

Barrio Adentro, o cómo no se decide en política

Jesús Méndez Quijada*

Recibido: 28-04-2016

Aceptado: 11-06-2016

RESUMEN

En este trabajo abordamos un análisis del diseño de una política por el gobierno de Venezuela. Se trata de “Barrio Adentro”. Examinamos las motivaciones, diseño, exclusiones y justificaciones del plan. Partimos de considerar las políticas públicas como iniciativas dirigidas al interés común, guiadas por principios de coherencia que puedan garantizar su eficacia y eficiencia y, a la par, promover conductas cooperativas entre los ciudadanos. Del análisis realizado concluimos en que, lejos de responder a un diseño como política de salud, Barrio adentro fue una respuesta electoral. Respondió a una coyuntura en vez de a una planificación dirigida a objetivos. Se alineó más bien con la necesidad de los controladores del poder de mantenerse en sus posiciones de gobierno. Los resultados de un diseño público de este tipo son, al menos, dudosos. Utilizar como instrumento de un partido una acción que, por esencia, tiene impacto colectivo que no debería responder a intereses particulares, estimula acciones no cooperativas. La eficacia y la eficiencia, así, se ven comprometidas.

Palabras clave: Barrio Adentro, salud, política pública.

* Médico Cirujano. Abogado. Magister Scientiarum en Psiquiatría. Profesor en Centro de Estudios de Posgrado, Facultad de Ciencias Jurídicas y Políticas, Universidad Central de Venezuela. Candidato a Doctor en Ciencias Políticas de la Universidad Central de Venezuela. jmendezquijada@yahoo.com

“Barrio Adentro” or how not to decide in policy

ABSTRACT

This paper is to discuss a health project of venezuelan government, named Barrio Adentro, a controversial health plan started years ago. We analyse the design, motivation, exclusions and justification involved in such initiative. For our considerations we assume public affairs as directed to promote common well-being. So, we think such a policy should be inspired in coherence to ensure efficiency, and to promote cooperation. From our analysis, we concluded that “Barrio Adentro” was not a successful health plan but an electoral design directed to improve government acceptance, prior to an impeachment process against President Hugo Chavez, in 2004. It was not a plan directed to specific public objectives but a response to low government popularity. So, it was an instrument to stay in power, not a policy to satisfy people health requirements. Results of such a design are at least dubious. To use public resources according to particular party necessities promote non cooperative behavior from people not included in that party. Efficacy is not a goal you can get that way, we argue.

Keywords: Barrio Adentro, health, policy.

No hay dudas de que salud es un área en la cual los esfuerzos de planificación resultan claves, por el objeto esencial al cual se dirigen las políticas que incidirán directamente no sólo en la vida como fenómeno biológico, sino en la calidad de su disfrute. El esfuerzo coordinado en la gestión pública requiere de planes a ejecutarse de manera inmediata, mediata y tardía, según las estrategias específicas. Pero siempre dentro de un proceso que permita ensamblar las diferentes fases, con continuidad administrativa. Esto es, ejecución progresiva que incluya objetivos, metas y la vigilancia de su cumplimiento.

Planificar en materia de salud no es cosa sencilla si consideramos que los resultados no serán productos exclusivos de acciones en el área de lo

sanitario ni, mucho menos, de las iniciativas de los actores directos involucrados en la prestación del servicio. Por el contrario, tratándose de algo mucho más amplio que lo que pudiéramos derivar de la exclusiva consideración de su contraposición al concepto de enfermedad, son muchos y coordinados los esfuerzos necesarios para garantizar resultados.

Más allá de un lugar común, entonces, salud es uno de los campos en los que la planificación de las políticas más debe apartarse de consideraciones coyunturales y de intereses asociados a la acumulación de poder grupal, o a búsquedas electorales.

Hablando de justificaciones

El objetivo de tratar el tema Barrio Adentro¹ para analizar el proceso de su formación y ejecución como política de salud del gobierno venezolano, se asocia con la búsqueda de explicación para un fenómeno curioso, si consideramos que hablamos de un aspecto tan sensible. Una iniciativa que debería concitar el mayor consenso se ha convertido, por el contrario, en un campo de controversias tan pronunciadas que, de alguna manera, esta confrontación, de hecho, conspira contra su eficacia.

En el análisis trataremos de entender cuál es el origen de esta situación, extraña en la historia de la salud pública en el país. Utilizaremos fuentes de información directa de órganos del gobierno, así como estudios y opiniones de expertos.

Es conocido que las políticas, como iniciativas dirigidas a distribuir la función de bienestar colectivo, ponen al decisor ante la necesidad de

¹ Barrio Adentro es la denominación que el gobierno venezolano ha dado a un plan de salud que se concibe no sólo como instrumento de ejecución de políticas sanitario asistenciales sino como el eje articulador, en su momento, de un conjunto de “misiones”, término con el cual se abarcan políticas públicas diversas. Como veremos en el desarrollo del tema, surgió como un plan mucho más modesto a cargo de la Alcaldía de Caracas y luego se convirtió en “política bandera” del gobierno nacional, en circunstancias que discutiremos y que probablemente se asocian a la controversia surgida en torno a su ejecución.

privilegiar un interés frente a otro. Se trata de distribuir beneficios y cargas en la búsqueda del objetivo de bienestar social, más allá de los intereses individuales que puedan verse afectados. La pregunta que surge de inmediato es si con esta sola consideración se puede entender por cubierta la necesidad de justificar la decisión en un ambiente de ejercicio democrático. ¿El fin de bienestar colectivo perseguido encierra, en sí mismo, la exclusión de la búsqueda de justificación?

Relevar la decisión de toda necesidad de justificación, puede funcionar como parte de procedimientos dictatoriales que, por supuesto, quedan excluidos en democracia. Como lo apunta la profesora Julia Barragán, 1992, en un ambiente democrático las políticas públicas deben ser argumentadas de forma transparente y sólida por una parte y, por la otra, deben contar con una estructura de justificación que permita hacer traslúcidas las argumentaciones.

Uno de los aspectos a satisfacer entre tales “*instancias de justificación*”, que destaca Barragán, se refiere a los instrumentos utilizados para distribuir los beneficios y las cargas sociales, según reglas o criterios de asignación. Otro toca los fines que la política persigue. El tercero, clave en el análisis que emprenderemos, atañe a la capacidad de la política para promover cohesión social, espacios de convivencia, lo cual se asocia estrechamente con la capacidad para generar credibilidad tanto en la herramienta como en los mecanismos de decisión. Credibilidad que se refleja en la estabilidad y el equilibrio en las decisiones políticas y en los espacios sociales.

¿Cómo definir salud?

Definir la salud puede resultar a primera vista como una de esas cosas que, por obvias, parecen fáciles. Cualquiera pudiera decir que basta con pensar en quien está al lado y hacerse rápidamente el juicio sobre si es saludable. No podemos imaginar, por ejemplo, que la persona que camina con paso firme, con apariencia “*normal*”, bien puede cargar consigo un padecimiento que no se exprese en limitaciones aparentes actuales. Aunque en el mediano o largo plazo podría poner en serio riesgo su vida o afectar la

calidad de esta, en caso de sobrevivir a una complicación. Es lo que sucede con alguien hipertenso o en un estadio de pre diabetes.

La imagen se complicará cuando consideremos que, más allá de la enfermedad física, para utilizar una expresión difundida ampliamente, otra persona de apariencia saludable a nuestro lado puede estar sufriendo una profunda pena, un dolor psicológico que le afecta, independientemente de la apariencia externa y a veces sin que en su propia conciencia lo perciba.

Es claro que la idea de salud no es única, históricamente hablando, como lo destacó Gustavo Alcántara, 2008:

...la salud depende en último término de la capacidad de controlar la interacción entre el medio físico, el espiritual, el biológico y el económico y el social que solo puede ser explicado teniendo en cuenta que se trata de una estructura de alto grado de complejidad como son los hechos humanos donde entra en acción una elevada cantidad de variables con fuerte interacción entre ellas.”

“La idea de salud responde además a una condición histórica, pues en cada momento, determinada sociedad puede tener una visión particular de la misma. De hecho, cada época corresponde a cierta estructura irreplicable de poder, técnicas, ideas, valores, costumbres, creencias y normas...” (P. 95)

Dentro de este contexto histórico, algunos relacionan las iniciativas en salud con requerimientos asociados a las necesidades de los sistemas productivos. Es la tesis que sostiene el profesor Fredy Carquez, 2008, en su libro *Paludismo, petróleo y desarrollo nacional*:

Se destaca en esta etapa del proceso industrial petrolero, la gran utilidad de las Políticas Públicas y Privadas Sanitario-asistenciales, cuyo objetivo principal era la superación de un conjunto de patologías infecto-contagiosas y parasitarias, de elevada influencia en la población trabajadora. Responsable de

una elevada morbimortalidad, con devastadores efectos sobre el rendimiento en el trabajo, patologías ampliamente identificadas como la Tuberculosis, la desnutrición, las Infecciones Bacterianas, las Parasitosis Intestinales, la Fiebre Amarilla y el Paludismo.”

“Se aprecia como en el liderazgo empresarial externo hubo desde el comienzo comprensión, para con las exigencias sanitarias, tanto prevención básica como curación de los estados agudos; aprendizaje obtenido en sus experiencias locales y de la ocupación y conquista de nuevos territorios, plagados de enfermedades tropicales. Encontrándose muy frescos por lo reciente, las vividas en Cuba por los ejércitos de los EE.UU. producto del ataque de la Fiebre Amarilla y el Paludismo. Y en Panamá un poco después, por los trabajadores del canal. (P. 29).

