros digitales (Audix), para crear un programa nacional de detección temprana de dificultades de audición y para los servicios de audiometría; Equipos de electroencefalografía digital de 32 canales (Medidic 4); Equipos de Electromiografía (Neurónica 4) y potenciales evocados; Equipos de prueba ergométrica (Ergocid); Equipos de sistema ultramicro-analíticos (SUMA) y kits diagnósticos para la red nacional de diagnóstico e instituciones del sistema público de salud. Los kits se utilizan, entre otros, para el diagnóstico de SIDA, hepatitis B, hepatitis C, Chagas, dengue, fenilcetonuria e hipotiroidismo congénito, tétanos, meningitis B y C, rubéola. Kits diagnósticos visuales para detección de VIH 1 y 2 (AuBioDOT anti HIV 1/2) 72 pruebas, HCV (AuBioDOT anti HCV) 72 pruebas, para la detección de hepatitis C, sistema para la detección de la sífilis, T. Pallidum (AuBioDOT anti T, Pallidum) 72 pruebas y kits rápidos para la detección de embarazo (Heberfast Line hCG) individual y Rotavirus (Heberfast Rotavirus) individual; Espectrofotómetros de rango visible; Sistema para neurocirugía estereotáxica; Oxímetros de pulso”.

términos globales mediante los cuales se llevaría a cabo el intercambio entre ambas naciones. Cabe resaltar que este convenio no era específico para salud, sino que también incorporaba otras áreas.

En relación a la conformación funcional del sistema, la propuesta era la estructuración de las Áreas de Salud Integral Comunitarias (ASIC) conformadas por los ambulatorios de la red convencional y los establecimientos de BAI, integrados funcional, territorial y programáticamente a BAII. Para algunos de los entrevistados lo ideal era que BAII fuese un segundo nivel de atención y para otros que fuese un nivel apoyo al primer nivel de atención, que al final en la concepción de redes terminarían por integrarse a la red hospitalaria de BAIII.

El financiamiento para esta Misión sería externo, es decir, que no dependería del presupuesto del MS. Los recursos para la llevar a cabo la construcción serían transferidos al Ministerio de Hábitat y Vivienda (MHV) y a las alcaldías y gobernaciones. De igual forma se les asignaron algunas obras a Petróleos de Venezuela S.A. (PDVSA) y al IVSS.

Un aspecto destacado fue la ausencia de planes estructurados o documentos específicos formales que reflejaran con mayor detalle el desarrollo de la propuesta. Como alternativa se trabajaba con documentos generales y propuestas internas que no llegaron a ser formalizados como planes sectoriales ante alguna instancia de la burocracia oficial como por ejemplo el MPPD, cosa que si se hizo con el POA correspondiente a ese período. En este sentido, se podría decir que en lo que se refiere a los lineamientos generales había intenciones de cumplir con los preceptos constitucionales, pero esos lineamientos no se tradujeron en la elaboración de planes de carácter oficial.

De esos documentos internos de trabajo se elaboró un papel técnico donde se estableció el diseño de los servicios mínimos y las especificaciones técnicas para los establecimientos de BAII. Igualmente, de manera conjunta con otras instituciones del Estado se produjeron borradores sobre el funcionamiento de la red asistencial. Tal afirmación se respalda de la siguiente forma:

avanzamos hasta la realización de mesas técnicas de integración de protocolos de asistencia del sistema nuestro convencional y el sistema nuestro de Barrio Adentro I y II, digamos que nos sentamos por primera vez, tratamos de unificar el registro (VRSS).

---

De los discursos de los entrevistados se pudo percibir que la meta numérica o constructiva fue la principal orientación. Al parecer existió un documento técnico que fue mencionado por el Viceministro de Redes de Servicios de Salud, la Coordinadora de Barrio Adentro II (2) y la Coordinadora Técnica de Barrio Adentro II. El Presidente de la FMBA señaló no contar con un documento específico sobre BA ya que su papel estaba más asociado a los aspectos administrativos y financieros. La Coordinadora de Barrio Adentro II (2) desconocía la existencia de algún documento específico y posteriormente se contradice al mencionar que recibió un documento con directrices técnicas.

yo no sé si eso estaba claramente definido, imagino que si, no sé si lo escuche a alguien decir que el imperativo con Barrio Adentro era de alguna manera comenzar a cumplir con el mandato constitucional que decía que crear un Sistema Público Nacional de Salud con unas determinadas características como las que tiene (CBAIL2).

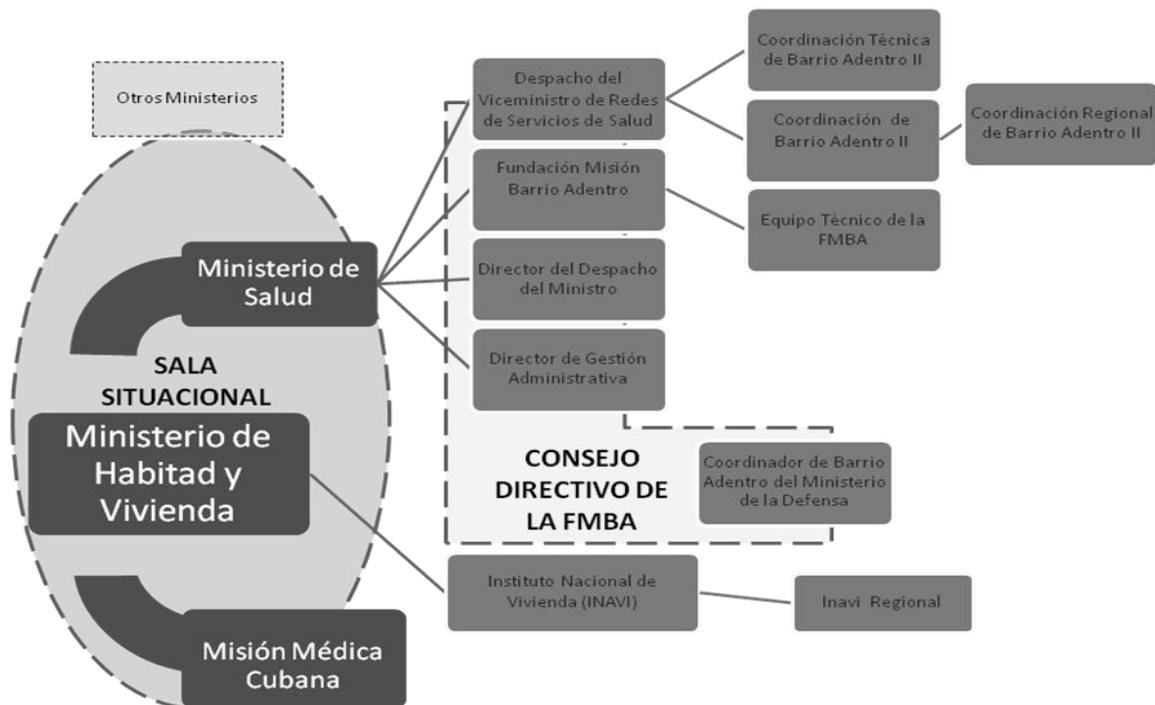
### **5.1.2 Diseño macroorganizativo para la implementación de Barrio Adentro II**

A fin de congregarse un grupo *ad hoc* que se encargara de implementación de la red de BAII en el seno de una sala situacional el Presidente de la República designó las máximas autoridades de la cartera de Salud y Hábitat y Vivienda, así como la representación permanente de la MMC en Venezuela. Estos miembros eran los integrantes fijos de la este espacio de coordinación político-operativo. Igualmente podía darse la participación momentánea de algún otro Ministerio. De estas tres figuras fijas, el MS estaba a cargo de la FMBA que a su vez era un organismo descentralizado. Esta FMBA tenía un cuerpo colegiado en la figura de su Consejo Directivo que estaba conformado por su Presidente quien era designado por el Ministro de Salud, el VRSS, el Director General del Despacho del Ministro de Salud, el Director General de Gestión Administrativa del MS y además contaban con la participación de un coordinador de BA del Ministerio de la Defensa (MD). La FMBA contaba con toda su estructura administrativa con Direcciones Generales de Administración, Compras, Presupuesto, Licitaciones, Asesoría Legal, Planificación y Presupuesto y todo su equipo técnico ubicados sólo a nivel central. El VRSS se apoyaba a su vez en una coordinación de BA y una CTBA que coordinaban con las Direcciones Regionales de Salud a través de las Coordinaciones Regionales de BA. El VRSS además de participar del grupo *ad hoc* era el designado por el Ministro de

Salud para desarrollar la propuesta del modelo de atención. Por su parte, el MHV contaba con la figura central del Instituto Nacional de la Vivienda (Inavi) que tenía representaciones a nivel regional y hacían el seguimiento operativo. Esta sala situacional fue constituida en el Inavi que quedaba ubicado como parte de un Viceministerio en el MHV.

**Figura 2**

**Diseño macroorganizativo para la implementación de Barrio Adentro II**



Dentro del MS existían varios niveles de coordinación, el primero era el Consejo Directivo de la FMBA a cuyas reuniones también asistía el Ministro de Salud y la representación de las Fuerzas Armadas. En este espacio se daban discusiones de índole político-estratégico y sobre el manejo de las relaciones de los involucrados en base a los avances y las dificultades presentadas. Este Consejo mantenía reuniones semanales, pero no necesariamente se reunían todos sus miembros, por ejemplo el caso del Director de Gestión Administrativa del MS que asistía a estas reuniones cuando el tema a tratarse ameritaba la presencia del mismo. En estas reuniones se hacían actas que eran levantadas por una abogada

que fungía como secretaria del la Junta Directiva.

Los miércoles nos reuníamos y asistíamos los diferentes representantes de la Junta Directiva. Estaba un representante de las Fuerzas Armadas, el Viceministro de Redes de Servicio, el administrador, el Presidente por su puesto, una abogada que fungía como secretaria ejecutiva (DGDMS).

Yo no asistí a todas. Cuando me correspondió...cuando el área que se iba a trabajar era el área administrativa me llamaban a mí, pero las reuniones eran periódicas, pero mi participación dependía si se iba a tratar el área administrativa (DGGAMS).

Seguidamente, el Despacho del Viceministro de Redes de Servicios de Salud coordinaba mesas para el desarrollo conceptual de la propuesta de conformación y el diseño del modelo de atención y del funcionamiento de las redes de servicios de salud en las ÁSIC para lo cual convocaba a los representantes de las otras instituciones del Estado que estaban involucrados en la temática. Por otra parte ese mismo Despacho coordinaba reuniones internas con la Coordinación Nacional y la Coordinación Técnica en donde se analizaba el producto del seguimiento compilado por el equipo técnico y en base a eso se producía un insumo para ser presentado ante la Sala Situacional ubicada en el Inavi.

La Coordinación Técnica se reunía para revisar semanalmente los objetivos y metas programáticas, consolidaba los informes del seguimiento efectuado a nivel regional y vaciaba la información en los instrumentos diseñados para tales fines, con lo cual se llevaban los planteamientos y las dudas a la reunión de la Sala Situacional. El equipo del Despacho de Viceministro de Redes de Servicios de Salud también realizaba visitas de supervisión a cada uno de los estados y mantenía contacto permanente con los CS a fin de incorporar las demandas de las comunidades organizadas.

A lo interno de la Fundación, el equipo se reunía permanentemente para evaluar la ejecución de los recursos y realizar la programación de las actividades administrativas como licitaciones y compras. Los funcionarios de la FMBA interactuaban con los Coordinadores de BA para afinar el cálculo de los requerimientos por cada tipo de establecimiento de acuerdo a los servicios prestados.

Hacíamos reuniones semanales en las que se iba girando instrucciones y se hacían reuniones mensuales para chequear la meta de la ejecución (PF).

Por otra parte, se daba la coordinación formal del grupo *ad hoc* de la Sala

Situacional. Como ya se dijo, los actores permanentes eran el MHV, MS y la MMC. Las reuniones de la Sala Situacional tenían carácter formal y de acuerdo con lo comentado por uno de los entrevistados, prácticamente obligatorio.

Si, reuniones semanales impelables (VRSS).

Según el orden del día se integraban a la coordinación otros actores que incluían las gobernaciones y alcaldías, el Ministerio del Poder Popular para Energía y Petróleo (MPPEP) a través de PDVSA y las empresas de electricidad, el Ministerio del Poder Popular para el Ambiente (MPPA) a través de las compañías Hidrológicas, Ministerio del Poder Popular para la Infraestructura (MPPI), el IVSS, etc. A su vez esta instancia de coordinación nacional se reproducía con la misma estructura a nivel de cada estado incluyendo además al sector privado de construcción, con lo cual se preparaban las informaciones que serían llevadas a la reunión mensual que se efectuaba en la instancia de coordinación nacional de la Sala Situacional.

En la misma Sala Situacional se daba una reunión diaria sólo entre el equipo del MHV, en la cual se recogían las informaciones del desarrollo de la meta constructiva en todo el país.

Por otra parte, había reuniones o asambleas comunitarias que se efectuaban un sábado de cada vez con los Comités de Salud en los lugares donde se efectuaban las construcciones, en las cuales participaban los organismos involucrados. Los CS realizaban sus propias supervisiones e mantenían contacto con la Coordinación Nacional de BAII y con otras instancias del MS como la Dirección de Comités de Salud.

Mensualmente el equipo completo se reunía con el Presidente de la República para evaluar el desarrollo de la propuesta.

### **5.1.3 Sujetos involucrados en la red Barrio Adentro II**

#### **5.1.3.1 El líder**

El equipo involucrado en la planificación de BAII estuvo liderado por el Presidente de la República quien involucró en este proceso a la MMC, el MS, el MHV; las gobernaciones, las alcaldías y en menor grado otros organismos como el MD, el IVSS, PDVSA.

La meta la estableció el Presidente de la República. El Presidente de la

República dijo 'en un año vamos a tener tantos establecimientos' y nosotros estábamos planificándonos en función de ese año (VRSS).

La propuesta venía liderada por el Presidente. Después se hizo una reunión en Miraflores con todos los gobernadores, el Vicepresidente y el Presidente, y el Ministro de Vivienda (...) y se les explico a los gobernadores el tema y se acordó con ellos la transferencia de dinero para que ellos hicieran las construcciones. Fue un recurso que se le asignó al Ministerio de Vivienda y a través de unos convenios legales que hicieron se pasó dinero a las gobernaciones y a unas poquitas alcaldías, fundamentalmente la Alcaldía de Caracas y la Alcaldía de Sucre. La forma administrativa era a través de los convenios (MS).

fueron lineamientos del Presidente que había que crear una estructura social en el marco de Barrio Adentro que brindara apoyo diagnóstico a Barrio Adentro I, a los módulos de primer nivel y en eso trabajamos conjuntamente con la Misión Cubana que tenía cierta experiencia en Cuba en este tipo de centro (CBAl1).

Esto fue una decisión presidencial, esa fue una decisión que tomaron Fidel y Chávez y bajaron la línea y los que estábamos debajo empezamos digamos, sobre la marcha, a hacer y planificación que siguió, siguió como consecuencia necesaria de poder hacer (CBAl2).

el Presidente marcaba la línea y la línea bien marcada por él. Él dijo 'denle play y denle los recursos, que pidan'. (DPPF).

el propio Presidente estuvo en esas reuniones con los gobernadores de todo el país y había una disputa saludable de los gobernadores por llenar sus estados de CDI y de CAT y de Centros de Rehabilitación (MHV).

El Presidente por diferentes vías monitoreaba continuamente el trabajo que realizaban los equipos y en ocasiones activaba directamente los mecanismos para tratar problemas para lo cuales los demás participantes no tenían capacidad resolutive. Según la opinión de algunos de los entrevistados existía por parte del Presidente una solicitud permanente de resultados en base a los compromisos que los involucrados habían adquirido, lo cual generaba presión sobre el equipo de trabajo.

el Presidente me llamaba 'porque no me llaman' y le decíamos 'no Presidente, estamos resolviendo todo entre X y yo fundamentalmente' (MHV).

nosotros estábamos todos muy presionados, el Presidente nos latigaba cada vez que se reunía con nosotros.... 'por qué no están, por qué no están...después que me dijeron una cosa'. Eso era en los actos, claro que con X se reunía todo el tiempo (CBAl2).

Este tipo de prácticas se reproducía dentro de la jerarquía institucional en las diversas instancias. Los Ministros igualmente presionaban a sus equipos dentro de sus ámbitos de competencia y ejercían su autoridad en otros ámbitos para superar

las eventualidades que se presentaran.

El Presidente le decía al Ministro y sobre esa base de lineamiento, el Ministro la bajaba a nosotros y así iba la cadena a lograr las metas semanales que había que lograr, porque eso no solamente involucraba terminar la obra, involucraba terminar la obra, equiparla con el equipo con el personal (CTBAII).

incluso cuando se tomaban decisiones de tipo acceso a aguas servidas y era X quien llamaba y ejercía su poder de Ministro y por supuesto del Ministro directo con el Presidente. Entonces bueno, 'ya sabemos que vamos a hacer esto, y que vamos a hacer esto, que a ti te toca tal cosa y que a ti te toca tal cosa' (CBAII2).

El que llevaba arriado a todo el mundo era el Ministro, el Doctor X 'para la próxima semana ¿cuales están listos?, hay que inaugurar, el Presidente está pidiendo que se inaugure un lote de centros, apúrense, vamos a bajar cuales son los nudos críticos, vamos a resolverlos porque en tal fecha se tienen que inaugurar veinte centros...¿Cuáles son los que están en mayor grado de ejecución? ¿Cuáles son los nudos críticos de eso? Entonces llamen a esos entes a una reunión aquí...' nos reuníamos todos y se solventaban los de mayor porcentaje de ejecución (CBAII1).

El Doctor X en su momento cariñosamente yo le decía que daba el látigo. Daba el látigo porque precisaba en esas reuniones todo, por ejemplo llegaba alguien y decía que no había podido energizar el centro porque necesita permiso del Metro. Él enseguida ubicaba a la gente del Metro y le decía 'mira tengo un centro ubicado en tal y tal' (...) pero eso lo resolvía rápido... 'mira, ta, ta, ta' ya cuadraba de una vez (CTBAII).

La participación del Presidente no sólo abarcó el lineamiento del diseño inicial, sino todo el acompañamiento y la colocación del tema en la agenda comunicacional con las inauguraciones que eran televisadas en diversos programas en los que interactuaba con el personal de salud cubano y venezolano y con los CS.

El propio Presidente de la República y el alto gobierno y el Ministro de Salud estructuraron toda una campaña informativa que tenía que ver con presentar el esquema del Sistema Público, no sólo en lo teórico, sino luego en la práctica mostraban en programas de televisión, desde el Aló Presidente hasta programa especiales para la inauguración de algunos centros, mostraban cómo funcionaba un Barrio Adentro I, a quienes atendían, qué servicios prestaban, cuantos habían en el país, cómo iba avanzando la meta, mostraban igualmente Barrio Adentro II, cual era la meta, cuantos había, cómo se iba avanzando, entonces eso permitió que el público fuera explorando en vivo y directo y realmente yendo a los sitios, observando que de verdad existían (PF).

además era un tema que estaba garantizado en la Constitución, el Presidente que es el mejor comunicador que tiene este país lo reafirmaba en cada una de sus intervenciones en los Aló Presidente, en sus cadenas "la gente tiene que organizarse, la gente tiene que organizarse...", llamaba a la gente a organización y en diferentes temas (VRSS).

### 5.1.3.2 El equipo dirigente

En este proceso de planificación, como ya se ha dicho, el equipo fue

conformado de acuerdo con las competencias que debían cumplir. Así se tiene que fue conformado un grupo *ad hoc* integrado por las autoridades de salud en la figura del Ministro, el Viceministro de Redes de Servicio de Salud, el Presidente de la FMBA y su Consejo Directivo, las Coordinaciones de BA; las autoridades de Hábitat y Vivienda en la figura del Ministro y el Viceministro de Vivienda/ Presidente del Inavi; la MMC en la figura del Viceministro de Salud Pública cubano; y el MD en la figura del Coordinador de Barrio Adentro de ese organismo que a su vez hacía parte del Consejo Directivo de la FMBA.

El grupo *ad hoc* fue un mecanismo del Ministerio de Salud de monitorear la ejecución del proceso. Fue un acuerdo entre el Ministerio de Salud y el de Vivienda de monitorear la ejecución de Barrio Adentro II. Este grupo está encargado de tener la visión completa de la apertura de los centros. La dirección política estaba en manos del Ministro y del Viceministro y en Vivienda por una buena parte estuvo en manos del Ministro y del Presidente del Inavi (MS).

En lo que se refiere al perfil del equipo dirigente, al menos lo que corresponde a la parte venezolana, el mismo no contaba con experiencia político partidista y la experiencia sindical podría ser considerada marginal. Aún con las tensiones que se generaron con la MMC, según la opinión de los entrevistados, la liderazgo del equipo dirigente en relación a la construcción de BAII era reconocida. Ese reconocimiento no era extensivo a la liderazgo en la conformación del SPNS ya que esto se desenvolvía en un escenario de múltiples actores actuantes en salud.

En relación a la formación en el área de salud, se contaba con un cuadro dirigente que mayoritariamente contaba con formación y experiencia en el área de salud pública. Esa formación era heterogénea e iba desde doctorado en salud y políticas públicas y especializaciones en traumatología, psiquiatría, nefrología, medicina familiar, gineco-obstetricia y bioanálisis. La media de años de experiencia en salud pública era de 15 años. El uso de prácticas de planificación estaba más asociada a la experiencia individual y a la capacitación individual de algunos miembros del equipo en herramientas como planificación estratégica, marco lógico, planificación por proyectos, entre otras.

De acuerdo a lo que fue comentado por los entrevistados de la parte venezolana, el equipo logró integrarse y trabajar unificado independientemente de las tensiones que en el desarrollo de las actividades se haya podido presentar. Las buenas relaciones entre las autoridades de los ministerios de Salud y Hábitat y Vivienda contribuyeron para facilitar estas actividades.

la posibilidad de coordinación, la relación entre X y yo, eso fue una facilidad que no había ninguna competencia ahí, no había ninguna competencia por estar al frente del programa y bueno, yo creo que es eso (MHV).

En lo que respecta al equipo interno de salud, estos formaban parte de un mismo grupo que venían trabajando juntos hacía varios años y por las opiniones de algunos entrevistados las relaciones entre estos fueron favorables para superar las dificultades emergentes. Fue mencionado el alto grado de dedicación, compromiso y sentido de colaboración. Estas buenas relaciones también favorecieron al desarrollo de la habilidad de solucionar problemas a través de la celebración de reuniones, convocatorias informales y solventar problemas por vía telefónica o personalmente.

yo le decía a Z, 'mira Z tienes que comprar esto, tienes que comprar lo otro y fulanito no ha llegado y tienes que pagarle a fulanito' y me acuerdo que esas podían ser relaciones tensas que con Z siempre fueron buenas (...) yo siento con ellos que hubo una articulación más allá de las peleas que hubiéramos podido tener yo estaba segura de que yo llamaba a la gente de la Fundación a las deshoras que llamábamos nosotros, 'que el camión a las tres de la mañana se accidentó' y teníamos rapport (...) realmente tuvimos una relación que nunca fue tirante, jamás fue mala. Yo creo que Z es un tipo bien responsable, bien obsesivo y le gusta quedar bien, o sea, a él le gusta hacer su trabajo eficientemente, él es de la gente que se compromete (CBAlI2).

Cabe señalar que varios de los entrevistados no se consideraron a sí mismos como sujetos de la planificación ya que pensaban que esta propuesta había sido producida en el marco del CCCV en lo cual tuvieron poca planificación. Estos entrevistados señalaron que la propuesta se trataba de una decisión de carácter político cuyas decisiones habían sido tomadas en la esfera presidencial. Aún cuando comentaron haber participado de múltiples instancias de coordinación para la implementación de BAII, no consideraban esto como planificación sino como implementación.

Mira, cuando a nosotros nos llegó la información de Barrio Adentro II yo creo que ya la planificación y los lineamientos estaban ya tomados por el Presidente de la República y la Misión Cubana, dentro del Convenio. Cuando nosotros vinimos ya se tenía una orden, un lineamiento inicial de lo que se tenía que hacer (CBAlI1).

### 5.1.3.3 El equipo técnico

En relación a las características del cuadro técnico que conformaba la FMBA, se contaba con profesionales con experiencia en salud pública pues, como ya se mencionó, hacían parte de la antigua estructura de Proyecto Salud que tenía una

trayectoria de más de veinte años en el área de proyectos de la banca multilateral. Por otro lado, en lo que corresponde a la Coordinación Nacional de BA, existían tres profesionales que realizaban residencia en Gestión en Salud Pública y apoyaban el desarrollo de las actividades de seguimiento. Además del personal que hacía parte de la esa Coordinación, también se apoyaban en el recurso humano del Despacho del Viceministro de Redes de Salud Colectiva. En cuanto al equipo de supervisión técnica, el mismo contaba con formación en las áreas específicas de ingeniería y arquitectura.

La FMBA contaba con una estructura organizativa propia con profesionales abocados a las tareas administrativas, financieras, de licitaciones y jurídicas. El personal directivo contaba con experiencia en el área administrativa, algunos con experiencia en salud pública y un militar que apoyaba en las actividades logísticas. El personal medio era básicamente administrativo estaba compuesto por treinta y tres (33) profesionales. También se contaba con economistas y especialistas en recursos humanos y abogados. En relación a los profesionales contratados para trabajar en los centros de salud, los mismos debían ser incorporados posteriormente a la nómina del MS. La falta de personal médico fue uno de los problemas más importantes de BAII. Por otro lado, la Sala Situacional congregaba un grupo de trabajo dedicado a estas labores. En cuanto al recurso humano que trabajaba en la Coordinación Nacional de BAII que dependía del MS, era un equipo pequeño integrado por tres médicos que hacían la residencia del posgrado de Gestión en Salud Pública, un informático, un recursista y una secretaria, además del recurso humano que hacía parte de la Coordinación Técnica de BA integrado por otros seis profesionales ingenieros, arquitectos y técnicos superiores en construcción. En la parte la supervisión del proceso constructivo se contaba con la estructura del MHV y sus representantes regionales, lo cual al parecer era una red numerosa.

