

Evaluación de la Misión Barrio Adentro Venezuela (2003-2009)

Assessing Venezuela's Misión Barrio Adentro (2003-2009)

Pasqualina Curcio Curcio*

Profesora Asociada a tiempo integral del Departamento de Ciencias Económicas y Administrativas y de los posgrados en Ciencia Política de la Universidad Simón Bolívar (USB). Economista (UCV, 1992). Magister en Políticas Públicas (IESA, 1995) y Doctora en Ciencias Políticas (USB, 2003). Cursó el Programa de Formación en Salud Internacional de la Organización Panamericana de la Salud - OPS (Washington, 2003). Ha sido Coordinadora Docente de los posgrados en Ciencia Política de la USB (2010-2012). Consultora de la OPS desde 2003, Directora Ejecutiva del Instituto de Altos Estudios en Salud Pública "Dr. Arnoldo Gabaldón" (2002). Directora General de Planificación y Presupuesto del Ministerio de Salud y Desarrollo Social (2001) y asesora del Ministerio de Salud y Desarrollo Social en el área de Políticas Financieras (1996-2000). Sus investigaciones están relacionadas con el área de la salud, las políticas sociales y la economía de la salud

Resumen

El objetivo del presente trabajo es evaluar la Misión Barrio Adentro (MBA), iniciada en la República Bolivariana de Venezuela en el año 2003. Metodología: realizamos la evaluación conceptual de la política y calculamos (mediante estimaciones curvilíneas ajustadas a funciones lineales) las tendencias de las series cronológicas de las tasas de mortalidad infantil, neonatal, posneonatal y de niños entre 1 y 4 años para los periodos 1999-2002 (antes de la MBA) y 2003-2009 (después de la MBA); luego, comparamos su comportamiento. También calculamos la asociación entre las tasas de mortalidad antes mencionadas y la variable dicotómica que indica la presencia de la MBA en la serie de datos.

Abstract

The purpose of this paper is to assess the Misión Barrio Adentro (MBA), which started in the Bolivarian Republic of Venezuela in 2003. Methodologically, I conducted a conceptual assessment of politics and calculated (through curvilinear estimations adjusted to linear functions) the trends in the chronological series of the neonatal, postneonatal, infant and child mortality rates in children between 1 and years of age between 1999-2002 (before MBA) and 2003-2009 (after 2009), and then, I compared their evolution. Also, I calculated the association between the above mentioned mortality rates and the dichotomic variable indicating MBA's in data. The results are as follows: 1) from

* **Correo electrónico:** pcurcio@usb.ve, pasqualinacurcio@gmail.com

Recibido: 08-11-2012

Aprobado: 08-01-2013

Resultados: 1) Desde el punto de vista conceptual, la MBA es externa e internamente coherente, en la medida en que se descarta un error tipo III, y busca resolver los problemas de salud, interviniendo sobre los determinantes sociales y prestando servicios de salud, con base en la estrategia de la atención primaria en salud, de manera coordinada con otros sectores y con la participación activa y organizada de las comunidades. 2) Las tasas de mortalidad disminuyen más rápidamente en el período 2003-2009, es decir, después de la implementación de la MBA. 3) Las muertes de niños menores de 4 años por infecciones intestinales y deficiencias de nutrición muestran una disminución significativa después de 2003. 4) La tasa por muertes debidas a afecciones originadas en el período perinatal de niños menores de 1 año, si bien mantiene una tendencia descendente después de 2003, no registra un cambio en su comportamiento con respecto al período 1999-2002. 5) Existe una asociación inversa significativa entre el comportamiento de las tasas de mortalidad y la presencia de la MBA.

Palabras clave

Misión Barrio Adentro; evaluación de políticas; políticas de salud; Venezuela

a conceptual view, the MBA is externally and internally coherent, as long as a type III error is ruled out, and seeks to resolve health issues having an effect on the social determinants and providing health services in a coordinated way jointly with other sectors and with the active and organized participation of the communities. 2) The mortality rates decreased more quickly between 2003-2009, that is, after the MBA's implementation. 3) There is a meaningful decrease in the mortality rate in children under 4 from intestinal infections and nutrition deficiencies after 2003. 4) Despite a decreasing trend after 2003, the mortality rate in children under 1 year of age from affections originated in the perinatal period did not change its behavior with respect to the term 1999-2002. 5) There is an inverse meaningful association between the behavior of the mortality rates and MBA's presence.

Key words

Misión Barrio Adentro; policy assessment; health policies; Venezuela

La Misión Barrio Adentro (en lo siguiente MBA) fue creada formalmente el 14 de diciembre de 2003, mediante un anuncio realizado por el presidente de la República Bolivariana de Venezuela, Hugo Chávez. Su verdadero inicio se remonta en enero de 2003 con la creación del Plan Barrio Adentro, el cual fue una iniciativa que surgió en el municipio Libertador de Caracas, para darle a las comunidades herramientas para su organización en diferentes áreas sectoriales (Alayón, 2005)¹.

Este plan respondía, por una parte, a la necesidad de “desarrollar la democratización ampliada de la comunidad como mecanismo de democracia directa”

¹ Esta información fue tomada de la entrevista realizada a Rubén Alayón Monserat, quien participó desde el inicio en la elaboración e implementación del Plan Barrio Adentro del municipio Libertador, Caracas, y lo coordinó desde abril 2003 hasta mayo 2004. Dicha entrevista está publicada en el trabajo de su autoría titulado “Barrio Adentro: combatir la exclusión profundizando la democracia”.

(Alayón, 2005:242), entendiendo que “la superación de la pobreza y la exclusión está determinada por la capacidad de presión y negociación que tengan estos sectores para acceder a la riqueza social” (Alayón, 2005:240) y, por la otra, el plan surgió para dar respuesta a las necesidades sociales que en ese momento presentaba la población venezolana a consecuencia del paro petrolero que se inició en diciembre del año 2002, el cual incluyó la paralización de la principal industria del país, Petróleos de Venezuela, y del transporte, y afectó también la distribución y venta de alimentos y medicamentos, así como la paralización del gremio médico. Dicho paro implicó el cierre de la mayoría de los ambulatorios y hospitales públicos de Venezuela y, específicamente, en los barrios de Caracas muchos dejaron de funcionar, situación que generó un deterioro de las condiciones sociales de los venezolanos para los años 2002 y 2003 (Alvarado et al., 2008).

Una de las primeras actividades que realizó el equipo de la Alcaldía Libertador, en el marco del Plan Barrio Adentro, fue el levantamiento de las necesidades de las comunidades en 250 barrios de Caracas, resultados que se discutían en asambleas barriales, visitas a casas y grupos comunitarios y que constituyeron el insumo principal para la formulación del denominado Plan Integral Barrio Adentro para las comunidades, el cual trascendía los problemas de salud. De acuerdo con lo expresado por Alayón (2005): “Hacíamos todo lo contrario a lo que hace el burócrata, quien llama a los líderes del barrio a su oficina y les explica el plan y ofrece muchas cosas. Todo el proceso fue constituyente” (p. 241).

Decidieron, desde la Alcaldía, iniciar el Plan Barrio Adentro por la atención de las necesidades de salud, para lo cual la Dirección de Salud realizó en enero de 2003 un llamado público para la contratación de médicos que estuviesen dispuestos a trabajar dentro de los barrios. Lamentablemente, “[l]os resultados no fueron los esperados. La Federación Médica presionó para que nadie se presentara. De los cincuenta médicos y médicas venezolanos que sí respondieron a la primera convocatoria, treinta se negaron a establecerse en los barrios, aludiendo cuestiones gremiales relacionadas con la peligrosidad del trabajo” (OPS, 2006:24). Tampoco se presentó ningún médico venezolano a dos nuevos llamados (Alayón, 2005).

Por tales motivos, y con base en la experiencia del apoyo humanitario brindado por Cuba a Venezuela durante la vaguada del estado Vargas en 1999, la Alcaldía Libertador, en febrero de 2003, solicitó a la Embajada de Cuba en Venezuela colaboración de la misión médica cubana para llevar a cabo la implementación del

Plan Integral. Esta solicitud se concretó en la firma del Acuerdo de Cooperación Técnica con Cuba (Muntaner et al., 2008; Alayón, 2005).

En abril de 2003 llegaron a Venezuela los primeros 53 médicos de la Brigada Cubana de Salud, con quienes se dio inicio al Plan Barrio Adentro en 13 barrios del municipio Libertador². Estos médicos fueron alojados en las viviendas de familias residiendo dentro de los barrios (de allí el nombre del Plan Barrio Adentro), quienes se ofrecieron de manera voluntaria para recibirlos, alojarlos y acondicionar los consultorios dentro de sus casas. En diciembre de 2003 el Plan Barrio Adentro se había extendido a los 23 estados del país con la presencia de 10.169 médicos cubanos. En este proceso, la organización y participación de las comunidades, a través de los Comités de Tierras y posteriormente los Comités de Salud, fue fundamental para garantizar el inicio del Plan (OPS, 2006).

El 26 de enero de 2004 se publicó el Decreto N° 2745 mediante el cual se creó formalmente

la Comisión Presidencial para la implementación y coordinación institucional del Programa Integral de Prestación de Atención Primaria en Salud, Estimulación e Implementación de Expresión de la Economía Social y Transformación de las Condiciones Sociales, Económicas y Ambientales de las Comunidades, denominado *Misión Barrio Adentro*, como nuevo modelo de gestión basado en principios de interdependencia, coordinación, corresponsabilidad, cooperación y de *participación activa y protagónica de las comunidades organizadas* (Gaceta Oficial N° 331.836; cursivas nuestras).

A nueve años de la creación de la MBA, nos preguntamos cuáles han sido sus resultados en cuanto a las condiciones de salud de la población venezolana. En tal sentido, nos planteamos como objetivo para el presente trabajo, evaluar, conceptual y empíricamente, la MBA implementada en Venezuela el año 2003. Para ello, en primer lugar, contrastamos los objetivos y actividades de la misión con los problemas públicos y necesidades de la población en materia de salud, con la finalidad de avanzar en la evaluación conceptual y analizando, de acuerdo con la teoría de políticas públicas, la coherencia externa e interna de la MBA (Curcio, 2007).

² Los primeros barrios atendidos fueron: Nazareno, La Silsa y la Carretera Vieja de la parroquia Sucre; El Morán en la parroquia el Paraíso; Vuelta al Fraile, Santa Rosalía, Primero de Mayo y Santa Eduvigis de la parroquia Antimano; Los Eucaliptos y El Guarataro de la parroquia San Juan; Barrio La Cruz y Barrio el 70 en la parroquia El Valle; y Valle Alegre en la parroquia la Vega (Alayón, 2005).