Entre los profesionales de la salud, médicos especialmente, el abordaje del concepto ha tenido relación con las posturas que se pueden identificar en la concepción del ser humano como sujeto central de la actividad profesional. Por largo tiempo las tendencias positivistas que dominaron en la formación científica hicieron de los aspectos orgánicos el centro de la atención en cuanto a la enfermedad y, por contraste, a la salud. Si la enfermedad es cuestión de la alteración anatómica o funcional de una estructura corporal, sólo se la entenderá como producto de un desequilibrio somático, es decir, un trastorno que nace exclusivamente en algún órgano entre los que constituyen el cuerpo humano. Y es que, como se afirmamos en otro trabajo, (Jesús Méndez, 1994):

Al pensamiento racional le resulta necesario definir, identificar un problema, desmenuzarlo en sus componentes más sencillos a fin de comprenderlos mejor y conocer la verdad que cada uno encierra.... Para el médico esta necesidad de definir se convierte en la necesidad de diagnosticar. Diagnosticar de acuerdo a una determinada concepción de lo que es la enfermedad, y de acuerdo a determinadas técnicas que nos permiten conocer, con certeza científica, las causas de las perturbaciones del equilibrio

que conocemos como enfermedad, como par contrapuesto a salud. (P. 17).

Progresivamente, no obstante, fue cada vez más evidente que el ser humano no se compone únicamente de estructuras orgánicas sino que, tanto en la salud como en la enfermedad, se incorporan elementos distintos, los psicológicos entre los más relevantes. A esta visión se añade la influencia de aspectos sociales, para conformar un escenario más complejo.

Por supuesto, no estamos en un coto de médicos o de trabajadores o planificadores de salud sino en uno mucho más amplio, complejo y diverso que requiere de la incorporación del esfuerzo dirigido a las colectividades, típicamente con el diseño de políticas. Es más, se puede afirmar categóricamente que los planes en materia de salud en un país no se quedan en las iniciativas asociadas a las estructuras sanitarias y asistenciales, sino que incluyen actividades más extensas, dirigidas a promover la equidad y el mejoramiento de las condiciones generales de vida de la población. Expresado en palabras de Hernán Redondo y Fernando Guzmán, 1999:

... Si el Estado desea un sistema verdaderamente interesado en la salud de todas las personas (principio de universalidad consagrado en la Constitución Nacional), no debe limitar sus programas a la prestación de servicios médicos. El concepto de salud debe ser visto desde la óptica de la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento oportuno, recuperación, rehabilitación y readaptación laboral, todo ello inmerso dentro del desarrollo social humano y sostenible. (P. 40).

Un concepto unificador

En medio de la variedad de definiciones que podían surgir, era importante alguna forma de unificar conceptos, de modo que pudiera lograrse un lenguaje común que facilitara la comprensión. Es lo que consideró la Organización Mundial de la Salud (OMS) cuando habló en términos amplios que incluyen no sólo lo físico sino lo psicológico y, lo que

podía resultar más novedoso, lo social. Al respecto, Alcántara, 2008, afirma:

Por otra parte, la definición más importante e influyente en la actualidad con respecto a lo que por salud se entiende, sin lugar a dudas que es la de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1948), plasmada en el preámbulo de su Constitución y que dice: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (p.1). A pesar de que fue oficializada hace unos 60 años, esta definición es relevante por su institucionalidad, pues es la que sirve de base para el cumplimiento de las competencias de la OMS, que es el máximo organismo gubernamental mundialmente reconocida en materia de salud y uno de los principales actores en dicha materia. (P. 96).

Para añadir otra complicación, se ha ido difundiendo la idea de que la definición de la OMS debe ser superada. Al efecto, María del Carmen Vergara, 2007, insiste en ver la salud “*como un recurso para la vida y no el objeto de la vida*”. (P. 43). Evolución que la propia OMS, 1986, destacó en Ottawa, al señalar a la salud como “un recurso para la vida cotidiana, no el objetivo de la vida en sí. Un concepto positivo que hace hincapié en los recursos personales, sociales y culturales además de en las capacidades físicas, no siendo la salud un estado abstracto, sino un medio para un fin que puede ser expresado de manera funcional como un recurso que permite a las personas llevar una vida individualmente, socialmente y económicamente productiva.”

Salud en el campo de lo político

Queda claro en la definición de la OMS que los esfuerzos de los Estados para garantizar salud no van a circunscribirse a lo relacionado con la ausencia de enfermedades. Esta consideración trae consigo problemas prácticos o, mejor, retos adicionales, no solo porque los aspectos sociales

entran a formar parte de los diseños de salud sino porque se incluyen elementos cuya definición cae en el campo de lo subjetivo.

¿Cómo establecer lo que significa “*un estado de completo bienestar físico, mental y social*”? El bienestar físico podría asimilarse al tradicional concepto de falta de enfermedad. Pero la concepción de “*bienestar*” es ya suficientemente compleja como para añadirle materias específicas en el orden mental y social.

Al mismo tiempo, la definición de la OMS refuerza el planteamiento que concibe las políticas de salud como algo mucho más integral que planes o diseños específicamente dirigidas a lo sanitario asistencial. De nuevo, se trata de asumir políticas integrales que promuevan bienestar colectivo. Así como es difícil definir “*bienestar*” en términos físicos y mentales, extender la noción a lo colectivo significa un esfuerzo mayor, en cuyo análisis no podemos profundizar en este trabajo. Que estamos en un campo que trasciende lo técnico -o lo meramente circunscrito a diseños médico sanitarios- es opinión que han señalado numerosos estudiosos de forma reiterada, y en este punto de vista pone énfasis Navarro:

En realidad, salud y enfermedad no son sólo categorías científicas, sino también políticas (es decir, de poder). Tanto el conocimiento científico de lo que es salud y enfermedad, como lo que constituye y se define como práctica médica y las que se reconocen como instituciones sanitarias están altamente influenciados por el contexto social y político que les rodea. (1989, p. 49)

Los avances en el control de enfermedades, entonces, en cuanto producto de políticas más allá del campo médico asistencial, se explicarían en muchos casos por esa atención del Estado que sobrepasa tanto el concepto individual de la salud como la reducción de las iniciativas para atenderla a planes en el área sanitaria. De nuevo Navarro destaca que los mayores cambios en mortalidad durante los siglos XIX y XX se han asociado con acciones fuera de la medicina clínica. El aumento de la producción agrícola

y las mejoras en la nutrición por ejemplo. O la disminución de la mortalidad por tuberculosis en Inglaterra antes de la aparición de antibióticos o la vacuna B.C.G., más relacionada con la mejoría en las condiciones generales de vida.

Así, afirma Navarro, los grandes cambios en la mortalidad en el mundo subdesarrollado actual van de la mano con el crecimiento en la producción y distribución de alimentos y la mejoría en la nutrición de la población.

Estamos, no hay dudas, en el territorio de las políticas. No de algunas diseñadas exclusivamente en el área de la salud -en cuanto práctica atendida por los trabajadores del sector- sino en otra mucho más amplia, la de promoción del bienestar general de la población. Sobre esto volveremos luego cuando consideremos el análisis de los resultados de Barrio Adentro basados en indicadores específicos, como mortalidad materna y perinatal.

La salud en función de indicadores

A pesar del esfuerzo unificador en el concepto que hizo la OMS y han asumido todos los Estados miembros de la organización, no escapa a la observación general que la subjetividad en la apreciación de los propios componentes de la definición sigue siendo una dificultad a la hora de medir resultados. Esto ha impuesto utilizar algún instrumento que, por homogéneo, permita apreciar el contexto de una forma más objetiva y comparable. Así surgieron los indicadores ampliamente utilizados por epidemiólogos², planificadores y organismos multilaterales como referencia concreta a la hora de formular planes y medir la eficacia de su ejecución.

Quizás los indicadores más conocidos son la morbilidad, es decir, el registro de las enfermedades, y la mortalidad, tanto general -la relación

² La epidemiología, más allá de la antigua definición reduccionista que la circunscribía al “tratado de las epidemias”, es una ciencia sinóptica -por cuanto se nutre de una amplia base de conocimientos- que estudia las condiciones de salud y enfermedad en una comunidad, analiza su distribución así como de los factores relacionados con sus causas y prevención.

entre el total de muertes en un año y la base poblacional- como la específica, que mide el número de muertes causadas por una determinada enfermedad por cada cien mil habitantes en un año, como lo precisan Evans y Albornoz, 2001. Aparte, hay otros como la mortalidad infantil, neonatal y materna -marcadores sensibles de la eficacia de los planes de salud- y la expectativa de vida al nacer, íntimamente asociada al progreso en la calidad de vida de la población.

En general, es cierto que estos indicadores tienden a modificarse progresivamente en respuesta a acciones múltiples, lo cual es congruente con la complejidad de la salud como fenómeno. Pero algunos, como la mortalidad materna, la neonatal y la infantil, responden más rápidamente a acciones específicos. Es importante tener en cuenta esto cuando discutamos sobre la relación entre la evolución de los indicadores y las inversiones en Barrio Adentro.

La “Declaración del milenio”, una guía para la acción

En septiembre de 2000, ciento ochenta y nueve jefes de Estados adoptaron la “*Declaración del Milenio de las Naciones Unidas*” para reducir la pobreza y el hambre y combatir la mala salud, la desigualdad de género, la falta de educación y de acceso al agua potable. Tres de los ocho objetivos y ocho de las dieciocho metas guardan relación con salud.

Entre las metas se incluyen: disminuir a la mitad, entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas que padecen hambre; disminuir la mortalidad en niños menores de cinco años; mejorar la salud materna; combatir el VIH/SIDA, la malaria y otras enfermedades como tuberculosis; disminuir a la mitad, para 2015, la proporción de personas sin acceso al agua potable y a servicios básicos de saneamiento. Como se ve, hay varios indicadores de salud entre los objetivos a lograr que solo pueden mejorarse a través de políticas diversas, múltiples, complejas. El cumplimiento de los Estados se evalúa periódicamente. La más reciente de estas evaluaciones se recoge en la nota descriptiva de la OMS, 2015, con el N° 290.

Una visión desde la perspectiva del derecho positivo: Avances y retrocesos

En el imaginario popular suele crecer la creencia de que siempre que exista un problema debe haber una solución con alguna ley. Podría ser útil, desde esta perspectiva, intentar analizar si la atención de las políticas públicas en salud puede relacionarse con la importancia que los textos constitucionales le den a la materia.