Según la opinión de uno de los entrevistados, en ocasiones se contrató personas sin experiencia lo cual no contribuía al proceso administrativo y a su juicio la estructura directiva no era suficiente para el volumen de trabajo que había en la parte de planificación, pero que para el resto de las direcciones si era suficiente. Al parecer el equipo lograba acometer las tareas con el recurso humano existente, el cual contaba con experiencia en el área organizacional. En la parte constructiva específicamente, según la opinión de uno de los entrevistados el personal a cargo

de esta tarea a veces no contaba con la experiencia requerida para una actividad de esta naturaleza.

La Coordinación Nacional a pesar de ser un equipo pequeño tuvo la capacidad de organizarse para cubrir el trabajo. En la parte de Coordinación Técnica los profesionales tenían experiencia y habilidades en el área de arquitectura, animación, inspección de obras y la normativa constructiva. Ya en la parte constructiva, uno de los entrevistados consideró que el personal a cargo de la supervisión no era lo suficientemente fuerte en relación al personal de las empresas contratistas.

#### **5.1.4 Gobernabilidad para la implementación de Barrio Adentro II**

##### 5.1.4.1 Apoyo político

Los actores responsables por la formulación e implementación de la propuesta de BAII contaron con el apoyo y en ocasiones el rechazo de diversos sectores de los cuales se destacaron el apoyo legislativo, de los movimientos de base y de las asociaciones de profesionales.

De acuerdo con esto se tiene que en el ámbito legislativo fueron llevados dos puntos a discusión en la Asamblea Nacional, el primero la aprobación de recursos extraordinarios mediante los cual habría de financiarse la propuesta y el segundo se trató de una interpelación que intentaron realizar algunos diputados en razón de la demora en el cumplimiento de la meta constructiva. En el primer caso, no hubo ninguna oposición en el ámbito legislativo y todos los recursos fueron aprobados de manera expedita.

El propio cuerpo legislativo simple y llanamente observaba que era un recurso que venía para salud y lo aprobaba sin mayor oposición. Ahí no hubo obstaculización, el apoyo fue unánime (PF).

En el segundo caso, esta interpelación no prosiguió porque fue explicado a los solicitantes que esta no era una competencia de la FMBA, sino que la misma era responsabilidad del MHV como ente encargado del área constructiva.

en relación a la interpelación para la ejecución si hubo que hacer reuniones previas con el partido de gobierno para que entendieran lo que eran los Barrio Adentro y cuál era la política y el porqué de los tiempos de ejecución, porque entonces ellos querían entender porque la meta constructiva no estaba en tiempo y eso no dependía de nosotros (PF).

La estrategia para ese apoyo fue a través de la explicación del programa y la aclaración o de la aclaratoria en relación a las competencias reales de la Fundación, porque mucha gente creía que la Fundación construía los centros de Barrio Adentro II y no era así (PF).

La difusión de información positiva sobre la propuesta de BA en general por parte del Presidente de la República contribuyó a que las solicitudes formuladas a la Asamblea Nacional para más recursos para BAII fueran aprobadas sin dificultades. Igualmente, la formulación de la argumentación que debe presentarse para la solicitud de recursos extraordinarios contribuyó a que los mismos fuesen aprobados de manera unánime.

estas propuestas que todas requirieron pasar por la Asamblea Nacional en términos de presupuesto. Por eso fue importante el mensaje del Presidente que reportaba los avances obtenidos con Barrio Adentro I y marcaba un poco la pauta en términos de las necesidades con Barrio Adentro II (MS).

En cuanto a la participación de los movimientos de base, esta se dio principalmente en la figura de los CS, además de otros grupos como los Comités de Tierra Urbana y los Comités de Agua. Estos movimientos de base ya venían acompañando el desarrollo de BA desde su primera etapa. La participación de estos grupos se expresó en diversas formas tales como identificación y selección de lugares para la construcción de los establecimientos de salud, supervisión del proceso de construcción, selección del personal no médico, vigilancia y defensa de los espacios contra el vandalismo, contraloría social, escogencia de los nombres de los establecimientos, co-administración desconcentrada de algunos recursos para el funcionamiento, entre otras. Estas organizaciones tuvieron igualmente una participación en la movilización política, ya sea en defensa y en algunos sectores en oposición de la propuesta de BAII.

los movimientos progresistas entendieron la importancia de Barrio Adentro y la apoyaron, más allá de...ahí hubo gente de izquierda, siempre gente progresistas. La oposición nunca ha reconocido la bondades de Barrio Adentro ni las reconocerá. El pueblo las defiende porque son suyas (CBAIL2).

De los relatos de los entrevistados se percibe que el equipo dirigente promovió la participación activa y protagónica de la comunidad de acuerdo con el mandato constitucional. Uno de los entrevistados consideró que el MS fortaleció a los CS y reconoció su labor.

El contratista estaba desconcertado con el tema porque el contratista decía: 'bueno pero es que la obra yo se la entrego es a Inavi ¿qué hace esta gente aquí' No, esta gente es la que decide si usted va a entregar la obra o no, pero eso tuvo un efecto muy bueno para crear sentido de pertenencia en las

personas con las obras (CBANE).

Hubo participación de los movimientos de bases principalmente en la fase de la planificación de la implementación y de forma marginal en el diseño de la propuesta.

Los Comités de Salud participaban tanto en la contraloría en términos de construcción (...) y ese acompañamiento de la construcción, como en la selección del personal que va a trabajar allí y digamos en el intercambio permanente con la Directiva de los establecimientos de Barrio Adentro (VRSS).

En relación a la articulación con los Comités de Salud, la misma estaba establecida desde la primera fase de BA. El MS contaba con una Dirección de Comités de Salud que se encargaba de ser el vínculo entre el MS y las comunidades. El mecanismo de articulación se basó principalmente en la realización de reuniones y asambleas locales las cuales podían ser programadas o generadas a partir de la problemática cotidiana. En el caso de las asambleas, las mismas se realizaban con una periodicidad mensual a nivel nacional y en cada una de estas asambleas se convocaban a los involucrados en el proceso constructivo y a la comunidad con el fin de evaluar la evolución de las obras y las dificultades originadas en el proceso y se hacían demandas en ambos sentidos. Igualmente, a través de la Dirección de Comités de Salud se hacían las convocatorias para la discusión de problemas y se recibían las solicitudes que surgían ordinariamente de las comunidades.

En el ámbito local esta articulación se realizaba a través de los Directores Regionales de Salud, los Coordinadores Regionales de BA y la MMC, quienes efectuaban las coordinaciones y el intercambio de informaciones con los CS en relación al seguimiento. Dos de los entrevistados consideraron que el MS contribuyó al fortalecimiento de los CS. Uno de los entrevistados comentó sobre la iniciativa de fortalecer técnicamente a estas estructuras para ejercer la contraloría social de manera responsable y fundamentada. También fue comentado el acompañamiento de representantes del MS a través de visitas a los estados para la constatación de la problemática local.

Seis de los entrevistados opinaron que hubo movilización política de parte de los movimientos de base en defensa del derecho a la salud, BAI y a la construcción del SPNS. Igualmente esa movilización acompañaba la apertura de los centros. Por otra parte, también se dieron movilizaciones en contra para efectuar reclamos a la

FMBA, vinculadas a recursos. De acuerdo con la opinión de la Coordinadora de BAI (2) y la Coordinadora Técnica de BAI algunos grupos de clase media efectuaron movilizaciones oponiéndose a la construcción de centros en sus comunidades por motivaciones políticas en contra del gobierno y por razones relacionadas a la separación de clases.

había centros dentro de toda la planificación que quedaban en zonas excluidas de las ciudades y de las población del interior del país, pero había muchos que estaban en la clase media y que quienes se iban a beneficiar prioritariamente eran los habitantes de clase media. Yo me acuerdo clarito de la primera Sala de Rehabilitación que nosotros hicimos en Caracas fue en la California. Bueno, cuando se estaba construyendo ese Centro las viejitas nos protestaban, se quejaban de que 'eso se iba a llenar de pobres, de gente fea' una cosa horrible y nosotros nos calábamos la broma (CBAI2).

La otra afirmación de que hubo movilización en contra la realizó el Presidente de la FMBA quien comentó sobre movilizaciones para hacerle reclamos relativos a pagos. El Presidente de la FMBA y el Director del Despacho del MS se contradijeron en si la iniciativa de la convocatoria salía del Ministerio o de la comunidad.

La opinión de los movimientos de base fue calificada por los entrevistados de diversas formas tales como favorable, de receptividad, de respaldo y apoyo a la propuesta de BAI.

la gente se sintió realmente atendida teniendo un médico cerca de su casa, un médico que los podría atender en situaciones de emergencia, un médico preventivo, un médico que iba a su casa, un médico que sentía cercano en el trato a la gente (VRSS).

Estas opiniones se materializaban en la participación de los movimientos organizados en el proceso constructivo. Esa participación incluyó la contraloría social y la crítica en el cumplimiento de las metas.

muy críticos en términos de tiempos...eran los verdugos iniciales de 'por qué no han terminado', eran ellos, digamos los motores fundamentales para que la cosa terminara y para el reclamo a quien haya que hacerle el reclamo. Era digamos acompañamiento político por conciencia de la necesidad del proyecto, pero muy críticos en la ejecución, pero muy críticos en que las cosas queden bien (VRSS).

En relación a las asociaciones profesionales se tiene que hubo poca participación de las mismas, salvo en las SRI para las cuales se hicieron reuniones con grupos organizados de fisioterapeutas. Uno de los entrevistados (VRSS) consideró que por ser una decisión relativa a competencia Constitucional, era el Estado junto a beneficiarios quienes debían planificar y los demás debían acoplarse a esa planificación.

Las asociaciones de profesionales contrarios al gobierno, encabezados por La FMV, se opusieron a la propuesta de implementación de BA y tenían poca participación porque rechazaban la misma, catalogando la presencia de personal cubano como de intrusión y como una amenaza a los puestos de trabajo de los venezolanos. Por el hecho de no haber participado en el proceso de credenciamiento de los galenos cooperantes, los médicos agremiados en esta Federación, colocaban dudas sobre la formación del personal cubano y sobre la calidad de los servicios desconociendo las referencias y contrarreferencias remitidas de los servicios de BA.

Los Colegios Médicos hicieron resistencia porque ellos querían ver las credenciales, porque querían certificar al médico, porque les parecían que no eran médicos (PF).

los colegios de médicos, de los colegios de profesionales...cualquier persona que podía hablar mal del proyecto, hablaba...‘eso está dominado por los cubanos, los cubanos son unos piratas, son unos brujos, no sé qué, están haciendo unas mamarrachadas’ (CBAII2).

Sí te manda a hacer un eco y te dan el resultado y el médico que lo ve dice que eso no sirve, que tienes que hacerte otro, evidentemente que...solamente porque viene con el sello de Barrio Adentro (DGSPMS).

Según los entrevistados, los profesionales de salud que no hacían parte de BA se sentían agredidos, amenazados y trabajando en un sistema paralelo. Se destacó en los diversos discursos que la causa de rechazo tenía un fundamento político en contra del gobierno. Otro entrevistado (DGDMS) acotaba que se realizaban convocatorias para que participaran médicos venezolanos en BA y se efectuaban concurso pero estos no querían participar y el Estado debía responder por la atención a la salud de la población.

Los profesionales se truncan, o sea rechazan la participación de los cubanos en esos procesos y uno les argumentaba ‘bueno, pero es que nosotros sacamos cargos a concurso, los llamamos a que se incorporen en los barrios, en los ambulatorios y no participan...entonces ustedes están dejando de atender a una gran cantidad de la población y el Estado es responsable de prestar esta atención’ (DGDMS).

Por otro lado, también había sectores profesionales que apoyaban. Hubo respuesta positiva de varios médicos a la convocatoria para la realización de la especialización de Medicina General Integral en BA. Igualmente se apuntaron las opiniones positivas de las asociaciones de profesionales que eran afines al gobierno tales como el Colegio de Médicos del Distrito Metropolitano, Comisión Nacional de Medicina (Conamed) y la Asociación de Médicos Integrales quienes en general se

manifestaban a favor. Por su parte, la Coordinadora Técnica de BAII consideró que los profesionales se sentían satisfechos. Algunos de estos médicos vieron una posibilidad futura de inserción permanente en el sistema. El personal venezolano posteriormente se fue incorporando y según la opinión de una de las entrevistadas, en principio hubo una mala comprensión sobre la amenaza de que los cubanos tomarían los puestos de trabajo de los profesionales venezolanos.

Aún cuando la totalidad de los entrevistados reconocieron de alguna manera u otra la labor humanitaria de la MMC y el peso fundamental que ha representado el apoyo de Cuba para el desarrollo de BA, se pudo conocer de los discursos de algunos de los entrevistados que durante el desarrollo de la propuesta de BAII se suscitaron situaciones de tensión interna con potencialidad de afectar el avance de las actividades. En ocasiones estas tensiones se expresaban en dificultades de armonizar las idiosincrasias cubanas y venezolanas, tanto en el ámbito de la coordinación nacional como en el ámbito regional.

¡Claro!, si las cabezas ven esa política no como un competidor sino como algo que va a sumar, evidentemente que nosotros sumamos, que yo creo que esa fue una de las diferencias que nos pasó con Barrio Adentro I (DGSPMS).

Había muchísimas dificultades entre los representantes del Ministerio de Salud y los representantes de Cuba en los estados, que venían al puesto de mando y se expresaban ahí y algunas veces fue muy difícil superar esas dificultades. Esa coordinación no fue fácil (MHV).

la visión que tenía X de eso, que era un poco más venezolanizada, pero en eso yo me sentía subordinado a X, incluso en el equipo yo lo reconocí a él, con los cubanos ahí, como que el que dirigía y debía decidir era X porque era la competencia y era a quien le correspondía (MHV).

Lamentablemente el Presidente Chávez oyó primero la propuesta de Barrio Adentro II como lo estaban planteando la Misión Médica Cubana y bueno, esa fue la línea que dio (DGSPMS).

Cuando entraba el Presidente tendía a irse al otro lado, también por el imaginario de ese sistema de salud y que ese sistema de salud era el que había que implantar y el fracaso del venezolano y las dificultades con nuestro personal con la actitud gremial de médicos, enfermeras, ante la diferencia de los misionados cubanos que donde quiera y donde fuese, ahí estaban dispuestos (MHV).

De igual forma esas tensiones se sentían no sólo en las formulaciones conceptuales sino también en el nivel operativo. Algunos de los responsables de la implementación consideraron que la propuesta fue elaborada en un contexto fuera la realidad local y que no se tomaron en cuenta aspectos culturales que complejizaron el entendimiento de los grupos en ambos sentidos.

el hecho de que el proyecto fuera un proyecto trasplantado creó dificultades de carácter técnico. El proyecto inicial es planteado desde el Convenio Cuba-Venezuela, con unas características y una visión que no se adaptaba quizás a la idiosincrasia de construcción de la zona (CBANE).

creo que tampoco se entendió...hasta la propia Misión Cubana, de cooperantes cubanos, de alguna manera e involuntariamente interfirió en el proceso. A mi me tocó vivir cambios de planos en el sitio del terreno y mientras se estaban haciendo los CDI, o cambios de uso o especificaciones en una edificación, lo cual incidió una vez más en la tardanza de estos, 'no, no, pero es que mira, el contratista te dice que, pero es que en plano lo que tengo es esto, pero yo lo que quiero es esto, pero me lo estás diciendo en este instante', entonces, evidentemente tumbar una estructura, volverla a hacer, meter una tubería aquí, no, no la parte eléctrica (CBANE).

Ellos llegaron aquí diciendo.....porque a cuanto ingeniero venezolano tu le decías que íbamos a hacer esas obras, porque eran unas obras pequeñas de 500 mt<sup>2</sup>, 700 mt<sup>2</sup>, y decían: 'no! eso lo levantamos'.....No! eso será en Cuba, pero aquí en Venezuela eso no se hace y eso estableció una guerra de saberes horribles de la que los médicos que habitualmente no sabemos nada de eso estábamos en el medio, pero estábamos del lado de que no se hacía, además que la práctica nos fue demostrando que eso era embuste (...) Nosotros nos pusimos unos tiempos irreales (CBAIL2).

yo le decía Z 'no ha llegado el camión' y el me decía 'yo mande esos camiones y no sé qué cosa, lo que pasa es que no hay camiones, etc. tú me dices una cosa, los cubanos me dicen otra' (CBAIL2).

No obstante estas opiniones, para algunos entrevistados, por tratarse del órgano con competencia, el MS mantenía naturalmente la liderazgo. De acuerdo con esto, los otros miembros del grupo seguían los lineamientos que daban las autoridades de salud y coordinaban bajo esas directrices, trabajando articuladamente con la MMC.

el decisor fundamental era X. Aunque tendía irse a los cubanos, nuestra intención siempre era X (MHV).

quien llevaba las voz cantante era realmente X, el Ministro de Salud, el era el que marcaba la orientación general e Infraestructura y la Misión Médica Cubana se adecuaban a lo que el exigía, incluso cuando se tomaban decisiones de tipo acceso a aguas servidas y era X quien llamaba y ejercía su poder de Ministro y por supuesto del Ministro directo con el Presidente (CBAIL2).

X mismo fue que con la estadísticas de salud, población, territorio decidió cuantos debería haber en cada territorio y había una relación entre CDI y CAT, que a cada tantos CDI le correspondía un Centro de Alta Tecnología (MHV).

De igual forma también surgieron tensiones entre el personal de la red tradicional y la red BA ya que se suponía que la propuesta incorporaría una integración. Aún cuando varios ambulatorios de la red convencional fueron transformados en CDI en el resto de los establecimientos que formaban parte de las

direcciones regionales de salud se generaron fricciones y rivalidades como consecuencia de conformación de una aparente red paralela con cubanos que supuestamente tenían mejores condiciones.

Aquí en algunos estados, algunos ambulatorios se convirtieron en CDI, en algunos estados, en otros estados se estableció una competencia o una rivalidad entre lo que era el trabajo de Barrio Adentro II y lo que era la Dirección de Salud como tal, porque veía que se estaba creando una red paralela, en vez de tratar de unificar y evidentemente que en los estados que se logró la unificación, esta cosa funcionó muchísimo mejor (DGSPMS).

Por otra parte, en nivel local, en ocasiones también se vivieron tensiones entre los equipos técnicos del MS y del MHV, las cuales quedaban evidenciadas en las confrontaciones planteadas en la rendición de cuentas que se hacía en el espacio de coordinación nacional.

por ejemplo, si venía un supervisor del Ministerio de Hábitat y Vivienda y decía 'no, esta obra está avanzada un setenta por ciento (70%)' yo podría decirle 'aquí están las fotografías donde dice que no está a un setenta por ciento (70%), sino un cincuenta por ciento (50%) nada más, no venga a caerle a cobas a su Ministro aquí, pues' (CBANE).

#### 5.1.4.2 Autonomía administrativa y financiera de la Fundación Misión Barrio Adentro

La FMBA brindó a las autoridades de Salud la posibilidad de realizar los procesos administrativos separados de la estructura del MS, con mayor agilidad, especificidad y concentración, además de disminuir la burocracia y mejorar el control y la transparencia. La Coordinadora de BAII (2) señaló que la FMBA permitió a esa Coordinación abocarse a los aspectos técnicos y desentenderse de los trámites administrativos.

Yo creo que la Fundación cumplió su papel importante. Para empezar logramos separar las adquisiciones de los recursos del Ministerio, desde el Ministerio, que tenía que hacer veinte mil (20.000) cosas más de lo de Barrio Adentro, es decir, el hecho que se diferenciaron los recursos y una unidad administrativa a través de la Fundación permitió una aceleración en los mecanismos de adquisiciones y en las respuestas con mayor oportunidad a las demandas que se hacían desde la Misión (DGGAMS).

Nosotros estábamos íntimamente relacionados, porque nosotros casi que le pasábamos las cuentas, nosotros no manejábamos ningún recurso financiero, sino que las cuentas nosotros se las pasábamos a la Fundación. Por ejemplo, las compras que se hicieron por la Fundación se hacían planificando los centros que nosotros estimábamos que íbamos a tener listos para determinada fecha, entonces ellos iban comprando en la medida que nosotros le íbamos pasando (...) Eso era una facilidad, absolutamente. Para nosotros era una maravilla no tener nada que ver con el tema administrativo y en efecto no teníamos nada que ver con eso (CBAIL2).

Existía una Comisión de Licitaciones creada por Gaceta Oficial, la cual estaba integrada por todos los directores de la FMBA y tenía representación del MS, tanto en la parte administrativa como en la parte jurídica y según lo informado por el Presidente de la FMBA, además del control y la auditoría de la propia Fundación, también existía control de parte del propio MS. Esta Comisión se reunía para realizar las discusiones sobre los pliegos y realizar las evaluaciones y puntajes según los criterios de precio, calidad, disponibilidad, entre otros. La Unidad de Compras mantenía la relación de proveedores y precios con el objeto de obtener las mejores ofertas y mantenía actualizadas las informaciones sobre los movimientos bancarios, la liberación de los fideicomisos, la ejecución presupuestaria, los desembolsos y demás datos administrativos. Los procesos de licitación y compra fueron mucho más rápido y se establecieron mecanismos más eficientes y expeditos para efectuar compras y dotaciones. Cuatro de los entrevistados coincidieron en la agilidad administrativa.

La Fundación mostró que se podía licitar, hacer los procesos por ejemplo de compras de dotación y de pagos de servicios más pronto, apegados a los procesos licitatorios en tiempos también más breves, porque un cuento que teníamos en el Ministerio central es que las licitaciones siempre eran procesos largos y no necesariamente era así. Si, tú podías hacer procesos licitatorios apegados a la ley y a derecho en tiempos breves, totalmente auditables, transparentes (PF).

se tiene un mejor control, como es una estructura completamente nueva, no pasa por la anquilosada estructura vieja del Ministerio, que bueno...con trabas casi que cada uno de los pisos, aquí sencillamente se hace la requisición, se hace la compra y se distribuye incluso utilizando la propia red de Barrio Adentro (...). Era mucho más fácil comprar en la Fundación y garantizar que ese insumo llegara el día siguiente a cualquier lugar de Venezuela que mandarlas a través de la valija formal del Ministerio, que implicaba un oficio que sale de oficina A, oficina B, para que salga del Ministerio, para que llegue a Las Adjuntas donde está el depósito, para que llegue a la Dirección Regional de Salud, para que traigan a alguien a buscarlo...o sea, tardaba como tres meses por la otra vía y en un solo día tu podías distribuirlo porque es un mecanismo ágil y bien eficiente para la distribución (VRSS).

En relación a la autonomía administrativa, lo correspondiente al proceso constructivo dependía de otras instancias, en primer lugar del MHV, que a través de convenios acordó con algunas alcaldías y gobernaciones ejecutar la construcción de los establecimientos. Igualmente en algunos casos participaron el IVSS y PDVSA. Las afirmaciones respaldan la posible pérdida de la autonomía:

el tema construcción, es una variable que depende de gran cantidad de actores que ya hemos hablado como gobernaciones, alcaldías, algunos otros institutos autónomos como el Seguro Social y PDVSA, nosotros no

controlamos ni los recursos, ni la velocidad de construcción, entonces podíamos hacer y de hecho hacíamos supervisiones a un establecimiento de salud pero si ese establecimiento de salud lo está haciendo la alcaldía, no hay ninguna vinculación orgánica entre la Fundación y la alcaldía (VRSS).

El propio MHV, al subcontratar con empresas, perdía autonomía sobre los tiempos de ejecución. Otro punto considerado fue la participación de la MMC en lo que se refiere al diseño y el acoplamiento de dotación al propio proceso constructivo que en ocasiones tuvo fallas. Hubo convergencia entre los discursos de los miembros del Consejo Directivo de la FMBA quienes destacaron la pérdida de gobernabilidad de la variable construcción al transferirse esa competencia al MHV, aunque reconocieron que ni la FMBA, ni el MS tendrían capacidad para acometer esa tarea. En este caso la autonomía se vio reducida a la supervisión y el acompañamiento del proceso.

En determinados momentos del proceso constructivo fueron insuficientes los recursos financieros, hecho que fue atribuido a errores en el cálculo para las solicitudes iniciales y a al hecho de no considerar los incrementos en los costos que generaron las demoras surgidas en la construcción de los establecimientos. Igualmente, el rango de precios de construcción variaba considerablemente entre un estado y otro. Un aspecto que fue destacado por varios de los entrevistados fue el impacto que tuvo BA en el sector de la construcción, generando escases nacional en diversos materiales de construcción como cemento, cabillas, etc.

En lo que se refiere a la ejecución financiera, previo a la creación de la FMBA la ejecución financiera para BAII se realizaba por la vía ordinaria de la Dirección General de Gestión Administrativa del MS, con los aportes que se obtenían a través de la Fundación Oro Negro de PDVSA. Cuando se crea la FMBA, se aprovechó la plataforma administrativa que quedó del cierre del Proyecto Salud, que era una estructura dentro del MS que manejaba proyectos de la banca multilateral y se adaptó toda esa estructura para acometer la tarea de la gestión de los procesos administrativos de BA.