En segundo lugar, describimos las principales acciones llevadas a cabo en el marco de la misión. En tercer lugar, para evaluarla empíricamente, comparamos la tendencia de los principales indicadores de salud antes y después del año 2003, así como realizamos también un estudio de correlación para medir la asociación entre el comportamiento de los indicadores de salud ante la presencia de la MBA. Como parte de la evaluación empírica, también se revisaron los resultados de encuestas de percepción y satisfacción de los servicios de salud prestados por Barrio Adentro, así como el uso de la misión y su cobertura. Es importante precisar que este trabajo no tiene como objetivo realizar una evaluación de costo-eficiencia de la MBA.

Hemos seleccionado para el análisis de tendencias y de correlación las tasas de mortalidad infantil, neonatal, posneonatal y de 1 a 4 años de edad. La razón obedece a que se trata de indicadores más sensibles, los cuales nos permiten medir los resultados de las políticas de salud en el corto plazo³.

Para el cálculo de las tendencias, realizamos estimaciones curvilíneas que se ajustaron a funciones lineales⁴, cuyo cálculo de las pendientes nos permitió comparar las variaciones promedio de las tasas de mortalidad para cada período, a saber, 1999-2002 (antes de Barrio Adentro) y 2003-2009 (después de Barrio Adentro). Además, realizamos un análisis para comparar las variaciones puntuales y las tendencias de las principales causas de muertes. Por último calculamos la correlación entre las tasas de mortalidad y la presencia de la MBA, medida a través de una variable dicotómica.

Al respecto, la hipótesis que nos planteamos fue esperar un cambio en la tendencia de las tasas de mortalidad para el período 2003-2009, es decir, una disminución más pronunciada de las tasas de mortalidad al compararlas con el período 1999-2002.

³ Las tasas de mortalidad mencionadas registran las muertes de niños menores de 1 año y entre 1 año y 4 años. Particularmente en Venezuela, las principales causas de muertes en estos grupos etarios son susceptibles de cambios, con políticas cuyos efectos pueden manifestarse en el corto plazo, por ejemplo, infecciones intestinales, deficiencias de nutrición, influenza y neumonía, afecciones originadas en el período perinatal. En cambio, tasas como la de mortalidad general están compuestas por enfermedades cuyos resultados como consecuencia de políticas públicas de salud pueden verse en el mediano y largo plazo, por ejemplo, el cáncer, enfermedades cardiovasculares, homicidios y suicidios, accidentes de todo tipo.

⁴ Se realizaron los cálculos con estimaciones lineales, cuadráticas y cúbicas, siendo las primeras las que mejor ajustaban el comportamiento de las series.

EVALUACIÓN CONCEPTUAL DE LA MBA

En esta parte realizamos la evaluación conceptual de la MBA. Para ello nos basamos en la teoría del análisis de políticas públicas y en las metodologías para la evaluación de políticas (Weiss, 1998; Curcio, 2007), con el objeto de revisar tanto su coherencia externa como interna.

Coherencia externa

El análisis de la coherencia externa nos indicará si la MBA es la política correcta para el problema público correcto, lo que nos permitirá a su vez descartar un posible error tipo III de la política pública⁵ (Curcio, 2007). La teoría nos refiere que para garantizar que una política pública disminuya o elimine un problema público, esta debe contemplar acciones que permitan intervenir no solo sobre los síntomas del problema, sino también sobre sus causas y determinantes; intervenir solo sobre los síntomas del problema no lo resuelve. En la medida en que la política pública intervenga simultáneamente sobre los determinantes del problema y sobre los síntomas, se estaría descartando la presencia de un error tipo III, es decir, estaríamos ante la presencia de la política correcta para el problema correcto, y en esa medida la política contaría con una coherencia externa (Curcio, 2007; Aguilar, 1996).

En los problemas públicos de salud (sin pretender hacer una sobresimplificación de su complejidad), los síntomas del problema público vienen siendo las enfermedades, es decir, las influencias, neumonías, desnutrición, cáncer, enfermedades cardiovasculares, enteritis, VIH, etc. Los síntomas del problema público, léase las enfermedades, son el resultado y la manifestación de una conjunción de factores asociados y determinantes, tanto biológicos como sociales. Lo importante en políticas públicas es identificar esos factores asociados y determinantes, biológicos y sociales, que están explicando la incidencia y prevalencia de las enfermedades. Es la intervención sobre los determinantes lo que permitirá garantizar la solución o disminución del problema público de salud.

⁵ Los errores tipo III, también conocidos como errores de tercer tipo de la política, son aquellos que se comenten cuando se halla la solución correcta al problema equivocado (Aguilar, 1996), es decir, cuando se está ante la presencia de una buena política que podría resolver un problema público distinto al que queremos solucionar. Estas situaciones ocurren cuando no se ha definido y estructurado bien el problema público a resolver.

Dependiendo del problema de salud, los determinantes biológicos y sociales muestran distintas proporciones, por ejemplo, la incidencia de las infecciones intestinales está determinada más por condiciones sociales, ambientales, educacionales que por factores clínicos y biológicos; estas infecciones son enfermedades altamente prevenibles en la medida en que controlemos las condiciones sociales que las causan. En cambio, enfermedades como, por ejemplo, las anomalías congénitas están condicionadas más por factores biológicos y menos por los sociales.

Es importante hacer estas precisiones, ya que nos permiten, al momento de realizar la evaluación conceptual de la MBA, tener clara la diferencia entre lo que en problemas públicos de salud son, por una parte, los síntomas y, por la otra, los determinantes. Solo podremos estar resolviendo los problemas públicos de salud, si en el diseño e implementación de las políticas públicas de salud se logra distinguir entre los síntomas (enfermedades) y las causas (determinantes biológicos y sociales) y se interviene sobre ambos. Disminuir o resolver el problema público de salud implica no solo contar con los recursos para prestar servicios de atención de manera oportuna y con calidad a las personas enfermas (intervención de política sobre los síntomas del problema público), sino además y fundamental y necesario es disminuir o eliminar las causas, biológicas y sociales que están ocasionando dichas enfermedades (intervención de política sobre los determinantes del problema público) y en esa medida estaremos ante la presencia de la política pública correcta para el problema correcto.

Una correcta política pública en salud debe intervenir entonces y simultáneamente en dos ámbitos: 1) ofreciendo atención oportuna y de calidad a las personas que presentan alguna enfermedad; 2) interviniendo sobre las causas de su enfermedad (Curcio, 2007).

Antes de iniciar la evaluación conceptual, hay que precisar que la MBA es un programa que se enmarca en la política nacional de salud; específicamente es un programa de prestación de atención primaria en salud. Por lo tanto, la MBA no debe confundirse con el Sistema Público Nacional de Salud, con su estructura y organización. Es importante esta acotación, porque para efectos de la evaluación conceptual no hay que perder de vista cuál es la esencia de la política pública y sus objetivos.

La MBA se basa en la APS como estrategia, rescatando el espíritu de la Declaración de Alma-Ata de 1978, con la cual se reconoce la estrecha relación

entre la salud y el cambio social. La Declaración de Alma-Ata plantea, entre otros aspectos, que la APS

comprende, cuando menos, las siguientes actividades: la educación sobre los principales problemas de salud y sobre los métodos de prevención y de lucha correspondientes; la promoción del suministro de alimentos y de una nutrición apropiada, un abastecimiento adecuado de agua potable y saneamiento básico; la asistencia materno-infantil, con inclusión de la planificación de la familia; la inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; la prevención y lucha contra las enfermedades endémicas locales; el tratamiento apropiado de las enfermedades y traumatismos comunes; y el suministro de medicamentos esenciales (OMS, Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, 1978).

Por otra parte, la APS

entraña la participación, además del sector sanitario, de todos los sectores y campos de actividad conexos del desarrollo nacional y comunitario, en particular la agricultura, la zootecnia, la alimentación, la industria, la educación, la vivienda, las obras públicas, las comunicaciones y otros sectores y exige los esfuerzos coordinados de todos esos sectores.

Exige y fomenta en grado máximo la autorresponsabilidad y la participación de la comunidad y del individuo en la planificación, la organización, el funcionamiento y el control de la atención primaria de salud, sacando el mayor partido posible de los recursos locales y nacionales y de otros recursos disponibles, y con tal fin desarrolla mediante la educación apropiada la capacidad de las comunidades para participar (OMS, Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, 1978).

La implementación del Programa de Atención Primaria de Salud y la estimulación de la transformación de las condiciones sociales, económicas y ambientales de las comunidades bajo un nuevo modelo de gestión basado en la participación activa y protagónica de las comunidades organizadas (decreto de creación), concibe a la MBA, desde el inicio, no como un programa medicalizado ni asistencialista, sino como un programa basado en la APS, que reconoce la necesidad de cambios sociales estructurales, para resolver los problemas de salud de las comunidades y que adicionalmente requiere la participación organizada y activa de las comunidades. En otras palabras, la MBA desde el principio entiende que la verdadera solución de los problemas de salud se encuentra no solo en las acciones curativas y asistenciales, competencias del sector salud, sino que requiere simultáneamente

acciones que impliquen cambios sociales, siendo la garantía fundamental la participación comunitaria.

Alayón (2005) expresó que varias veces, en el proceso del diseño de Barrio Adentro, se insistió "... que había que tener cuidado con el discurso médico para abordar el problema de la salud solamente desde esa perspectiva, porque se podía medicalizar el Plan Barrio Adentro y ese Plan trascendía el problema de la salud" (p. 243).

La MBA, desde el punto de vista conceptual, orienta sus objetivos y acciones en dos ámbitos: por una parte, a prestar atención sanitaria a las personas que lo requieran (intervenir sobre los síntomas del problema público) y, por otra parte, a identificar y estimular las transformaciones de las condiciones sociales, económicas y ambientales de las comunidades (intervenir sobre los determinantes del problema público de salud). Bajo estas premisas, podemos decir que desde el punto de vista conceptual existe coherencia externa en la MBA, en la medida en que se trata de una política pública correcta que busca resolver el problema público correcto.

Coherencia interna

A continuación pasaremos a evaluar la coherencia interna de la MBA, revisaremos si las acciones que se han llevado a cabo son coherentes con sus objetivos. Comenzaremos describiendo las actividades realizadas tanto por el equipo de la Alcaldía Libertador desde la fase piloto de la implementación del Plan Barrio Adentro como por parte de la Brigada Médico-cubana.

Entre las primeras actividades realizadas en el marco de la MBA destaca el análisis de la situación de salud de las comunidades que habitaban los barrios de Caracas:

Por la mañana y hasta bien entrada la tarde, los médicos y médicas ofrecían consulta a todas las personas que se presentaban, que llegaban a ser al principio unas 80 diarias. Por la tarde recorrían los cerros para censar, por persona y por familia, la prevalencia de enfermedades, la situación de vacunación, el estado de nutrición, identificar los problemas sociales principales, tales como el analfabetismo o el hacinamiento, o la disposición de reservas de líquidos y sólidos, y de paso buscar nuevos espacios para acoger a los más de cien médicos y médicas que estaban por llegar. Los médicos y médicas comunicaban de forma semanal

y mensual la información recogida al equipo coordinador de Barrio Adentro, integrado también por médicos y médicas especialistas en epidemiología. Este sistema de información permitió conocer de forma exhaustiva la situación de salud de los barrios en los cerros, de cuyas condiciones había un gran desconocimiento epidemiológico (OPS, 2006:27).