En términos de desarrollo constitucional del derecho a la salud se marca una referencia importantísima en 1947, no tanto en el sentido práctico -pues la Constitución dictada por la Asamblea Nacional Constituyente tuvo vigencia por corto período- sino por lo novedoso de su concepción y lo avanzado del tratamiento que se le da a los derechos. Especialmente en el área de los derechos individuales y sociales, por primera vez se incluyen en forma concreta el derecho a la salud y a la seguridad social. En cuanto al derecho a la salud el texto es, en nuestra opinión, más incluyente que la norma establecida en la Constitución de 1961:

Art. 51. El Estado velará por el mantenimiento de la salud pública. Todos los habitantes de la República tienen el derecho de protección de su salud. El Estado establecerá los servicios necesarios para la prevención y el tratamiento de las enfermedades.

Art. 52. Los habitantes de la República tienen el derecho de vivir protegidos contra los riesgos de carácter social que puedan afectarlos y contra la necesidad que de ellos se derive. El Estado establecerá, en forma progresiva, un sistema amplio y eficiente de Seguridad Social y fomentará la construcción de viviendas baratas destinadas a las clases económicas débiles.

Hay dos elementos regulados en el artículo 51. Por un lado, se compromete al Estado en la preservación de la salud pública, es decir, en todo cuanto atañe a las medidas necesarias para cuidar de la salud del colectivo. Por el otro, el compromiso va al área del derecho individual de

todos los habitantes a la protección de su salud, y la obligación del Estado de establecer los servicios necesarios para prevenir y curar las enfermedades. La norma se establece con carácter absolutamente extensivo, es decir, el Estado está obligado frente a todos, no importa su capacidad económica.

Al derogarse la Constitución de 1947, por efecto del golpe de Estado del 24 de noviembre de 1948, se volvió a las disposiciones de la Constitución de 1945, texto que se mantuvo hasta la promulgación de la Constitución, 1953, con la cual, no hay dudas, se produjo un retroceso importantísimo al punto de que el tratamiento dado al tema es incluso peor que el contenido en la Constitución de 1945. La Constitución de 1961 retoma el camino de desarrollar los derechos de los ciudadanos y establecer en favor de ellos las garantías de cumplimiento por parte del Estado. El Título III, “*De los Deberes, Derechos y Garantías*”, consagra el Capítulo IV a los “*Derechos Sociales*” y aquí se incluye lo relacionado con la salud y la seguridad social. El artículo 76 establece:

Art.76. Todos tienen derecho a la protección de la salud. Las autoridades velarán por el mantenimiento de la salud pública y proveerán los medios de prevención y asistencia a quienes carezcan de ellos. Todos están obligados a someterse a las medidas sanitarias que establezca la ley, dentro de los límites impuestos por el respeto a la persona humana.

Como sucedía en la Constitución de 1947, se pueden deslindar dos cargas para el Estado en este artículo. Primero, se obliga a velar por el mantenimiento de la salud pública, sin atenuantes. Luego, se obliga a proveer los medios de atención y asistencia pero en este caso se precisa “*a quienes carezcan de ellos*”. Es decir, no es tan amplia la disposición como lo fue la de 1945 que obligaba a establecer “*los servicios necesarios para la prevención y el tratamiento de las enfermedades*” sin limitar tal obligación en función de que se careciera de medios.

La Constitución de 1999 contiene avances importantes en la protección de derechos sociales y humanos. La salud se define en los términos siguientes: 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.

La disposición perfila la concepción de salud como un complejo que va más allá de la enfermedad y llega hasta “*elevar la calidad de vida*”. La carga en el Estado se establece frente a todos los ciudadanos, sin diferencias, y de inmediato se ordenan los principios rectores que deberán aplicarse:

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.

Destacamos la gratuidad, así como la gestión a través de un sistema público nacional y la participación de la comunidad organizada en la planificación, ejecución y control. Tales elementos estarán presentes en nuestro análisis posterior cuando tratemos de desentrañar cómo Barrio Adentro, teóricamente un plan inscrito dentro de estos principios, se convierte paradójicamente en un centro de controversia que alcanza por momentos la pugnacidad.

La gratuidad y sus matices

El concepto de “*principio rector*” es claro. Todo desarrollo a partir del establecimiento de un principio rector debe apegarse a éste, continuarlo, ampliarlo. Cuando se habla de gratuidad como principio rector, entonces, se establece ya una forma de financiar el sistema público de salud. Como quiera que en verdad nada es gratis, en cuanto a que la prestación de un servicio genera necesariamente costos, lo que ha dicho la Constitución es que se preste sin carga económica para quien lo usa. La única forma de satisfacer este requerimiento, a nuestro juicio, es que el financiamiento de salud se cubra exclusivamente por vía fiscal.

Por supuesto que no es la forma exclusiva de financiar salud. Los diferentes Estados deciden sus instrumentos de financiamiento. En este caso, al definir los principios rectores se escogió, entre varios sistemas posibles, el que pone la carga total en hombros del Estado, en el fisco.

A pesar de lo claro que pueda resultar esta idea, el siguiente artículo constitucional contradice el principio de gratuidad, mandatorio según el texto del artículo 84. Veamos:

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.

Si para garantizar la atención en salud debe cotizarse de manera obligatoria, el servicio deja de ser gratuito. Cuando se acuda al hospital no se cancelará directamente, pero esto no elimina el hecho de que se debió cotizar de manera forzosa. Es como si usted va a un taller a hacer reparar su carro por orden de una aseguradora. Usted no cancelará directamente al taller por la reparación, lo cual no significa que el servicio que recibió es gratuito. Previamente ha tenido que pagar las primas correspondientes por la póliza de seguro. La propia Constitución, así, derogaría el principio rector de la gratuidad si se impone que dentro de las cotizaciones para seguridad social se incluyen pagos para salud. Lo que debería aplicarse es que, como parte de la seguridad social, la salud sea una prestación no sometida a cotización, es decir, no contributiva, financiada con cargo al fisco, única forma de atender realmente al principio de gratuidad.

Barrio Adentro: ¿nace una política en salud?

La necesidad de impulsar la solución de problemas acumulados en el sector no admite controversia. No obstante, es útil discutir si basta con considerar a determinados fines “*como obvios e indiscutiblemente valiosos*” para dejar de lado con ello otras consideraciones que pueden lesionar la credibilidad de la herramienta utilizada, como cuestiona Barragán, 1992.

Detrás de una decisión pública revestida con un manto de incuestionable justificación por sus fines, podemos toparnos con la búsqueda de un resultado alternativo que, lejos de promover cooperación, se convierta en factor de confrontación. Es lo que sucede, a nuestro juicio, en el caso Barrio Adentro, diseñado de forma que deriva en exclusión de ciertos intereses para buscar hegemonía política y dar carácter permanente al control que un grupo ejerce sobre la conducción del poder.

El fin altruista que podría presumirse en el diseño inicial aparecerá como una búsqueda por maximizar la propia utilidad, con lo cual puede decirse que el fin buscado “*es egoísta, no altruista, en términos de utilidad*” para asumir la argumentación del profesor Nelson Lara, 2010. Es claro que este tipo de soluciones no promueve la cooperación entre actores claves, como se evidencia si evaluamos las confrontaciones con un amplísimo sector de los profesionales de la salud del país, especialmente los médicos.

Una política necesaria desde el comienzo

Antes de comenzar el actual gobierno se habían logrado grandes avances y, también, se habían acumulado deficiencias graves en salud. De ello estaban conscientes los profesionales ligados al sector y era generalizada la convicción de que se requerían soluciones urgentes.

Una posición pública expresada en forma conjunta por las directivas de la Federación Médica Venezolana, Federación de Colegios de Bioanalistas, Colegio de Odontólogos, Federación de Colegios de Enfermería y Federación Farmacéutica Venezolana, 1998, es clara al respecto:

Múltiples diagnósticos han señalado, entre otras causas del deterioro, la dispersión de recursos con ausencia de prioridades racionalmente establecidas; cobertura limitada en atención integral a la salud; deficiencia de una estructura de servicio jerarquizada que privilegie la atención ambulatoria la educación, promoción y atención primaria frente a la atención hospitalaria; persistencia de morbilidad y mortalidad provocadas por enfermedades prevenibles o de impacto reducido con estrategias preventivas; incoherencia normativa; irracional distribución del gasto entre personal y funcionamiento, dotación, equipamiento; utilización distorsionada de los servicios, con presión excesiva en los niveles hospitalarios más costosos; ausencia de una política de mantenimiento. El gasto público en salud ha sufrido drásticas reducciones: De 112 dólares por persona al año en

1.992, caímos a 33 dólares por persona al año en 1.996, unos 1.375 bolívares por habitante al mes.

En la práctica, los efectos de este proceso han dejado evidencias alarmantes. En población con 80% de pobreza, la desnutrición afecta al 20% de los menores de quince (15) años, la mortalidad en menores de 1 año es del 30 por 1.000 nacidos vivos registrados entre los sectores más pobres; han repuntado de manera preocupante la tuberculosis, la malaria, el dengue clásico y hemorrágico, entre otras evidencias del abandono de los planes de prevención, mientras para 1994 el 71% del presupuesto del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social se gastó en hospitales, sólo el 12,6% en atención ambulatoria y 60% de las camas se ocupaban por pacientes con enfermedades prevenibles.

El monto de 1.375 se expresa en bolívares antes de la modificación de su valor, es decir, en términos actuales equivaldría a 1,375 bolívares. Para diciembre de 1997 el valor de cambio bolívar/dólar era de 504,25 bolívares por 1 dólar lo cual significa que los 1.375 bolívares mensuales de entonces equivalían a 2,726 dólares mensuales por persona.

Resulta llamativo que los mismos gremios que dieron a conocer estas críticas, unos diez meses antes de las elecciones presidenciales de 1.998, ofrecieran luego un nivel de resistencia muy alto ante el diseño de Barrio Adentro. Un plan que debió ser concebido inicialmente, al menos en teoría, como una estrategia para atender una queja central. Es lo que reclamaban los gremios al exigir *“un servicio jerarquizado que privilegie la atención ambulatoria, la educación, promoción y atención primaria”*.