Los recursos financieros destinados para BA fueron colocados en contratos de fideicomisos en los que figuraba la FMBA como fideicomitente y una vez que se cumplían los requisitos para la liberación de los mismos, se hacían las transferencias de recursos a las cuentas bancarias de la FMBA para que se realizaran directamente las adquisiciones de insumos y materiales y pagos o se hicieran las

transferencias a las gobernaciones para que estos ejecutaran parte de los recursos.

Estos recursos se destinaban al funcionamiento y mantenimiento de los centros de salud, lo cual incluía compra de insumos y materiales para la dotación de mediano porte, pago de servicios, pago de personal cubano y venezolano y adquisición de inmuebles. En cuanto a la disponibilidad de estos recursos prácticamente no fue percibido como una limitante siempre que hubiesen sido solicitados en las cantidades necesarias y dentro de los plazos establecidos.

La ejecución financiera de la parte constructiva fue realizada por las gobernaciones y alcaldías mediante los recursos obtenidos en los convenios de transferencia que recibían del MHV.

No había ninguna dificultad, todo dependía de que se firmaran todos los requisitos del fideicomiso o que se cumpliera el tramite, pero una vez que llegaran los reales, más bien se transfería recursos a las gobernaciones. Las gobernaciones tuvieron autonomía en la administración de recursos. Había como una administración compartida, había algunos que se administraban directamente desde el Ministerio y otros, que en el convenio que se hacía con cada gobernación se le transfería recursos a la gobernación y la supervisión real quedaba de parte del Ministerio y de los cubanos (MHV).

La adquisición de equipos de alta tecnología se realizaba fuera de la FMBA a través del CCCV. Desde el punto de vista de los entrevistados, la FMBA gozaba de autonomía financiera, lo cual era un requisito para garantizar la eficiencia de la misma. A juicio de los entrevistados la distribución de competencia y sus recursos correspondiente incidió en pérdida de autonomía:

Tal vez el otro obstáculo es que la Fundación solamente tenía parte de los recursos, no manejaba todos los recursos, entonces le era difícil a la Fundación.....claro" (MS).

Las gobernaciones por su parte también podían realizar compras de porte menor. Una vez realizadas las transferencias de recursos, las gobernaciones tuvieron autonomía en la administración de los recursos. En la parte constructiva era una administración compartida que en algunos casos se administraba directamente desde el MHV y otras ocasiones se hacía a través de los convenios de transferencia.

La logística de distribución fue asignada al MD y era gestionada a través de la Fundación Proyecto País, que podían utilizar toda la infraestructura de las Fuerzas Armadas para llevar a cabo la distribución de los equipos.

En lo que se refiere al pago y contratación de recursos humanos, la FMBA realizaba los pagos de estipendios a los médicos cooperantes cubanos y contrataba

y pagaba los sueldos del personal venezolano de apoyo y mantenimiento.

la agilidad administrativa que daba la figura de la Fundación nos permitía contratar al personal que se requería, por supuesto que hay cosas que requerían la aprobación o del Ministro, la máxima autoridad del Ministerio y en algunas ocasiones mucho más allá, la Presidencia de la República (VRSS).

los recursos humanos inicialmente todos venían de Cuba. Posteriormente se incorporan personal de apoyo para el área logística de mantenimiento y de limpieza que si los comenzó a pagar la Fundación. Eso lo llevaba la Fundación (DGGAMS).

## 5.2 Prácticas de Planificación

### 5.2.1 Prácticas estructuradas

#### 5.2.1.1 Existencia de planes estructurados e instrumentos de programación

Antes de describir los hallazgos hechos sobre este punto es necesario situar el hecho de que BAII viene a ser la continuación de BAI. Los entrevistados recordaron que BAI era un programa que nació de la ayuda humanitaria hecha por cooperantes cubanos en Venezuela en 1999, después de los desastres naturales ocasionados por intensas lluvias y que posteriormente fue instituida como Misión dada la receptividad y participación de las comunidades excluidas.

Comienzo por decir lo que para mi es absolutamente indispensable, que Barrio Adentro II no se puede aislar de Barrio Adentro I (...)Ya Barrio Adentro deja de ser un programa humanitario, que fue en sus inicios un programa humanitario para asistencia en situación de emergencia y pasó a ser una Misión con carácter permanente, una Misión con el objetivo de llevar salud preventiva a toda la población de máxima exclusión (VRSS).

Primero: Barrio Adentro nació y se pudo instalar porque la gente lo pidió y la gente lo aceptó; dos: el financiamiento externo, no dependía del presupuesto del Ministerio de Salud sino con recursos extraordinario que el gobierno nacional, el Presidente de la República destinó para eso; tres: digamos la vocación de servicio y la vocación de ayuda humanitaria y la vocación internacionalista de la Misión Médica Cubana y de los cubanos en general con su formación socialista, su formación internacionalista, su formación digamos altruista en el sentido de dejar a su familia y dejar a todo lo que tiene para entregarse de cuerpo y alma a un país hermano, como en este caso, Venezuela. Digamos que esos tres elementos fueron fundamentales para el nacimiento de Barrio Adentro y para la consolidación de los planes relacionados con Barrio Adentro. Nace la Misión y la Misión nace con la creación de una Fundación (VRSS).

Dada la presencia de los médicos cubanos que desempeñaban cooperación en BAI, así como un grupo menor de médicos venezolanos, se tenía el

levantamiento de las informaciones estadísticas sobre la situación de salud y se evidenciaron las necesidades de recursos diagnósticos y de rehabilitación. Fue señalado por algunos de los entrevistados que se realizaron análisis de situación de salud y que las comunidades también participaron de la elaboración de los mismos. Para ese momento BA funcionaba como un sistema paralelo al MS y aún no se había institucionalizado. Según las afirmaciones de varios de los entrevistados fue por las informaciones de la MMC que surgió la propuesta.

Bueno, empieza construirse y el gobierno nacional destina recursos para la construcción de Barrio Adentro I, sin embargo comienza a verse limitaciones (...) pero las limitantes es que las cosas que no podía resolver ese médico de Barrio Adentro en el Consultorio Popular se veían trabadas en el sistema formal de salud, en el sistema tradicional de salud de Venezuela, que es el sistema de salud de todo lo que son los consultorios ambulatorios urbanos, los hospitales tipo uno (I), dos (II), tres (III) y cuatro (IV), es decir, si el médico de Barrio Adentro necesitaba una placa de rayos X, si el médico de Barrio Adentro necesitaba un examen de laboratorio para corroborar un diagnóstico, pues eso se trababa en la red asistencial pública de Venezuela. Además de esto, todo el tema de las terapias intensivas, las camas de hospitalización, las camas de terapia intensiva, la atención de las emergencias, que tampoco se podían hacer en Barrio Adentro I porque no estaban diseñados para eso, pues tenía trabas al llegar a la red hospitalaria, a la red pública nacional y otro elemento bien importante es el tema de lo que nosotros llamamos destapar la olla en materia de visualización de las discapacidades (VRSS).

trabajamos conjuntamente la parte estadística, pero mas que todo la Misión Cubana que fue con personal de ellos que se inició el trabajo (CBAIL1)

Pero fue una Misión que inicialmente ya estaba planificada con la Misión Cubana y ellos eran protagónicos y conjuntamente con ellos comenzamos a planificar todo lo que se refería a la parte constructiva, primero al inicio con la búsqueda de los espacios para construir estos centros, la organización por municipio, los censos, todo lo que previamente se necesitaba para realizar la localización de los centros (CBAIL1).

¿por qué la Misión Médica Cubana idea Barrio Adentro II? porque con Barrio Adentro I se aumenta una cobertura, se aumenta más de un cincuenta por ciento (50%) de la cobertura de atención y los pacientes que eran atendidos aquí que necesitaban exámenes de laboratorio no eran atendidos en la red tradicional (...) Evidentemente que hubo una planificación para dar repuesta a las situaciones de conflicto que ellos se encontraban con Barrio Adentro I (DGSPMS).

Las estadísticas básicamente la llevaban los compañeros cubanos, realmente el Ministerio como tal no llevaba la estadística ni el control. Siempre lo llevó la Misión Cubana (...) todos los coordinadores, porque cada estado tenía un coordinador cubano, si por supuesto le rendía cuentas directas a su Viceministro al Doctor Aldo Muños, el Viceministro de Salud que está aquí instalado en ese entonces, claro ¿que hacia él? había un reporte directo y yo creo que el Doctor Aldo de alguna manera reportaba al Ministerio (CTBAIL)

Cuando, con la asesoría de la MMC, el Presidente decide crear BAIL se comienzan a articular con las instituciones que iban a formar parte de esa etapa los

aspectos programáticos subsiguientes. La segunda fase de la Misión es anunciada formalmente en la alocución anual de rendición de cuentas ante la Asamblea Nacional. Primeramente se hizo una declaración política sobre la meta que se pretendía llevar a cabo con BAII. Toda vez que había sido una decisión presidencial, posterior al anuncio oficial es cuando se les informa a los gobernadores que serían asignados recursos a los estados para desarrollar la segunda etapa de BA. Es en ese momento cuando los gobernadores, asesorados por sus directores regionales de salud, comienzan a participar de la programación y a discutir las condiciones en las que se efectuará la transferencia que serían refrendados a través de contratos de compromiso.

Fue después de la visita que se hizo con el Presidente a Cuba. Salió de la inquietud de continuar con Barrio Adentro I después del éxito o la receptividad de Barrio Adentro I. Entonces el Presidente en su mensaje a la nación de febrero 2005 hizo los comentarios de los lineamientos más generales de lo que iba a ser y ahí se estableció el número, la meta (MS).

Después se hizo una reunión en Miraflores con todos los gobernadores, el Vicepresidente y el Presidente, y el Ministro de Vivienda (...) y se les explico a los gobernadores el tema y se acordó con ellos la transferencia de dinero para que ellos hicieran las construcciones. Fue un recurso que se le asignó al Ministerio de Vivienda y a través de unos convenios legales que hicieron se pasó dinero a las gobernaciones y a unas poquitas alcaldías, fundamentalmente la Alcaldía de Caracas y la Alcaldía de Sucre. La forma administrativa era a través de los convenios (MS).

Paralelamente, para articular BAII a la red nacional tradicional, se trabajaba sobre la base del ALOS en la cual, como ya se dijo, se especificaban los aspectos generales de la conformación de la red. Se tenían papeles de trabajo general pero no un plan de cómo se iba a dar esa integración entre la estructura tradicional y la nueva red que se estaba instalando.

Existía una especie plan normativo en el sentido de que se tenía una meta constructiva establecida, se hicieron los cálculos financieros correspondientes y se asignaron los recursos y se establecieron un conjunto de actividades de acuerdo con la competencia de cada uno de los entes participantes, lo cual debía ser ejecutado en el lapso de un año. En primer lugar existía una programación general que era la meta inicial de seiscientos (600) CDI, seiscientas (600) SRI y treinta y cinco (35) CAT, los cuales serían la base física para conformar las ASIC.

El criterio principal de programación en el diseño fue garantizar al menos un establecimiento de diagnóstico y rehabilitación por municipio y al menos un CAT por estado. Este criterio se extendía en aquellos municipios y estados con elevada

densidad poblacional.

El criterio principal fue el de garantizar un establecimiento por municipio (MS).

Lo importante era que al menos cada municipio tuviera un Centro de Diagnóstico y un Centro de Rehabilitación, cada municipio, de acuerdo al número de habitantes y por supuesto los municipios más grandes tendrían dos o más de dos CDI y SRI (CBAII1).

Las ASIC incorporarían entre diez (10) y quince (15) establecimientos de BAI para cada CDI y SRI. La base de cálculo se planteó para una población de entre treinta mil y cincuenta mil habitantes (30.000 a 50.000 hab), aunque esta información divergió entre los varios entrevistados surgiendo también la estimativa de entre cincuenta mil y setenta mil habitantes (50.000-70.000 hab) y un área de influencia de entre treinta (30) y cuarenta (40) consultorios populares por cada CDI y SRI. Otro entrevistado consideró la base de cálculo en base a doscientas cincuenta (250) familias y veinte (20) módulos para cada CDI y SRI. Una otra entrevistada señaló que por cada cuatro (4) CDI, uno llevaba quirófano. El tipo de centro dependía a implementar dependía también de los indicadores epidemiológicos y la complementariedad entre los niveles de gobierno. Fue mencionado por uno de los entrevistados la incorporación en el análisis del diseño el modelo de niveles de atención de Leavell y Clarck.

Para decidir la ubicación de cada centro se tomaron en cuenta criterios políticos, estratégicos, de población, acceso, territorio, ubicación geográfica, influencia de acceso geográfico, necesidad de acuerdo a la distancia, recursos.

ahí hubo cierta planificación desde el punto de vista de lo que es la concepción, el número de centros de las Salas de Rehabilitación, se pensó en una distribución geopolítica por población. Cada población debe tener un Centro Diagnóstico y una Sala de Rehabilitación Integral en poblaciones mayores de quinientos mil habitantes debe haber un Centro Diagnóstico de Alta Tecnología. Hubo una visión estratégica y política de planificación para definir la cantidad de Centros Diagnóstico, las Salas de Rehabilitación y los CAT para ese momento. Si mal no recuerdo creo que eran cincuenta mil (50.000) habitantes por cada Sala de Rehabilitación y por cada CDI, ubicados geográficamente en un entorno. Fíjate, si yo voy a poner un CDI en un municipio, tiene que estar una Sala de Rehabilitación de ese mismo municipio, es decir, era la situación geopolítica y poblacional. Por supuesto, que hay municipios en los cuales no se cumplía la premisa del número de habitantes, porque por ejemplo si tu te vas para Amazonas o para Delta Amacuro, ahí no cumples con lo de los habitantes, pero si cumples con la distancia y con la accesibilidad y entonces hay por ejemplo, hay CDI en centros de diez mil habitantes, porque ahí estratégicamente era necesario porque había que fortalecer el segundo nivel de atención (DGSPMS).

Hay lugares o regiones donde el acceso es más difícil y tuvo que darle servicios, aunque la población fuera muy pequeña, complementar el

servicio, por ejemplo decirte el CDI de la Esmeralda en Amazonas hubo que ponerle su quirófano por lo alejado, lo imbricado de la geografía. Entonces se tomaron en cuenta esos criterios, el área geográfica, la población, el acceso (CBAIL1).

En base a ese dato global existía una programación permanente para la pre-apertura y posterior inauguración de los centros en cada uno de los estados. Existían unos cálculos estandarizados para el abastecimiento de insumos. En lo que respecta al cálculo de los insumos, equipamientos y recursos humanos el equipo se formuló lo que se llamó un kit donde se contaban con los cálculos por tipo de establecimientos.

se logró planificar o armar una plantilla de personal técnico, de personal profesional, personal de apoyo e insumos básicos que requiere cada establecimiento, logró establecerse eso, un cálculo técnico de que es lo que requiere, eso se logró generar los mecanismos idóneos para la dotación (VRSS).

Como ya fue mencionado, los convenios de transferencia que efectuó el MHV con las gobernaciones eran los instrumentos de compromisos y contemplaba los términos de ejecución y de cierta forma la programación en términos generales. Estos instrumentos fueron considerados por algunos de los entrevistados como planes.

Por otra parte, en lo que respecta a los instrumentos de planificación inscritos en la burocracia formal del Estado para la elaboración del presupuesto anual de la administración pública, se señala la existencia de los planes operativos y las fichas de solicitud de presupuesto que se elaboraban para realizar la solicitud de los recursos al gobierno nacional, las cuales contenían todas las informaciones sobre la propuesta. No obstante, los entrevistados no consideraron este instrumento como un plan a la vez que surgían contradicciones en los discursos cuando admitían que sin un mínimo de planificación no hubiesen podido avanzar.

Por otro lado, en lo que se refiere al POA y el Presupuesto, el Director de Planificación y Presupuesto de la FMBA recordó que por instrucciones del Ejecutivo la programación y las metas para un año debían ser elaboradas en base a proyectos y presentadas mediante el instrumento del MPPD llamado fichas de Nueva Etapa que se elaboraban en base a marco lógico y de ahí se extraía la ficha de presupuesto.

Estos instrumentos debían contener informaciones como objetivo, problema, meta, cuantificación del problema y de la población a atender, datos

presupuestarios, desembolsos financieros, entre otras informaciones. Sin embargo, era en realidad en esta Dirección donde se elaboraban las fichas con la información que se obtenía mediante entrevistas con los coordinadores. Primero se planteaban las metas y se determinaban los recursos financieros, materiales y humanos.

No había un plan, existía políticamente, pero los planificadores de cada una de las áreas no sabían cómo se montaba eso en el presupuesto (DPPF).

todo lo que era antes programas pasa a ser proyectos y el Ejecutivo dijo que ahora todo va a ser a través de proyectos. Todo tipo de programación, todo tipo de meta que vayan a cumplir durante un año tiene que ser basada en proyecto, la nueva gestión de cómo se levanta el presupuesto, presupuesto por proyecto y este presupuesto por proyecto tiene algo llamado Nueva Etapa. Esa Nueva Etapa son fichas del proyecto que debe montar cada ente o cada Dirección General, esa es una línea que ya viene por el Ejecutivo y quizá los otros poderes lo hagan de otra forma, lo hagan o por lo que sea, pero el Ejecutivo lo hace así (DPPF).

Primero se hacía toda la planificación de las metas en el año, después los recursos necesarios para cumplir las metas, equipamiento iban a necesitar para cumplir las metas, qué insumo iban a necesitar y cuanto de recursos humanos. Todo eso era una planificación que se debe hacer para atender a la población (DPPF).

Marco lógico que era como estaba montada la ficha. De marco lógico sacaron el extracto y sacaron una ficha presupuesto (DPPF).

Las fichas del Ministerio de Planificación y en cuanto a la programación, nosotros hacíamos una programación de desembolso de cómo el ejecutivo nos va a dar los recursos a través del tiempo en un año. Es bimensal o trimestral y uno programa ahí tanto para Barrio Adentro en el primer mes, tanto en el segundo mes (DPPF).

Cuatro de los diez entrevistados mencionaron la participación en la elaboración del POA, siendo que una de ellos consideró que este instrumento tiene poco que ver con las actividades que se desarrollan en la práctica y que su valor se reduce a la solicitud del presupuesto, además de considerar estas prácticas neoliberales, aunque admite que el uso de prácticas de planificación es indispensable, prefiriendo hacer uso de prácticas de planificación menos estructuradas.

Seis de los entrevistados apuntaron hacer uso de algún instrumento de planificación oficial, específicamente por parte de la FMBA. De ellos cuatro identificaron el POA como instrumento oficial. Otro de los entrevistados mencionó las fichas de la Nueva Etapa, que son instrumentos del MPPD, las cuales se preparan en base a marco lógico.

La FMBA hacía la programación de desembolso para el año y la programación física la hacían las coordinaciones.

la programación física la hacían Barrio Adentro I y Barrio Adentro II a través de sus planificadores decían cuanto necesitaban de insumo para tal mes (...) La Fundación no podía comprar nada si Barrio Adentro no lo pedía. Los Directores en ese momento tenían por línea general y por responsabilidad de su cargo, tenían que levantar el proyecto de presupuesto. Ellos aparte de eso tenían que administrar sus recursos, en el sentido de que no ejecutaban desembolso, pero si administraban los recursos. Ellos tenían que saber cuántas personas necesitaban emplear, que insumos iban a necesitar, cuantos CDI, SRI y CAT querían levantar a nivel nacional. Toda esa programación que tenían ellos, la levantaban ellos, tenía que levantarlas ellos. Ahora, yo personalmente me abocaba directamente a ellos porque ellos no lo hacían. Esto lo manejaba primeramente las alcaldías y PDVSA, después fue que lo asumió el Ministerio, pero lo asumió sin tener ninguna programación, ni ninguna planificación. Yo articulaba con ellos, ellos levantaban el proyecto con nuestras sugerencias, con nuestra experiencia. Ellos levantaban los proyectos tanto Barrio Adentro I y Barrio Adentro II, lo que es la Nueva Etapa. Ellos planificaban, pero yo iba y me entraba a golpes con esa gente y quien terminaba planificando era yo. Montar todo el proyecto de Barrio Adentro I, es decir, cual es la programación de cuantos iban a incluir, cuantos iban a atender durante el año, todas las metas (DPPF).

No había un plan, existía políticamente, pero los planificadores de cada una de las áreas no sabían cómo se montaba eso en el presupuesto (DPPF).

A manera de planes, fueron mencionados por varios entrevistados los cuadros o ficha individual de seguimiento que todos los involucrados elaboraban y consolidaban en la Sala Situacional.

#### 5.2.1.2 Seguimiento y evaluación periódicos

El grupo de la Sala Situacional era un grupo *ad hoc* de seguimiento que como ya se dijo estaba integrado fundamentalmente por las autoridades del MS, MHV y MMC y que se reunía en un espacio de coordinación nacional denominado Sala Situacional donde se realizaba el seguimiento nacional del proceso constructivo.

Siempre era a través de la Sala Situacional de Inavi, verdad! porque esa era la Sala que monitoreaba todo a nivel nacional. Esa fue una estrategia que se planteó Inavi para hacerle seguimiento a las obras (CTBAII).

Como también ya se mencionó, a este espacio eran convocados en determinadas ocasiones los gobernadores y los representantes de algunos sectores asociados a servicios. Cuando se convocaban a los gobernadores se revisaban con ellos además del avance del proceso constructivo otros aspectos de tipo financiero y legal. El Presidente de la FMBA asistía ocasionalmente a las reuniones de la Sala Situacional, pero obtenía los reportes del seguimiento que constantemente eran

enviados del Despacho de Viceministro de Redes de Servicios de Salud o de la Coordinación de BAII. El seguimiento que se hacía en la Sala Situacional era alimentado diariamente con reportes que enviaban los encargados regionales de Inavi y semanalmente con los insumos que aportaban el MS y la MMC. Se hacía un seguimiento metódico regular de un conjunto importante de variables.

una vez al mes con el Presidente. Pero si, así fue que funcionó el mecanismo de coordinación y fue una experiencia del día a día, todos los días a las siete (7) de la noche llegaba el reporte de todos los estados, de lo que se hizo, de lo que no se pudo hacer y cuáles fueron las razones de no hacerse y de lo que quedaba pendiente y eso verdaderamente funcionó (MHV).

Obras iniciadas, avance en la construcción, obras detenidas, problemas de por qué detenidas. O sea, era un mecanismo de control de gestión que era muy rudimentario desde el punto de vista tecnológico en la Sala Situacional en una pizarra que tenía estado, número de CDI, cuánto se avanzaba, cuales estaban detenidas, los problemas de cada uno, la naturaleza del problema, falta de financiamiento, el contratista falló...pero había un control a detalle y había un reporte a detalle de obra por obra. Una parte de la información la mandaban del Ministerio de Salud y era conjunto (MHV).

Había también las fichitas. Cada obra tenía una ficha en la que se decía el porcentaje, donde estaba ubicada, el porcentaje de ejecución, que empresa la estaba ejecutando, con fotos de avances y además de eso estaban los contratiempos o los problemas que tenía esa obra, lo que teníamos con aguas negras, con aguas blancas, con electricidad, con el problema que tuviera, eso se ponía en esa ficha y eso se actualizaba semanalmente. El libro eran las fichas. La carpeta que yo iba a buscar para Vivienda llevaba el porcentaje de ejecución...esa era la que manejaban los cubanos y la que manejábamos todo (CBAIL1).

Todos los actores desde su ámbito realizaban algún tipo de seguimiento lo cual era consolidado en los cuadros reporte. Este seguimiento se extendía hasta el momento que los establecimientos comenzaban a prestar servicios y culminaba cuando se hacía la apertura formal de los mismos.

Ese flujo de información nosotros hacíamos reuniones semanales y cada semana evaluábamos alguna zona, por ejemplo: 'esta semana vamos a evaluar oriente', entonces recibíamos el reporte de todo oriente, como iban los avances, cuales son los obstáculos, cuales no se han podido superar (VRSS).

Por otro lado, cada uno de los estados tenía una comisión de seguimiento integrada por representantes de la gobernación, la MMC, representantes de las Direcciones de Salud, Inavi de los estados. De igual forma, los representantes estatales eran convocados al nivel central para entregar los reportes e informaciones producto del seguimiento efectuado por los mismos.

Por su parte, la FMBA realizaba el seguimiento de las variables

administrativas que estaban dentro de su ámbito de actuación, lo cual incluía la parte administrativa y financiera de la dotación de pequeño y mediano porte y el pago de recursos humanos y servicios.

Nosotros en la Fundación nos reuníamos y se llevaba un cuadro con todas las Direcciones, Administración, Compra, Presupuesto, etc. Nos reunía el Doctor Z los días martes a las nueve de la mañana y cada uno tenía que exponer lo que hizo y lo que no hizo semanalmente (DPPF).

Cada coordinador o director de la FMBA llevaba un seguimiento por su área específica. El Consejo Directivo de la FMBA, con los insumos que aportaban sus miembros, también realizaba un seguimiento general del proceso completo.

En otro orden de ideas, el Ministro de Vivienda y Hábitat comentó que lo que correspondía a las supervisiones o seguimiento técnico del equipamiento de alta tecnología lo realizaba la MMC.

Por otro lado, el Director General de Despacho comentó sobre el seguimiento que se hacía a todo el proceso incluyendo datos del proceso constructivo que incluían informaciones suministradas por la FMBA, lo cual era remitido al Despacho de la Presidencia de la República.

Eso lo manejaba Miraflores y nosotros teníamos que darle la respuesta, información semanal a Miraflores de esa ejecución, de ese trámite y nosotros le hacíamos seguimiento a todo eso (DGDMS).

Había un enlace con Miraflores, no tanto era la Fundación sino era el Despacho del Ministro que los mandaba. Los datos venían de una información que daba el Viceministro de Redes de Servicio, una información que daba la Fundación, y se recogía todo eso en unos cuadros que se elaboraban semanalmente y los jueves se enviaban a Miraflores con los indicadores esos. Se planificaban las inauguraciones con el programa Aló Presidente y se coordinaba con el programa Aló Presidente para la inauguración de estos centros de salud (DGDMS).