El modo de gestión de la MBA no se limitó al médico instalado en el consultorio, esperando la llegada de las personas enfermas o que requerían alguna atención. El médico ocupaba la mitad del día en recorrer el barrio y realizar visitas domiciliarias para observar e identificar los problemas de salud de las comunidades, los factores de riesgo a los que estaban expuestas y, en general, las condiciones sociales de dichas comunidades.

Tal como se puede leer en el documento de la OPS (2006): "... se realizó el primer análisis de situación de salud de los barrios de los cerros de Caracas. Los dos problemas sociales principales que se identificaron fueron la malnutrición y el analfabetismo" (p. 28). Según una visión medicalizada de la salud, orientada a atender los síntomas del problema público, hubiésemos esperado que el primer diagnóstico de la situación de salud de los barrios de Caracas hubiese sido una larga lista de enfermedades. Sin embargo, fueron identificados como problemas de salud, la malnutrición y el analfabetismo, es decir, los determinantes sociales, y no los síntomas; estos son los principales factores que estaban influyendo sobre la salud de las comunidades, los cuales, entre otros, se estaban manifestando en una serie de enfermedades.

Esto nos induce a pensar que la primera acción llevada a cabo por la MBA, es decir, la fase de diagnóstico, ya incorporaba una comprensión amplia y no medicalizada de la salud. Con respecto a las acciones tomadas posteriormente, la OPS (2006) plantea:

En la medida en que el personal médico, vecinas y vecinos fueron realizando los censos familiares en las comunidades, se hicieron visibles un conjunto de carencias sociales y de necesidades de atención en salud, que produjeron nuevas decisiones, planes y acciones en materia de políticas sociales. En primer lugar se puso en evidencia la situación de grupos de personas de todas las edades que no sabían leer ni escribir y nació la Misión Robinson (de alfabetización). Así mismo se identificó el problema de la desnutrición en grupos muy postergados y nacieron las Casas de Alimentación, que se reforzaron con la Misión Mercal y los planes de acceso al consumo y a la seguridad alimentaria. Las Casas de Alimentación se crearon "para el suministro gratuito de una ración balanceada diaria de alimentos

(preparados por la comunidad) a la población ubicada en zonas económicamente deprimidas” (OPS, 2006:47-48).

Las casas de alimentación funcionaban en las viviendas de las comunidades dotadas para atender a 150 personas diariamente, dando prioridad a ancianos, mujeres embarazadas y niños en extrema pobreza y eran manejadas por la propia comunidad (Alvarado et al., 2008), mientras que la Misión Robinson, en un inicio, se comenzó a implementar en los propios consultorios populares de salud (OPS, 2006).

El diagnóstico elaborado por el equipo de la MBA se concretó en acciones dirigidas a la disminución de la desnutrición y el analfabetismo, tanto con acciones directas como a través de la promoción de acciones con otros sectores. Es así como, además de la Misión Robinson y las Casas de Alimentación, surgieron acciones intersectoriales de promoción de la salud, que implicaron la incorporación y participación activa de las comunidades.

Entre estas acciones se encuentran la formación de 156.938 promotores de salud entre los años 2003 y 2006 y de 105.210 niños promotores de salud durante el mismo período; la creación y funcionamiento de los clubes de grupos específicos (embarazadas, lactantes, adolescentes, abuelos, hipertensos, diabéticos, asmáticos, fumadores). Otras de las actividades de promoción de la salud en las comunidades fueron las charlas, audiencias sanitarias, jornadas de higienización y actividades deportivas, así como la transmisión de mensajes de salud a través de emisoras comunitarias (OPS, 2006).

Todas estas actividades se realizaron con la participación activa y organizada de las comunidades a través de los Comités de Salud conformados por sus miembros, quienes son elegidos en asambleas y cuyo objetivo era: “liderar la identificación de los principales problemas de salud de la comunidad, priorizarlos y definir las acciones principales que debe realizar la comunidad para resolverlos, así como la tramitación de gestiones en apoyo al trabajo del Consultorio Popular y el Centro de Diagnóstico Integral” (OPS, 2006:39). Para el año 2006 estaban registrados 8.951 Comités de Salud a nivel nacional (Alvarado et al., 2008). De acuerdo con la OPS (2006), la población organizada es una de las bases fundamentales de la MBA.

Paralelamente a las acciones antes mencionadas, la MBA realiza acciones de atención sanitaria mediante consultas por parte de los médicos, tanto en los

establecimientos como en los domicilios. Se hizo necesaria la expansión de los espacios de prestación de servicios de salud en las comunidades y se inició la construcción de los consultorios populares, en los cuales trabajan un médico especialista en medicina integral, un promotor de salud y contaban con el apoyo de los Comités de Salud. Estos consultorios se caracterizan por: 1) la territorialización, en la medida en que garantiza cobertura a 250 y hasta 350 familias, lo que a su vez busca disminuir la exclusión geográfica e incrementar la cobertura en el acceso; 2) integralidad, ya que funcionan según el modelo de atención integral, es decir, la atención es a lo largo del ciclo de vida, con actividades para la promoción de la salud y la calidad de vida, a través de la educación, prevención, curación y rehabilitación, actuando sobre las necesidades de salud y las enfermedades, así como también sobre los determinantes sociales de la salud; 3) participación, incorporando constantemente a las comunidades; 4) intersectorialidad, en la medida en que se articulan con el resto de las políticas sociales (Muntaner et al., 2008; OPS, 2006). Hasta diciembre de 2011 se habían construido a nivel nacional 6.712 consultorios populares (INE, 2012).

Entre los objetivos de los consultorios populares se encuentran: 1) promover y cuidar la salud integral de personas, familias y comunidades; 2) identificar y practicar el diagnóstico temprano y la consulta periódica de control de la embarazada; 3) practicar la vigilancia nutricional y contribuir al logro de una alimentación adecuada; 4) impulsar la construcción de comités de salud y redes sociales bajo control comunitario; 5) propiciar los espacios para la educación en salud y para el saneamiento ambiental básico; 6) administrar el programa de distribución gratuita de 106 medicamentos de uso más común⁶ (OPS, 2006).

A partir del año 2005 se fueron incorporando a la red de establecimientos de prestación de servicios de la MBA, los Centros de Diagnóstico Integral (CDI) y los Centros de Alta Tecnología (CAT) que surgen para dar apoyo a los consultorios populares a lo que a diagnóstico se refiere. Los CDI funcionan las 24 horas al día y ofrecen servicios de manera gratuita en pediatría, medicina interna, cirugía, ginecoobstetricia, odontología: 8 horas, servicio de emergencia: 24 horas, sala de parto: 24 horas, laboratorio: 24 horas, radiología: 24 horas, observación: promedio de estadía de 48 horas, quirófano: para cirugía ambulatoria y electrocardiografía,

⁶ Para obtener más información acerca del módulo de medicamentos de la MBA, se puede consultar OPS (2006).

ultrasonido y endoscopia. Su área de influencia es de 75.000 habitantes (OPS, 2006). Los CAT son establecimientos que ofrecen servicios de diagnóstico de alta complejidad y tecnología; su área de influencia es de un CAT por estado y hasta tres en los estados con mayor población. Hasta diciembre de 2011 se han construido 550 CDI y 33 CAT (INE, 2012). También se crearon las Salas de Rehabilitación (SRI), las cuales prestan servicios gratuitos a las personas referidas con diagnóstico de discapacidad. Se han inaugurado 570 SRI hasta diciembre 2011 (INE, 2012)⁷.

Otra de las acciones llevadas a cabo en el marco de la MBA ha sido la incorporación del Programa de Formación en Medicina Integral Comunitaria (MIC), del cual se han graduado, hasta febrero de 2012, 1.215 médicos de una matrícula de 22.604 que se encuentran estudiando. Este es un programa de formación que se imparte a nivel nacional y que se caracteriza por ser una carrera de seis años, cuyo eje integrador es la atención integral de la persona, la familia, la comunidad y el ambiente. También se inició el programa de formación de posgrado en Medicina General Integral, basado en la atención primaria en salud (Asamblea Nacional, 2012).

De lo expuesto anteriormente y con el propósito de analizar la coherencia interna de la MBA y comparar las acciones llevadas a cabo en el marco de la misión con los objetivos propuestos, podemos decir:

1. La MBA ha orientado acciones para intervenir sobre los determinantes sociales de la salud a través de la identificación de los problemas sociales que están afectando la salud de la población, mediante la incorporación de las comunidades y la creación de espacios de participación, como han sido los Comités de Salud, mediante la promoción de las casas de alimentación, de la Misión Robinson, de los clubes específicos, entre otros.
2. Simultáneamente, la MBA realiza acciones de atención en función de las necesidades de salud mediante la prevención, la curación y la rehabilitación en los distintos establecimientos creados en el marco de la misión. La oportunidad de la atención está asociada con la disminución de la exclusión geográfica a través de los consultorios populares dentro de los barrios que funcionan las 24 horas.

⁷ Todas estas fases de nuevos establecimientos de salud en el marco de la MBA son las que se han denominado Barrio Adentro I, II, III y IV.

3. A lo interno de la MBA las acciones se orientan a la transformación de las condiciones sociales estructurales que están incidiendo sobre la situación de salud de las comunidades y a la atención en salud y solución de lo que llamamos síntomas del problema público.
4. Podemos concluir que existe coherencia interna entre las acciones llevadas a cabo por la MBA y los objetivos planteados.

Es importante resaltar que aspectos como la construcción de los consultorios populares, de los centros de diagnóstico integral, de los centros de alta tecnología, la dotación y equipamiento de los establecimientos, así como la formación de médicos integrales comunitarios, si bien son aspectos importantes en lo que ha sido el proceso de implementación de la MBA, hay que entenderlos y analizarlos como medios para llevar a cabo las acciones antes mencionadas, que a su vez permitan alcanzar el objetivo planteado por la misión. Confundir estos aspectos con el fin de la MBA es incurrir en un error en su evaluación. Lo importante en este análisis es no perder de vista y distinguir entre el objetivo, las acciones necesarias para cumplirlo y los medios requeridos para adelantar dichas acciones. No es un logro de la MBA el número de consultorios populares construidos, en cambio, sí es un logro la transformación estructural de las condiciones sociales de las comunidades, la mejora de las condiciones de salud y calidad de vida de la población y la incorporación activa de las comunidades en el proceso de implementación de la misión, objetivos plasmados en el decreto de creación de la MBA.