Como veremos, no hay nada novedoso, al menos desde el punto de planificación de políticas de salud. Tampoco lo había en el señalamiento que hacían los gremios sobre el énfasis en educación, prevención y atención primaria. La OMS, 1978, realizó la *“Conferencia internacional sobre atención primaria de salud”*, en Alma Ata –hoy Almaty-, Kazajistán, entonces parte de la URSS. Bajo el lema *“salud para todos en el año 2000”*

la OMS, 1978, delineó los criterios de la atención primaria y se establecieron los compromisos de los Estados en esta materia. A partir de entonces se desarrollaron diseños como “*municipalización*” de la salud, al cual se refería un informe de las autoridades sanitarias venezolanas para la OMS, 1998, al destacar planes dirigidos a que “*las acciones rectoras del Estado lleguen a la sociedad a través de un sistema organizado en alcaldías y municipios, concebidos como vínculos entre el Estado y la comunidad*”.

El propio objetivo de incorporar a las comunidades en el diseño y supervisión de los planes de salud no resulta novedoso, al menos en términos legales. La ley orgánica del sistema nacional de salud, promulgada en 1987, establecía mecanismos de participación ciudadana a través de las “*juntas socio sanitarias*” y “*juntas socio hospitalarias*”, instrumentos que permitirían a las comunidades organizadas influir en el control de la gestión. Es cierto que, por diferentes razones políticas y conflictos de intereses, la ley nunca fue ejecutada. Pero el concepto participativo estaba señalado allí.

Desde el propio nacimiento se marcó la controversia

La acción pública debería ofrecer una gran oportunidad para que, a pesar de suponer la necesidad de privilegiar un determinado interés sobre otro en la búsqueda de bienestar colectivo, se encuentren espacios de convivencia, de cohesión social, de modo que se promueva la cooperación. Este elemento no es un atributo más sino un componente fundamental de su estructura de justificación en tres instancias que incluye, además, los aspectos instrumentales y su finalidad, según postula Barragán, 1982.

En el caso de Barrio Adentro no hubo una elemental búsqueda de consensos para facilitar y, más aún, garantizar su éxito. En lo sucesivo argumentaremos que, además, tampoco podía haberlo si consideramos el contexto en que se decidió su instrumentación, independientemente de su necesidad.

Podemos tomar como fecha de nacimiento de la “*Misión Barrio Adentro*” el 14 de diciembre de 2003, como lo afirman Hoyer y Clarenbaux, 2009. Entonces, en el programa “*Aló Presidente*” número 174, el presidente de la república, Hugo Chávez, anunció la transformación del plan que con el mismo nombre desarrollaba la Alcaldía del Distrito Capital desde mediados de mayo de ese año.

A partir de aquí apreciaremos dos caminos de exclusiones que se expresan en la forma de decidir esta política. Uno aparece en la ejecución primigenia del alcalde Freddy Bernal y el otro se expresa en la decisión del presidente de la república. Es más, abordaremos una tercera y determinante actitud de exclusión en un acto previo y fundamental para dar soporte no solo a las políticas sino a la cohesión del propio Estado. Fue el momento de definirse las condiciones para elegir la Asamblea Nacional Constituyente, que dictó la Constitución de 1999.

Tomaremos la postura de Bernal como indicadora de la motivación que impulsó el plan municipal, tanto porque efectivamente comenzó a ejecutarse bajo su administración como porque fue él quien oficializó el primer acuerdo para traer médicos cubanos, amparado en el convenio Cuba-Venezuela firmado el año anterior entre los gobiernos de las dos naciones.

En esa oportunidad se intentó dar cierta legitimidad de consenso al suscribirse un acta con el Colegio de Médicos del Distrito Metropolitano de Caracas –presidido por un militante del partido de gobierno- que pretendía regularizar el ejercicio de los médicos. Tal pretensión estaba al margen de las disposiciones que en la ley de ejercicio de la medicina vigente para la fecha regulaban el ejercicio profesional por nacionales y por extranjeros, contenidas en sus artículos del 4 al 7.

Pero no es este solo hecho el que nos habla de la falta de consenso. Veamos como recogen Hoyer y Clarenbaux, 2009, el relato de Bernal sobre la motivación que dio origen a Barrio Adentro como iniciativa municipal:

Surgió de una angustia en el municipio luego del golpe de Estado. La gente había salido a defender la revolución, más por esperanza que por logros obtenidos. Se inició entonces un debate político en la alcaldía: cómo hacer para que la revolución tocara la puerta de la gente. Se me ocurrió que tener un sistema de salud en el que el médico fuera casa por casa, iba a tener un impacto social importante. (P. 12).

En otras palabras, se trataba de una necesidad “política” pero vista como dirigida a satisfacer a los “defensores de la revolución”. Partidista, entonces, en lugar de política. Una iniciativa que surge por esta motivación no puede aspirar a consensos. De hecho, un primer elemento es claro y simple, así como “la gente había salido a defender la revolución” otro sector muy importante se había movilizó masivamente para protestar contra el gobierno y exigir la renuncia del presidente de la república. Aunque tal movilización tuvo finalmente un desenlace equívoco, totalmente desligado de la participación de la población movilizada.

No se puede cuestionar si la necesidad del servicio realmente existía, y existe, tal como existía al momento en que el gobierno nacional inició sus funciones, en febrero de 1999.

Sin embargo, ¿por qué transcurrieron cinco años –lo que en términos de la Constitución de 1961 significaba que estaría por concluir el período constitucional- para que se iniciara un plan tan urgente y prioritario en salud, dirigido a la atención primaria? Esto se entiende con la frase de Bernal transcrita arriba. No se trataba de una planificación en políticas públicas sino de una acción proselitista dirigida a fortalecer la revolución y, por ello mismo, caracterizada, aún antes de su nacimiento, por el sesgo sectario y excluyente.

El impacto no se aprecia solamente entre los profesionales de la salud organizados en gremios, -especialmente la Federación Médica Venezolana que llegó a demandar ante la Corte Primera de lo Contencioso Administrativo la nulidad del convenio comentado-, sino entre los propios

“beneficiarios” del plan, tal como lo apreciamos en el siguiente pasaje de Hoyer y Clarenbaux, 2009:

La experiencia en Nueva Tacagua, no obstante, es anhelada por muchos médicos cubanos que no encontraron apoyo en la comunidad a la que fueron asignados. Al abordarlos, revelan que la apatía y la polarización del país han afectado su trabajo. Lamentan la diferencia entre “escuálidos” y “chavistas”, como se refieren a ambos bandos, y aseguran que las diferencias políticas no deberían ser factor de desunión cuando la salud de un barrio está en juego. (P. 32).

El problema es que está en juego algo más que la sola salud de un barrio. O, por lo menos, un sector percibe la iniciativa como algo más allá que lo exclusivamente circunscrito a salud. De modo que el “fin” se convierte en centro de controversia que impide el surgimiento de un compromiso conjunto de los miembros de la sociedad con los resultados de la política, elemento fundamental, como destacamos en comentario de la profesora Barragán.

Desde el inicio, la ejecución del plan dejaba claro que el soporte estaría en manos de los militantes del partido de gobierno quienes ofrecían casa, comida y cuidado físico a los médicos participantes. No era la organización de la estructura pública del Estado la que se ponía a funcionar. Esta circunstancia refuerza la observación sobre las dificultades para la aceptación y, sobre todo, la cooperación que siempre serán necesarias en la ejecución de las políticas.

Las organizaciones y sus respuestas

Debe destacarse adicionalmente que al menos una organización, la Federación Médica Venezolana, acudió a la institucionalidad del Estado para reclamar contra el ejercicio profesional en desobediencia de los requisitos que la ley de la materia, la ley de ejercicio de la medicina, establecía. En efecto, el 17 de julio de 2003, poco después de que la

Alcaldía de Caracas suscribiera el acuerdo con el Colegio de Médicos del Distrito Metropolitano de Caracas, los representantes de la Federación introdujeron ante la Corte Primera de lo Contencioso Administrativo un recurso de nulidad, con una solicitud de amparo cautelar que suspendiera su aplicación.

La Corte declaró con lugar la medida cautelar el 21 de agosto de 2003 y ordenó que cesaran las funciones de los médicos extranjeros que no cumplieran con los requisitos establecidos en la ley. Al mismo tiempo advirtió que si se persistía en la decisión de cubrir el servicio con médicos cubanos éstos debían cumplir lo establecido en los artículos 4, 5 y 7 de la ley de ejercicio de la medicina vigente para el momento.³

Ya previamente, el 21 de marzo de 2002, la misma organización gremial había intentado, esta vez ante la Sala Constitucional del Tribunal Supremo de Justicia, 2002, un recurso de amparo contra la ejecución del artículo cuarto del convenio suscrito entre las repúblicas de Cuba y Venezuela, que establecía la participación de profesionales y personal cubano en nuestro país. El recurso no fue admitido en aquel momento sino que se solicitó a la accionante completar elementos probatorios para examinar la admisibilidad.

Por su parte, la entonces titular del Ministerio de Salud y Desarrollo Social –era el nombre del actual Ministerio del Poder Popular para la Salud– introdujo una acción de protección constitucional de derechos e intereses difusos de la población del distrito capital, dirigido a dejar sin efecto la decisión de la Corte Primera de lo Contencioso Administrativo.

³ El artículo 4 de la ley de ejercicio de la medicina, vigente para el momento, establecía que para ejercer la profesión de médico se requería poseer título de doctor en ciencias médicas o de médico cirujano expedido por una universidad venezolana; registrar el título en las oficinas públicas correspondientes; estar inscrito en el colegio de médicos de la localidad donde se ejerce; estar inscrito en el instituto de previsión social del médico. El artículo 5 regulaba los requerimientos para el ejercicio por médicos extranjeros quienes debían cumplir lo establecido en los artículos 4 y 8 de la misma ley; este último referido a la obligación de trabajar durante un año, por lo menos, en el área rural. El artículo 7, finalmente, establecía la posibilidad de que el ejecutivo nacional –nótese que no se refiere a órganos regionales, municipales ni descentralizados– podía contratar médicos extranjeros pero no se les exoneraba, en ningún caso, del cumplimiento de los requisitos precisados antes.