También fueron comentadas las visitas de seguimiento que efectuaba las autoridades del nivel central a los estados. De igual forma fueron mencionadas las asambleas públicas de seguimiento que eran realizadas mensualmente a nivel nacional y en la que se contaba con la presencia de la comunidad organizada.

Fíjate, habían unas reuniones súper importantes que eran los sábados generalmente. Se convocaban en esas reuniones de los miércoles que se hacía con el seguimiento que encabezaba nuestro Ministro X, que era quien encabezaba estas reuniones en el Ministerio de Vivienda y ahí era donde se establecía cuando era que iban a ser esas reuniones generales y se escogía el lugar donde se iban a hacer (CTBAII).

Fue comentado el uso de las actas para efectos de precisar el seguimiento específico de los compromisos y de los cuadros reportes para recabar las

informaciones del seguimiento individualizado de las obras.

El Coordinador de BA Nueva Esparta destacó el papel de contraloría que tuvieron las comunidades organizadas a través de los CS en el proceso de seguimiento.

Ese tipo de cosas nos permitió a nosotros...es decir, cual fue la estrategia, la estrategia fue de involucramos como contraloría, involucrar a la comunidad como contraloría y tratar de ser catalizadores ante los distintos organismos para que estas obras culminaran a buen pie (CBANE).

Así se tiene que la información privilegiada en todas las áreas de seguimiento era el porcentaje de avances que presentaban las obras para lo cual se fijaba un parámetro de aproximadamente 90%, lo cual definía el inicio de las actividades administrativas para la compra y dotación de mediano porte. Esta información provenía de diversas fuentes que convergían y se contraponían para la toma de decisiones. Las informaciones contenidas en el seguimiento eran en base a porcentaje de avance, obras paralizadas, obstáculos encontrados, presencia de los equipos, pagos efectuados, servicios prestados, costos, recursos humanos incluidos en nomina, recurso asignado a cada estado, número de licitaciones, gastos de funcionamiento.

En lo que respecta a registros e instrumentos de registros, el MHV hacía un informe o cuadro reporte que se entregaba a la Coordinadora de BA por medio electrónico (pen drive) dos veces por semana y otro semanal con los aporte de los involucrados. Los estados enviaban sus reportes por medios electrónicos diariamente y se hacía un consolidado.

Nosotros recibíamos el parte constructivo de parte del Inavi dos veces a la semana. Inavi trabajaba conjuntamente con la Misión Cubana y la parte constructiva y nos mandaba un informe generalmente semanal. Eso no llegaba al Despacho del Viceministro, nosotros íbamos directamente a buscarlo porque ellos eran muy celosos con la información y tan celosos que iba yo a buscarlo (CBAII1).

En estas reuniones de la Sala Situacional se levantaban actas, se registraban los nombres de los asistentes, se tenía agenda, se leían los puntos del acta anterior y se revisaban los compromisos. También se hacían actas de las reuniones con los gobernadores donde se registraban los acuerdos a que se habían llegado. Por otro lado el MS recogía las quejas de las comunidades y los incluía en el informe que se presentaba en la Sala Situacional.

Fueron mencionados medios simples como pizarra y ayudamemoria los

cuales se transformaban en informes para ser entregado a las autoridades. Las reuniones y los acuerdos de la FMBA y del Consejo Directivo se levantaban en actas. El Despacho del Ministro de Salud enviaba semanalmente a la Presidencia de la República unos cuadros reporte que se preparaban con las informaciones suministradas por el Despacho del Viceministro de Redes de Servicios de Salud y la FMBA con los porcentajes de ejecución, los responsables, entre otras informaciones. Para las inauguraciones programadas para los programas Aló Presidente se preparaban de manera conjunta con la el Despacho de la Presidencia de la República las fichas con las informaciones de los centros.

La Coordinadora de BAII (2) señaló que consideraba que en el transcurso del proceso no estaban quedando registros de informaciones importantes, por ejemplo del informe de morbilidad.

Las Direcciones regionales de salud también enviaban en formatos electrónicos (Excel) sus informes a Caracas. La Coordinación Técnica también registraba informes o cuadros reportes similares a los de la MMC e Inavi y de esta manera podían intercambiarse y complementarse las informaciones en las reuniones de la Sala Situacional. Estos informes incluían registros fotográficos de cada una de las obras. El Coordinador de Nueva Esparta comentó que enviaba un informe a la Presidencia de la FMBA por iniciativas propia y por cuestiones puntuales.

Se daba una especie de rendición de cuentas en el programa dominical de televisión Aló Presidente. En el mismo se realizaba la inauguración regular de un número de centros y como ya fue referido se realizaban explicaciones sobre el funcionamiento de los centros. Igualmente los CS participaban de estos programas televisivos y reportaban sus necesidades a las autoridades.

Los datos venían de una información que daba el Viceministro de Redes de Servicio, una información que daba la Fundación, y se recogía todo eso en unos cuadros que se elaboraban semanalmente y los jueves se enviaban a Miraflores con los indicadores esos. Se planificaban las inauguraciones con el programa Aló Presidente y se coordinaba con el programa Aló Presidente para la inauguración de estos centros de salud (DGDMS).

Todos los primeros sábados de cada mes de manera simultanea en todo el país se realizaba asambleas comunitarias con participación de las autoridades involucradas y las empresas contratistas de construcción. En tales asambleas se evaluaban los avances y se hacia planteamientos bilaterales entre comunidades y empresas. Los resultados de estas asambleas eran enviadas al Presidente.

### 5.2.2 Prácticas no estructuradas

Además de las relaciones formales que han sido mencionadas hasta ahora, se tiene que se daba la interacción con actores de alguna manera externos a la distribución inicial de las competencias, quienes tenían que ver con la posibilidad de soluciones para el surgimiento de problemas imprevistos. Estos actores eran convocados en el momento o contactados vía telefónica durante el desarrollo de las reuniones de la Sala Situacional y por lo general la estaban casi siempre vinculados al área de servicios básicos e incluso seguridad.

Por ejemplo, no habían suficientes transformadores eléctricos a nivel nacional y en algún momento en el proceso se identificó que eso retardaba la apertura de los establecimientos, entonces se incorporó un representante del sector eléctrico en las discusiones y un representante de la empresa prestadora de servicio de agua, es decir, Hidroven en el caso de agua y en el caso de los servicios eléctricos un representante de las dos compañías principales prestadoras del servicio: la Electricidad de Caracas, la otra, en toda caso las compañías eléctricas por la vía del Ministerio de Energía, ellos fueron digamos actores (MS).

Él (X) enseguida ubicaba a la gente del Metro y le decía 'mira tengo un centro ubicado en tal y tal parte' porque el Metro creo que no estaba...fueron a una o dos reuniones, porque era muy eventual (...) pero eso lo resolvía rápido...'mira, ta, ta, ta' ya cuadraba de una vez (CTBAII).

Sin embargo, este poder muchas veces se veía limitado cuando se trasladaba a los espacios regionales. Si bien los entrevistados comentaron del apoyo significativo que tuvo la propuesta de parte de poder regional, en algunos estados la implementación de BAII no fue tan sencilla y requería de la intermediación del Presidente de la República. Por otra parte, en aquellos estados donde existían diferencias políticas con las Direcciones de Salud se optaba por la designación de coordinadores adscritos al nivel central.

Nosotros nos reuníamos sobre todo para la toma de decisiones de tipo política o si había alguna dificultad de tipo política o vinculante o algo con el Ministro o con las discusiones que estaban allí (DGDMS).

Mi llegaba a Barrio Adentro durante la gestión del Ministro X en el estado Nueva Esparta obedeció a una estrategia puntual a nivel de la región de Nueva Esparta, debido al hecho de no contar en ese momento con un gobernador que apoyara la gestión de Barrio Adentro en el estado, como si ocurría en la mayoría de las gobernaciones y se planteó la estrategia de una coordinación a nivel regional que tuviera dependencia directa con, en ese momento el Viceministerio de Redes de Salud. Esta estrategia en un principio resultó beneficiosa puesto que se establecieron canales regulares entre el nivel central y el nivel regional y aumentó un poco el apoyo a nivel de región (CBANE).

Además del flujo formal de decisiones, también se establecía un flujo de decisiones fuera de la estructura programada el cual se establecía en varios sentidos de la jerarquía institucional y entre las esferas intergubernamental e intersectorial.

El Ministro me decía que el Presidente de la Fundación requería un apoyo, suponte, había un problema con los locales de almacenamiento de materiales que iban para los Barrio Adentro II que se inundaron y eran muy pequeños y entonces yo le informaba al Ministro, entonces se llamaba a otras instancias del gobierno para solucionar el problema del Centro Diagnóstico y unos locales de almacenamiento y lo que sea...o si se requería urgentemente, por ejemplo problemas de tipo laboral que se presentaba por el contrato, se requería contratar a un grupo de personas para transporte o para vigilar algún centro o algunas cuestiones, entonces se planteaba por la vía administrativa con el Doctor Q, en equipo pues. Eran problemas más que todo de ejecución (DGDMS).

Era contactar directamente a los Directores de Barrio Adentro, aunque a veces era muy complicado acceder porque no se la pasaban ahí y había que agarrarlos en el pasillo o en cualquier sitio donde estuvieran ellos, o llamarlos por teléfono y decirles que necesitaba hablar con ellos. Bueno, el Doctor Z en ese sentido, si se nos trancaba el serrucho, el Doctor Z los llamaba. Esa era la forma que lo resolviera hacia fuera (DPPF).

Se realizaron actividades para el manejo de los problemas que no lograron preverse. Eso incluía utilizar mecanismos alternos, como usar la estructura del MS para resolver situaciones que en teoría podían resolverse con los recursos de la FMBA. Esos recursos se extendían a los vínculos y la experticia para el manejo de las gestiones administrativas que por la insipiencia de las relaciones externas de la FMBA requirieron refuerzo o acompañamiento.

Siempre buscábamos recursos, o sea, siempre utilizábamos recursos del Ministerio en caso de que hubiese alguna falla que no se hubiese planificado para atender la demanda. Se utilizaba la estructura del Ministerio como auxilio. También nosotros utilizábamos mucho la estructura del Ministerio para ayudar a desbloquear que se había quedado por dificultades en las aduanas, el Ministerio también ayudó mucho a desbloquear esas trabas administrativas para que llegaran los equipamientos de manera oportuna (DGGAMS).

Yo creo que todo fue detectándose con el acontecimiento. Esos elementos no fueron previstos, fueron surgiendo. Es como yo te digo, detalles que en lo grande no se vieron, no se pensaron que podían surgir. En la mente de quien planificó esto políticamente, no vio obstáculos técnicos, quizás porque era una prioridad política que había que cumplir y que de alguna manera se solventaría lo que viniera en el camino y realmente así fue. Se presentaron muchísimas cosas que en el momento decíamos, no esto va a tener solución, cómo hacíamos para llevar una red de aguas negras desde el pueblo tal a tantos kilómetros a un CDI...y se pudo. Tardamos más en lograrlo pero se pudo (CBAII1).

Eso se determinó mucho tiempo después y hubo que corregirlo en el camino, es decir, no había un proyecto que fuera totalmente acabado, fue

un proyecto que se fue corrigiendo en el momento en que se está construyendo, lo cual no es del todo malo y entendí yo además en ese momento, que no lo entendía, yo pensé que la ingeniería era una cosa mucho más planificada y mucho más rígida, pero entendí después en el momento que parece que funciona así, que es que una cosa es lo que uno proyecta en un plano y lo que uno discute en una mesa de trabajo y otra cosa es construirlo e ir al terreno a hacerlo donde existen imponderables (CBANE).

Igualmente se realizaron actividades para dar visibilidad a la propuesta de BAII tales como las inauguraciones que eran televisadas en el programa semanal Aló Presidente y en algunos programas especiales.

La visibilidad fueron fundamentalmente los Aló Presidente que eran semanalmente o sino semanalmente en muchos de esos programas se daba mucha información de la importancia de los CDI, de los centros de rehabilitación, más toda la información que se pasaba por boletines, las reuniones del Ministerio, las reuniones con las comunidades, entonces si había mucha información relacionada con esta Misión (DGDMS).

Hubo también una fuerte campaña informativa de BA por diversos medios de comunicación. Los entrevistados consideraron que el MS aportó mucha información y apoyo para la organización de los CS lo cual dio visibilidad a BA en la población. La participación de los CS en asambleas comunitarias también fue considerada como un elemento que dio visibilidad a BA. De igual forma, también fueron señaladas las movilizaciones que estos grupos hicieron junto con el MS en lo que se llamaba defensa del derecho a la salud.

Uno de los aspectos que constituyó un cálculo estratégico fue la propia conformación de la Junta Directiva de la FMBA, así como la Sala Situacional ya que conjugaban en un mismo espacio la actuación de actores con competencias diversas. La separación de los recursos administrativos del MS en una Fundación podría considerarse también como un cálculo estratégico, así como la separación de la construcción y la delegación de esta función en el órgano competente.

## 6. DISCUSIÓN

Antes de hablar del proyecto de gobierno de la MBA resulta obligatorio referirse a la naturaleza del proyecto de Estado, el cual determinará la escogencia del instrumental que le permita su legitimización y, si sus objetivos así lo exigen, la transformación de la sociedad. En la actualidad Venezuela transita por un complejo proceso de transformaciones que confrontan el capitalismo y un proyecto inacabado de socialismo del siglo XXI. En los documentos gubernamentales<sup>17</sup> se reconoce que la complejidad de este proceso deriva en parte de la constatación de la persistencia de un sistema cuyos rasgos dominantes son los propios de una cultura capitalista fuertemente arraigada. Se plantea una dialéctica de la lucha por la transformación material de la sociedad y el desarrollo de la espiritualidad y se busca la transformación de las relaciones sociales de producción.

En esta perspectiva se considera la posibilidad de estar en presencia de una crisis de hegemonía, toda vez que existe un grado de contradicciones entre el tipo de Estado capitalista-socialista dentro del mismo contexto social; se han dado variaciones del bloque de poder y los intereses dominantes, así como ha cambiado la relación entre el Estado y la economía y sus formas de intervención; también han cambiado las formas de régimen y las relaciones entre las estructuras del Estado y las mediaciones y representaciones que proveen los partidos políticos; y finalmente, se está modificando el aparato de Estado en su forma institucional. Todas estas contradicciones han alcanzado un nivel de intensidad tal que la superación de las mismas requiere de modificaciones estructurales en los distintos niveles<sup>18</sup>.

Aplicándose este marco analítico se puede decir que esta perspectiva de crisis es extrapolable en varios aspectos al sector salud, toda vez que el carácter público de salud previsto en la CRBV desde el año 1999 profundizó una contradicción entre el modelo de salud que desde hacía algunos años tendía a la privatización y que para 1997 ya había alcanzado un 73% de los gastos en salud en el sector privado (MUNTANER et al, 2008). El bloque de poder representado por el gremio médico venezolano en el sector salud se vio desplazado ante la ruptura

---

<sup>17</sup> Plan de Desarrollo Económico y Social de la Nación 2007-2013

<sup>18</sup> Giordani (1986) en relación a Poulantzas

definitiva del gobierno con la FMV, resultado de las posiciones políticas antagónicas que quedaron evidenciadas por el actuación de la Federación después golpe de Estado de 2002<sup>19</sup>, y ante la poca participación a la convocatoria de concurso públicos para asistir las áreas críticas como los sectores de máxima exclusión social y las áreas rurales. Por otra parte, la poca efectividad de las instituciones públicas en el procesamiento de las necesidades sociales ha sido uno de los trazos característicos de las crisis de Estado en Venezuela.

Tomando en cuenta el enfoque de Habermas (1973) sobre crisis, podría incluso considerarse una crisis de racionalidad<sup>20</sup>, en el momento que el Estado suplanta el papel dominante de la clase capitalista, cuyos valores políticos gozan de hegemonía ideológica, ajustándose con ello el alcance y los contenidos del debate político. La burocracia es incapaz de manejar los mecanismos de control que le exige el sistema democrático y en ese momento cabe la necesidad de generar propuestas que respondan a las exigencias de ese sistema. Esto podría brindar elementos para comprender que se busquen cambios en los sistemas ya existentes con el surgimiento de las Misiones y su posterior institucionalización a través de fundaciones.

Estas interpretaciones aproximan a la comprensión el hecho de que el proyecto gobierno de la MBA sea uno de los vértices de mayor robustez, toda vez que lo que se quería era un cambio dentro del sistema de salud que honrara los compromisos del consenso alcanzado en el proceso constituyente a favor del carácter público, gratuito equitativo y universal de salud. Sin embargo, aún cuando el cuerpo doctrinario que estaba presente en el ideario instituyente, marcaban el discurso de las autoridades y orientaban coherentemente sus acciones, a diferencia que con BAI, en BAI se privilegiaba más el componente constructivo y la gestión administrativa y financiera, con una velocidad de desarrollo menor en lo que se refiere al modelo de atención.

---

<sup>19</sup> De acuerdo con Alvarado *et al* (2007) la raíz del conflicto médico no fue de naturaleza reivindicativa sino política, porque inmediatamente después de consumado el golpe de Estado de 2002 la Federación Médica Venezolana levantó el paro médico sin que se hubiesen modificado de forma alguna las condiciones laborales.

<sup>20</sup> Castellano, H (2006) en referencia a Habermas (1973)

La posibilidad de surgimiento del binomio alusión-ilusión<sup>21</sup> en cuanto al cumplimiento del cuerpo doctrinario de la constituyente puede analizarse mediante lo apuntado por Testa<sup>22</sup> (2004, p. 71) sobre la relación dinámica entre una propuesta de cambio institucional por una alternativa diferente, la cual se plantea en la superación de lo instituido por un nuevo instituyente que representa esa otra alternativa. En esta conformación de la segunda etapa de BA, que de acuerdo al instituyente se orientaba a la continuación de la construcción de un nuevo modelo hegemónico, tal y como ocurrió con BAI, el cambio promovido tuvo mayor énfasis en la expansión de la oferta de servicios y en garantizar el acceso, que en las pocas alteraciones que hasta ese momento hizo sobre las raíces de la medicalización, prevaleciendo así de cierta manera el instituido por encima del instituyente. Esta crítica no desconoce la innegable necesidad de avanzar en la expansión de la oferta, sobre todo si se trata de un sistema universalista, pero sin que esto implique la disminución de la prioridad conferida al diseño del modelo de atención, que es donde descansaba el espíritu instituyente.

Sin pretender extrapolar a la totalidad del SPNS el análisis que pueda surgir del estudio de la combinación de tecnologías o medios de trabajo presentes en BAI y para ahondar más sobre el marco direccional de la toma de decisiones, apoyándose en el enfoque de Testa (1995) sobre racionalidad<sup>23</sup> y lógica de programación, cabe revisar el predominio de elementos caracterizadores de una u otra manera de concebir la propuesta, asumiendo la posibilidad de coexistencia entre lógicas diferentes con proporcionalidades variables, de acuerdo a la fase en la que se encontraba la propuesta.

Suponiendo que a nivel sectorial la racionalidad de la legitimación a través de la continuación de la estrategia de BA implicaba aceptación, en el sentido que no se contrapusiera a los fundamentos establecidos en la sociedad, y asumiendo que tales fundamentos se asientan en el uso de la ideología como constructora de sujetos, resulta inevitable no pasar por alto lo comentado anteriormente sobre la práctica

---

<sup>21</sup> Citación textual hecha por Hadjinicolaou, N. (1974) a Althusser, L. en referencia al binomio alusión-ilusión quien dijo que “toda representación ideológica es una determinada representación de la realidad, que hace entonces de cierta manera alusión a la realidad, pero que, paralelamente, no produce sino una ilusión”

<sup>22</sup> discusión originalmente formulada por Michel Foucault

<sup>23</sup> De acuerdo con Testa (2004) los propósitos de un gobierno pueden ser la legitimación de la situación actual que busca el *status quo*; el crecimiento de la productividad; y la transformación de la estructura social. Para este autor (1995) toda decisión o propuesta tiene como propósito la legitimación.

médica como ideología hegemónica en la construcción del ideario en salud asociada al binomio salud-enfermedad como parte de la práctica cotidiana. La práctica profesional pasa a ocupar un lugar de práctica ideológica y la medicina pasa a ocupar el papel de aparato ideológico del Estado (TESTA, 2004). Una política que se fundamenta en concepciones valorativas será legítima toda vez que legitima sus valores junto a los individuos lo que construye o reconstruye los valores culturales vigentes (FLEURY y OUVENEY, 2008).

De acuerdo con Paim (2008) los modelos de atención para la intervención sobre problemas y necesidades de salud son subalternos al modelo médico hegemónico sobre los problemas. De acuerdo con esta afirmación, tampoco es de ignorarse el peso que el paradigma positivista flexneriano todavía tiene sobre el modelo de formación académica en salud y su determinación sobre las dialécticas público-privado, individual-colectivo, preventivo-curativo, así como pesa también el modelo de la historia natural de la enfermedad de Leavell & Clarck como referente metafórico del proceso salud-enfermedad en lo que se refiere a la organización de la oferta de servicios y en la configuración de modelos de atención que se centran en la atención individual y en la organización de la asistencia médica en especialidades (ALMEIDA y PAIM, 1998).

Tanto los dirigentes como la población continúan reproduciendo tales paradigmas al reducir el sistema de salud a la organización de un conjunto de establecimientos con énfasis en el diagnóstico y en la terapia alopática (FLEURY, 1997). Esta tendencia parecía revertirse con BAI, donde se dio gran relevancia a la programación de la oferta en base a los levantamientos pormenorizados de las informaciones de la situación de salud con base sectorizada, particularmente en áreas donde anteriormente no había ningún acceso a forma alguna servicios, además de la relevancia otorgada a la promoción de la salud, a las mejoras en las condiciones de vida en su papel de determinantes y en general al desarrollo promisorio de una política intersectorial en el que se articulaban las diversas misiones sociales, situándose con ello las bases para operar los cambios integrales progresivos que permitirían avanzar hacia el quiebre de paradigma. En lo que corresponde a la noción de riesgo vinculada a las necesidades, parece más evidente en BAI y permanece difusa y de baja operabilidad en BAI. De las discordancias discursivas al respecto sólo puede desprenderse la definición disímil del objeto de trabajo lo cual tiene incidencia sobre las formas organizativas a producirse.

Por el hecho que las discusiones y la adopción de decisiones referidas al funcionamiento avanzaron a una velocidad relativamente menor que el proceso constructivo, hasta por el hecho de que en el diseño del modelo de atención el grado de discordancias parecía mayor y la complejidad del contenido requería la incorporación de otros actores del sector salud que participaban con racionalidades diferentes, la lógica de programación se centró fuertemente en la construcción de la oferta como garantía de disminución de las desigualdades en el acceso, toda vez que el sector público prácticamente no contaba con tales medios. Esto puede ser ilustrado con lo que Paim (2008, p.547) considera mayor énfasis en el continente (infraestructura, organización, gestión y financiamiento) que en el contenido (prácticas).

Resulta temerario elucubrar cuales fueron las razones por las cuales pareciera que en momentos la meta sobre el diseño del modelo de atención como mecanismo para el procesamiento y sistematización de las necesidades quedó secundarizada al proceso constructivo. Por otro lado, sin restar relevancia a la racionalidad implícita en las decisiones políticas, tampoco se debe perder de vista que el horizonte temporal de este estudio abarcó un año y la complejidad del cambio institucional que involucra conformar un modelo de atención se vislumbra como una tarea que impone retos dinámicos que difícilmente pueden acometerse al corto plazo, sin que por eso se limite la posibilidad de emprender metas parciales como el desarrollo del continente.

Se considera que la lógica del diseño organizativo respondió a la conformación de un sistema de producción de servicios dispuesto en redes en función de la capacidad resolutive y grados de complejidad, con base político-administrativa municipal, sectorización poblacional, conectada mediante referencia y contrarreferencia, con tecnologías y medios de trabajo diferenciados de acuerdo a la complejidad del servicio. En la construcción del segundo nivel se dio énfasis a la dimensión técnica y se proyectó la intervención hacia la atención de daños y al apoyo diagnóstico a los otros niveles de atención para la programación de la oferta. Sin embargo, la lógica de procesos, que según Testa (1995, p. 191) orienta la secuencias de realización de tránsito entre las distintas formas organizativas que corresponden a las diversas actividades de la estructura, puede decirse que fue menos privilegiada.

De acuerdo con Testa (1995), la lógica de programación de la oferta se inserta institucionalmente en la estructura social y tiene entre otros determinantes la complejidad de los servicios y la incorporación de tecnología particularmente los bienes de capital empleados para la producción de servicios. Este mismo autor (1995, p. 122) sugiere que los bienes de capital o la inversión líquida que introduce una actividad nueva o amplía alguna ya existente mediante una modificación en la tecnología asume decisiones que pasan a ser un tema exclusivo del nivel central, dada la complejidad de las interrelaciones que requiere que se preste especial atención a la coherencia del conjunto.

Desviando la discusión sobre infraestructura abordada hasta ahora pero sin salir de la distinción de los elementos que conforman el continente, vale destaque particular los cambios burocráticos en materia financiera y de gestión que se han materializado en BA vinculados con el objetivo de la refundación del Estado y de sus entidades. Estos cambios incluyeron el uso de la renta petrolera en obras sociales, la distribución más igualitaria de esa renta entre los ciudadanos a través de la ampliación de los servicios, y la expansión de la asignación de recursos en los primeros niveles de atención y en la masificación de los servicios de rehabilitación. La agilización de la gestión administrativa y financiera es buscada a través de las fundaciones estatales, que son entidades descentralizadas funcionalmente y regidas por principios de derecho privado.