Para concluir esta parte, podemos mencionar que, conceptualmente, la MBA ha sido un programa de salud que con sus acciones ha trascendido al sector en la búsqueda de solucionar los problemas, entendiendo que su solución va más allá de la atención de las enfermedades, incluso de la educación para la salud. Mejorar las condiciones de salud requiere una transformación estructural de las condiciones sociales de las poblaciones excluidas. En este sentido, tal como fue concebida originalmente, y como lo plantea OPS (2006), la MBA ha sido un eje articulador de la política social vinculando su ejecución con el proceso educativo de las misiones, con el derecho a la nutrición y la seguridad alimentaria, con los núcleos de desarrollo endógeno, con la organización de cooperativas o el acceso a sistemas crediticios, con la organización social en los comités de tierras urbanas, con los comités locales de salud, clubes de abuelos y abuelas, de madres, de jóvenes. La gestión en salud de la MBA ha sido catalizador de la construcción de una red social.

La MBA, como política pública de salud, cuenta con coherencia externa e interna en la medida en que interviene de manera simultánea sobre los determinantes sociales de la salud y ofrece atención sanitaria a las comunidades. En otras palabras, interviene sobre los síntomas del problema público y sobre sus determinantes.

EVALUACIÓN EMPÍRICA DE LA MBA

En esta parte analizaremos la cobertura de la MBA, mostraremos la satisfacción de los beneficiarios y realizaremos una comparación de los resultados de algunos indicadores de salud antes y después de la MBA; también analizaremos la asociación entre el comportamiento de los indicadores de salud y la presencia de la MBA.

Cobertura de la MBA

La MBA, después de la Misión Mercal, es la más recordada de manera espontánea por la población venezolana, de acuerdo con los resultados de la IV Encuesta Nacional de Presupuestos Familiares realizadas en Venezuela en el año 2009 (BCV, 2011). De acuerdo con la mencionada encuesta, ascendía a 13.526.236 el número de personas que en 2009 han utilizado las misiones de Salud en alguna oportunidad (la MBA, la Misión Dr. José Gregorio Hernández, la Misión Milagro y la Misión Sonrisa), cifra que ascendió a 15.005.577 de beneficiarios en el segundo trimestre del año 2011, es decir, 53,9% de la población, según los resultados de la Encuesta al sector institucional Hogares realizada por el BCV durante ese año (BCV, 2011).

Al revisar los beneficiarios de la MBA según edad, actividad que realizan, género y nivel socioeconómico, observamos los siguientes resultados obtenidos de la III Encuesta Nacional de Presupuestos familiares realizada en el año 2007 (BCV, 2007):

1. Beneficiarios de la MBA según grupos de edad: 25,1% de la población beneficiaria está comprendida entre 0 y 9 años de edad; entre 10 y 17 años (16,7%); entre 18 y 30 (15,4%); de 31 a 50 años (23,4%) de los beneficiarios y de más de 51 años (19,4%). Es decir, la población beneficiaria se concentra

entre los grupos de edades de 10 a 50 años, siendo la edad promedio de los beneficiarios 28 años de edad.

2. Beneficiarios de la MBA según la actividad de las personas: los beneficiarios ocupados son 31,2%; estudiantes 38,8%; quienes realizan oficios del hogar 17,4%; desocupados 4,4%; jubilados y pensionados 2,1%; rentistas 1,2%; incapacitados para trabajar 3,4%; otra situación 1% y voluntarios 0,5% de los beneficiarios. Se observa que el mayor porcentaje de beneficiarios de la MBA son los estudiantes, los ocupados y quienes realizan oficios del hogar; entre estas tres categorías suman 77,4%.
3. Beneficiarios según el género: 60,4% de los beneficiarios son mujeres y 39,6% son hombres.
4. Beneficiarios según grupo socioeconómico: 34% de los beneficiarios corresponde al cuartil I de ingresos; 28,5% al cuartil II; 24,1 al cuartil III y 13,4% al cuartil IV. Por lo tanto, podemos decir que el mayor porcentaje de beneficiarios corresponde a los estratos socioeconómicos de ingresos más bajos de la población. 62,5% de los beneficiarios son de los cuartiles I y II. También podemos observar que los estratos socioeconómicos más altos hacen uso de la MBA con 13,4% de beneficiarios.

Con respecto a las consultas realizadas en los consultorios populares, se registró un número acumulado de 533.722.423 consultas desde 2003 a enero de 2012, de las cuales 47% corresponde a consultas en el hogar (INE, 2012). Al calcular el número promedio de consultas anuales (para 9 años), considerando el número de beneficiarios (15.005.577 de habitantes, 53,9% de la población), nos resulta un promedio de 3,95 consultas por persona beneficiaria por año.

Por su parte, en la MBA II se registraron hasta enero de 2012 las siguientes cifras (INE, 2012):

1. En los Centros de Diagnóstico Integral se atendieron 71.180.938 emergencias; 12.819.964 consultas; 444.728.284 exámenes de laboratorio.
2. En los Centros de Alta Tecnología se realizaron 26.127.918 exámenes de laboratorio.

3. En las Salas de Rehabilitación Integral se realizaron 14.411.937 consultas; se atendieron 278.622 pacientes en rehabilitación; se aplicaron 621.322.444 tratamientos.

Evaluación de la MBA por parte de los beneficiarios

Como un insumo adicional para la evaluación de la MBA, a continuación presentamos algunos resultados de encuestas que buscan medir el nivel de satisfacción de los beneficiarios de la MBA. Iniciamos mostrando el estudio de la empresa Datanálisis sobre opinión pública del venezolano. Una de las preguntas que realizó la mencionada encuestadora en sondeos mensuales de opinión desde julio 2003 hasta noviembre de 2007 fue:

¿Hasta qué punto se encuentra usted satisfecho por el impacto de la gestión del presidente Chávez en los siguientes aspectos?: Salud, siendo sus resultados los siguientes: en julio de 2003 el nivel de satisfacción era de 22,7%, en mayo de 2004 ascendió a 40,7%, en mayo de 2005 subió el nivel de satisfacción a 63,1%, en abril de 2006 registró un nivel de 72,3% y en noviembre de 2007 cayó a 58,1% (Quiñones, 2011).

En cuanto al nivel de satisfacción de los beneficiarios de la MBA, la misma empresa encuestadora presentó los siguientes resultados para noviembre del año 2009: el nivel de satisfacción de los beneficiarios de la MBA I era 88,6%; de la MBA II, 87,3% y de la MBA III, 91,7% (Quiñones, 2011).

Al medir la evaluación del sistema público de salud, la empresa Consultores 21 en junio de 2006 formuló la siguiente pregunta: “Voy a nombrarle a continuación algunas áreas de atención a la comunidad. Dígame en el caso de la salud, cómo evalúa usted la calidad con la que el Gobierno nacional lo está haciendo. Vamos a ponerle una nota, en una escala del 1 al 10, donde 1 es pésimo y 10 es excelente. Por ejemplo, ¿Del 1 al 10 que nota le pondría al Gobierno en salud pública?”, siendo el resultado que 50,3% de los encuestados respondieron puntajes superiores a 5 (Quiñones, 2011).

El porcentaje de la población que dijo estar satisfecha con el servicio de salud público incrementó progresivamente sus niveles pasando de 22% en el año 2003 hasta 58% en el año 2007, alcanzando niveles superiores a 70% en el año 2006. Particularmente para el caso de la MBA, más de 88% de los encuestados manifestaron estar satisfechos con las tres misiones de Barrio Adentro en el año 2009.

Resultados de la MBA

En esta parte nos preguntamos: ¿Cuáles han sido los resultados de la implementación de la MBA? Es decir, más allá de cómo fue concebida la misión, de su cobertura, y de la percepción y evaluación de los beneficiarios, ¿han mejorado los niveles de salud de la población después de 2003, año en que se inicia la MBA? En este marco, esperaríamos y es nuestra hipótesis principal, que los niveles de salud de la población a partir del año 2003 hayan mejorado considerablemente, es decir, esperamos que, por ejemplo, las tasas de mortalidad que mostraban una tendencia al descenso antes de 2003, sigan registrando igual tendencia pero más pronunciada (que los niveles de las tasas disminuyan más rápido) o, por ejemplo, que las tasas de mortalidad que registraban tendencias positivas se hubiesen revertido y comenzaran a registrar descensos.

Para realizar el análisis y la evaluación de los resultados, hemos seleccionado las tasas de mortalidad infantil (niños menores de 1 año), neonatal (menores de 28 días), posneonatal (entre 1 y 12 meses) y entre 1 y 4 años de edad. Los criterios de selección responden, en primer lugar, a que preferimos usar tasas de mortalidad en lugar de morbilidad por la confiabilidad de la data y la probabilidad de un menor subregistro. Adicionalmente, estas tasas están desagregadas por causas de muertes, información que consideramos importante en el análisis, particularmente porque, como mencionamos en líneas anteriores, la proporción de factores externos e internos asociados varía dependiendo de la enfermedad; por lo tanto, en el análisis es importante detallar el tipo de enfermedad y hasta qué punto el comportamiento de sus indicadores está más o menos relacionado con acciones que buscan intervenir sobre los determinantes sociales o sobre la propia enfermedad. Adicionalmente, hemos seleccionado las tasas en los grupos etarios mencionados debido a que, como ya mencionamos, son las más vulnerables ante cambios sociales y de atención sanitaria en el corto plazo.

Mediante estimaciones curvilíneas calculamos las tendencias de las series cronológicas de las tasas de mortalidad para el período 1999-2003 (antes de la MBA) y las comparamos con las tendencias para el período 2003-2009⁸ (después de la MBA). Calculamos las tendencias porque se trata de tasas cuyo comportamiento

⁸ Para la fecha de realización de esta investigación solo contamos con los anuarios de mortalidad en Venezuela hasta el año 2009.

es muy variable, por lo que la pendiente, en este caso de la línea recta⁹, que mejor ajusta la serie cronológica, nos indicará el comportamiento promedio de la tasa en cada período. No obstante, también realizamos como complemento un cálculo de la variación puntual de la tasa tomando el primer y último año de cada período. Por último, efectuamos un análisis de correlación para medir la asociación entre las tasas de mortalidad y la presencia de la MBA.

Antes de proceder al análisis de las tendencias y las comparaciones entre los períodos mencionados en el párrafo anterior, describiremos el comportamiento de las tasas de mortalidad infantil, neonatal, posneonatal y de 1 a 4 años de edad desde 1988 hasta 2009.

En el gráfico 1 se presenta la tasa de mortalidad infantil desde 1988 hasta 2009, evidenciándose una tendencia descendente a lo largo de todo el período. Hemos dividido la serie cronológica en dos períodos, antes y después de 1999¹⁰, año en el que el presidente Hugo Chávez inicia su mandato, observando que para el período 1999-2009 la tendencia es mayor que para el período 1988-1998. En otras palabras, la tasa de mortalidad infantil después del año 1999 desciende más rápido que durante el período previo. Desde 1988 hasta 1998 varía en promedio -0,155 y la variación para el período 1999-2009 es de -0,590.