Aunque la Sala Constitucional, 2003, lo declaró inadmisibile, el resultado final de este proceso evidencia con claridad la cuestión de la fortaleza institucional. La decisión de la Corte Primera fue desconocida de hecho por el gobierno. La ministra descalificó el fallo. El propio presidente de la república descalificó a los jueces.

Pero no sólo eso, la Corte Primera de lo Contencioso Administrativo fue eliminada en el mes de octubre, dos meses después de su sentencia. Sus magistrados fueron destituidos y el tribunal colegiado fue sustituido por dos cortes cuyos integrantes fueron designados de inmediato. En este desenlace parece haber sido determinante el tratamiento dado al recurso de la Federación Médica Venezolana y a otro referido a trabajadores despedidos de PDVSA, la empresa petrolera estatal venezolana.

Antes de la eliminación de la Corte Primera de lo Contencioso Administrativo y de la destitución de sus jueces, la Sala Constitucional del Tribunal Supremo de Justicia, por solicitud de organizaciones afectas al gobierno, decidió el 25 de septiembre de 2003 avocarse al conocimiento del expediente. Con ello cesó la competencia de la Corte Primera para decidir sobre el fondo del recurso de nulidad contra el convenio suscrito entre la Alcaldía del Distrito Capital y el Colegio de Médicos del Distrito Metropolitano de Caracas, cuyo trámite continuaba más allá de la decisión cautelar.

Las gestiones institucionales para reclamar por las condiciones en que se desarrollaba el plan comenzaron incluso bastante antes de que se formalizara la actuación de la Alcaldía del Distrito Capital. Se conoce que a raíz de la catástrofe natural que azotó fundamentalmente al estado Vargas, en 1999, vino un grupo de médicos cubanos a participar en labores de solidaridad. Los hubo también peruanos y mexicanos pero pronto quedó claro que la presencia de los cubanos tenía para el gobierno nacional una significación particular. Se perfilaba ya un deslinde respecto de las iniciativas que serían mejor aceptadas.

Esta participación de médicos de Cuba estuvo precedida por un acto de gobierno con un claro contenido de exclusión, aún dentro de la necesidad de cooperación, que contenía un sesgo ideológico. No hay otra forma de comprender por qué, en medio de la crisis generada por la tragedia, se rechazó la ayuda ofrecida por el gobierno de los Estados Unidos de Norteamérica, que consistía en suministros, instalaciones de emergencia y personal, incluidos profesionales de salud.

Aquella tendencia se acentuó luego de controlado el desastre, cuando los médicos y técnicos cubanos continuaron ejerciendo control de la prestación de servicios de salud en el estado Vargas. Este hecho llevó a los representantes de la Federación Médica Venezolana a dirigirse al Fiscal General de la República, Javier Elechiguerra, para denunciar las condiciones de ilegalidad en que se ejercía la medicina. La comunicación, de fecha 12 de mayo de 2000, relataba⁴:

No obstante, superada esa etapa crítica de catástrofe, la permanencia por cinco meses de la brigada cubana cumpliendo funciones habituales de la actividad médico asistencial ordinaria no se puede ver como una función asociada a la catástrofe, pues queda claro de la información suministrada por el Ministro de Salud, que el personal extranjero se dedica a labores más allá de la emergencia de diciembre como se evidencia de su justificación para mantenerle aquí “porque el sistema de salud de Vargas, al igual que el del resto del país, tenía graves deficiencias, como la desigual distribución de médicos y la privatización de los servicios” tras lo cual informa el Ministro que los extranjeros permanecerán “hasta que hayamos construido mejor el sistema de salud de Vargas. Eso significa, en realidad, hacer un sistema que no existía, con mayor número de ambulatorios y cuyo modelo de atención no sea el mismo”, Es decir, ni siquiera el Ministro puede afirmar que la permanencia se justifica hoy por la tragedia sino que se pretende

⁴ Comunicación N° 104 del Comité Ejecutivo de la Federación Médica Venezolana. Consultada en archivo del autor.

corregir deficiencias, como la desigual distribución de médicos, con personal extranjero que permanecerá en el país hasta que se haya reconstruido el sistema de salud de Vargas... Se trata entonces de objetivos que rebasan la ayuda internacional por situación catastrófica y se refieren por el contrario, claramente, al diseño y ejecución de un determinado plan de salud, o cuando menos, de atención médica.

El organismo gremial suministró datos de nombres y ubicación del personal cubano en funciones y solicitó, en aplicación de las normas legales nacionales para el ejercicio de la medicina en el país, que la Fiscalía actuara según el procedimiento en casos de ejercicio ilegal. La comunicación nunca fue contestada por el Fiscal General, Javier Elechiguerra ni, menos, se planteó algún contacto con la institución gremial para discutir planes de acción o promover consensos. De inmediato discutiremos que tal búsqueda de consenso no era posible, si consideramos en forma global el diseño en curso.

Consensos: entre lo necesario y lo posible

La búsqueda de consensos debería estar en la base del diseño y ejecución de toda política pues siempre, como anotamos antes, en la consecución del bienestar colectivo el decisor tendrá frente a sí la confrontación entre intereses antagónicos. De este modo, se imponen ciertas reglas de decisión que necesariamente resultarán en distribución de cargas y beneficios entre diferentes actores sociales.

Es claro además, como lo discutimos arriba siguiendo a la profesora Barragán, que en un ambiente de democracia no es suficiente la escogencia de reglas apropiadas de decisión, como tampoco son los fines en sí mismos suficientes para construir esa justificación. Estos dos elementos deben coexistir con la capacidad de la política en cuestión para estimular la cohesión social, es decir, en nuestro criterio, para promover la búsqueda de consensos que permitan escenarios de cooperación.

En este aspecto el papel de las instituciones es clave, resultando en instrumento que soporta la confianza. Así, los actores podrán ver en la actuación de tales instituciones una garantía confiable para incentivar la participación, la colaboración, de forma que los diferentes intereses sean balanceados para que se produzca el resultado más eficaz. No es el camino que se siguió.

El pecado original

Hemos afirmado previamente que la exclusión de ciertos sectores sociales en la formación de las políticas comenzó antes del debate sobre Barrio Adentro. En realidad nació con un diseño como objetivo demoler el anterior sistema político y construir otro basado en la hegemonía de un sector, frente al cual el resto de la sociedad debía arriar toda bandera e incorporarse de manera incondicional.

Esta es la orientación que surge desde la decisión inicial de convocar a una Asamblea Nacional Constituyente. Para ello se utilizó un procedimiento que no estaba contemplado en la Constitución de 1961, aunque recibió soporte jurisdiccional en la controvertida tesis de la “*supra constitucionalidad*”, esgrimida en su momento por la antigua Corte Suprema de Justicia al pronunciarse sobre la constitucionalidad de la convocatoria hecha por el presidente de la república.

La propia forma como se diseñó el proceso de elección de los miembros de la Asamblea Nacional Constituyente dejó claro tempranamente el fin hegemónico. El resultado final llevó a la Asamblea a apenas cinco representantes distintos a los promovidos desde la cabeza del ejecutivo. Se demostró la extraordinaria eficacia del sistema de selección para lograr la máxima exclusión de voces distintas a las del partido gobernante. Más bien, voces distintas a las del régimen político que se planificaba instaurar.

Ya constituida la Asamblea, resultó evidente que no había por parte del líder de la convocatoria, el presidente de la república, intención alguna de establecer consensos ni siquiera entre las opiniones de quienes resultaron

electos en sus listas. Esta afirmación encuentra un ejemplo claro en la discusión sobre el cambio del nombre de la república. Durante una ausencia del presidente, quien cumplía agenda internacional, se debatió el artículo en cuestión y la inmensa mayoría de los asambleístas, es decir, la inmensa mayoría de los electos en las listas del gobierno, lo rechazaron. A su regreso, el presidente convocó de inmediato a sus “constituyentistas” para reclamarles desviaciones en los debates, entre ellos el referido al cambio del nombre de “República de Venezuela” por el de “República Bolivariana de Venezuela”. De inmediato, prácticamente todos los que votaron en contra en la primera discusión “corrigieron” su posición, sin necesidad de argumentación adicional.

La búsqueda de consensos en la construcción de la norma fundamental, el pacto social que garantizaría un escenario de cooperación y la propia paz social, no aparecía, así, entre los objetivos perseguidos. Se trataba, por el contrario, de un modelo hegemónico en cuyo desarrollo resulta difícil convocar a sectores distintos, condición necesaria para garantizar la cooperación dentro de un marco institucional. El esquema que surja por esta vía promoverá lo contrario a una conducta de cooperación. Es un contraste entre la visión democrática, que promueve en la institucionalidad tales espacios de cooperación, y una visión autoritaria que la impone y que, por supuesto, dificultará la incorporación en acciones conjuntas. Dicho en términos del profesor Miguel Latouche, 2010:

Todo parece indicar que cuando el comportamiento cooperativo no es auspiciado desde las instancias normativas que regulan la vida de los sujetos dentro de la sociedad y el contenido de sus interacciones, la solución a los dilemas de la cooperación en contextos complejos, tiende a construirse sobre la base de dos posibilidades: una de ellas sobre la base de la adopción de parte de los involucrados de estrategias no cooperativas, las cuales inducirán a los actores a maximizar sus funciones de bienestar individual tanto en desmedro de su oponente como en contra de la idea del bienestar colectivo... La otra posibilidad...soluciones de carácter autoritario para la imposición del orden. En este

caso se establece un ordenamiento que obliga a los sujetos a coordinar su comportamiento en función de un criterio de solución establecido por la nomenclatura en el poder... (P. 60).

Podría argumentarse que el ejercicio autoritario queda excluido en cuanto que los electores, en definitiva, deciden. Pero construir la norma fundamental basándose en la hegemonía del sector que aparece mayoritario en un momento, sin considerar los intereses de los demás, es sin dudas crear una fuente de conflictos difíciles de solucionar en el contexto institucional. Esto resulta especialmente significativo si las instituciones son tenidas no como espacios que puedan garantizar el respeto a todos por igual sino como medios para consolidar la hegemonía diseñada.