Hasta este momento se ha tratado el proyecto de gobierno y a partir de este punto se comenzará a discutir lo referente a la gobernabilidad sobre la implementación de la red BAII pudiéndose señalar que existía cierta robustez en este vértice con unos pequeños conflictos que no amenazaron de forma determinante el proyecto. Esta afirmación se respalda, en primer lugar, en el apoyo legislativo que tuvo la propuesta, lo cual, se infiere, pudo deberse a que los asuntos sometidos al debate legislativo, específicamente aprobación de recursos para construcción, no suponían contradicciones, que ya las mismas se habían presentados en momentos anteriores, recordando que BAII se trataba de la continuación de un proceso ya iniciado.

En cuanto a los conflictos, el primero se refiere al conflicto la FMV y para abordarlo se podrían considerar algunas cuestiones que podrían explicar la concepción de este actor como actor exento de neutralidad ante la posibilidad de discontinuidad de un determinado modelo capitalista que garantizara la reproducción

de los intereses económicos de la clase y el rol hegemónico de la misma en los ámbitos político, económico y social que han estado presente en el desarrollo histórico de la sociedad contemporánea. Para Donangelo (1979, p. 29), el gremio médico como categoría asumió su papel en la estructura social capitalista marcada por el consumo individual y reforzada por la instalación del esquema de seguridad social institucionalizado por el Estado bajo las condiciones del capitalismo monopolista dependiente.

El saber médico, adquirió valor normativo en un amplio espectro de sectores tanto en el plano individual como colectivo y otorgó la autoridad irrefutable de definir legítimamente las necesidades en diversos ámbitos que extravasaban su campo de actuación y se extendían hasta el sistema de relaciones sociales. Ese saber jugó un papel central en la distribución y el consumo de las tecnologías asociadas, así como favoreció la adopción de una práctica terapéutica que aseguraba el retorno y la reproducción de capitales colocados en diferentes sectores de la producción y consecuentemente impondría incrementos en los costos en salud. Con esto favoreció la oposición entre el carácter social de la producción y el carácter privado de la apropiación en un contexto donde las condiciones ideológicas y políticas fueron capaces de asegurar que no se manifestaran contradicciones en la estructura de producción (ADAM y HERZLICH, 2001; DONANGELO, 1979).

En relación a las tensiones presentadas entre los equipos venezolanos y la MMC, se tiene que existe un nivel de determinación histórica diferencial que se extiende a la dimensión de poder y al desarrollo de racionalidades que en momentos se presentan como discordantes. Como señala Testa (1995, p.57) no es posible dejar de lado la importancia que tiene la historia en toda la construcción del pensamiento social y en el carácter de sus organizaciones como una condensación material de su estructura de relaciones sociales, incluida la funcionalidad de la institución en la estructuración de las organizaciones de acuerdo con los propósitos establecidos. Así, por ejemplo, vemos que en Cuba estatización del servicio de salud fue completa en tanto que en Venezuela el sector privado continua manteniendo relaciones parasitarias con el Estado por diversos mecanismos, como por ejemplo los seguros de salud privados para rangos diferenciados de empleados públicos.

Estas estructuras sociales y funcionales pueden ser más o menos permeables a otras formas o entidades homologas en la medida que presenten grados variables

de similitudes o diferencias. Existen similitudes entre ambos equipos en el hecho de que sus concepciones valorativas destacan el componente organizativo orientado a la disposición jerárquica de un conjunto de establecimientos de prestación de servicios (FLEURY y OUVÉRY, 2008). Por otra parte es posible prever la emergencia de contradicciones en el desarrollo de entidades construidas a partir de sistemas de producción de servicios históricamente determinados, en los que interactúan equipos de trabajo, controles y reglas, las cuales se incorporan en las relaciones específicas de producción a diferentes niveles. Estas interacciones son capturadas y sedimentadas en la construcción social sucesiva en la que se introducen cambios en las formas de producción acordes la hegemonía dominante. Como es natural en la realidad social, estas superposiciones pueden producir resultados no contemplados y contradicciones no deseables (CLEGG, 1981).

La asesoría formulada bajo los principios de conformación del modelo médico cubano en el que se estructuran los servicios de atención en el espacio social de la comunidad y no fuera de esta, como había sido desarrollado en el modelo médico venezolano, supuso en cierta manera la legitimación social de una forma distinta de hegemonía y la aceptación valorativa de un nuevo esquema organizativo de servicios con dinámicas sociales distintas a las precedentes. Esa construcción valorativa supuso alteraciones en la dinámica de poder, en cuanto al desplazamiento del referente del modelo médico venezolano que había sido identificado por la población por su tendencia privatista y de orientación a la dinámica social del mercado. Desde el momento que Cuba coopera con el atención de miles de pacientes rechazados de los hospitales venezolanos que son trasladados diariamente a ese país para recibir atención, así como con la distribución de médicos residentes en poblaciones excluidas y de difícil acceso, el modelo médico cubano ganó referencia en el ideario colectivo y se postuló como cercano a las necesidades de la población.

Esta construcción referencial tuvo incidencia en la distribución de algunos espacios de poder en el aparato administrativo, en la que también se experimentaban transformaciones radicales producto del proyecto de gobierno, como ya fue comentado al comienzo. El Estado promovió y operó desde arriba las transformaciones sobre las estructuras existentes. Donde se vio la mayor incorporación de estos nuevos actores dentro del sistema fue en el primer y segundo nivel de atención con BAI y BAII. Sin embargo, el MS continuaba manteniendo la

rectoría en diversos aspectos, como el liderazgo en el grupo *ad hoc* de BAI, el manejo de los recursos financieros para el funcionamiento y la responsabilidad sobre el diseño del modelo de atención y la integración programática y funcional de las acciones. En este punto también cabe mencionar que la hegemonía biomedica sigue presente en la atención hospitalaria general y especializada y se ha mantenido inalterada, estando bajo el control exclusivo del sistema médico venezolano.

Por el hecho de que las transformaciones fueron promovidas por el Estado desde arriba y tomando como referente analítico la propuesta de Gramsci<sup>24</sup>, parece plausible hablar de una guerra de posición. Por otra parte, en una democracia en que el capital entra en crisis se generan también amenaza de crisis de hegemonía y las fuerzas sociales se organizan, por lo que no debe desestimarse la influencia de la identificación y movilización desde abajo que como ya se ha dicho, tales transformaciones fueron respaldadas por sector mayoritario de la población, desde el inicio de su transcurso posterior al deslave de Vargas en 1999, con lo que podría decirse que de cierta manera también operaron transformaciones moleculares. Así se tiene que en abril de 2003 y mayo de 2006 los Comités de Salud pasaron de 2.124 a 8.951<sup>25</sup> respectivamente, que fueron los mismos que dieron su respaldo a BAI.

Existen posiciones que proponen que las relaciones que se plantean entre el Estado y los Comités de Salud pueden ser vista desde una perspectiva clientelar toda vez que asume una relación asimétrica de poder del primero para el segundo que se sustenta en la posibilidad de intercambio de bienes y servicios (STOKE, 2000). Esta perspectiva supone así que no existen otras motivaciones en la población que no sean el interés individual, desconociendo cualquier forma de articulación que promueva la búsqueda de las soluciones de los problemas colectivos. Este tema es tan complejo como antiguas las confrontaciones dialécticas entre las tendencias clientelistas y la autentica participación popular. Este estudio no abordó desarrollar tal análisis, pero aún así, cabe lugar para hacer la conexión con el

---

<sup>24</sup> De acuerdo con Coutinho, C. (1988), Gramsci propuso que existían dos grandes estrategias por las cuales se puede cambiar la sociedad capitalista. Una de ellas era la guerra de movimiento que se puede dar en una sociedad en que el Estado es fuerte y la sociedad gelatinosa y así se toma el poder por asalto y con eso se conquista el Estado. La otra es la guerra de posición o guerra de trinchera, justamente en la sociedad en que la sociedad civil es muy fuerte y el Estado existe, pero no tanto como la sociedad. En tales circunstancias se puede incluso tomar el Estado por asalto, pero existirán grandes dificultades de mantenerse en el poder y conquistar políticamente los intereses de las clases.

<sup>25</sup> Muntaner *et al* (2008).

siguiente punto que aborda el vértice de las capacidades de gobierno y en primer lugar el papel del líder y su relación con la privilegiada categoría analítica comúnmente conocida como masa.

No constituye novedad alguna la polémica suscitada alrededor del carácter populista del proyecto bolivariano liderado por Hugo Chávez. Donde podría promoverse la reflexión es acerca de la connotación que este término asume en las diversas corrientes críticas en la contemporaneidad. Así encontramos posiciones encontradas como las de los teóricos Laclau y Marchart, posicionándose el primero en una postura reflexiva acerca de la naturaleza no necesariamente negativa del término y las críticas que de este hace el segundo. Tenemos opiniones como la de Ramos (2008), que en referencia a la propuesta política de Chávez acuña el término “neopopulismo” (propuesto por Mayorga, 1995) e inscribe sus reflexiones en la teorías clásicas weberianas que postulan que una de las formas por las que el Estado moderno reivindica el monopolio del uso legítimo de la fuerza es a través del el poder carismático, el cual funda su argumentación de legitimidad en dones personales extraordinarios de un individuo en quien se deposita la confianza gracias a su singularidad y cualidades prodigiosas, o cualidades ejemplares y que tal poder es ejercido por el soberano escogido a través de plesbicio (Weber, 1968).

Por su parte, Laclau (2006) aborda el tema en numerosos ensayos y considera que “la categoría de populismo no implica necesariamente una evaluación peyorativa, lo que no significa, desde luego, que todo populismo sea, por definición, bueno”. Este autor coloca la relevancia del análisis en los contenidos por encima de la figura aglutinante del líder. Al respecto considera que “si los contenidos políticos más diversos son susceptibles de una articulación populista, nuestro apoyo o no a un movimiento populista concreto dependerá de nuestra evaluación de esos contenidos y no tan sólo de la forma populista de su discurso”. En el sentido que propone Laclau (2007), “populismo son las demandas de los de abajo que todavía no están demasiado inscriptas en el discurso político, pero que empiezan a expresarse” y aunque considera el mismo en sentidos divergentes se revaloriza esa categoría dentro de una connotación positiva.

En esta misma línea, Raby (2006), además de considerar las posiciones de los detractores del populismo en Latinoamérica, examina la figura de los despectivamente llamados líderes carismáticos en la región y destaca el papel central de los mismos en los procesos de cambio fuera de las connotaciones

negativas convencionales. Esta autora lejos de negar las actitudes populistas en el discurso de Chávez coloca el foco del análisis en la posibilidad de superar la ironía y el escepticismo conservador liberal para poder siquiera considerar el hecho de que pueda darse la simultaneidad del carácter populista y revolucionario. De esta manera se refiere a detractores de esa corriente populista argumentando que los mismos niegan la posibilidad de que el liderazgo carismático y el entusiasmo puedan cumplir una función simbólica necesaria en la movilización popular y en la construcción real y efectiva de un sistema social más justo e democrático.

Para Raby (2006) los pobres de los cerros probablemente se identifican con el carisma de Chávez, pero coloca también en ellos la capacidad de discernimiento entre alternativas reales y diferentes. En torno a la posición de la población, Laclau (2007), agrega además que en el populismo están los dos elementos, la movilización desde abajo y la identificación desde arriba pero que entre ellos hay una permanente tensión y añade que muchas veces la identificación con el líder se confunde con autoritarismo, pero puede haber identificación con el líder y movilización de masas al mismo tiempo que aumenta la participación democrática.

Sea como sea, no puede dejarse de lado el origen militar de Chávez y la estructuración de muchas de sus políticas orientadas en los principios castrenses, en las que claramente se distinguen prácticas gerenciales bajo una lógica de mando jerárquica, donde se valora el papel de la autoridad, con tácticas a las que se les asignan recursos financieros y humanos y se les establece un tiempo, dándole con eso mayor especificidad y posibilidad de eficiencia. De aquí se desprende el tipo de liderazgo ejercido, especialmente en el caso de la MBA que es la que ocupa este estudio.

Por todo lo que ya ha sido discutido hasta ahora, en este estilo de liderazgo se puede identificar como rasgo marcante la confrontación, en medio del conflicto o la crisis de hegemonía planteada. Se asume la construcción del proyecto, en este caso el proyecto socialista, como objetivo. El líder está al servicio del objetivo y los personifica tan íntimamente que se confunde con el líder. El cumplimiento del proyecto y el éxito de la ideología exigen mando y subordinación. El poder personal del líder pasa a ocupar carácter instrumental para el logro del proyecto (MATUS, 1996).

Al fracasar en el intento de negociación con el sector médico, busca la

introducción de cambios bruscos en las reglas del juego social, ya no más con medios como alianzas nacionales, de las cuales desiste, sino a través de la cooperación del gobierno cubano, con el fin de darle viabilidad al proyecto político en salud, en el que BAII en si mismo es una operación, una acción intermedia, la cual no puede ser imaginada y concebida independientemente de la coyuntura o del momento que la estrategia atraviesa y expresa. Estas acciones se corresponden a la necesidad de no dejar caer el vértice de la gobernabilidad en un punto crítico que comprometiera el objetivo.

En ese contexto en el que existía polaridad ideológica, conflictividad y confrontación, es donde se introdujeron nuevos elementos o cambios para incrementar la gobernabilidad sobre la propuesta, asumiéndose para ello una planificación de rasgos normativos centrada en desarrollo expedito de proyectos dirigidos a la creación de nuevas entidades que dieran soporte a los cambios del sistema de salud. De acuerdo con esto, se estableció el nivel de macroregulación donde el patrón político ideológico hasta ahora descrito determinó las funciones prioritarias que debían cumplirse. Se estableció también el patrón macroinstitucional que le confirió las características al diseño organizacional del aparato público acorde con ese patrón ideológico.

Así se tiene que para la estructuración de los sistemas de trabajo se centralizó la dirigencia y se nombró un equipo *ad hoc* intersectorial que funcionaba como unidad de procesamiento técnico político y filtraba las prioridades de los problemas valorados en la implementación. Se planteó como forma organizativa lo que Mintzberg (1995), denominó *adhocracia*<sup>26</sup>. El equipo de trabajo multidisciplinar se juntó en un momento dado para una tarea definida y su permanencia estaría definida por la culminación de la meta constructiva. En el interior del grupo no había un jefe como tal y los roles desempeñados por los miembros eran basados en la competencia, no en la jerarquía. Cada uno actuaba como estratega en su área. Vista la naturaleza y complejidad de la misión, se subdividió el grupo en subunidades, cada una de las cuales respondía por un aspecto específico dentro de la tarea que

---

<sup>26</sup> Adhocracia es un término propuesto por Mintzberg en oposición a la burocracia. La burocracia se maneja con rutinas; la adhocracia acorta y simplifica los procesos adaptándose a cada situación particular. Se caracteriza por su escasa complejidad, formalismo y centralismo. El término es una derivación de *ad hoc*, que quiere decir "para un fin determinado". La adhocracia comienza con la creación de la fuerza de tareas durante la Segunda Guerra Mundial, cuando los ejércitos creaban equipos *ad hoc* ("aquí y ahora") que se disolvían después de terminar su misión específica y transitoria.

debían cumplir.

La ventaja que tuvo esta conformación fue brindarle mayor flexibilidad y facilitar el flujo de informaciones en el momento real, así como imprimir fuerza a la tarea. La incorporación de actores transitorios como otros ministerios de cierta manera modificaba la estructura y también alteraba la dinámica, a la vez que se prescindía de otras rutinas propias de la burocracia, así como del uso de normas, reglamentos y procedimientos. Esta pudo ser una ventaja en varios aspectos, como el hecho de ser un mecanismo integrador, pero presentó como desventaja adaptar sistemas de planificación limitados. Aunque en las adhocracias generalmente los sistemas de control son menos sofisticados, no podría señalarse la falta de control como falla dado el seguimiento continuo realizado.

Consecuentemente con la naturaleza dinámica de este tipo de arreglo institucional adhocrativo y tal como si se asumiera como intrínseca la condición de anormalidad en relación al desarrollo de la política pública, a nivel de los sistemas de trabajo, el equipo dirigente se montó y operó sobre una estructura cuya práctica y direccionalidad fundamental es propia de manejo contingencial, tal como lo es la sala situacional, en la que se establecen procedimientos y modos de cumplir tareas bajo la lógica del manejo de crisis. Es de destacar que esa condición de crisis generalmente se asume después que eventos indicadores revelan dentro de un desarrollo estable una condición de anormalidad, usualmente producto de rupturas coyunturales.

En este caso, desde el inicio de la conformación del grupo *ad hoc* para BA se adoptó este enfoque con carácter de permanencia y se asumió lo que Matus (1997) llama métodos especiales para la toma de decisiones. El resto de las estructuras organizativas dependientes del grupo *ad hoc* también reproducían a su vez el mismo enfoque contingencial. La limitante de esta forma de gerencia anormal es que se corre el riesgo de crear una situación permanente de tensión situacional y de dejar de lado las decisiones que escapan al foco de estos métodos, tal como sucedió con el desarrollo del modelo de atención.

Otro de los aspectos destacados en los microsistemas originados del sistema de trabajo, fue la adopción del presupuesto por proyecto para formalizar la asignación de recursos económicos presupuestarios en relación con acciones, resultados y objetivos previamente definidos. De las líneas del PDES, N,

específicamente en el Equilibrio Social, se asoció el gran objetivo estratégico de la construcción del SPNS a su subdivisión en sub objetivos y sub sub objetivos, estos últimos de carácter estratégico e inscritos en el ámbito de posibles coordinaciones y cooperaciones interinstitucionales. No obstante, es conocido que en el sector público el ritmo que imponen los requisitos administrativos a las instituciones supera la capacidad de las mismas y la adopción del presupuesto por proyecto puede correr el riesgo de que se simplifique la conceptualización de los proyectos apenas con el fin de adaptarlos a los tiempos y convertirlos en ritos formalísticos sin que de verdad se profundice el cambio de lógica y de método, en aras de la mayor una mayor eficiencia (GONZÁLEZ, 2006).

El siguiente macrosistema que merece mención es el monitoreo por problemas, el cual fue ejecutado con rigurosidad en función del cumplimiento de la meta constructiva de BAII. De acuerdo con Matus (1997 p.143), este sistema es básico para hacer el seguimiento de la situación, de la marcha de los planes, la evolución de los problemas del plan y las necesidades de corrección. El sistema de seguimiento establecido en la sala situacional proporcionó informaciones selectivas y, al menos en lo que respecta a la parte constructiva, generó indicadores adecuados de monitoreo para el abordaje estratégico de los problemas en función del tiempo establecido. A su vez las instancias periféricas con dependencia organizacional del grupo *ad hoc* también reprodujeron y formalizaron rigurosamente el seguimiento de un conjunto de indicadores conexos que se articulaban en la sala situacional.

Este sistema de trabajo también determinó la gerencia por operaciones y la gestión del día a día, la cual se reproducía desde los máximas autoridades del grupo *ad hoc* hasta los niveles operacionales de base, guiado por los criterios de eficiencia y eficacia en la acción (MATUS, 1997). De este sistema surgió una rutina de funcionamiento que de acuerdo a la naturaleza de los problemas permitía creatividad en el procesamiento de decisiones. Este sistema fue flexible, para ciertos problemas inscritos en el área constructiva, pero rígido para procesos cuasiestructurados vinculados a la red como un sistema general.

A estos dos últimos sistemas, estaba estrechamente vinculado el sistema de petición y prestación de cuentas por desempeño (MATUS, 1997), visto que dentro de la propia sala situacional se distribuyeron las responsabilidades y se establecieron los mecanismos de cobranza en base a los compromisos asumidos. El

grupo *ad hoc* tenía un nivel de rendición de cuentas con el Presidente por diversos mecanismos que podían ser formales mediante reuniones mensuales o informales por contactos personales o telefónicos. El otro nivel de la rendición correspondía a las vinculaciones con los Comités de Salud mediante la celebración nacional de asambleas mensuales de manera simultánea con las comunidades quienes hacían demandas a todos los actores presentes, incluso a las empresas a la vez que eran demandados por las autoridades en un intercambio de problemas. El otro mecanismo de petición de cuentas era la que realizaba el Presidente en las inauguraciones televisadas en el “Aló Presidente”. Este esquema permitía la cobranza directa y el intercambio de problemas desde las comunidades sin que se pasara por la estructura institucional.

Matus (1997, p.217) considera que la posibilidad de éxito de una reforma organizativa depende totalmente de la fortaleza y calidad del sistema de evaluación por desempeño, ya que con la cobranza estricta se crea la exigencia de un sistema de formación de la agenda del dirigente capaz de abrir espacio a los problemas importantes y obliga al Presidente a cobrar cuenta a los ministros en relación con los planes acordados y la presión por lo importante y la evaluación en cadena hasta la base crea la demanda de planificación operacional.

En lo que se refiere al diseño macroinstitucional, sin duda que cabe destaque a la conformación de una macroorganización en la que se articularon organizaciones concretas y se estableció la relación entre las misiones, las funciones y las entidades públicas responsables de su cumplimiento (MATUS, 1997). El grupo *ad hoc* logró en la práctica desarrollar acciones formales para el cumplimiento de un objetivo conjunto, lo cual, a pesar de estar establecido en la planificación ritualística formal, ha sido de difícil implementación por la divergencia de objetivos de cada una de las organizaciones que ejecutan actividades específicas dentro de una metatarea. Igualmente esta configuración permitió el ingreso de otros actores, principalmente otros ministerios, de manera transitoria para realizar el intercambio de problemas.

Como ya se ha dicho esta estructura responde a un orden jerárquico que no es formal, ya que la misma no fue creada por ningún instrumento legal. No obstante, se comporta como tal y asume rutinas y determina las prácticas al interior del grupo *ad hoc* y a pesar de informal incide a su vez en el interior de la dinámica de las estructuras administrativas ministeriales, que si son formales, llegando incluso a

determinar sus prácticas. Por otra parte, si bien es cierto que el sentido de metatarea facilitó la cohesión en el cumplimiento de un objetivo, esta macroorganización también fragmentó los productos terminales y dio nivel de especialización a algunas unidades como fueron infraestructura, financiamiento e insumos, separándolos del modelo de atención.

La posibilidad real del propósito de cambio de modelo se materializa en el potencial creativo, flexible e innovador de las instituciones para procesar los problemas cuasiestructurados y de ser necesario de transformarse a si mismas para poder revolucionar. La modificación del reglamento orgánico del MS y la creación de instancias formales que institucionalizan la administración de BA parecen indicar posibilidad de transformación. No obstante, debe considerarse que la administración pública tradicional permanece con la misma burocratización y, a pesar de una condición necesaria, la formalización institucional de BA en la estructura organizativa no garantiza su capacidad de respuesta. Donde si pareciera existir una posibilidad de transformación para la agilización es con la adopción de formas administrativas diferentes como son las fundaciones de Estado.

Estas fundaciones,<sup>27</sup> como entes descentralizados, deben adscribirse al ministerio responsable de la política (BALZA, 2007) con lo que se pretende la conservación de la coherencia de los objetivos políticos y preservación de la rectoría en la materia correspondiente, evitando en este caso la creación de racionalidades múltiples. De acuerdo con Barbosa (2007), las fundaciones integran la administración pública y facilitan el manejo de la complejidad gerencial mediante organizaciones con modelos administrativos más flexibles y autónomos.

La autonomía de gestión ha sido tomada como el elemento central de las

---

<sup>27</sup> La LOAP 2001 contempló la creación de de fundaciones descentralizadas. En 2006 la Contraloría General de la República registró 3356 órganos desconcentrados (principalmente servicios autónomos) y entes descentralizados del sector público, correspondiendo 1694 a la Administración Nacional (Ministerios y demás órganos del Poder Nacional), 459 a la Administración de los 23 Estados y 1203 a la de los 336 Municipios del país. Dado que con respecto a 2001 el número de órganos y entes de la Administración Nacional y Municipal (desconcentrada y descentralizada) aumentó en 16,7% y 92,1% respectivamente, el total se incrementó en 32,2%. El 90% de los entes descentralizados de la Administración Pública se repartieron en 2006 entre institutos autónomos, fundaciones y empresas del Estado (y con participación minoritaria del Estado), contándose en 852, 774 y 411 respectivamente. El 82,7% y el 57,2% de institutos y fundaciones estuvieron adscritos a órganos de la Administración Municipal, mientras que 79,4% de las empresas del Estado o con participación minoritaria del Estado (217 y 118, respectivamente) lo estuvieron a órganos de la Administración Nacional, representando la mitad de sus entes. El crecimiento de la Administración Nacional con respecto a los entes descentralizados se debió principalmente a empresas y fundaciones del Estado, que aumentaron 28,4% y 45,9% entre 2001 y 2006 (BALZA, 2007).

reformas de los modelos de gestión hospitalaria pública en diversos países y amplia la capacidad de gestión de recursos humanos, presupuestaria y financiera, de compras y contratos, etc., estableciendo condiciones más efectivas para que esas organizaciones respondan a las políticas, directrices e incentivos gubernamentales (BARBOSA, 2007). Sin embargo, no deben perderse de vista las dificultades de incorporar sistemas de trabajo de mayor agilidad en un contexto regido por sistemas de trabajo donde la burocratización permanece inalterada. Lógicamente en los puntos de comunicación administrativa se generaran choques por la aplicación de racionalidades divergentes entre una estructura organizativa con una maquina antigua y pesada que ofrece un apoyo deficiente para procesar las decisiones y un nuevo diseño del aparato público con base en otra fundamentación jurídica, con mecanismos de gestión y procesos acordes para enfrentar los problemas y reducir deficiencias (MATUS, 1997).