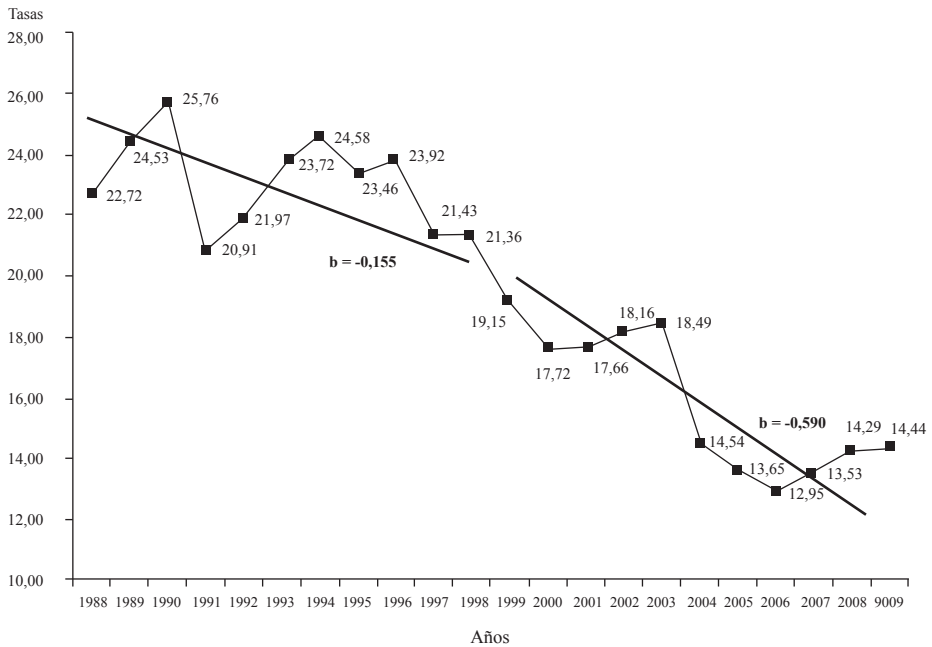
Similares comportamientos se observan para las tasas de mortalidad neonatal y posneonatal, las cuales muestran una tendencia descendente a lo largo de todo el período pero mayor a partir de 1999. En el caso de la tasa de mortalidad neonatal, esta varía en promedio en -0,091 desde 1988 hasta 1998 y lo hace a mayor velocidad desde 1999 hasta 2009, siendo la pendiente de -0,299 (ver gráfico 2). La tasa de mortalidad posneonatal disminuye en promedio -0,058 para el período 1988-1998 y -0,362 desde 1999 hasta 2009 (ver gráfico 3).

En cambio, la tasa de mortalidad de 1 a 4 años muestra una tendencia ligeramente ascendente desde 1995 hasta 1998 con una pendiente positiva de 0,002 y a partir del año 1999 revierte su tendencia, mostrando una disminución promedio de -0,046 (ver gráfico 4); es decir, antes de 1999 la tasa de mortalidad de ese grupo etario aumentaba en promedio mientras que después de 1999 dicha tasa disminuía.

⁹ Realizamos las estimaciones curvilíneas tanto para funciones lineales como cuadráticas y cúbicas, obteniendo que las lineales ajustan mejor el comportamiento de las series cronológicas.

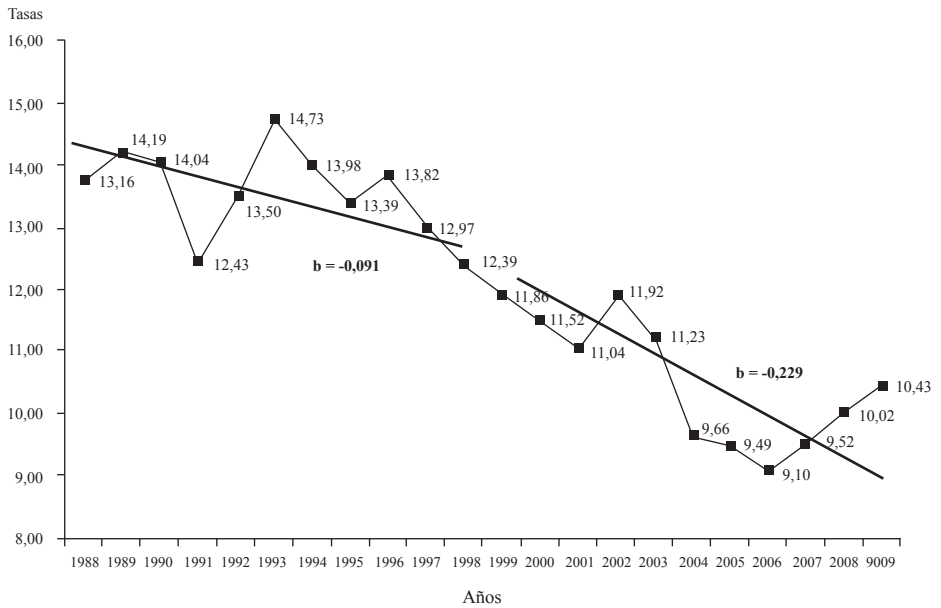
¹⁰ Hemos dividido la serie en el año 1999 para comparar el comportamiento de las tasas antes y después del inicio del gobierno del presidente Hugo Chávez.

Gráfico 1
Tasa de mortalidad infantil
República Bolivariana de Venezuela
(1988-2009)



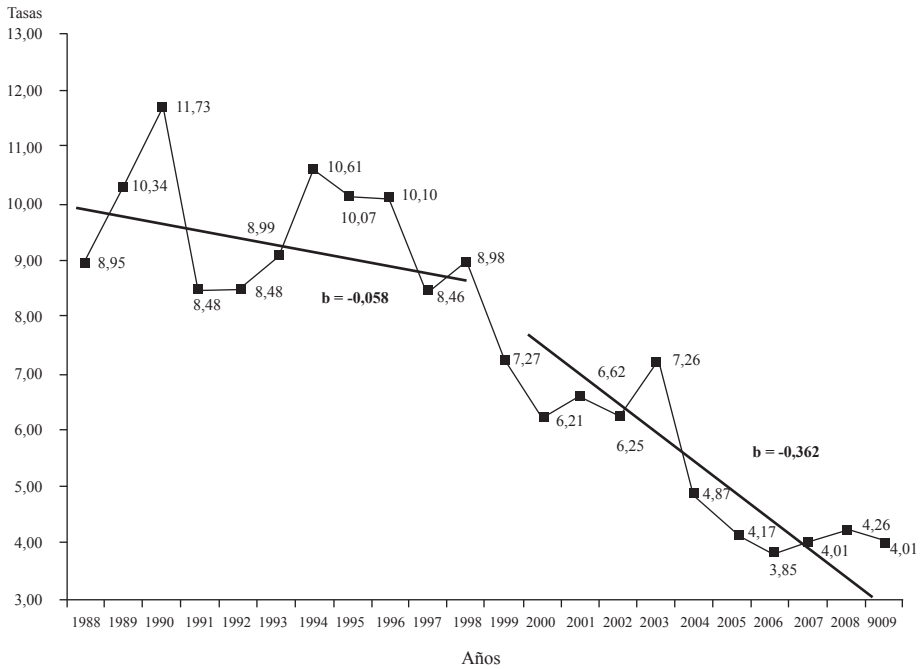
Fuente: Ministerio del Poder Popular para la Salud. Anuarios de mortalidad. Instituto Nacional de Estadística. Cálculos propios.

Gráfico 2
Tasa de mortalidad neonatal
República Bolivariana de Venezuela
(1988-2009)



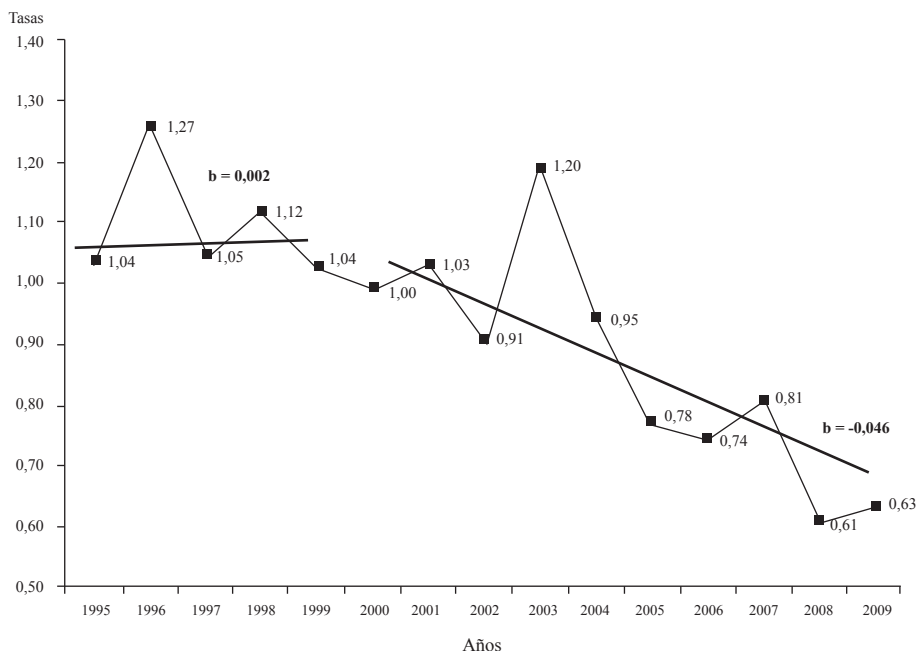
Fuente: Ministerio del Poder Popular para la Salud. Anuarios de mortalidad. Instituto Nacional de Estadística. Cálculos propios.

Gráfico 3
Tasa de mortalidad posneonatal
República Bolivariana de Venezuela
(1988-2009)



Fuente: Ministerio del Poder Popular para la Salud. Anuarios de mortalidad. Instituto Nacional de Estadística. Cálculos propios.

Gráfico 4
Tasa de mortalidad niños entre 1 y 4 años de edad
República Bolivariana de Venezuela
(1988-2009)



Fuente: Ministerio del Poder Popular para la Salud. Anuarios de mortalidad. Instituto Nacional de Estadística. Cálculos propios.