He aquí el pecado original que se expresa en la dificultad del diseño político actual para generar consensos, aun en los aspectos en los que el mismo parece la única alternativa lógica. La pretensión hegemónica contrasta con la posibilidad de construir una sociedad democrática y, más allá de avances temporales, será siempre una fuente de tensión social potencialmente explosiva. Pretender imponer a los demás criterios que van en contra de convicciones que le son caras, centrales, asentadas en sus valores más sólidos, genera una gran dificultad para convocarlos a conductas cooperativas. Por el contrario, se promoverán las interacciones de maximización de la utilidad individual, en este caso concebida como la búsqueda de frenar el modelo hegemónico impuesto.

Después de todo, quien diseña el proyecto hegemónico no hace sino extremar la búsqueda de maximización de su utilidad individual. Lo individual, pensado no como unipersonal sino referido a un cuerpo, un conjunto que actúa de manera uniforme. Y en frente, muy probablemente, tendrá una respuesta igual de maximización de utilidad que tenderá a sabotear, en lugar de cooperar, dentro de un campo de intereses antagónicos. Lo dice con claridad Barragán, 2010, *"...en los procesos de toma de decisión interactiva no es posible olvidar que siempre nos encontramos en presencia de formas diversas de conflictos de intereses,*

que para ser resueltos cooperativamente exigen la eliminación racional del principio de maximización individual". (P. 80).

En un escenario hegemónico resulta vano apelar al código de "moralidad utilitarista de la acción" que, en términos de Harsanyi, 2010, "requeriría una completa sustitución de la maximización de nuestra utilidad individual, por la maximización de la utilidad social como criterio de elección para todas nuestras decisiones". (P. 120). Esa "moralidad utilitarista de la acción" nos impondría una supresión tan completa de nuestras inclinaciones naturales –referidas en este caso a la maximización de la utilidad individual, a nuestras "preferencias particularistas", intereses, compromisos personales hacia familia y amigos- que sólo podría lograrse "por esfuerzos extremos y a un costo psicológico extremadamente alto". Algo que "haría intolerablemente gravosos los efectos de implementación negativa". Es claro que la búsqueda racional de consensos difícilmente puede tener un campo propicio en estas circunstancias.

El nacimiento de Barrio Adentro como búsqueda particularista

Podría resultar incongruente pretender ver en Barrio Adentro un ejemplo de preferencias particularistas cuando se trata de una política dirigida, al menos teóricamente, a maximizar una función de bienestar social, específicamente en el área de la salud pública.⁵ La clave para avanzar en la discusión la encontramos en palabras del propio presidente de la república.

Es útil para el análisis que sigue recordar que la iniciativa Barrio Adentro se convierte en una política nacional, a cargo del poder ejecutivo, a finales del año 2003. Nótese adicionalmente que para entonces el gobierno culminaba su quinto año en funciones, es decir, casi el total de lo que correspondía a un período constitucional en términos de la Constitución de la República de Venezuela, de 1961.

⁵ Aquí utilizamos el término "particularista" en el sentido que le da Harsanyi, esto es, como preferencias personales que dan mayor peso a los intereses del individuo, frente a las preferencias morales, *universalistas*, que dan el mismo peso positivo a los intereses de todo el mundo. Partimos de considerar que la construcción de un modelo excluyente, como el que sostenemos se plantea en Venezuela con el diseño político constituyente de 1999 y su desarrollo posterior, resulta al final incompatible con esa posibilidad de "dar el mismo peso positivo a los intereses de todo el mundo".

De inmediato surge una pregunta sencilla en relación con el momento en que se inicia el plan. Recordemos a este efecto la posición reflejada por los gremios a comienzos de 1998, diez meses antes de las elecciones de ese año, que dejaba clara la situación de deficiencias acumuladas en la prestación de servicios destinados a preservar y restituir la salud. Las medidas exigidas eran, sin dudas, urgentes. Pero para el gobierno esa urgencia pudo diferirse por cinco años, si consideramos que la única iniciativa real adelantada hasta ese momento fue, precisamente, la “*Misión Barrio Adentro*”.

¿Por qué el retraso en diseñar y ejecutar una política en salud que lucía urgente desde el inicio del gobierno? ¿Por qué el momento de decidirla y ejecutarla fue, finalmente, las postrimerías del año 2003?

La mejor respuesta la encontramos en la exposición del presidente de la república, Hugo Chávez, en reunión realizada en el teatro de la Academia Militar el 12 de noviembre de 2004, poco después del referendo revocatorio, cuyo resultado lo relegitimó en el poder. De las conclusiones se informó ampliamente en cadena nacional de radio y televisión, lo cual nos autoriza a utilizar los datos como fuente de consulta y a considerarlas como escenario para la formación de políticas.⁶ Nosotros utilizaremos aquí, además, una versión impresa dirigida por Martha Harnecker, 2004.

Comencemos por destacar el enfoque que se expresa en relación con el ejercicio del poder o, digámoslo, el ejercicio autoritario del poder que, como reiteramos, excluye la búsqueda de consensos incluso entre los propios partidarios para concentrar toda posibilidad de decisión en una voz única, respecto de la cual cualquier disidencia será considerada traición. Al propio inicio de su exposición, el presidente Chávez advierte a los presentes -gobernadores, alcaldes, diputados, dirigentes de su partido, ministros, alto

⁶ De hecho, en la reunión se plantearon diez objetivos como metas a alcanzar, no para el funcionamiento del partido de gobierno sino como ejes para políticas públicas o, al menos, para políticas desplegadas desde el gobierno, algunas claramente dirigidas a buscar la hegemonía de la organización partidista que lo soporta.

mando militar- la máxima superior que guiará lo que denominó “*nueva etapa*”:

Y voy a hacer una exigencia. Aunque no puedo destituir a alcaldes ni a gobernadores, sí puedo hacer otras cosas ¿no? Quiero que sepan que en esta nueva etapa el que está conmigo, está conmigo, el que no está conmigo está contra mí. Así dijo Cristo un día y yo lo repito aquí. No acepto medias tintas...

Un quinquenio pues, había transcurrido desde que se inició el gobierno hasta que se dio inicio al plan Barrio Adentro. Repetimos, no es porque no existiera conciencia de que se imponía de manera urgente un diseño específico en el área de salud. No es que no se tuviera conciencia en círculos académicos y gremiales sobre el soporte fundamental que en tal iniciativa debía tener la atención primaria, definida ya desde Alma Ata como objetivo central para los estados miembros de la Organización de Naciones Unidas, 1978.

La atención primaria es elemento fundamental en cualquier política de salud. “*Barrio Adentro*”, diseño enfocado principalmente en la atención primaria, es una simple “marca política”. Más bien, una marca electoral pues la motivación que llevó a implementarla no fue la que existía desde antes del inicio del gobierno, dada las deficiencias acumuladas en el sector para ese momento. De haber sido así no habría transcurrido un quinquenio hasta que el presidente Chávez asumió Barrio Adentro como misión a cargo del ejecutivo nacional.

La motivación electoral no es acusación infundada que nazca de la controversia política sino información precisa ofrecida por el presidente en la reunión con sus equipos de gobierno y del partido, según la transcripción de Martha Harnecker, 2004:

Ustedes deben recordar que, producto del golpe y todo el desgaste aquél, la ingobernabilidad que llegó a un grado alto, la crisis económica, nuestros propios errores, hubo un momento en

el cual nosotros estuvimos parejitos, o cuidado si por debajo. Hay una encuestadora internacional recomendada por un amigo que vino a mitad del año 2003, pasó como 2 meses aquí y fueron a Palacio y me dieron la noticia bomba: “Presidente, si el referéndum fuera ahorita usted lo perdería.” Yo recuerdo que aquella noche para mí fue una bomba aquello, porque ustedes saben que mucha gente no le dice a uno las cosas, sino que se las matizan. Ese es un mal. “No, estamos bien, estamos sobrados”. Entonces fue cuando empezamos a trabajar con las misiones, diseñamos aquí la primera y empecé a pedirle apoyo a Fidel. Le dije: “mira, tengo esta idea, atacar por debajo con toda la fuerza”, y me dijo: “Si algo se yo es de eso, cuenta con todo mi apoyo”. Y empezaron a llegar los médicos por centenares, un puente aéreo, aviones van, aviones vienen y a buscar recursos, aquí la economía mejoró, organizar los barrios, las comunidades. Aquí en Caracas empezaron con Freddy, con José Vicente allá en Sucre, en Miranda con las guarniciones militares, en aquellos estados críticos. Y empezamos a inventar las misiones. Aristóbulo, ¿cómo se llama? Robinson. Y aquella avalancha de gente que se nos vino encima, y de Ribas y Vuelvan Cara, y empezamos a meternos todos, Pdvsa, Rafael Ramírez con Alí Rodríguez, todo el equipo de Pdvsa, el Frente Francisco de Miranda, formamos el comando político, lo ajustamos un poco más, y entonces empezamos, mire, a remontar en las encuestas, y las encuestas no fallan, las encuestas no fallan. No hay magia aquí, es política, no es magia, y vean cómo hemos llegado. (P. 41).

No hay secretos, entonces. Barrio Adentro, más allá de su motivación altruista, más allá de responder a la necesidad de un diseño de políticas de salud pública, fue un “*invento*” electoral. El fin “altruista” pasa a ser cálculo utilitarista, particularista. Lo que es más, esta línea de conducción en la toma de decisiones públicas no se agotaba en aquél episodio electoral, -ya superado con el resultado del referendo revocatorio del año 2004-, sino que se proyectaba hacia el futuro. Así se aprecia en el material de Martha

Harnecker citado antes, al referirse el presidente a la Misión Identidad: “...quería comentarles eso de llegar en las mejores condiciones a la batalla electoral del 2006. En la nueva estrategia electoral, la cedulação tiene mucha importancia. Hay que continuar con la Misión Identidad”. (P. 42).