De acuerdo con Matus (1997, p. 202) lo importantes de una organización es la prioridad, eficiencia y eficacia de sus prácticas de trabajo terminales e intermedias, porque ellas definen la cantidad y calidad de su producción y los resultados de la misma sobre los problemas con los que lidia.

En la caracterización de las prácticas de planificación utilizadas en el proceso de implementación de BAI, entendidas aquí como parte de los sistemas de trabajo de una organización pública, fue posible identificar los saberes empleados, la formalidad y la sistematicidad de tales prácticas.

En lo que se refiere a los saberes empleados para la posesión y manipulación del objeto de trabajo de las prácticas de planificación utilizadas en el proceso de implementación de BAI (MENDES-GONÇALVES, 1994) y retomando lo que fue señalado en relación a la racionalidad en la construcción del mismo, permanece difuso en este estudio la identificación y captación de la concepción epidemiológica orientada a las necesidades y los problemas de salud, así como el manejo de la noción de riesgo empleada por equipo dirigente, lo cual puede deberse en parte a las limitaciones del estudio, por no contar con todas las informaciones de los actores involucrados, o por una captación empírica insuficiente. De cualquier manera, se pueden identificar en ese objeto de trabajo los componentes de infraestructura, gestión y modelo de atención.

Se tiene que el saber médico fue el saber operante central en el proceso de

planificación operativa de BAll y orientó la adopción de tecnologías especializadas y la modalidad terapéutica, así como el tipo de insumos acordes a la misma. Este saber sirvió de base para la estimación de los cálculos programáticos expresados en requerimientos de servicios y productos. Los otros saberes operantes se articulaban subordinadamente a la lógica de programación y ajustaban sus tecnologías para dar respuesta a las exigencias específicas. De esta manera los miembros del grupo *ad hoc* asumían esta subordinación a la lógica médica representada por el MS por considerarla como legítima en base a lo identificado por Weber (1968), como dominación racional legal fundamentada en la obediencia delimitada dentro del ámbito de la competencia objetiva debida al conocimiento profesional y la experiencia en el saber práctico.

Así la naturaleza técnica del tipo de edificaciones de salud exigió dominio especializado de los saberes operantes en construcción. La Coordinación Técnica de Barrio Adentro II del MS contaba con ese dominio tecnológico y generaba directrices y normativas en la gestión tecnológica de manera de suministrar a los actores de la construcción civil pública las nociones en ámbito diferencial de construcción en salud. En ocasiones esto supuso la confrontación de saberes técnicos con racionalidad funcional diferencial que disputaban el espacio de la toma de decisión.

En otros momentos representó una limitante operativa por la insuficiencia de equipo técnico especializado, tomando en cuenta magnitud de la propuesta general que requería de un número significativo de especialistas en el área y la poca experiencia disponible en el sector público, visto que este sector no fue muy dinámico en la historia reciente del MS. En algunas ocasiones el sector privado contratado que si había mantenido activo en esa área durante los últimos años dominaba más este tipo de saberes, lo cual incidía negativamente en la capacidad de supervisión del MHV.

En lo que respecta a la gestión dominaron los saberes asociados a la administración tradicional. Un aspecto que resulta notorio es el uso de la pericia del personal técnico de la FMBA cuyos varios miembros se desempeñaba antiguamente en el desarrollo los proyectos de la banca internacional cuya orientación está más vinculada al manejo de la planificación estratégica corporativa y la gestión por proyectos. Tal vez sea esta la razón para la fácil adaptación a la modalidad de planificación de presupuesto por proyecto.

Como ya había sido mencionado, los saberes empleados en el diseño del modelo de atención se le concede especial atención al proceso de medicalización de la sociedad venezolana y su influencia sobre los saberes operantes que se reforzaba en el saber práctico adquirido por el equipo dirigente en su práctica cotidiana que en media superaba los quince años de experiencia médica en el área pública. Otro aspecto destacado fue la experiencia político partidista y sindical podría ser consideradas marginal, lo cual no representó dificultad para el desarrollo de la propuesta.

En compensación a lo podía plantearse como una debilidad en los procesos de negociación, el equipo dirigente desarrollo habilidad de adherir actores con capacidad de decisión fue la estrategia privilegiada para resolver problemas cotidianos y administrativos. Se presume que la legitimidad técnica fue peso suficiente en los procesos de acuerdos, así como la cohesión social entre los miembros del grupo. Los saberes operantes en cuanto a planificación estaban más asociados a la experiencia y capacitación individual, por lo que no respondían a una visión unitaria o articulada, sino que actuaba como un conjunto disperso de saberes que se valoraban en la práctica. Así la debilidad de las microprácticas determinaron fricciones en la gestión operacional.

Como ya ha sido comentado, este estudio tuvo por limitante no contar con todas las informaciones necesarias, como por ejemplo datos que permitiesen profundizar sobre el momento normativo del plan. En conciencia de esto, se asume que los diagnósticos de la situación de salud de las comunidades sirvieron de subsidio para la definición inicial y a partir de ese dato se comenzó a desarrollar una programación con una mejor contextualización y un nivel más exhaustivo de detalle. En este sentido se consideró más la planificación en el proceso de implementación.

Para la programación se emplearon variables ecológicas y georeferenciales para el diseño de las ASIC, con base a los cálculos poblacionales y las condiciones específicas de cada municipio y en base a lineamientos generales de construcción de servicios de salud. Los instrumentos de programación y seguimiento que eran producidos con bastante formalidad y sistematicidad. El tipo de información privilegiado correspondía a variables de seguimiento vinculadas al porcentaje de avance de las obras. En esas instancias de seguimiento se hacía uso de instrumentos formales y se daba el registro de las fases de seguimiento. Existían

mecanismos para la producción consolidada de informes de avances. La actividad que mayor formalidad y estructuración tuvo fue el seguimiento.

Lo que pareciera el desarrollo exhaustivo de un seguimiento bastante formalizado alude a la necesidad de incorporar saberes teóricos y prácticos que le confieran mayor sistematicidad a favor del cumplimiento de la meta en los términos en que fue programada. Sin embargo, esta sistematicidad y rigurosidad no fue experimentada de igual forma en los distintos momentos. Esto crea distorsiones en cuanto a la conexión multicausal de los problemas e incide sobre el tratamiento que se les da al procesamiento de los problemas.

De esta forma, el tema de la agenda quedó reducido al sistema de monitoreo de la meta constructiva y cuya fortaleza en la rendición de cuentas disminuyó el foco de los problemas a un número menor de elementos. Es necesario considerar que la calidad de la gerencia demanda capacidades materiales y organizativas que pueden no ser accesibles a los actores involucrados o encontrarse en el foco de los problemas seleccionados. Tal situación sucedió con la falta de materiales de construcción con lo cual se evidencia que a pesar de tener el control de un número importante de variables existen recursos que no son controlados por el decisor que limitan su capacidad.

Aunque el procesamiento técnico-político de los problemas que estaban en el foco de la implementación de BAII haya sido insuficiente, no podría argumentarse que se trataba sencillamente de improvisación. Lo que sí parece probable es que se hayan desarrollado prácticas no estructuradas de planificación para el abordaje de problemas cuasiestructurados que habían sido tratados normativamente como estructurados. La propia dinámica de estos problemas forzó a asumir una posición reflexiva sobre la naturaleza de los mismos y a buscar soluciones flexibles que incrementaran la viabilidad.

Así se tiene que el cálculo estratégico surgió de la necesidad de dar respuesta y de la necesaria adaptación para el cumplimiento de la misión encomendada. Este comportamiento emergente se conjugaba y acompañaba constantemente las coordinaciones formales. El desarrollo de acciones que aseguraran el flujo de las actividades y las metas prefijadas involucraba al propio Presidente y sus ministros, quienes a través de contactos personales, ya sea por reuniones informales o por vía telefónica interactuaban con actores con capacidad de incidir en el desarrollo de la propuesta.

Igualmente se asumieron acciones como en la colocación desde el nivel central actores claves en los espacios locales en situaciones donde se había evaluado políticamente inviabilidad de apoyo operativo, así como el involucramiento de los Comités de Salud en todas las fases del proceso constructivo a fin de ampliar el apoyo político y operacional en el terreno. Esto también fue acompañado del incremento de la visibilidad de la propuesta a través de la colocación constante del tema en la agenda comunicacional presidencial.

## 7. CONSIDERACIONES FINALES

El desarrollo del levantamiento empírico de lo que se suponía podía contribuir a la comprensión del proceso de planificación de BAI y la posibilidad de incidencia de la misma sobre los resultados alcanzados, guiado por la aproximación a un marco referencial que contemplaba la construcción de un proceso social en el que existe poder compartido, se mostró con énfasis predominante en el proceso de implementación en el que se confunde la gestión y la concretización de la planificación a través de la acción, basado predominantemente en la estructuración de la organización y el desarrollo de las prácticas de trabajo para la implementación, permitiéndose inferencias lógicas dentro de estos elementos.

Considerando el carácter estratégico de las misiones sociales, entre ellas BA, así como la construcción del SPNS, en el proceso de legitimación de una propuesta de gobierno inscrita en la construcción de un modelo socio-económico más justo y solidario que garantice el cumplimiento de los derechos de los ciudadanos, cabe la posibilidad del manejo de formas diversas de planificación y de la combinación variable de sus métodos en las distintas esferas del aparato gubernamental, en el nivel directivo, gerencial y en el nivel operacional.

La lucha por el derecho a la salud plasmado en la Constitución parece adaptarse más a cambios en el sistema y por encima de componente instituyente pareciera todavía prevalecer su componente instituido. En la medida en que no se profundice el quiebre de paradigma y el trabajo ideológico a favor de la promoción de la salud que se inició con BAI, las raíces de la medicalización permanecerán inalteradas. La construcción del modelo de atención pueda evidenciar o negar el reduccionismo que pretende señalar a BA como un mecanismo de atención clientelar exento de cualquier potencial transformador.

La capacidad de gobierno está directamente relacionada con los sistemas de trabajo y el diseño organizativo, y para desarrollar los cambios que requiere el SPNS es preciso abandonar la normatividad en la planificación y el procesamiento estructurado de los problemas siendo necesario incorporar tecnologías de gestión flexibles e innovadoras. En una relación reciproca, esto también a su vez exige de la planificación la flexibilidad necesaria para adaptarse a contextos que en momentos exigen intervenciones normativas en cuanto a tácticas para el cumplimiento de una

estrategia mayor.

En relación al método de planificación existió un componente estratégico prospectivo ya que articulaba el PDESN al POA y a los proyectos. La conjunción de diferentes sectores y la posibilidad de intercambio entre los mismos en el tratamiento de los problemas le confirieron cierto grado de estratégico situacional. Por otro lado se privilegió el enfoque de escogencia estratégica y se adoptó la aplicación del presupuesto por proyecto. El potencial de apoyo que tiene el presupuesto por proyecto como métodos adecuados para estructurar la acción pública puede convertirse en un ritual de relleno de formatos para cumplir con las formalidades de las autoridades.

El potencial transformador de las misiones, además de la calidad del contenido de las políticas, debe descansar el fortalecimiento de las estructuras institucionales y los cambios organizacionales, incluidos el redimensionamiento de la construcción de su objeto de trabajo y el privilegio de la calidad de las prácticas en desde visión humanística. La instrumentación adecuada permitirá el fortalecimiento permitirá cerrar la brecha entre las intenciones y la realidad.

A pesar de pertinente el llamado a la reflexión sobre el hecho de que el voluntarismo político sin el respaldo organizacional conlleva a la baja capacidad de gobierno, no deja de ser destacada la determinación política y el empeño que los líderes políticos y sectores importantes de la participación popular han colocado a la construcción de un sistema de salud universal. Aunque no suficiente, es necesario el compromiso ideológico con lo que puede llegar a convertirse en uno de los pilares del tan anhelado objetivo de la mayor suma de felicidad posible presente en el ideario bolivariano.

La necesaria construcción de una nueva ideología como proyecto hegemónico en salud refuerza su potencialidad en la práctica discursiva y uso de los medios de comunicación en la sustitución progresiva y persistente del ideario instituido. La identificación de la población con el líder abre espacios para la sustitución del modelo privado como referente de eficiencia y comodidad por un modelo público con patrones de calidad y de carácter solidario. Esa misma práctica discursiva al ser a su vez la declaratoria de compromisos puede convertirse en mecanismo de control popular a la vez que pasa a ser la base la cobranza del poder popular.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. ADAM, P.; HERZLICH, C. **Sociologia da doença e da Medicina**. Porto Alegre: Universidade do Sagrado Coração. 2001. 144p.
2. ALMEIDA, N.; PAIM, J. Saúde coletiva: Uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? **Revista de Saúde Pública**. v.32, n.4, p.299-316, agos 1998.
3. ALVARADO, C, *et al.*, Cambio social y política de salud en Venezuela. **Medicina Social**. v. 2 , n. 3, p. 113-129, mayo 2008.
4. BALZA, R. Nueva Administración Pública en Venezuela? A ocho años de la reforma prometida en 1999. **Revista sobre Relaciones Industriales y Laborales Gaceta Laboral**, no.43, p.9-26. dic 2007.
5. BRACHO, P. **Partido contra la sociedad**. Primera Edición. Maracaibo: Marc.1992. p. 226.
6. BARBOSA, Pedro. **Fundações Estatais como estratégia para Novos Modelos Públicos de Gestão Hospitalar**. Secretaria de Salud del Estado de Bahia ENSP/FIOCRUZ. 2007. Disponible: [http://www4.ensp.fiocruz.br/eventos\\_novo/dados/arg6545.pdf](http://www4.ensp.fiocruz.br/eventos_novo/dados/arg6545.pdf)
7. CASTELLANO, H. **Planificación: Herramienta para enfrentar la complejidad, la incertidumbre y el conflicto**. Colección Jorge Ahumada. Segunda Edición. Caracas: Centro de Estudios del Desarrollo. Universidad Central de Venezuela (CENDES-UCV), 2004. Vol. N° 8. 213 p.
8. CASTELLANO, H. **La planificación del desarrollo sostenible**. 1.ed. Caracas: Cendes, 2006. 195 p.
9. CASTELLANO, H.; GIORDANI, J. **Planificación y Viabilidad Sociopolítica. Aplicaciones al caso venezolano**. Colección Jorge Ahumada.. Caracas: Centro de Estudios del Desarrollo. Universidad Central de Venezuela (CENDES-UCV), 1996. Vol. N° 6. 129 p.
10. CASTELLANO, H.; LOPEZ, J. Mesa de trabajo La planificación del desarrollo en Venezuela dentro de los nuevos contextos. **Cuadernos del Cendes**. Año 26. n. 71, p. 185- 187. may./agos. 2009.
11. CLEGG, S. Organization and control. **Administrative Science Quarterly**. v. 26, n.4, p. 545-562. Dic 1981
12. CORREDOR, J. La planificación: Nuevos enfoques y proposiciones para su aplicación en el siglo XXI. 1.ed. Caracas: Vadell Hermanos, 2007. 291p.

13. COUTINHO, C.N. As categorias de Gramsci e a realidade brasileira. In: Coutinho, C.N. e Nogueira, M.A. **Gramsci e a América Latina**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1988. p.103-127
14. D'ELIA, Y.; CABEZAS, L. **Las Misiones Sociales en Venezuela**. Caracas: Instituto Latinoamericano de Investigaciones Sociales (Ildis), 2008, p. 3-15.
15. DEL BÚFALO, E. Identificación y análisis de los principales cambios realizados por los nuevos gobiernos. Venezuela. In: ELIAS, A. **Los gobiernos progresistas en debate. Argentina, Brasil, Chile, Venezuela y Uruguay**. Programa de edición y distribución cooperativa de CLACSO. Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales; PIT-CNT Instituto Cuesta Duarte: Buenos Aires. 2006, p. 43 – 46.
16. DONANGELO, M.C.F. Medicina na sociedade de classe. In: **Saúde e Sociedade**. São Paulo: Livraria Duas Cidades. 1979. p. 29 – 68.
17. ELLNER, S. Las estrategias “desde arriba” y “desde abajo” del movimiento de Hugo Chavez. **Cuadernos del Cendes**. Año 23. n. 62, p. 73-93. may./agos. 2006.
18. FALLETO, E. Los años 60 y el tema de la dependência. **Estudos Avançados**. v.12 n.33 São Paulo May/Agos.1998.
19. FLEURY, S. **Saúde e Democracia: a luta do Cebes**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997. p.11-24
20. FLEURY, S.; OUVERNEY, A., Política de Saúde: Uma política social. In: **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. 1.ed. Rio de Janeiro: Cebes-Fiocruz, 2008. p.23-64
21. GIORDANI, J. **Planificación, Ideología y Estado: El caso de Venezuela**. Primera Edición. Valencia: Hermanos Vadell, 1986. 358 p.
22. GIORDANI, J. *et al.*, **La Planificación venezolana en los noventa**. Colección Jorge Ahumada. Primera Edición. Caracas: Cedes – Hermanos Vadell, 1992. Vol. N° 8. 141 p.
23. GOMEZ, I. El papel de las misiones sociales en la construcción de identidades políticas en Venezuela. **Revista Venezolana de Economía y Ciencias Sociales**, v. 13, p. 13-34. abril 2007.
24. GONZÁLEZ, J. **Guía metodológica para Formulación y Evaluación de Proyectos Orientados a Resultados**. Caracas: Instituto Municipal de Publicaciones – Alcaldía de Caracas. 2006. 171p.
25. HERNANDEZ, R, *et al.*, **Metodología de la Investigación**. Tercera Edición: Mc Graw-Hill, 2003, 448 p.

26. HADJINICOLAOU, N. **Historia del Arte y lucha de clases**. Madrid: Siglo XXI, 1974, p.17.
27. LACLAU, E. La deriva populista y la centro izquierda latinoamericana. **Nueva Sociedad**. n.205 pp.56-61.
28. LACLAU, E. "El populismo no es una amenaza para América latina". Diario Clarin. Entrevista a Ernesto Laclau. Diario Clarín día 19 de mayo de 2007 [Diario en línea]. Disponible en: <http://www.clarin.com/diario/2007/05/19/elmundo/i-04201.htm>. fecha de consulta 02 de enero de 2010.
29. LACRUZ, T. Balance Sociopolítico: Una ciudadanía social inacabada. In: MAINGON T. **Balance y perspectivas de la política social en Venezuela**. Primera Edición. Caracas: Instituto Latinoamericano de Investigaciones Sociales (Idis), 2006, Capitulo 4, p. 111-180.
30. LANDER, E.; LÓPEZ M. Venezuela. La victoria de Chávez: el polo patriótico en las elecciones de 1998. **Nueva Sociedad**. n. 160, p.5-19.mar./abr. 1999.
31. LÓPEZ, J. **Planificación y Gestión: De la Teoría al Método**. Caracas: IVEPLAN. 1998. 96 p.
32. LOPEZ, J. **Planificación y Gestión Pública**. 1.ed. Caracas: Edilibros-Cendes, 2007. 253p.
33. LOPEZ, M. Democracia Participativa y Políticas Sociales en el Gobierno de Hugo Chávez Frías. **Revista Venezolana de Gerencia**, v. 9, n. 028, p. 1-22. Dic/feb. 2004.
34. LOPEZ, M. Identificación y análisis de los principales cambios realizados por los nuevos gobiernos. Venezuela. In: ELIAS, A. **Los gobiernos progresistas en debate. Argentina, Brasil, Chile, Venezuela y Uruguay**. Programa de edición y distribución cooperativa de CLACSO. Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales; PIT-CNT Instituto Cuesta Duarte: Buenos Aires. 2006.
35. LOPEZ, M. Venezuela: Hugo Chávez y el bolivarianismo. **Revista Venezolana de Economía y Ciencias Sociales**, v.14, n.3, p.55-82. dic. 2008.
36. MARCHART, O. En el nombre del pueblo. La razón populista y el sujeto de lo político. **Cuadernos del Cendes**. Año 23. n. 62, p. 37- 58. may./agos. 2006.
37. MARTINEZ, A. La Constitución venezolana como instrumento para la construcción de la ciudadanía. **Revista de Ciencias Sociales**. V. 12, n. 1, pp. 21 – 35. Ene./ Abr. 2006
38. MATUS, C. **Estrategia y Plan**. Primera Edición: Siglo XXI Editores, 1972. 192 p.
39. MATUS, C. **Política, Planificación y Gobierno**. Primera Edición. Caracas: Fundación Altadir, 1987. p. 13-125.

40. MATUS, C. **Chimpacé, Maquiavel e Gandhi. Estratégias Política.** São Paulo: Edições Fundap. 1996. 294 p.
41. MATUS, C. **Los tres cinturones del gobierno. Gestión, organización y reforma.** Caracas: Fondo Editorial Altadir, 1997. 262 p.
42. MAYORGA, R.A. **Antipolítica y neopopulismo.** La Paz: Cebem, 2004.
43. MENDES-GONÇALVES, R.B. **Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde: Características Tecnológicas do Processo de Trabalho na Rede Estadual de Centros de Saúde de São Paulo.** São Paulo: HUCITEC-ABRASCO, 1994. 278 p.
44. MERHY, E. Planejamento como tecnologia de gestão: tendências e debates do planejamento em saúde no Brasil. In: GALLO E. **Razão e Planejamento. Reflexões sobre Política, Estratégia e Liberdade.** São Paulo: Editora HUCITEC/ABRASCO, 1995, p. 117-149.
45. MINAYO, S., M., **El Desafío del conocimiento. Investigación cualitativa en salud.** Buenos Aires: Lugar. 2004, 227p.
46. MINTZBERG, H. **Criando organizações eficazes.** São Paulo: Atlas, 1995, p.09-31.
47. MUNTANER, C. *et al.*, Challenging the Neoliberal Trend. The Venezuela Health Care Reform Alternative. **Canadian Journal of Public Health.** v.97, n. 6, p.19-22. Nov/Dic. 2006
48. MUNTANER, C. *et al.*, “Barrio Adentro” en Venezuela: democracia participativa, cooperación sur-sur y salud para todos. **Medicina Social.** p. 306-322. 2008.
49. NUÑEZ, N. Perfiles diferenciales de mortalidad según condiciones de vida. Venezuela 1983 y 1990. **Gaceta Médica de Caracas,** v. 105, p. 189-201. 1997
50. OPS. **Barrio Adentro: Derecho a la salud e inclusión social en Venezuela.** Caracas: OPS, 2006. 158 p.
51. OPS. <http://new.paho.org/hq/index.php?lang=es>. [En línea] 2005. [Citado el: 19 de mayo de 2009.] [http://www.paho.org/spanish/dd/ais/cp\\_862.htm](http://www.paho.org/spanish/dd/ais/cp_862.htm).
52. PAIM, J. Modelos de atenção à saúde no Brasil. In: **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil.** 1.ed. Rio de Janeiro: Cebes-Fiocruz, 2008. p.547-574.
53. RABY, DIANE. El liderazgo carismático en los movimientos populares y revolucionarios. **Cuadernos del Cendes,** v.23, n.62, p.61-74. mayo 2006.

54. RAMOS, A. Del proyecto de “socialismo del siglo XXI” al populismo realmente existente. **Politeia**. n. 40, v. 31, p. 175-197. 2008.
55. REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA. Ministerio de Salud y Desarrollo Social. **Plan Estratégico Social**. Caracas: 2002.
56. REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA. Asamblea Nacional. **Constitución de la República Bolivariana de Venezuela**. Caracas: 2000.
57. REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA. Ministerio del Poder Popular para Planificación y Desarrollo. **Plan Nacional de Desarrollo Regional 2001-2007**. Caracas: 2001.
58. REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA. Ministerio de Comunicación e Información. **Las Misiones Sociales (2006)**. 20 de marzo de 2009. Disponible em <http://www.minci.gob.ve>.
59. REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA. Gobierno Bolivariano de Venezuela. **Ley Organica de la Administración Pública 2001**. 12 de mayo de 2009. Disponible: [http://www.gobiernoenlinea.ve/legislacion-view/sharedfiles/Ley\\_Organica\\_Administracion\\_Publica.pdf](http://www.gobiernoenlinea.ve/legislacion-view/sharedfiles/Ley_Organica_Administracion_Publica.pdf)
60. REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA. Ministerio del Poder Popular para la Planificación y el Desarrollo. **Programa de Gobierno 2000**. 12 de mayo de 2009. Disponible: [http://www.mpd.gob.ve/prog-gob/ind\\_docofi2.htm](http://www.mpd.gob.ve/prog-gob/ind_docofi2.htm).
61. REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA. Tribunal Supremo de Justicia. **Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 345.090 de fecha 23 de marzo de 2006**. 28 de abril de 2009. Disponible: <http://www.tsj.gov.ve/gaceta/gacetaoficial.asp>
62. REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA. Tribunal Supremo de Justicia. **Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 38.542 de fecha 13 de octubre de 2006**. 28 de abril de 2009. Disponible: <http://www.tsj.gov.ve/gaceta/gacetaoficial.asp>
63. REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA. Tribunal Supremo de Justicia. **Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 38.423 de fecha 25 de abril de 2006**. 28 de abril de 2009. Disponible: <http://www.tsj.gov.ve/gaceta/gacetaoficial.asp>
64. REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA. Ministerio del Poder Popular para la Planificación y el Desarrollo. **10 años de Gestión del Gobierno Revolucionario**. 12 de mayo de 2009. Disponible: <http://www.mpd.gob.ve/Logros/Gestion.htm>.
65. REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA. Instituto Nacional de Estadística. **Indicadores Demográficos**. 19 de mayo de 2009. Disponible: <http://www.ine.gov.ve/demografica/censopoblacionvivienda.asp>.

66. REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA. Ministerio del Poder Popular para la Salud. 19 de mayo de 2009. Disponible: [http://www.mpps.gob.ve/ms/modules.php?name=Content&pa=list\\_pages\\_categories&cid=1](http://www.mpps.gob.ve/ms/modules.php?name=Content&pa=list_pages_categories&cid=1).
67. REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA. Banco Central de Venezuela. **Mensaje de Fin de Año, 2005**. Citado el: 19 de mayo de 2009. Disponible: <http://www.bcv.org.ve/Upload/Publicaciones/mfa2005.pdf>.
68. REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA. Ministerio del Poder Popular para Planificación y Desarrollo. **Documentos Oficiales**. 19 de Mayo de 2009. Disponible: [http://www.mpd.gob.ve/prog-gob/ind\\_docofi2.htm](http://www.mpd.gob.ve/prog-gob/ind_docofi2.htm).
69. REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA. Ministerio del Poder Popular para Planificación y Desarrollo. **Documentos Oficiales. Programa de Gobierno, 2000**. Disponible: [http://www.mpd.gob.ve/prog-gob/ind\\_docofi2.htm](http://www.mpd.gob.ve/prog-gob/ind_docofi2.htm).
70. REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA. Ministerio del Poder Popular para Comunicación e Información. **Aló Presidente N° 225**. 7 de abril de 2009. Disponible: <http://www.minci.gob.ve/alo-presidente/16/>.
71. REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA. Ministerio del Poder Popular para Comunicación e Información. **27F El sacudón de neoliberalismo**. Enero, 2009. Disponible: [http://www.minci.gob.ve/libros\\_folletos/6/p--4/tp--1/libros\\_folletos.html](http://www.minci.gob.ve/libros_folletos/6/p--4/tp--1/libros_folletos.html).
72. RINCON, M. y FERNANDEZ, G. La democracia venezolana vista desde la relación triangular: fuerza, poder y derecho. **Frónesis**, v.13, n.2, p.68-108. ago. 2006.
73. RINCON, M.T. y RODRIGUEZ, I. Consideraciones Generales sobre la Política y Gestión de la Salud en Venezuela (1900-2003). **FERMENTUM**, v. 14, p. 503-532. 2004.
74. SABINO, C. **El proceso de Investigación**. Primera Edición. Caracas: El Cid Editor, 1979. p. 213-229.
75. SCHRAIBER, L.B. *et al.* **Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, 1999 . 13 maio 2009. Disponível: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81231999000200002&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81231999000200002&lng=pt&nrm=iso).
76. STOKE, S. Rethinking clientelism. University of Chicago. **Presentación en el XXII Congreso Internacional de la Asociación Latinoamericana**, Miami, Florida, 16 al 18 de marzo, 2000. (mimeo)
77. TESTA, M. **Pensar en salud**. Tercera Edición. Buenos Aires: Lugar, 2004. 233 p.

78. TESTA, M. **Pensamento Estratégico e Lógica de Programação**. O caso da saúde. São Paulo – Rio de Janeiro. 1995. 307 p.
79. VIEIRA-DA-SILVA, L.M. *et al.* **Análise da implantação da gestão descentralizada em saúde: estudo comparado de cinco casos na Bahia, Brasil**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, Feb. 2007. 13 May 2009. Disponible: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2007000200012&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000200012&lng=en&nrm=iso).
80. VILASBÔAS, A.L. **Práticas de planejamento e implementação de políticas de saúde no âmbito municipal**. Salvador, 2006, 129 p. Tesis (Doctorado en Salud Pública) - Instituto de Salud Colectiva. Universidad Federal da Bahia.
81. WEBER, M. **Ciência e Política, duas vocações**. São Paulo: Cultrix, 1968. p 51-124.
82. YACUZZI, E. El estudio de caso como metodología de investigación: teoría, mecanismos causales, validación. Universidad del CEMA. Serie Documentos de trabajo. n. 296 de 2005. 12 ene 2010. Disponible: <http://www.cema.edu.ar/publicaciones/download/documentos/296.pdf>
83. YIN, R. **Estudo de caso. Planejamento e Métodos**. Tercera Edición. São Paulo: Artmed, 1994. 212 p.

**APENDICE**



			<p>del Sistema Público Nacional de Salud a través de la implementación de Barrio Adentro II</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Apoyo de la instancia de los movimientos de base, la sociedad civil y las asociaciones profesionales para la organización del segundo nivel de atención (diagnostico y rehabilitación) del Sistema Público Nacional de Salud a través de la implementación de Barrio Adentro II</li> </ul>	<p>apoyo de las propuestas de Barrio Adentro II?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cómo se establecían las relaciones con los diversos actores involucrados?</li> <li>• ¿Cómo se pensó la articulación de las relaciones con los otros actores?</li> <li>• ¿Hubo resistencia de algunos sectores? ¿Cuáles? ¿Por qué? ¿Cómo se manejo la situación?</li> <li>• ¿Hubo movilización política dirigida a los movimientos de base, la sociedad civil y las asociaciones profesionales?</li> <li>• ¿Cuál era la opinión de los movimientos de base sobre la propuesta de organización del segundo nivel de atención (diagnostico y rehabilitación) del Sistema Público Nacional de Salud a través de la implementación de Barrio Adentro II?</li> <li>• ¿Qué acciones se desarrollaron para ganar el apoyo político de movimientos de base, la sociedad civil y las asociaciones profesionales?</li> <li>• En su opinión, ¿como los servidores de salud se sentían en relación a su grado de participación en la gestión?</li> </ul>	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autonomía administrativa y financiera</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ejecución directa de los procedimientos para la adquisición de bienes y servicios (Licitación, compromisos, liquidación y pagos)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿De quién dependía la Fundación para el poder tener acceso a los recursos del Fondo?</li> <li>• ¿Los recursos financieros disponibles eran suficientes para la realización de las acciones que fueron previstas en la propuesta de Barrio Adentro II?</li> <li>• ¿Cuál era el grado de libertad financiera que tenía la Fundación?</li> <li>• ¿Cómo funcionaba el Comité de Licitaciones?</li> <li>• ¿Cómo era la adscripción administrativa del equipo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entrevistas con el equipo dirigente de la Fundación Misión Barrio Adentro</li> <li>• Revisión documental de gacetitas oficiales</li> </ul>

				<p>a cargo la parte financiera?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•¿De quién dependía el Presidente de la Comisión de Licitaciones? ¿Cómo estaba integrado?</li> <li>•¿De quién dependía el compromiso y la ejecución financiera?</li> <li>•¿Cómo se liberaban los fondos?</li> </ul>	
<p>Caracterizar el contexto político-institucional de la Misión Barrio Adentro y sus posibles influencias sobre las prácticas de planificación identificadas.</p>	<p>Proyecto de Gobierno</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Coherencia de los documentos propositivos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Coherencia de las directrices políticas y objetivos explicitados en los documentos propositivos del gobierno</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•¿Cuáles fueron las directrices políticas que orientaron el proyecto de gobierno durante su gestión en su rol de Ministro, así como dirigente de la Misión Barrio Adentro?</li> <li>•¿Qué documentos que expresaban la propuesta del gobierno se usaron para la construcción técnico-política de la propuesta de Barrio Adentro II? ¿En que se inspiró (principios y valores técnico-político) la formulación de la propuesta?</li> <li>•¿Cuáles fueron los principios y los valores que inspiraron la propuesta de la Misión Barrio Adentro?</li> <li>•¿Cuáles fueron los problemas prioritarios que se establecieron para salud en el proyecto de gobierno durante su gestión como Ministro/dirigente de la Fundación Misión Barrio Adentro?</li> <li>•¿Cuáles fueron las prioridades de Fundación Misión Barrio Adentro?</li> <li>•¿Qué sistema de salud le hubiera gustado construir, considerando el contexto de la Misión Barrio Adentro?</li> <li>•¿Cuáles fueron las acciones/ proyectos más importantes que se desarrollaron durante su gestión?</li> <li>•¿En qué medida esas acciones/ proyectos se relacionan con el sistema de salud que se deseaba hacer con la Misión Barrio Adentro?</li> <li>•¿Cuáles fueron las facilidades y los obstáculos encontrados para realizar las acciones más importantes de Barrio Adentro II?</li> <li>•¿Qué aportes considera usted que la propuesta del Ministerio y de la Fundación (tanto en la oferta de servicios como</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Entrevistas con el equipo dirigente de la Misión Barrio Adentro</li> <li>•Análisis documental de los documentos propositivos del gobierno</li> </ul>

				en la participación en la administración pública) hizo sobre los principios que orientaron los documentos propositivos del gobierno?	
		•Suficiencia de los documentos propositivos	•Suficiencia de las directrices políticas, objetivos y medios correlacionados explicitados para enfrentar los problemas escogidos para intervención.	<ul style="list-style-type: none"> <li>•¿Los recursos financieros, materiales y humanos eran suficientes para atender las metas previstas con Barrio Adentro II?</li> <li>•¿Los objetivos que se planteados eran suficientes para alcanzar el contenido propositivo de la conformación del segundo nivel de atención del Sistema Público Nacional de Salud?</li> </ul>	•Entrevistas con el equipo dirigente de la Misión Barrio Adentro
Caracterizar el contexto político-institucional de la Misión Barrio Adentro y sus posibles influencias sobre las prácticas de planificación identificadas.	Capacidad de gobierno	•Perfil del equipo dirigente	•Existencia de liderazgo o cuadro político en el equipo dirigente de la Misión Barrio Adentro	<ul style="list-style-type: none"> <li>•¿El equipo tenía experiencia política partidista?</li> <li>•¿Experiencia sindical o gremial?</li> <li>•¿El equipo dirigente era reconocido por los otros sectores oficiales (ej: otros prestadores públicos) como conductor del proceso de construcción del Sistema Público Nacional de Salud?</li> <li>•¿Se logró la adhesión de actores que influyeran en el desarrollo de la propuesta de Barrio Adentro II?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Entrevistas con el equipo dirigente de la Misión Barrio Adentro</li> <li>•Revisión de perfiles profesionales del equipo</li> </ul>
			•Habilidades del equipo dirigente de la MBA	<ul style="list-style-type: none"> <li>•¿Qué tipo de tácticas o estrategias se utilizaban para resolver los problemas administrativos cotidianos? ¿Eran eficaces?</li> <li>•¿Qué tipo de tácticas o estrategias se utilizaban para lidiar con los problemas del debate político (gubernamental y no gubernamental) que enfrentó la propuesta de Barrio Adentro II?</li> <li>•¿Cuál considera que fue la estrategia que mejor funcionó para ganar adhesión y colaboración de los involucrados con la propuesta?</li> </ul>	•Entrevistas con el equipo dirigente de la Misión Barrio Adentro
			•Formación en el área de salud del equipo dirigente	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Descripción del perfil profesional (área de formación, posgrado), tiempo de servicio de los miembros entrevistados del equipo dirigente de la MBA</li> <li>•Media de años trabajados del equipo en salud pública</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Entrevistas con el equipo dirigente de la Misión Barrio Adentro</li> <li>•Revisión de perfiles profesionales del equipo</li> </ul>
			•Acervo de técnicas del equipo	•¿El equipo dirigente utilizaba prácticas de planificación? ¿De qué	•Entrevistas con el equipo dirigente de la

			dirigente	<p>forma se planificaban las acciones?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•¿Utilizaba los instrumentos oficiales de planificación?</li> </ul>	<p>Misión Barrio Adentro</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•Revisión documental de los planes e instrumentos empleados para la coordinación y el seguimiento</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>•Adecuación del cuadro técnico a las necesidades del Sistema Público Nacional de Salud</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Cuadros técnicos calificados por instituciones de salud pública</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Idem a la formación en salud del equipo dirigente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Entrevistas con el coordinador y el Presidente de Barrio Adentro II</li> </ul>
			<ul style="list-style-type: none"> <li>•Número adecuado de profesionales por área de actuación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•¿El equipo de trabajo era suficiente para desarrollar las actividades comprendidas en la propuesta de Barrio Adentro II)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Entrevistas con el coordinador y el Presidente de Barrio Adentro II</li> </ul>
			<ul style="list-style-type: none"> <li>•Cuadros técnicos calificados en su área de actuación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•¿Algún miembro del equipo tenía experticia organizacional formal?</li> <li>•¿Contaban con experiencia laboral en la administración pública?</li> <li>•¿El personal usaba los instrumentos de la planificación oficial en sus actividades?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Entrevistas con el coordinador y el Presidente de Barrio Adentro II</li> </ul>
			<ul style="list-style-type: none"> <li>•Destrezas y habilidades del equipo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Idem al equipo dirigente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Entrevistas con el coordinador y el Presidente de Barrio Adentro II</li> </ul>
Objetivos	Unidad de análisis	Categoría operacional	Variables	Preguntas	Fuentes de verificación
Identificar los sujetos de las prácticas de planificación de la red Barrio Adentro II.	Sujetos de las prácticas de planificación	Relación jerárquica y funcional	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Equipo dirigentes de la Misión Barrio Adentro involucrados en el proceso de planificación de la red Barrio Adentro II</li> <li>•Otros actores sociales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•¿Quién planificaba las decisiones de Barrio Adentro II?</li> <li>•¿Usted realizó actividades de planificación para diseñar y operacionalizar la propuesta de Barrio Adentro II?</li> <li>•¿Otras personas realizaban actividades de planificación para diseñar y operacionalizar la propuesta de Barrio Adentro II? ¿Quién lo hizo?</li> <li>•¿Consideró importante realizar actividades de planificación asociadas a Barrio Adentro II?</li> <li>•Describa un día típico de lo que era su trabajo ¿Cuáles eran las principales actividades</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Entrevistas con el coordinador y el Presidente de Barrio Adentro II</li> <li>•Entrevistas con el equipo dirigente de la Misión Barrio Adentro</li> </ul>

				que realizaba?	
Objetivos	Unidad de análisis	Categoría operacional	Variables	Preguntas	Fuentes de verificación
Caracterizar el grado de formalidad de las prácticas de planificación adoptadas por el equipo dirigente de Barrio Adentro en el diseño y la implementación de Barrio Adentro II.	Prácticas de planificación	Prácticas de planificación Estructurada	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Procedimientos prácticos normatizados.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cuáles fueron los criterios técnico-político que se utilizaron para el diseño de la propuesta de Barrio Adentro II?</li> <li>• ¿Qué tipo de saberes técnicos fueron empleados?</li> <li>• ¿Qué tipo de indicadores se usaron en el momento del diseño y la implementación?</li> <li>• ¿Se utilizó el análisis de situación de salud?</li> <li>• ¿Se tenía algún plan estructurado?</li> <li>• ¿Qué tipo de informaciones realizaba para llevar a cabo la planificación?</li> <li>• ¿Qué criterios fueron usados en la determinación de los plazos para la implementación?</li> <li>• ¿Cómo fueron tomadas las decisiones sobre la implementación de la estrategia?</li> <li>• ¿Qué informaciones auxiliaban la toma de decisiones en relación a la implementación de Barrio Adentro II?</li> <li>• ¿Existían momentos de coordinación formal con los otros entes?</li> <li>• ¿Cómo se coordinaba y organizaba el trabajo con los entes que participaban de la implementación directa?</li> <li>• ¿Había formalidad en las reuniones?</li> <li>• ¿Hubo momentos formalizados y periódicos para el seguimiento y la evaluación de la evolución de Barrio Adentro II?</li> <li>• ¿De qué maneras los otros entes que participaban en la construcción de la infraestructura incidían en la autonomía del equipo dirigente de la MBA?</li> <li>• ¿Cómo desarrollaba sus actividades? ¿Qué informaciones utilizaba</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entrevistas con el coordinador y el Presidente de Barrio Adentro II</li> <li>• Entrevistas con el equipo dirigente de la Misión Barrio Adentro</li> </ul>

				para su trabajo?	
		Prácticas de planificación No Estructurada	•Cálculo estratégico sistemático.	<ul style="list-style-type: none"> <li>•¿Con quién conversaba o interactuaba en su trabajo?</li> <li>•¿Cuál era el trabajo que antecedía al suyo? ¿Cual le seguía después?</li> <li>•¿Como usted dirigía (emanaba) las decisiones para el equipo ejecutor de Barrio Adentro II lo ejecutara? ¿Cómo buscaba el apoyo de los aliados? ¿Cómo neutralizó los opositores?</li> <li>•¿Qué actividades desarrolló para operacionalizar Barrio Adentro II?</li> <li>•¿Cómo eran realizadas?</li> <li>•¿Que hizo para dar visibilidad a la proyecto de Barrio Adentro II?</li> <li>•¿Se consideró la viabilidad de la propuesta? ¿Cómo fue considerado el tiempo de ejecución?</li> <li>•¿Que hizo para construir viabilidad al proyecto de Barrio Adentro II?</li> <li>•¿Se consideró la viabilidad política y los conflictos que podían presentarse?</li> <li>•Si ese cálculo se tuvo en cuenta ¿Qué tan acertado fue? ¿Se produjeron hechos que incrementaron el poder político y administrativo?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Entrevistas con el coordinador y el Presidente de Barrio Adentro II</li> <li>•Entrevistas con el equipo dirigente de la Misión Barrio Adentro</li> </ul>

## APENDICE B

### GUION DE ENTREVISTAS

**(GESTIÓN 2005-2007)**

**MINISTRO DE SALUD/ VICEMINISTRO DE SALUD/PRESIDENTE DE LA FUNDACIÓN**

<b>PROYECTO DE GOBIERNO</b>
<p><b>COHERENCIA DE LOS DOCUMENTOS PROPOSITIVOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cuáles fueron las directrices políticas que orientaron el proyecto de gobierno durante su gestión en su rol de Ministro, así como dirigente de la Fundación Misión Barrio Adentro?</li> <li>• ¿Qué documentos que expresaban la propuesta del gobierno se usaron para la construcción técnico-política de la propuesta de Barrio Adentro II? ¿En que se inspiró (principios y valores técnico-político) la formulación de la propuesta?</li> <li>• ¿Cuáles fueron los principios y los valores que inspiraron la propuesta de la Fundación Misión Barrio Adentro?</li> <li>• ¿Cuáles fueron los problemas prioritarios que se establecieron para salud en el proyecto de gobierno durante su gestión como Ministro/dirigente de la Fundación Misión Barrio Adentro?</li> <li>• ¿Cuáles fueron las prioridades de Fundación Misión Barrio Adentro?</li> <li>• ¿Qué sistema de salud le hubiera gustado construir, considerando el contexto de la Fundación Misión Barrio Adentro?</li> <li>• ¿Cuáles fueron las acciones/ proyectos más importantes que la Fundación desarrollo durante su gestión?</li> <li>• ¿En qué medida esas acciones/ proyectos se relacionan con el sistema de salud que se deseaba hacer con la Fundación Misión Barrio Adentro?</li> <li>• ¿Cuáles fueron las facilidades y los obstáculos encontrados para realizar las acciones más importantes de la Fundación Misión Barrio Adentro?</li> <li>• ¿Qué aportes considera usted que la propuesta de la Fundación (tanto en la oferta de servicios como en la participación en la administración pública) hizo sobre los principios que orientaron los documentos propositivos del gobierno?</li> </ul> <p><b>SUFICIENCIA DE LOS DOCUMENTOS PROPOSITIVOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Los recursos financieros, materiales y humanos eran suficientes para atender las metas previstas con Barrio Adentro II?</li> <li>• ¿Los objetivos que se planteo la Fundación eran suficientes para alcanzar el contenido propositivo de la conformación del segundo nivel de atención del Sistema Público Nacional de Salud?</li> </ul>
<b>GOBERNABILIDAD</b>

### **APOYO POLITICO EN TERMINOS GENERALES**

- ¿Considera usted que existían conflictos políticos para el desarrollo de Barrio Adentro II desde su formulación hasta su implementación?
- ¿Cómo se manejaban los conflictos que impedían llegar al cumplimiento de los objetivos de la Fundación?
- ¿Existían actores que comprometieran el desarrollo de los objetivos de la Fundación tanto en el diseño de la propuesta, así como en la implementación?
- ¿En qué momentos requirió de apoyo político para avanzar en el desarrollo de Barrio Adentro II?

### **APOYO POLITICO EN TERMINOS ESPECÍFICOS**

#### **INSTANCIA LEGISLATIVA**

- Durante su gestión, ¿se requirió debate legislativo para aprobar alguna decisión relacionada con el desarrollo de las metas previstas con Barrio Adentro II? ¿Qué cosas se discutían en ese ámbito?
- ¿Cómo estaban compuestas esas fuerzas políticas?
- ¿Cómo se distribuían esas fuerzas políticas?
- ¿Cuáles fueron los proyectos de salud más importantes que fueron a debate político?
- De esos proyectos ¿cuáles fueron aprobados?
- ¿Cuál fue la posición de cada fuerza política en el proceso de discusión y aprobación de esos proyectos?
- ¿Qué acciones se desarrollaron para obtener apoyo político en el contexto legislativo?

#### **APOYO DE LA INSTANCIA DE LOS MOVIMIENTOS DE BASE, LA SOCIEDAD CIVIL Y LAS ASOCIACIONES PROFESIONALES**

- ¿Cuál era la participación de entes no vinculados a las instituciones del Estado en relación al apoyo de las propuestas de Barrio Adentro II?
- ¿Cómo se establecían las relaciones con los diversos actores involucrados?
- ¿Cómo se pensó la articulación de las relaciones con los otros actores?
- ¿Hubo resistencia de algunos sectores? ¿Cuáles? ¿Por qué? ¿Cómo se maneja la situación?
- ¿Hubo movilización política dirigida a los movimientos de base, la sociedad civil y las asociaciones profesionales?
- ¿Cuál era la opinión de los movimientos de base sobre la propuesta de organización del segundo nivel de atención (diagnóstico y rehabilitación) del Sistema Público Nacional de Salud a través de la implementación de Barrio Adentro II?
- ¿Qué acciones se desarrollaron para ganar el apoyo político de movimientos de base, la sociedad civil y las asociaciones profesionales?
- En su opinión, ¿cómo los servidores de salud se sentían en relación a su grado de participación en la gestión?

### **AUTONOMIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA**

- ¿Los recursos financieros disponibles eran suficientes para la realización de las acciones que fueron previstas en la propuesta de Barrio Adentro II?

### **CAPACIDAD DE GOBIERNO**

**PERFIL DE LA DIRECCIÓN****EXISTENCIA DE LIDERAZGO O CUADRO POLÍTICO DEL COMITÉ DIRECTIVO DE LA FUNDACIÓN MISIÓN BARRIO ADENTRO**

- ¿El equipo tenía experiencia política partidista?
- ¿Experiencia sindical o gremial?
- ¿El equipo dirigente era reconocido por los otros sectores oficiales (ej: otros prestadores públicos) como conductor del proceso de construcción del Sistema Público Nacional de Salud?
- ¿Se logró la adhesión de actores que influyeran en el desarrollo de la propuesta de Barrio Adentro II?

**HABILIDADES DEL EQUIPO DIRIGENTE DE LA FUNDACIÓN MBA**

- ¿Qué tipo de tácticas o estrategias se utilizaban para resolver los problemas administrativos cotidianos? ¿Eran eficaces?
- ¿Qué tipo de tácticas o estrategias se utilizaban para lidiar con los problemas del debate político (gubernamental y no gubernamental) que enfrentó la propuesta de Barrio Adentro II?
- ¿Cuál considera que fue la estrategia que mejor funcionó para ganar adhesión y colaboración de los involucrados con la propuesta?

**FORMACIÓN EN EL ÁREA DE SALUD**

- Descripción del perfil profesional (área de formación, posgrado), tiempo de servicio de los miembros entrevistados del equipo dirigente de la Fundación MBA
- Media de años trabajados del equipo en salud pública

**ACERVO DE MÉTODOS Y TÉCNICAS DEL EQUIPO DIRIGENTE**

- ¿El equipo dirigente utilizaba prácticas de planificación? ¿De qué forma se planificaban las acciones?
- ¿Utilizaba los instrumentos oficiales de planificación?

**SUJETOS DE LAS PRÁCTICAS DE PLANIFICACIÓN**

- ¿Quién planificaba las decisiones de la Fundación?
- ¿Usted realizó actividades de planificación para diseñar y operacionalizar la propuesta de Barrio Adentro II?
- ¿Otras personas realizaban actividades de planificación para diseñar y operacionalizar la propuesta de Barrio Adentro II? ¿Quién lo hizo?
- ¿Consideró importante realizar actividades de planificación asociadas a Barrio Adentro II?
- Describa un día típico de lo que era su trabajo ¿Cuáles eran las principales actividades que realizaba?
- Describa un día típico de lo que era su trabajo ¿Cuáles eran las principales actividades que realizaba?

**PRÁCTICAS DE PLANIFICACIÓN****TÉCNICAS ESTRUCTURADAS**

- ¿Cómo se planificó la estrategia de Barrio Adentro II?
- ¿Para cuánto tiempo se planificó?
- ¿Cuáles fueron los criterios técnico-político que se utilizaron para el diseño de la propuesta de Barrio Adentro II?
- ¿Qué tipo de saberes técnicos fueron empleados?

- ¿Qué tipo de indicadores se usaron en el momento del diseño y la implementación?
- ¿Se utilizó el análisis de situación de salud?
- ¿Se tenía algún plan estructurado?
- ¿Qué tipo de informaciones realizaba para llevar a cabo la planificación?
- ¿Qué criterios fueron usados en la determinación de los plazos para la implementación?
- ¿Cómo fueron tomadas las decisiones sobre la implementación de la estrategia?
- ¿Qué informaciones auxiliaban la toma de decisiones en relación a la implementación de Barrio Adentro II?
- ¿Existían momentos de coordinación formal con los otros entes?
- ¿Cómo se coordinaba y organizaba el trabajo con los entes que participaban de la implementación directa?
- ¿Había formalidad en las reuniones?
- ¿Hubo momentos formalizados y periódicos para la elaboración de planos, programas, proyectos?
- ¿Cuáles eran los instrumentos de planificación y programación?
- ¿Se llevaba registro de los acuerdos? ¿Se tenían instrumentos para ello?
- ¿Hubo momentos formalizados y periódicos para el seguimiento y la evaluación de la evolución de Barrio Adentro II?
- ¿De qué maneras los otros entes que participaban en la construcción de la infraestructura incidían en la autonomía de la Fundación?
- ¿Cómo desarrollaba sus actividades? ¿Qué informaciones utilizaba para su trabajo?