De los gráficos anteriores queremos resaltar el hecho de que las tendencias descendentes de las tasas mejoran a partir de 1999, a pesar del comportamiento de dichas tasas para el año 2003, cuando se puede evidenciar un incremento considerable. Al respecto es importante recordar que durante este año se llevó a cabo el paro nacional en el cual permanecieron cerrados no solo los establecimientos de salud a nivel nacional, sino además los productores y distribuidores de alimentos y medicamentos, así como estuvo suspendido el servicio de transporte, entre otras razones, debido a la paralización de la principal industria del país, Petróleos de Venezuela¹¹. De acuerdo con lo planteado por la OPS (2006):

¹¹ De acuerdo con Magallanes (2005), “La inestabilidad política y económica que se impuso a partir de 2002, en gran parte resultado de los intentos de golpe de abril y del paro de los ejecutivos de la industria petrolera

La mortalidad infantil es un indicador vinculado a las condiciones de vida del grupo familiar y de acceso a la atención médica. La tasa de mortalidad infantil en Venezuela empezó a descender en 1996 y desde entonces muestra una tendencia general a la baja, aunque se observa un aumento entre 2002 y 2003, que coincide con el deterioro agudo de todos los indicadores económicos y sociales ocurridos durante el golpe de Estado y el paro petrolero de esos dos años (p. 113).

Alvarado et al. afirman: “Esta situación [el golpe de Estado, el sabotaje petrolero y el paro patronal] generó un deterioro agudo de todos los indicadores sociales, entre ellos, los de salud, que venían de tres años de franca mejoría” (2008:119). Con base en las cifras publicadas por el Ministerio del Poder Popular para la Salud en el *Anuario de Mortalidad* de los años 2002 y 2003, durante el año 2003 murieron en Venezuela 1.926 niños menores de 4 años, adicionales a los fallecidos en 2002, un promedio de 5 niños más diarios (MPPS, 2003). A partir de los años 2004 y 2005 se registraron disminuciones en las tasas, retomando la tendencia descendente del período en estudio.

Tendencia de las tasas de mortalidad antes y después de la Misión Barrio Adentro

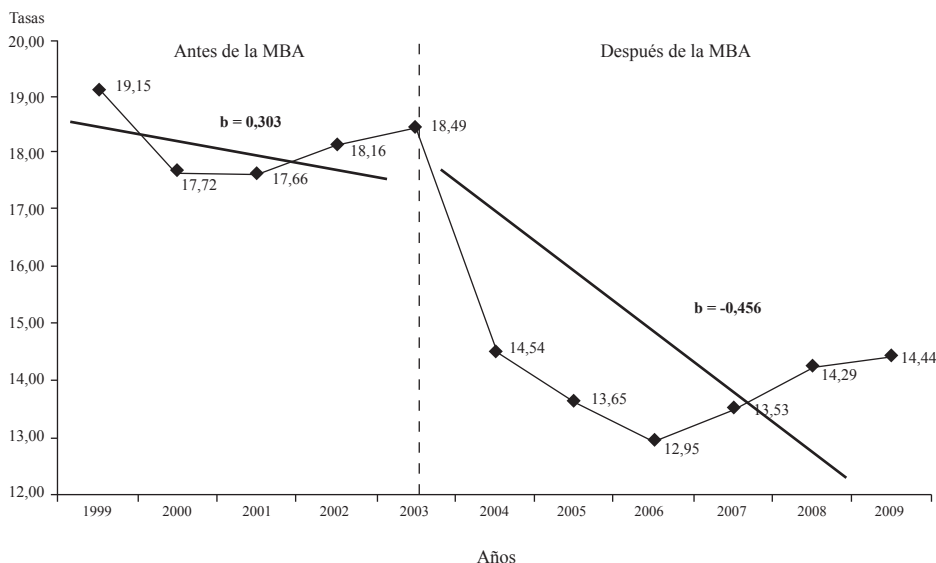
Centraremos esta parte en la comparación de las tendencias de las tasas de mortalidad infantil, neonatal, posneonatal y de 1 a 4 años de edad antes y después de la implementación de la MBA, es decir, antes y después del año 2003.

TASA DE MORTALIDAD INFANTIL

En el gráfico 5 se muestran las tendencias de la tasa de mortalidad infantil antes y después de la MBA. Como se puede apreciar, la tasa de mortalidad infantil ha reflejado una tendencia descendente desde 1999 hasta el año 2009. No obstante, de acuerdo con los resultados de las estimaciones curvilíneas de la serie cronológica, la variación promedio de la tasa antes de la MBA (1999-2002) era de -0,303, mientras que después de la MBA (2003-2009) la disminución promedio fue de -0,456. En otras palabras, la tasa de mortalidad infantil disminuyó más rápido después del año 2003.

a finales del mismo año, los cuales contaron con apoyo de sectores de la empresa privada, tuvieron como principal efecto la quiebra de empresas y la elevación de los niveles de desempleo e inflación en la economía venezolana, colocando un nuevo piso histórico más alto a los mismos, con el consecuente incremento en los niveles de pobreza y deterioro de la condición social de la población en general” (p. 91). Para revisar los costos económicos del paro nacional de los años 2002 y 2003, léase Magallanes (2005).

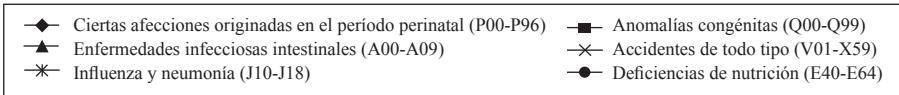
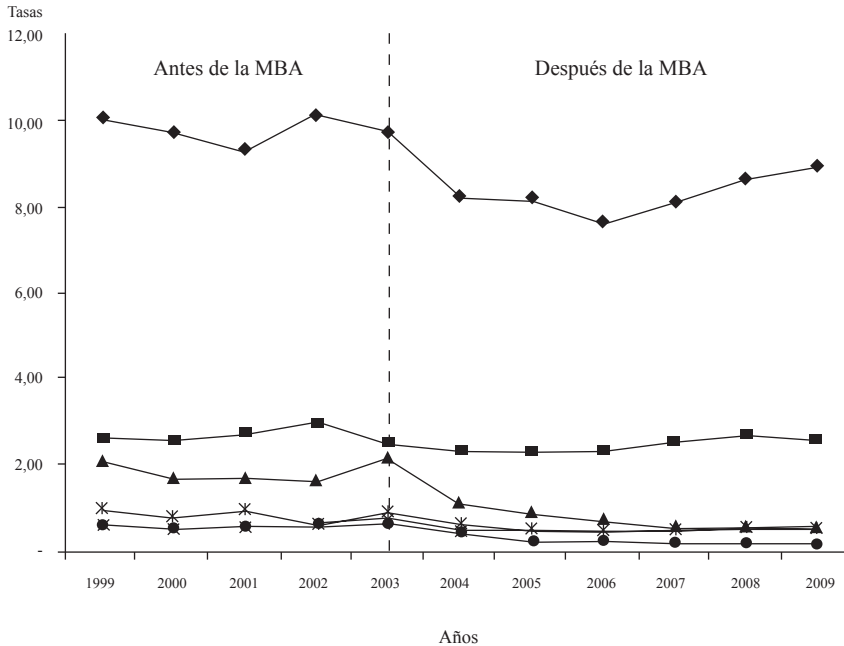
Gráfico 5
Tasa de mortalidad infantil
República Bolivariana de Venezuela
(1999-2009)



Fuente: Ministerio del Poder Popular para la Salud. Anuarios de mortalidad. Instituto Nacional de Estadística. Cálculos propios.

Es importante mencionar que si bien después de la implementación de la MBA, la tasa de mortalidad infantil registra una disminución más acelerada que el período previo analizado, llegando a alcanzar niveles de 12,95 por mil nacidos vivos registrados en el año 2006, a partir del año 2007 se observa una tendencia al alza de dicha tasa hasta el año 2009. Al tratar de identificar qué causas están explicando dicho incremento a partir de 2007, observamos (ver gráfico 6) que está explicado principalmente por un incremento de la tasa de mortalidad por “ciertas afecciones originadas en el período perinatal”, la cual ha sido la primera causa de muertes infantiles a lo largo del período. Seguidamente está explicado por un incremento de la segunda causa de muertes infantiles “anomalías congénitas”. Con respecto a las muertes ocasionadas por “enfermedades infecciosas intestinales” y por “deficiencias de nutrición”, estas más bien disminuyen considerablemente a partir del año 2003. Las muertes ocasionadas por “accidentes de todo tipo” y por “influenza y neumonía” muestran un ligero incremento después de 2007.

Gráfico 6
Tasa de mortalidad infantil. Primeras causas
República Bolivariana de Venezuela
(1999-2009)



Fuente: Ministerio del Poder Popular para la Salud. Anuarios de mortalidad. Instituto Nacional de Estadística. Cálculos propios.

Con base en este comportamiento, podemos decir:

- 1) La tasa de mortalidad infantil disminuye más rápidamente después de la implementación de la MBA, registrando una tendencia cuya pendiente pasa de $-0,303$ a $-0,456$. La tasa de mortalidad infantil ha venido disminuyendo en las últimas décadas: antes del período presidencial de Hugo Chávez disminuyó 6%, mientras que durante el período presidencial de Hugo Chávez disminuyó 25%. Con

respecto a la variación antes y después de la implementación de la MBA, la tasa de mortalidad infantil antes del año 2003 disminuyó 5%, y después de la MBA la disminución fue mayor alcanzando niveles de 22%.

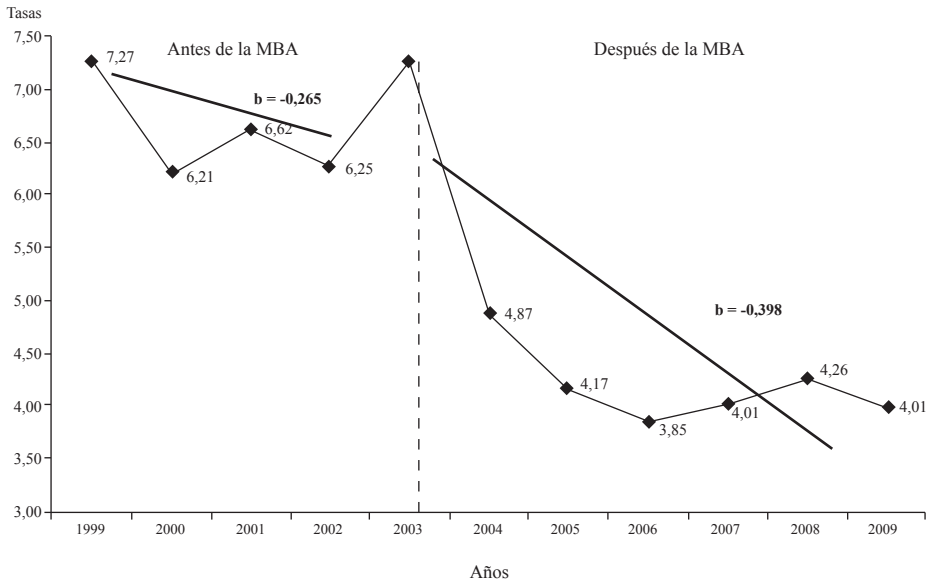
- 2) Hay una disminución considerable de las tasas de mortalidad por enfermedades infecciosas intestinales después del año 2003; esta pasó de ser la tercera causa de muertes infantiles en 1999 a ser la quinta causa de muertes de niños menores de 1 año en el año 2009.
- 3) Hay una disminución importante en las muertes por deficiencias de nutrición, especialmente después del año 2003. Llamamos la atención a que en el año 2003 la tasa de mortalidad infantil por desnutrición pasó de ser la sexta causa de muertes infantiles a ser la quinta causa.
- 4) A partir del año 2007 se registró un incremento en las tasas de mortalidad infantil por afecciones originadas en el período perinatal y por anomalías congénitas, las cuales están incidiendo sobre el aumento de la tasa de mortalidad infantil a partir de 2007.