No es de extrañar, entonces, que un sector importante de la población, aquellos a quienes el diseño político tiende a excluir de manera hegemónica, respondan con conductas no cooperativas. En el caso de Barrio Adentro esto se ha expresado en dificultades hasta ahora insalvables con sectores organizados de trabajadores, como el gremio médico, pero también en respuestas variables entre las propias comunidades cuyo apego al plan parece estar más determinado por la afinidad política con el presidente de la república que con su eficacia.

Pueden esgrimirse otras interpretaciones. En el libro “*Barrio Adentro: derecho a la salud e inclusión social en Venezuela*”, editado por la OPS/OMS, 2006, (con participación preponderante de representantes del Ministerio del Poder Popular para la Salud y de la misión médica cubana), se define a *Barrio Adentro* como “*parte sustancial del proyecto de inclusión social planteado en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela de 1999*”. (P. 1). Visto así, sería simplemente el desarrollo de una conquista social del pueblo elevada al rango constitucional.

Esta apreciación, por supuesto, no explica por qué transcurrieron casi cinco años desde la instalación del gobierno, a comienzos de 1999, hasta el inicio de la misión, a finales de 2003. A menos que se tenga todo este período como de planificación previa a la etapa de ejecución. Los hechos, sin embargo, parecen desmentir que tal “*vacatio*”, ejecutada de hecho, se debiera a un proceso de planificación. Sobre todo si leemos con cuidado las palabras del presidente de la república cuando explicó cómo, a raíz de encuestas previas al referendo revocatorio de 2004, se “*inventaron*” las misiones.

La visión hegemónica no se queda en lo interno, al menos según lo discutido por algunos investigadores. Así lo señala expresamente Jorge

Díaz Polanco, 2008, para quien “*Barrio Adentro no es solo un proyecto local, sino que está vinculado a un propósito hegemónico regional cuyas repercusiones en el ordenamiento global pueden ser importantes*”. (P. XIX).

Basado en su análisis del impacto de la redefinición de las relaciones entre Cuba y Venezuela, que han evolucionado históricamente entre tensiones políticas extremas, -asociadas al apoyo cubano a la insurgencia guerrillera contra los primeros gobiernos democráticos posteriores a 1958-, y momentos de cooperación, el autor sostiene:

...debe tenerse en cuenta que las actividades de las Misiones no necesariamente responden sólo a la eficacia técnica en el plano de lo social y lo económico, sino a la eficacia política, tanto interna, como externa. Internamente, han sido instrumentos de proselitismo político; externamente han servido como efecto-demostración, apuntando a neutralizar la hegemonía norteamericana en la región y a establecer patrones propios de desarrollo, así como a proponer la transformación del sistema político hacia el llamado socialismo del siglo XXI. Se pretende que esta transformación tenga carácter internacional, como queda explicado en los acuerdos y convenios anteriormente citados, y en concordancia con lo expresado acerca de la solidaridad latinoamericana y el carácter internacional de la revolución cubana. (P. 56).

La posición de Díaz Polanco abre también la discusión sobre otro aspecto relevante. Si resulta discutible la solidez de la justificación como política pública, -referida esa justificación a los criterios examinados por la profesora Barragán a los que hicimos referencia-, bien podría buscarse entonces “justificación” en términos de resultados. Como lo afirma Díaz Polanco, desde el punto de vista social *Barrio Adentro* es una estrategia inobjetable “*sin embargo, más allá de los logros sanitarios que se puedan obtener –lo que aún está por demostrarse- la esencia de BA se encuentra en*

su capacidad para captar adeptos al régimen y aumentar su legitimidad, dentro y fuera del país”. (P. 36).

Un primer aspecto a analizar en relación con este debate se refiere a una crítica antigua sobre la dispersión en la asignación de recursos para el sector salud. Lejos de la existencia de un organismo auténticamente rector de la planificación técnica y la formulación de estrategias dirigidas a obtener resultados en los diferentes programas, coexisten centenares de organismos prestadores de servicios en el sector público. *Barrio Adentro*, en lugar de apuntar a disminuir esta dispersión, en la práctica la acentúa.

Los recursos asignados para la misión, así como su estructura organizativa, gerencial y operacional se concentran en una organización ad-hoc sobre la cual tiene control casi total la llamada misión médica cubana, solo en términos formales coordinada por el Ministerio del Poder Popular para la Salud.

Los recursos, además, no forman parte del presupuesto ordinario de gastos aprobado por la Asamblea Nacional, sino que “*son producto de asignaciones especiales aprobadas por el Presidente de la República, con cargo a ingresos petroleros extraordinarios*”. (Jorge Díaz Polanco, 2008, p. 63). Tal afirmación no surge exclusivamente de la investigación adelantada por Díaz Polanco en el Centro de Estudios para el Desarrollo de la Universidad Central de Venezuela, CENDES. Igual se lee con claridad en la edición del discurso del presidente de la república en la reunión realizada el 12 de noviembre de 2004 en la Academia Militar cuando, refiriéndose al inicio, –al invento, podría decirse, según su propia expresión de entonces–, afirma “...*empezamos a meternos todos, Pdvsa, Rafael Ramírez con Alí Rodríguez, todo el equipo de Pdvsa...*” Así resulta difícil examinar la inversión total que ha recibido Barrio Adentro.

Pero no sólo es difícil evaluar el monto invertido. Cuando se trata de investigar sobre la modificación de indicadores relevantes de salud que pudieran hablarnos de la eficacia del plan, Díaz Polanco, 2008, encuentra:

En general, la información no se reporta ni sistematiza regularmente por los organismos rectores y/o coordinadores de gobierno nacionales, como ya ha sido señalado en varias oportunidades. Los datos de las personas atendidas no son tabulados ni procesados por los entes públicos, tampoco son revisados por éstos. Cada médico registra la información, elabora su propio informe y lo entrega mensualmente al coordinador cubano que le corresponde. Los órganos gubernamentales locales no manejan esos datos, solamente el Ministerio cuando la coordinación cubana suministra la información, lo cual o no es frecuente, o no se sabe cuándo ocurre, Las decisiones dentro del consultorio se toman de acuerdo con los lineamientos de la coordinación cubana. (P. 68).

Por su parte, el presidente de la república, –único vocero sobre la eficacia de Barrio Adentro-, cuando se refiere a los resultados no informa de modificaciones en indicadores de salud. Habla exclusivamente de los “*millones*” de consultas realizadas o del “*número de vidas salvadas*” sin que tengamos certeza de a qué se refiere este término, técnicamente hablando, especialmente cuando se pretenda evaluar la eficacia de un plan que tiene como eje central la promoción y educación para la salud, en una estrategia de atención primaria.

Aunque si bien en el origen se le limita al área de atención primaria, luego toda la atención en salud se cobija con la denominación *Barrio Adentro*, al incluir las fases llamadas II, III y IV que se extienden hasta la atención hospitalaria de alta complejidad. Por esta vía lo que se ha logrado es crear más caos pues una parte del sistema de salud se dirige estrictamente según los controles de la misión médica cubana y otra, muy importante, que abarca la red hospitalaria de tercer y cuarto nivel, funciona con diseño prácticamente igual a como lo ha hecho por cerca de 50 años.

Con las limitaciones que la situación impone, se han emprendido algunas búsquedas importantes. World Development Consultants, 2006, incluyó en un estudio la preferencia de la población por el uso de los servicios de

Barrio Adentro frente a la red convencional, –establecimientos de salud dependientes del ministerio de salud o de las gobernaciones, existentes antes del inicio de *Barrio Adentro*-, y la red privada. Su investigación incluyó 11.700 encuestas realizadas entre personas de 17 a 70 años en los 24 estados de la república. El trabajo de campo se realizó entre octubre y noviembre de 2005 y el 80,2% de los encuestados se ubicaban en los estratos D y E. Aunque su objeto de estudio se dirigía al abuso de alcohol y drogas ilícitas, se evaluó la utilización de servicios de salud entre quienes respondieron que habían sufrido alguna enfermedad en el último año.

Llama la atención que en este estudio se encontró que la red tradicional fue preferida frente a la red *Barrio Adentro*, lo cual sucedió, para sorpresa, incluso en el segmento E de la población. Esta afirmación es más llamativa si se tiene en cuenta que en *Barrio Adentro* el 86% de los consultantes recibieron las medicinas en el momento de la consulta, mientras en hospitales y ambulatorios apenas en el 57% de las consultas se las obtuvo. En el total de la muestra, el 9% acudió a *Barrio Adentro*, el 12% acudió a ambulatorios y el 18,8% a hospitales. Cuando se examinan los datos correspondientes al segmento E se vio que el 11,8% acudió a *Barrio Adentro*, el 11,8% fue a ambulatorios y el 20% a hospitales. Si se validan estos datos, al menos habría que someter a prueba la información que se suministra sobre los millones de procedimientos de salud realizados en la Misión Barrio Adentro.

Los indicadores, la clave

Una forma esencial de evaluar políticas de salud es considerar las modificaciones de indicadores claves. Se sabe que tales indicadores, –morbilidad, mortalidad general, específica e infantil y expectativa de vida al nacer-, se modifican a mediano y largo plazo. Hay, no obstante, algunos que pueden variar positivamente en el corto plazo. Es lo que pasa con la mortalidad materna y la neonatal, por ejemplo, asociadas en gran medida a la prevención y atención de complicaciones durante el embarazo, parto y posparto.

Una aproximación que intenta relacionar el efecto de *Barrio Adentro* con modificaciones en los indicadores se hizo en el trabajo de Jorge Díaz Polanco, en el CENDES, comentado varias veces. Aquí se encontró que entre 1998 y 2007, –período que incluye un lapso durante el cual se ha ejecutado Barrio Adentro-, la “tasa media de reducción anual de la mortalidad infantil” ha disminuido, lo cual significa que se ha estancado la velocidad con que venía cayendo la mortalidad infantil en años anteriores.

Como la interpretación del dato puede ser engañosa, pues podría deberse a que el descenso previo era pronunciado y la curva llega a un punto en que resulte difícil mantener el ritmo de descenso, se evaluó un indicador que el autor asume como más sensible para medir la calidad de la atención a la salud, la “*tasa media de mortalidad posneonatal*”. Lo que se encontró para el lapso 1999-2007 fue que la “*tasa media de reducción interanual de la mortalidad posneonatal*” no sólo fue menor sino que se volvió negativa, especialmente por un aumento moderado de la mortalidad entre 2000 y 2007.