#### **NO ESTRUCTURADAS**

- ¿Con quién conversaba o interactuaba en su trabajo?
- ¿Cuál era el trabajo que antecedía al suyo? ¿Cual le seguía después?
- ¿Como usted dirigía (emanaba) las decisiones para el equipo ejecutor de Barrio Adentro II lo ejecutara? ¿Cómo buscaba el apoyo de los aliados? ¿Cómo neutralizó los opositores?
- ¿Qué actividades desarrolló para operacionalizar Barrio Adentro II?
- ¿Cómo eran realizadas?
- ¿Que hizo para dar visibilidad a la proyecto de Barrio Adentro II?
- ¿Se consideró la viabilidad de la propuesta? ¿Cómo fue considerado el tiempo de ejecución?
- ¿Que hizo para construir viabilidad al proyecto de Barrio Adentro II?
- ¿Se consideró la viabilidad política y los conflictos que podían presentarse?
- Si ese cálculo se tuvo en cuenta ¿Qué tan acertado fue?
- ¿Se produjeron hechos que incrementaron el poder político y administrativo?

## GUION DE ENTREVISTAS

**(GESTIÓN 2005-2007)**

**DIRECTOR DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA DEL MINISTERIO DE SALUD (MIEMBRO DEL COMITÉ DIRECTIVO DE LA FUNDACIÓN MISIÓN BARRIO ADENTRO)**

### **PROYECTO DE GOBIERNO**

#### **COHERENCIA DE LOS DOCUMENTOS PROPOSITIVOS**

- ¿Cuáles fueron las directrices políticas que orientaron el proyecto de gobierno durante su gestión en su rol de Ministro, así como dirigente de la Fundación Misión Barrio Adentro?
- ¿Qué documentos que expresaban la propuesta del gobierno se usaron para la construcción técnico-política de la propuesta de Barrio Adentro II? ¿En que se inspiró (principios y valores técnico-político) la formulación de la propuesta?
- ¿Cuáles fueron los principios y los valores que inspiraron la propuesta de la Fundación Misión Barrio Adentro?
- ¿Cuáles fueron las prioridades de Fundación Misión Barrio Adentro?
- ¿Qué sistema de salud le hubiera gustado construir, considerando el contexto de la Fundación Misión Barrio Adentro?
- ¿En qué medida esas acciones/ proyectos se relacionan con el sistema de salud que se deseaba hacer con la Fundación Misión Barrio Adentro?
- ¿Cuáles fueron las facilidades y los obstáculos encontrados para realizar las acciones más importantes de la Fundación Misión Barrio Adentro?
- ¿Qué aportes considera usted que la propuesta de la Fundación (tanto en la oferta de servicios como en la participación en la administración pública) hizo sobre los principios que orientaron los documentos propositivos del gobierno?

#### **SUFICIENCIA DE LOS DOCUMENTOS PROPOSITIVOS**

- ¿Los recursos financieros, materiales y humanos eran suficientes para atender las metas previstas con Barrio Adentro II?

### **GOVERNABILIDAD**

#### **AUTONOMIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA**

- ¿De quién dependía la Fundación para el poder tener acceso a los recursos del Fondo?
- ¿Los recursos financieros disponibles eran suficientes para la realización de las acciones que fueron previstas en la propuesta de Barrio Adentro II?
- ¿Cuál era el grado de libertad financiera que tenía la Fundación?
- ¿Cómo funcionaba el Comité de Licitaciones?
- ¿Cómo era la adscripción administrativa del equipo a cargo la parte financiera?
- ¿De quién dependía el Presidente de la Comisión de Licitaciones? ¿Cómo estaba integrado?
- ¿De quién dependía el compromiso y la ejecución financiera?
- ¿Cómo se liberaban los fondos?

### **CAPACIDAD DE GOBIERNO**

#### **PERFIL DE LA DIRECCIÓN**

**EXISTENCIA DE LIDERAZGO O CUADRO POLÍTICO DEL COMITÉ DIRECTIVO DE LA FUNDACIÓN MISIÓN BARRIO ADENTRO**

- ¿El equipo tenía experiencia política partidista?
- ¿Experiencia sindical o gremial?

**HABILIDADES DEL EQUIPO DIRIGENTE DE LA FUNDACIÓN MBA**

- ¿Qué tipo de tácticas o estrategias se utilizaban para resolver los problemas administrativos cotidianos? ¿Eran eficaces?

- ¿Cuál considera que fue la estrategia que mejor funcionó para ganar adhesión y colaboración de los involucrados con la propuesta?

#### FORMACIÓN EN EL ÁREA DE SALUD

- Descripción del perfil profesional (área de formación, posgrado), tiempo de servicio de los miembros entrevistados del equipo dirigente de la Fundación MBA
- Media de años trabajados del equipo en salud pública

#### ACERVO DE MÉTODOS Y TÉCNICAS DEL EQUIPO DIRIGENTE

- ¿El equipo dirigente utilizaba prácticas de planificación? ¿De qué forma se planificaban las acciones?
- ¿Utilizaba los instrumentos oficiales de planificación?

#### ADECUACIÓN DEL CUADRO TÉCNICO A LAS NECESIDADES DEL SISTEMA PÚBLICO NACIONAL DE SALUD

##### CUADROS TÉCNICOS CALIFICADOS POR INSTITUCIONES DE SALUD PÚBLICA

- Idem a la formación en salud del equipo dirigente

#### NÚMERO ADECUADO DE PROFESIONALES POR ÁREA DE ACTUACIÓN

- ¿El equipo de trabajo era suficiente para desarrollar las actividades comprendidas en la propuesta de Barrio Adentro II)

#### CUADROS TÉCNICOS CALIFICADOS EN SU ÁREA DE ACTUACIÓN

- ¿Algún miembro del equipo tenía experticia organizacional formal?
- ¿Contaban con experiencia laboral en la administración pública?
- ¿El personal usaba los instrumentos de la planificación oficial en sus actividades?

#### ACERVO DE MÉTODOS Y TÉCNICAS DEL CUADRO TÉCNICO

- Idem al equipo dirigente

#### SUJETOS DE LAS PRÁCTICAS DE PLANIFICACIÓN

- ¿Quién planificaba las decisiones de la Fundación?
- ¿Usted realizó actividades de planificación para diseñar y operacionalizar la propuesta de Barrio Adentro II?
- ¿Otras personas realizaban actividades de planificación para diseñar y operacionalizar la propuesta de Barrio Adentro II? ¿Quién lo hizo?
- ¿Consideró importante realizar actividades de planificación asociadas a Barrio Adentro II?
- Describa un día típico de lo que era su trabajo ¿Cuáles eran las principales actividades que realizaba?
- Describa un día típico de lo que era su trabajo ¿Cuáles eran las principales actividades que realizaba?

#### PRÁCTICAS DE PLANIFICACIÓN

##### TÉCNICAS ESTRUCTURADAS

- ¿Usted realizó actividades de planificación para diseñar y operacionalizar la propuesta de Barrio Adentro II?
- ¿Consideró importante realizar actividades de planificación asociadas a Barrio Adentro II?
- ¿Qué tipo de saberes técnicos fueron empleados?
- ¿Qué tipo de indicadores se usaron en el momento del diseño y la implementación?
- ¿Se tenía algún plan estructurado?

- ¿Qué tipo de informaciones realizaba para llevar a cabo la planificación?
- ¿Qué informaciones auxiliaban la toma de decisiones en relación a la implementación de Barrio Adentro II?
- ¿Existían momentos de coordinación formal con los otros entes?
- ¿Cómo se coordinaba y organizaba el trabajo con los entes que participaban de la implementación directa?
- ¿Había formalidad en las reuniones?
- ¿Hubo momentos formalizados y periódicos para la elaboración de planos, programas, proyectos?
- ¿Cuáles eran los instrumentos de planificación y programación?
- ¿Se llevaba registro de los acuerdos? ¿Se tenían instrumentos para ello?
- ¿Hubo momentos formalizados y periódicos para el seguimiento y la evaluación de la evolución de Barrio Adentro II?

#### **NO ESTRUCTURADAS**

- ¿De qué maneras los otros entes que participaban en la construcción de la infraestructura incidían en la autonomía de la Fundación?
- ¿Cómo desarrollaba sus actividades? ¿Qué informaciones utilizaba para su trabajo?
- ¿Con quién conversaba o interactuaba en su trabajo?
- ¿Cuál era el trabajo que antecedía al suyo? ¿Cual le seguía después?
- ¿Como usted dirigía (emanaba) las decisiones para el equipo ejecutor de Barrio Adentro II lo ejecutara?
- ¿Qué actividades desarrolló para operacionalizar Barrio Adentro II?
- ¿Cómo eran realizadas?
- ¿Se produjeron hechos que incrementaron el poder político y administrativo?

## GUIÓN DE ENTREVISTAS

### COORDINADORA GENERAL DE BARRIO ADENTRO II

#### PROYECTO DE GOBIERNO

##### COHERENCIA DE LOS DOCUMENTOS PROPOSITIVOS

- En su opinión, ¿Cuáles fueron las directrices políticas que orientaron el proyecto de gobierno durante su gestión en su rol de coordinadora de la Fundación Misión Barrio Adentro?
- ¿Qué sistema de salud le hubiera gustado construir, considerando el contexto de la Fundación Misión Barrio Adentro?
- ¿Cuáles fueron las acciones/ proyectos más importantes que la Fundación desarrollo durante su gestión?
- ¿En qué medida esas acciones/ proyectos se relacionan con el sistema de salud que se deseaba hacer con la Fundación Misión Barrio Adentro?
- ¿Cuáles fueron las facilidades y los obstáculos encontrados para realizar las acciones más importantes de la Fundación Misión Barrio Adentro?
- ¿Qué aportes considera usted que la propuesta de la Fundación (tanto en la oferta de servicios como en la participación en la administración pública) hizo sobre los principios que orientaron los documentos propositivos del gobierno?

##### SUFICIENCIA DE LOS DOCUMENTOS PROPOSITIVOS

- ¿Los recursos financieros, materiales y humanos eran suficientes para atender las metas previstas con Barrio Adentro II?
- ¿Los objetivos que se planteó la Fundación eran suficientes para alcanzar el contenido propositivo de la conformación del segundo nivel de atención del Sistema Público Nacional de Salud?

#### GOBERNABILIDAD

##### APOYO DE LA INSTANCIA DE LOS MOVIMIENTOS DE BASE, LA SOCIEDAD CIVIL Y LAS ASOCIACIONES PROFESIONALES

- ¿Cuál era la participación de entes no vinculados a las instituciones del Estado en relación al apoyo de las propuestas de Barrio Adentro II?
- ¿Hubo movilización política dirigida a los movimientos de base, la sociedad civil y las asociaciones profesionales?
- ¿Cuál era la opinión de los movimientos de base sobre la propuesta de organización del segundo nivel de atención (diagnóstico y rehabilitación) del Sistema Público Nacional de Salud a través de la implementación de Barrio Adentro II?
- ¿Qué acciones se desarrollaron para ganar el apoyo político de movimientos de base, la sociedad civil y las asociaciones profesionales?
- En su opinión, ¿cómo los servidores de salud se sentían en relación a su grado de participación en la gestión?

##### AUTONOMIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

- ¿De quién dependía la Fundación para el poder tener acceso a los recursos del Fondo?
- ¿Los recursos financieros disponibles eran suficientes para la realización de las acciones que fueron previstas en la propuesta de Barrio Adentro II?
- ¿Cuál era el grado de libertad financiera que tenía la Fundación?
- ¿Cómo funcionaba el Comité de Licitaciones?
- ¿Cómo era la adscripción administrativa del equipo a cargo la parte financiera?
- ¿De quién dependía el Presidente de la Comisión de Licitaciones? ¿Cómo estaba

<p>integrado?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿De quién dependía el compromiso y la ejecución financiera?</li> <li>• ¿Cómo se liberaban los fondos?</li> </ul>
<p><b>CAPACIDAD DE GOBIERNO</b></p>
<p><b>PERFIL DEL EQUIPO TÉCNICO Y FORMACIÓN EN EL ÁREA DE SALUD</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Descripción del perfil profesional (área de formación, posgrado), tiempo de servicio de los miembros entrevistados del equipo dirigente de la Fundación MBA</li> <li>• Media de años trabajados del equipo en salud pública</li> <li>• ¿Usted tenía experiencia política partidista?</li> <li>• ¿Experiencia sindical o gremial?</li> </ul>
<p><b>HABILIDADES DEL EQUIPO TECNICO DE LA FUNDACIÓN MBA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Qué tipo de tácticas o estrategias se utilizaban para resolver los problemas administrativos cotidianos? ¿Eran eficaces?</li> <li>• ¿Cuál considera que fue la estrategia que mejor funcionó para ganar adhesión y colaboración de los involucrados con la propuesta?</li> </ul>
<p><b>ACERVO DE MÉTODOS Y TÉCNICAS DEL EQUIPO DIRIGENTE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿El equipo dirigente utilizaba prácticas de planificación? ¿De qué forma se planificaban las acciones?</li> <li>• ¿Utilizaba los instrumentos oficiales de planificación?</li> </ul>
<p><b>NÚMERO ADECUADO DE PROFESIONALES POR ÁREA DE ACTUACIÓN</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿El equipo de trabajo era suficiente para desarrollar las actividades comprendidas en la propuesta de Barrio Adentro II)</li> </ul>
<p><b>CUADROS TÉCNICOS CALIFICADOS EN SU ÁREA DE ACTUACIÓN</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Algún miembro del equipo tenía experticia organizacional formal?</li> <li>• ¿Contaban con experiencia laboral en la administración pública?</li> <li>• ¿El personal usaba los instrumentos de la planificación oficial en sus actividades?</li> </ul>
<p><b>SUJETOS DE LAS PRÁCTICAS DE PLANIFICACIÓN</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Quién planificaba las decisiones de la Fundación?</li> <li>• ¿Usted realizó actividades de planificación para diseñar y operacionalizar la propuesta de Barrio Adentro II?</li> <li>• ¿Otras personas realizaban actividades de planificación para diseñar y operacionalizar la propuesta de Barrio Adentro II? ¿Quién lo hizo?</li> <li>• ¿Consideró importante realizar actividades de planificación asociadas a Barrio Adentro II?</li> <li>• Describa un día típico de lo que era su trabajo ¿Cuáles eran las principales actividades que realizaba?</li> <li>• Describa un día típico de lo que era su trabajo ¿Cuáles eran las principales actividades que realizaba?</li> </ul>
<p><b>PRÁCTICAS DE PLANIFICACIÓN</b></p>

### **TÉCNICAS ESTRUCTURADAS**

- ¿Cómo se planificó la estrategia de Barrio Adentro II?
- ¿Para cuánto tiempo se planificó?
- ¿Cuáles fueron los criterios técnico-político que se utilizaron para el diseño de la propuesta de Barrio Adentro II?
- ¿Qué tipo de saberes técnicos fueron empleados?
- ¿Qué tipo de indicadores se usaron en el momento del diseño y la implementación?
- ¿Se utilizó el análisis de situación de salud?
- ¿Se tenía algún plan estructurado?
- ¿Qué tipo de informaciones realizaba para llevar a cabo la planificación?
- ¿Qué criterios fueron usados en la determinación de los plazos para la implementación?
- ¿Cómo fueron tomadas las decisiones sobre la implementación de la estrategia?
- ¿Qué informaciones auxiliaban la toma de decisiones en relación a la implementación de Barrio Adentro II?
- ¿Existían momentos de coordinación formal con los otros entes?
- ¿Cómo se coordinaba y organizaba el trabajo con los entes que participaban de la implementación directa?
- ¿Había formalidad en las reuniones?
- ¿Hubo momentos formalizados y periódicos para la elaboración de planos, programas, proyectos?
- ¿Cuáles eran los instrumentos de planificación y programación?
- ¿Se llevaba registro de los acuerdos? ¿Se tenían instrumentos para ello?
- ¿Hubo momentos formalizados y periódicos para el seguimiento y la evaluación de la evolución de Barrio Adentro II?
- ¿De qué maneras los otros entes que participaban en la construcción de la infraestructura incidían en la autonomía de la Fundación?
- ¿Cómo desarrollaba sus actividades? ¿Qué informaciones utilizaba para su trabajo?

### **NO ESTRUCTURADAS**

- ¿Con quién conversaba o interactuaba en su trabajo?
- ¿Cuál era el trabajo que antecedía al suyo? ¿Cuál le seguía después?
- ¿Como usted dirigía (emanaba) las decisiones para el equipo ejecutor de Barrio Adentro II lo ejecutara? ¿Cómo buscaba el apoyo de los aliados? ¿Cómo neutralizó los opositores?
- ¿Qué actividades desarrolló para operacionalizar Barrio Adentro II?
- ¿Cómo eran realizadas?
- ¿Que hizo para dar visibilidad a la proyecto de Barrio Adentro II?
- ¿Se consideró la viabilidad de la propuesta? ¿Cómo fue considerado el tiempo de ejecución?
- ¿Que hizo para construir viabilidad al proyecto de Barrio Adentro II?
- ¿Se consideró la viabilidad política y los conflictos que podían presentarse?
- Si ese cálculo se tuvo en cuenta ¿Qué tan acertado fue?
- ¿Se produjeron hechos que incrementaron el poder político y administrativo?

## APENDICE C

### LISTADO DE DOCUMENTOS CONSULTADOS

- Plan de Desarrollo Estratégico y Social de la Nación (2001-2007)
- Anteproyecto de Ley Orgánica de Salud
- Convenio de Cooperación Cuba-Venezuela
- Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 345.090 de fecha 23 de marzo de 2006.
- Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 38.542 de fecha 13 de octubre de 2006.
- Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 38.423 de fecha 25 de abril de 2006.
- Reglamento Interno del Ministerio de Salud.

## APENDICE D

### RELACIÓN DE LOS ENTREVISTADOS

1. Ministro de Salud (2004-2006).
2. Ministro de Hábitat y Vivienda (2004-2006).
3. Viceministro de Redes de Servicios de Salud (2004-2006).
4. Presidente de la Fundación Misión Barrio Adentro (2005-2007).
5. Director General del Despacho del Ministro de Salud (2004-2006).
6. Director General de Gestión Administrativa del Ministerio de Salud (2004-2006).
7. Directora General de Salud Poblacional del Ministerio de Salud (2005).
8. Coordinadora de Barrio Adentro II (1) (2005-2006).
9. Coordinadora de Barrio Adentro II (2) (2006-2007).
10. Coordinadora Técnica de Barrio Adentro II (2005-2006).
11. Director de Panificación y Presupuesto de la Fundación Misión Barrio Adentro (2005-2007).
12. Coordinador de Barrio Adentro estado Nueva Esparta (2005-actual).



## **Universidade Federal de Bahia**

Instituto de Salud Colectiva

Programa de Pos-grado en Salud Colectiva – PPGSC

Calle Basílio da Gama, s/n Canela Salvador Bahía

CEP -40.110-040. TEL (71) 3283-7409/7410 FAX (71) 3283-7460

e-mail: isc@ufba.br

## **APENDICE E**

### **TERMINO DE CONSENTIMIENTO LIBRE E INFORMADO**

El presente proyecto de maestría en Salud Comunitaria, de la autoría de Rosicar del Valle Mata León, bajo la orientación de la Prof. Ana Luiza Queiroz Vilasboas, tiene por objeto analizar sobre planificación en Barrio Adentro II, correspondiente al segundo nivel de atención del Sistema Público Nacional de Salud Venezolano.

**Procedimientos:** La recolección de datos involucrará la realización de análisis documentos institucionales de la Misión Barrio Adentro II y entrevistas semi-estructuradas a los dirigentes y técnicos de la Misión Barrio Adentro, incluyéndose preguntas relacionadas a la gestión y organización de las acciones de salud en aquel contexto. La información prestadas serán utilizadas exclusivamente para la fines de la investigación. Las informaciones obtenidas serán analizadas y presentadas a la institución investigada bajo la forma de un informe de investigación. Para fines académicos, los resultados serán presentados también bajo la forma de artículos a ser sometidos a periódicos científicos.

La participación es voluntaria, pudiendo ser interrumpida por el entrevistado en cualquier momento. Cabe esclarecer que la participación no implica beneficio directo para el entrevistado. No hay pagos ni compensaciones financieras.

En cualquier etapa del estudio, el (la) Sr. (Sra.) tendrá acceso a la profesional responsable a la investigación, para el esclarecimiento de eventuales dudas, Rosicar del Valle Mata León, que puede ser encontrada en el ISC\_UFBA, Calle Basílio da Gama s/n, Campus Universitario de Canela, Salvador- Bahía, Brasil, CEP 401.110 - 040, tel 71 3283-7409/7410, fax 71 3283-7460, e-mail: roscar\_mata@yahoo.com.

**Universidade Federal de Bahia**

Instituto de Salud Colectiva

Programa de Pos-gradado en Salud Colectiva – PPGSC

Calle Basílio da Gama, s/n Canela Salvador Bahía

CEP -40.110-040. TEL (71) 3283-7409/7410 FAX (71) 3283-7460

e-mail: isc@ufba.br

**DECLARACIÓN**

Yo, XXXXX XXXXXX, creo haber sido suficientemente informado en relación a la investigación sobre planificación en Barrio Adentro II, correspondiente al segundo nivel de atención del Sistema Público Nacional de Salud Venezolano. Discutí con la investigadora responsable, Rosicar del Valle Mata León, sobre mi decisión en participar en la referida investigación.

Quedaron claros para mi cuales son los propósitos de la investigación, los procedimientos a ser realizados, las garantías de confidencialidad y los aclaraciones permanentes. Quedó claro también que la participación está exenta de pagos.

Acuerdo voluntariamente en consentir mi participación, sabiendo que podré retirar mi consentimiento en cualquier momento, antes o durante el mismo, sin penalidades o prejuicios.

Caracas, XX, XXXXX, XXXX

---

Declaro que obtuve de forma apropiada y voluntaria el consentimiento libre e aclarado de este informante para su participación en este estudio.

---

Rosicar del Valle Mata León  
Investigadora Responsable

## APENDICE F

### ARBOL N.VIVO 2.0

#### **(1) Proyecto de Gobierno**

- (1 1) Coherencia de los documentos
  - (1 1 1) Directrices políticas
  - (1 1 2) Existencia de documentos
  - (1 1 3) Principios y valores e ideal de sistema de salud
  - (1 1 4) Problemas prioritarios
  - (1 1 5) Prioridades
  - (1 1 6) Acciones y proyectos más importantes
  - (1 1 7) Relación acciones y proyectos/ideal de salud
- (1 2) Suficiencia de los documentos

#### **(2) Gobernabilidad**

- (2 1) Apoyo político
  - (2 1 1) Apoyo legislativo
    - (2 1 1 1) Debate legislativo
    - (2 1 1 2) Acciones de adhesión política
  - (2 1 2) Apoyo de los movimientos de base
  - (2 1 3) Apoyo de las asociaciones profesionales
- (2 2) Autonomía administrativa y financiera
  - (2 2 1) Ejecución directa de los procedimientos
    - (2 2 1 1) Realización directa de licitaciones
    - (2 2 1 2) Proceso constructivo
    - (2 2 1 3) Ejecución financiera

#### **(3) Capacidad de Gobierno**

- (3 1) Capacidad de gobierno/Perfil del equipo dirigente
  - (3 1 1) Existencia de liderazgo
    - (3 1 1 1) Experiencia político partidista
    - (3 1 1 2) Experiencia sindical y gremial
    - (3 1 1 3) Reconocimiento del equipo dirigente
  - (3 1 2) Habilidades del equipo dirigente
    - (3 1 2 1) Estrategia para resolver los problemas administrativos y cotidianos
    - (3 1 2 3) Estrategia para ganar adhesión
  - (3 1 3) Formación en el área de salud
    - (3 1 3 1) Descripción del área formación
    - (3 1 3 2) Media de años en la administración pública y en salud pública
  - (3 1 4) Acervo de técnicas y métodos
    - (3 1 4 1) Uso de prácticas de planificación e instrumentos oficiales
- (3 2) Adecuación del cuadro técnico
  - (3 2 1) Cuadros calificados en salud pública
  - (3 2 2) Número adecuado de profesionales

- (3 2 3) Profesional calificado en el área de actuación
- (3 2 4) Destrezas y habilidades del equipo

#### **(4) Prácticas de Planificación**

- (4 1) Sujetos de las Prácticas
  - (4 1 1) Equipo involucrado en la planificación
  - (4 1 2) Sujetos de las Prácticas /Otros actores sociales
- (4 2) Prácticas estructuradas
  - (4 2 1) Saberes técnicos
  - (4 2 2) Existencia de plan estructurado
  - (4 2 3) Tipo de informaciones
  - (4 2 4) Parámetros de programación
  - (4 2 5) Coordinación formal
  - (4 2 6) Formalidad de las reuniones
  - (4 2 7) Elaboración planes, programas, proyectos
  - (4 2 8) Programación e instrumentos de planificación y programación
  - (4 2 8) Registro e instrumentos de registro
  - (4 2 9) Seguimiento y evaluación periódicos
  - (4 2 10) Organización
- (4 3) Prácticas no estructuradas
  - (4 3 1) Interacción con actores
  - (4 3 2) Flujo de decisiones
  - (4 3 3) Actividades de operacionalización
  - (4 3 4) Visibilidad
  - (4 3 5) Cálculo estratégico