A continuación pasaremos a analizar en detalle el comportamiento de las tasas de mortalidad posneonatal y neonatal, siendo ambas las que componen la tasa de mortalidad infantil.

TASA DE MORTALIDAD POSNEONATAL

La tasa de mortalidad posneonatal es la relación entre el número de niños entre 1 y 12 meses de edad y el número de niños nacidos vivos registrados en un año por cien mil. En el gráfico 7 se muestra la serie cronológica de esta tasa desde 1999 hasta 2009. Al comparar el comportamiento de la tasa antes y después de la implementación de la MBA, se observa que desde 1999 hasta 2002 la tasa registra una pendiente negativa de -0,265, la cual sigue siendo negativa y mayor después de 2003, registrando un valor de -0,398.

Gráfico 7
Tasa de mortalidad posneonatal
República Bolivariana de Venezuela
(1999-2009)



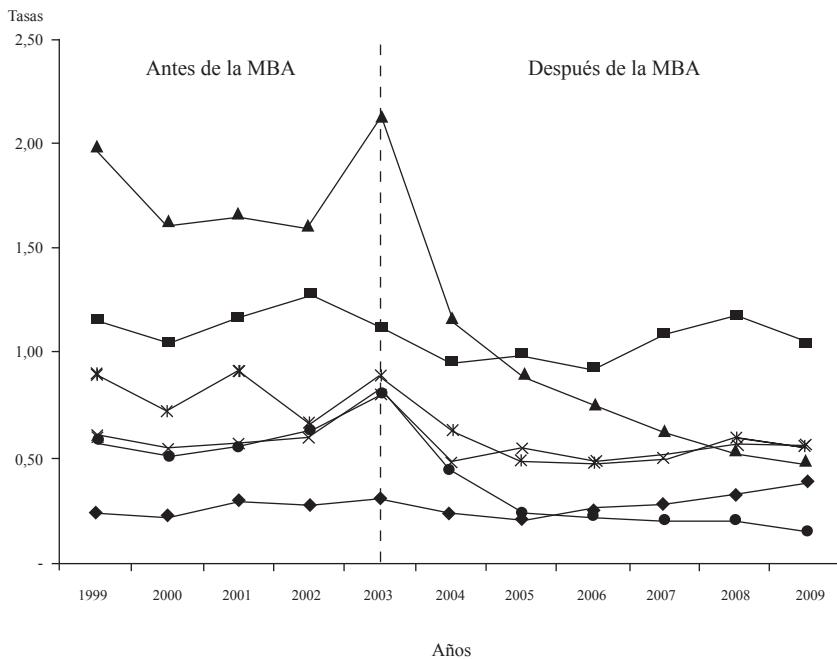
Fuente: Ministerio del Poder Popular para la Salud. Anuarios de mortalidad. Instituto Nacional de Estadística. Cálculos propios.

Las causas específicas que están explicando el comportamiento de la tasa de mortalidad posneonatal se pueden ver en el gráfico 8. Al respecto resaltamos:

1. La disminución importante de la tasa por enfermedades infecciosas intestinales, causa que pasó de ser la primera en 1999 a ser la cuarta en 2009. Al revisar el comportamiento de la tendencia de la tasa de mortalidad posneonatal y calcular sus pendientes antes y después de la MBA, hallamos que esta pasó de $-0,113$ a $-0,230$ y en cuanto a la variación puntual, disminuyó 20% durante el período 1999-2002 y 78% desde 2003 hasta 2009.
2. La tasa de mortalidad por deficiencias de nutrición registró un incremento durante el período 1999-2002 con una pendiente de $0,015$ y un aumento de 5% entre ambos años. Sin embargo, revirtió su tendencia a partir del año 2003,

mostrando una pendiente negativa de $-0,087$ y una disminución calculada por la variación puntual de 81% entre 2003 y 2009. Con respecto al comportamiento de esta tasa, queremos señalar que venía registrando una tendencia positiva antes de 1999; las muertes por esta causa en niños entre 1 mes y 12 meses registró un incremento de 33% desde 1988 hasta 1998.

Gráfico 8
Tasa de mortalidad posneonatal. Primeras causas
República Bolivariana de Venezuela
(1999-2009)



- ◆ Ciertas afecciones originadas en el período perinatal (P00-P96)
- ▲ Enfermedades infecciosas intestinales (A00-A09)
- * Influenza y neumonía (J10-J18)
- Anomalías congénitas (Q00-Q99)
- × Accidentes de todo tipo (V01-X59)
- Deficiencias de nutrición (E40-E64)

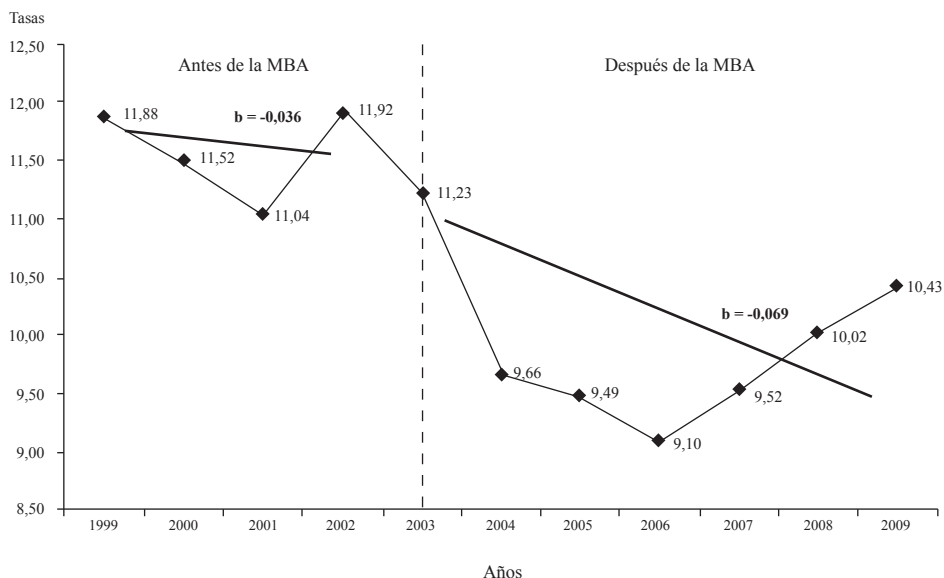
Fuente: Ministerio del Poder Popular para la Salud. Anuarios de mortalidad. Instituto Nacional de Estadística. Cálculos propios.

3. La tasa de mortalidad por afecciones originadas en el período perinatal registró una pendiente positiva, tanto en el período 1999-2002 como en 2003-2009, de 0,015 y 0,016 respectivamente, siendo su variación puntual de 13% y 24% de incremento para estos períodos. Resaltamos que esta tasa mostraba una tendencia negativa antes de 1999, siendo la variación puntual entre 1988 y 1998 de -40%.
4. El comportamiento de la tasa de mortalidad por anomalías congénitas, la cual si bien muestra una tendencia negativa después 2003 de -0,012, entre 1999 y 2002 registró una tendencia positiva de 0,045. Igualmente es importante mencionar que se trata de una causa de muerte que registró una tendencia positiva antes de 1999.
5. Con la excepción de las tasas de mortalidad por afecciones originadas en el período perinatal y por anomalías congénitas, las otras principales causas de muertes de niños entre 1 mes y 12 meses de edad mostraron una tendencia negativa después del año 2003 y, particularmente, las muertes por infecciones intestinales y por deficiencias de nutrición registraron una pendiente más pronunciada después de 2003.

TASA DE MORTALIDAD NEONATAL

La tasa de mortalidad neonatal es la relación entre el número de niños menores de 28 días sobre el número de niños nacidos vivos registrados en un año por cien mil. En el gráfico 9 se muestra el comportamiento de esta tasa en Venezuela desde 1999 hasta 2009 y se observa que tiene una pendiente negativa a lo largo del período, siendo esta mayor (-0,059) después del año 2003 con respecto al período 1999-2002 (-0,039). Se trata de una tasa que antes de 1999 también registraba una tendencia negativa. Los resultados de las variaciones puntuales arrojan una disminución de 7% en el período 2003-2009, ninguna variación 0% entre 1999-2002 y una disminución de 10% entre 1988 y 1998. Es necesario resaltar el comportamiento de esta tasa a partir del año 2007, donde se observa un cambio de la tendencia luego de haber mostrado una disminución importante desde 2003 hasta 2006.

Gráfico 9
Tasa de mortalidad neonatal
República Bolivariana de Venezuela
(1999-2009)



Fuente: Ministerio del Poder Popular para la Salud. Anuarios de mortalidad. Instituto Nacional de Estadística. Cálculos propios.

Al identificar las causas del comportamiento de la tasa neonatal, observamos que están explicadas principalmente por las tasas de mortalidad por afecciones originadas en el período perinatal y por las anomalías congénitas. En el gráfico 10 se muestran las principales causas de muertes neonatales en Venezuela, siendo las dos primeras las antes mencionadas.