En el caso de la mortalidad materna, el estudio estima que la situación es peor pues aumentó en el período 1999-2007, con la sola excepción del año 2003 cuando hubo una baja importante que, claro, no podría relacionarse con el lanzamiento de Barrio Adentro en ese año, pues esto ocurrió el 14 de diciembre. La atención a las embarazadas guarda estrecha relación con la disminución de la mortalidad materna. Entonces, este dato resulta contradictorio con lo informado en el libro “*Barrio Adentro: derecho a la salud y la inclusión social en Venezuela*” de la OPS/OMS, 2006, en donde se detalla que la cobertura prenatal pasó del 25% en 1997 a 57% en 2003, con un promedio de 10,5 consultas por mujer embarazada. No se entiende por qué un incremento tan importante en la cobertura de consultas prenatales y un promedio tan alto de consultas por mujer embarazada no se refleja en disminución de la tasa de mortalidad materna. Al respecto, Díaz Polanco, 2008, afirma:

En los países en los cuales se alcanza un promedio como el señalado arriba –muy pocos, por cierto- se ha logrado disminuir

significativamente la mortalidad materna. ¿Por qué no ha ocurrido así en Venezuela? Es obvio que alguien miente y que el discurso oficial al respecto carece de fundamentación empírica real. O los datos se falsean para adecuarlos a las exigencias del Gobierno, o los registros son deficientes o la intención de difundir resultados de esta magnitud tiene una intencionalidad distinta a la sanitaria. Pero lo más grave es que, si los datos fuesen ciertos, habría que concluir que la calidad de la atención prenatal es pésima. (P. 84).

Desgraciadamente, en los últimos años no se cuenta con datos epidemiológicos confiables. El gobierno ha dejado de publicarlos con el argumento de que podrían ser usados por la oposición en su contra, de modo que no conocemos con exactitud la tasa actual de mortalidad materna. José Félix Oletta, basándose en datos del Ministerio del Poder Popular para la Salud, informó a América Economía, 2017, una estimación de esta tasa en 130 muertes maternas por cada cien mil niños nacidos vivos registrados en el año 2015. Casi se duplica la tasa registrada para el 2013. La misma fuente calcula un salto de la mortalidad infantil 14,7 en 2013 a 18,6 en 2015. Ambas cifras están por encima de las *metas del milenio* en dos indicadores especialmente sensibles.

Por su parte, el Banco Mundial, 2017, ubica la tasa de mortalidad materna en 95 por cada cien mil niños nacidos vivos registrados. Esto coloca a Venezuela en el club exclusivo de 6 países, entre 228 examinados en este informe, en donde la mortalidad materna ha subido en el mundo, en el período 1990-2015. Pero no es que ha subido simplemente. En realidad, más que se ha duplicado, si consideramos las cifras de 1999.

En conclusión

En este trabajo discutimos cómo el proceso de decisión de una política pública básica, fuera de toda duda necesaria para el bienestar colectivo, como el diseño de planes de salud, se ha convertido en un foco de

controversia tal que impide la posibilidad de construir un espacio de cooperación sólida entre los actores sociales.

La búsqueda de unanimidad en torno a políticas públicas no es quizás un objetivo realista y, probablemente, hasta se convertiría en un obstáculo pues los diferentes intereses en juego casi con regularidad enfrentan la distribución de cargas y beneficios entre sectores, de modo que las resistencias pueden aflorar con facilidad. No obstante, una política pública que cumpla con los criterios de justificación en un ambiente democrático debería ser consistente con la promoción de ese ambiente de cooperación, necesario para garantizar su eficacia.

En la discusión propusimos una comprensión de las dificultades en el caso específico de Barrio Adentro que, claramente, ha generado controversias suficientes como para interferir la participación de al menos un sector clave, los médicos organizados. Incluso, planteamos que la interferencia va más allá de lo relacionado directamente con la prestación de servicios en salud. Abarca el campo más amplio de la respuesta de un sector importante de la sociedad ante lo que se percibe como un plan político hegemónico, que arranca desde el diseño del proceso constituyente de 1999.

Intentamos aportar elementos de análisis para concluir en que el proceso de decisiones en el caso Barrio Adentro no estuvo motivado por la pertinencia del plan sino por necesidades político-electorales del gobierno. Esto ha generado, además, una determinada estructura en su ejecución y controles que impide la incorporación profesional de sectores a los cuales el diseño político necesita excluir.

A la luz de los mejores criterios racionales sobre la estructuración de políticas públicas, sobre las formas de decidir en ambientes complejos con respeto por el carácter democrático del ejercicio del poder, concluimos en que, no sólo en el caso de Barrio Adentro sino en todo cuanto tiene que ver con la conducción del Estado, no es posible construir espacios de

cooperación partiendo de un diseño político que excluye, con la pretensión de establecer una hegemonía en la que no caben los que piensen diferente.

Más allá de los detalles técnicos, las políticas públicas orientadas a este objetivo, y por ello alejadas del ideal de justificación apropiado para ambientes democráticos, serán siempre una fuente de confrontación entre dos fuerzas que se disputarán por la maximización de utilidades individuales –las de quienes quieren imponer la hegemonía y las de quienes se le resisten– lo cual conspirará permanentemente contra la posibilidad de lograr la necesaria cooperación.

Referencias

- Alcántara G; (2008). La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinarietà. Sapiens. Revista Universitaria de Investigación, 9(1), 95-96.
- Barragán J; (1992). La estructura de justificación de las políticas públicas en un mundo democrático. En J. C. Rey, J. Barragán, & R. Hausmann, América Latina. Alternativas para la democracia (págs. 53-83). Caracas: Monte Ávila Latinoamericana.
- Barragán J; (2010). Las reglas de la cooperación. Modelos de decisión en el ámbito público. RELEA, Vol 16 N° 32 pp.25-93.
- Carquez F; (2008). Paludismo, petróleo y desarrollo nacional. Venezuela Siglo XX. Valencia: Universidad de Carabobo.
- Díaz Polanco J; (2008). Salud y hegemonía en Venezuela: Barrio Adentro, continente afuera. Caracas: CENDES UCV.
- Evans R, Albornoz, R; (2001). Principios de epidemiología moderna. Caracas: Universidad Central de Venezuela. Ediciones de la Biblioteca.

Gaceta Oficial de la República de Venezuela número 194 extraordinario del 30 de julio. (1947).

Gaceta oficial de la República de Venezuela número 372 extraordinario del 15 de abril. (1953).

Gaceta Oficial de la República de Venezuela número 5453 extraordinario del 24 de marzo. (2000).

Gaceta Oficial de la República de Venezuela número 662 extraordinario del 23 de enero. (1961).

Harnecker M; (2004). Edición del discurso del presidente de la república del 12 de noviembre de 2004. Caracas: Mimeo.

Harsanyi J; (2010). Modelos teóricos del juego y la decisión ética utilitaria. RELEA, Vol 16 N° 32 pp.95-146.

Hoyer M, Clarembaux P; (2009). Barrio Adentro. Historias de una misión. Caracas: Editorial CEC S.A.

Lara N; (2010). El altruismo como cálculo utilitarista. Los paradigmas bajo fuego. RELEA, Vol 16 BN° 32 pp. 225-248.

Latouche M; (2010). La evolución de la cooperación en ambientes complejos. Una discusión desde la perspectiva institucional. RELEA, Vol 16 N° 31 pp. 53-70.

Los gremios de la salud ante el deterioro del sector público. (9 de febrero de 1998). El Nacional, pág. D6.

Méndez J; (1994). La relación médico paciente ¿mito o realidad? Caracas: Federación Médica Venezolana.

Navarro V; (1998). Conceptos actuales de salud pública. En C. P. Martínez F, & V. Navarro, Salud pública (pág. 49). Ciudad de México: Mc Graw-Hill.

Redondo G; (1999). La reforma de la salud y la seguridad social en Colombia. El desastre de un modelo económico. Bogotá: Biblioteca Jurídica Diké.

Vergara M; (2007). Tres concepciones históricas del proceso salud-enfermedad. Hacia la promoción de la salud, 12, Vol. 12, P.43.

Fuentes electrónicas

América Economía; 2016. Disponible en <http://clustersalud.americaeconomia.com/venezuela-alarmando-aumento-la-tasa-mortalidad-materno-infantil/> (consultada el 20/1/2016).

Banco Mundial; 2016. Disponible en <http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.STA.MMRT> (consultada el 20/1/2016).

OMS; 1978. Disponible en <http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-atadeclaracion.htm> (consultada el 14/3/2016).

OMS (1986). Disponible en <http://www1.paho.org/spanish/HPP/OttawaCharterSp.pdf> Consultada el 18/1/2016.

OMS; 1998. Disponible en <http://www.paho.org/spanish/HIA1998/Venezuela.pdf>. Consultada el 14/3/2016.

OMS (2016). Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs290/es/>

OMS: “Progresos hacia el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) relacionados con salud. Consultada el 12/3/2016.

OPS/OMS; 2006. “Barrio Adentro: Derecho a la Salud e Inclusión Social en Venezuela. Caracas. OPS/OMS, 2006, p.1. Disponible en <http://www.bvs.org.ve/libros/BarrioAdentroDerechoalaSaludeInclusionSocial.pdf>. Consultada el 19/3/2016.

TSJ; (2002). Disponible en <http://www.tsj.gov.ve/decisiones/scon/Octubre/2414-111002-02-0667%20.htm> Consultada el 17/3/2016.

TSJ; (2003). Disponible en www.tsj.gov.ve/decisiones/scon/Noviembre/3039-041103-03-2303%20.htm. Consultada el 17/3/2016.

World Development Consultants-Unión Europea (WDC-UE); (2006). “Salud pública, hábitos de vida y consumo de drogas en la República Bolivariana de Venezuela. Informe final. Caracas, enero 2006. Disponible en www.docstock.com/docs/46579274. Consultada el 19/3/2016.