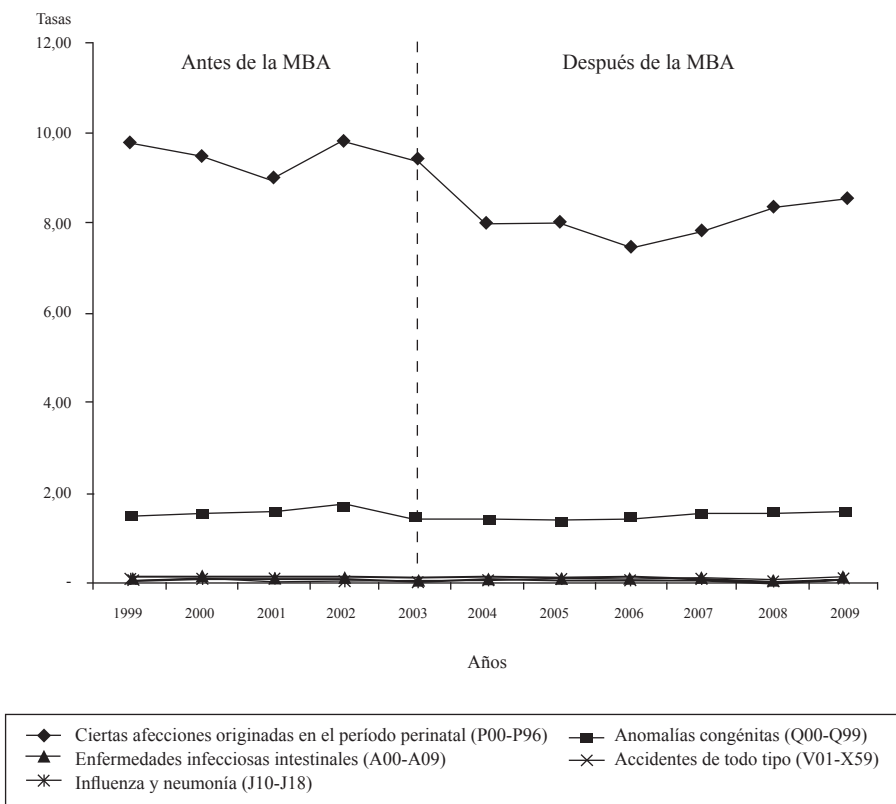
En el caso de las muertes por afecciones originadas en el período perinatal, si bien la tasa disminuye de manera más rápida en el período 2003-2009, registrando una pendiente de $-0,78$, comparada con la disminución entre 1999-2002, cuya pendiente fue de $-0,033$; esta muestra un ascenso a partir del año 2007. Este comportamiento reflejado desde 2007 es similar al que observamos en el caso de la tasa de mortalidad posneonatal por la misma causa. Los resultados de las variaciones puntuales muestran que esta tasa disminuyó 9% de 2003 a 2009 y 0% desde 1999 hasta 2002.

Las afecciones originadas en el período perinatal están asociadas principalmente a tres causas: 1) trastornos respiratorios y cardiovasculares específicos del período perinatal, 2) infecciones específicas del período perinatal, 3) feto y recién nacido afectados por factores maternos y por complicaciones del embarazo, del trabajo de parto y del parto (MPPS, varios años). Es necesario realizar un estudio detallado para identificar las causas de muertes en niños menores de 1 año por estas afecciones y evaluar las políticas que se han llevado a cabo al respecto, particularmente porque se trata de una afección que es en su mayoría prevenible y que representó para el año 2009 el 61,83% de las muertes infantiles.

Las afecciones originadas en el período perinatal representaban la mitad (49,99%) de las muertes infantiles en el año 1999, con un total de 5.341 niños fallecidos; en 2003 estas afecciones tenían un peso sobre la mortalidad infantil de 34,19%, con 5.415 niños menores de 1 año fallecidos y, como mencionamos antes, en 2009 representaba 61,38% de las muertes de este grupo etario con un número de 5.303 niños. Lo que queremos resaltar es que, en primer lugar, se trata de un porcentaje que varía dependiendo de cómo se comportan las otras causas de muertes; si se observa en detalle el número de fallecidos, ha permanecido relativamente igual en estos tres años, pero el peso relativo de las afecciones del período perinatal aumentó en 2009; esto se debe a que disminuyó el peso de las muertes por otras causas, por lo tanto, lograr disminuir aun más la tasa de mortalidad infantil en niños menores de 1 año requiere necesariamente la disminución de las muertes por afecciones originadas en el período perinatal, las cuales, a diferencia de las otras causas de muertes estudiadas (por infecciones intestinales, deficiencias de nutrición, influenza y neumonía), no han disminuido durante el período 1999-2009.

Las muertes por anomalías congénitas, segunda causa de la mortalidad neonatal, registra una tendencia positiva desde 1999 hasta 2009. Antes de 2003, con pendiente de 0,070 y luego en 2003, de 0,046. Históricamente, las muertes relacionadas con esta causa se han mantenido relativamente constantes o más bien han aumentado; se trata de enfermedades y muertes por malformaciones congénitas, principalmente del corazón poco prevenibles. Desde 2003 hasta 2009 esta tasa incrementó en 10%, entre 1999 y 2002, aumentó 12% y antes de 1999, es decir, entre 1988 y 1998, su aumento fue de 12%.

Gráfico 10
Tasa de mortalidad neonatal. Primeras causas
República Bolivariana de Venezuela
(1999-2009)



Fuente: Ministerio del Poder Popular para la Salud. Anuarios de mortalidad. Instituto Nacional de Estadística. Cálculos propios.

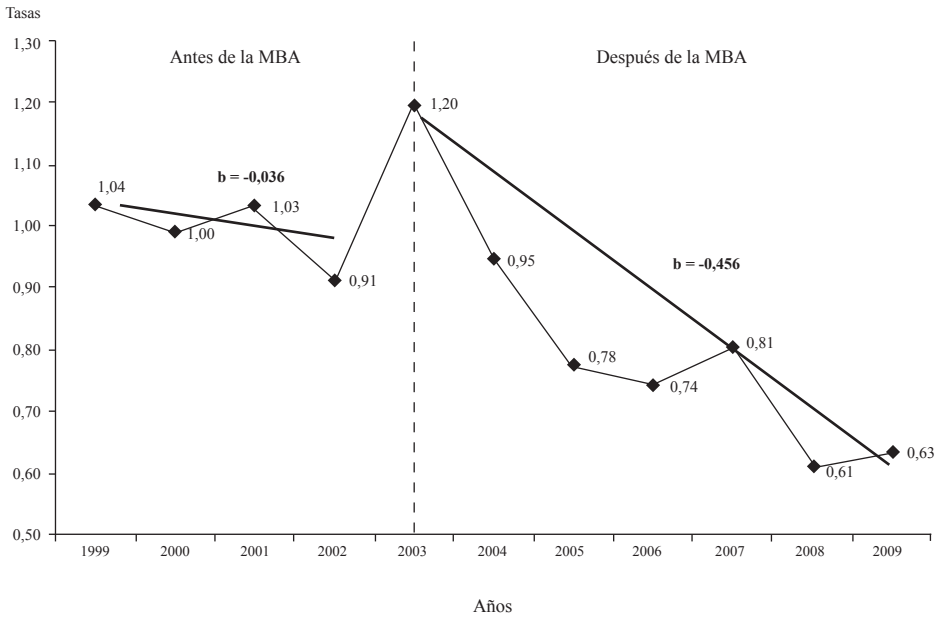
TASA DE MORTALIDAD DE 1 A 4 AÑOS DE EDAD

La tasa de mortalidad de 1 a 4 años de edad es la relación entre el número de muertes de niños comprendidos en este grupo etario y la población de niños entre 1 y 4 años por mil. En Venezuela, para el período 1999-2002 esta tasa mostró una tendencia negativa con pendiente de -0,036 y durante el período 2003-2009 la pendiente descendente se mantiene pero mucho más pronunciada, siendo esta de -0,456 (ver gráfico 11). De acuerdo con el cálculo de las variaciones puntuales,

esta descendió 12% desde 1999 hasta 2002 y 47% desde 2003 hasta 2009. Es importante mencionar que desde el año 1995 hasta el año 1998 esta tasa registraba un incremento de 7%.

De las tasas que hemos analizado, esta muestra la mayor variación a partir del año 2003, registrando una marcada disminución e incremento de su pendiente, reduciéndose la tasa a la mitad en 7 años.

Gráfico 11
Tasa de mortalidad de 1 y 4 años
República Bolivariana de Venezuela
(1999-2009)



Fuente: Ministerio del Poder Popular para la Salud. Anuarios de mortalidad. Instituto Nacional de Estadística. Cálculos propios.

Al analizar las causas que explican el comportamiento de esta tasa, observamos en el gráfico 12 una disminución, a partir de 2003, de todas las tasas correspondientes a las principales causas de muertes de niños entre 1 y 4 años, caracterizándose

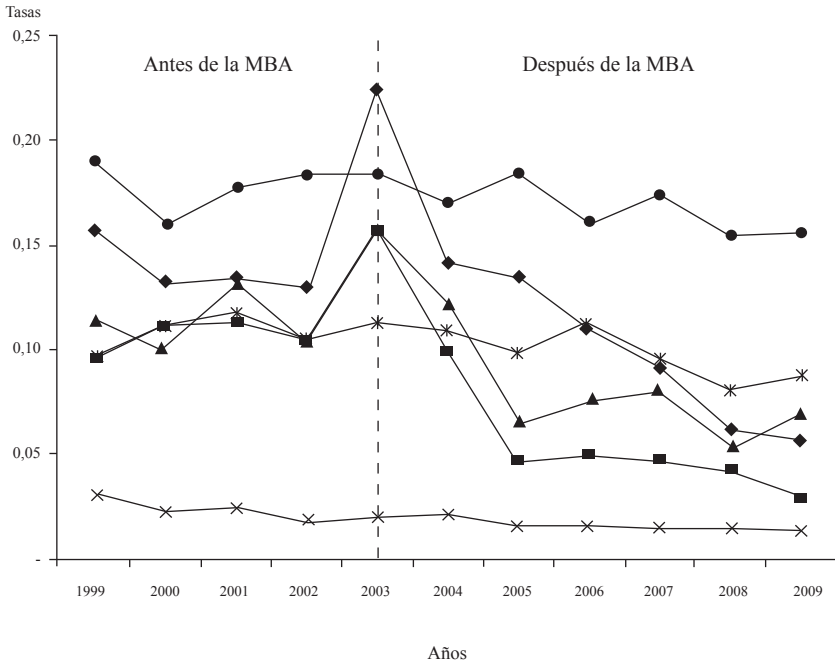
dicha disminución por ser más pronunciada durante el período 2003-2009 con respecto al período 1999-2002 (ver gráfico 12); específicamente:

1. La tasa de mortalidad por infecciones intestinales registró una pendiente negativa de $-0,009$ en el período 1999-2002 y de $-0,024$ durante 2003-2009, siendo sus variaciones puntuales de -32% antes de la MBA y de -75% después de la implementación de dicha misión. Esta tasa pasó de ser la segunda causa de muertes durante todo el período (a excepción del año 2003 que fue la primera) a ser la cuarta causa en el año 2009, por debajo de las anomalías congénitas y los accidentes de tránsito.
2. La tasa de mortalidad por deficiencias de nutrición pasó de tener una pendiente 0 desde 1999-2002 a una pendiente negativa de $-0,18$ desde 2003 hasta 2009. De acuerdo con los cálculos de las variaciones puntuales, esta tasa disminuyó 81% después de la implementación de la MBA y solo 8% antes. Es importante resaltar que esta tasa mostró un incremento de 15% desde 1995 hasta 1998.
3. La tasa de mortalidad por influenza y neumonía también incrementó la velocidad de disminución después del año 2003, siendo su pendiente y su variación puntual de $-0,14$ y -57% , respectivamente, para el período 2003-2009 y de 0 y -24% durante el período 1999-2002.
4. Las tasas por inflamaciones del sistema nervioso central, accidentes de todo tipo y anomalías congénitas también registraron mayores pendientes descendentes después del año 2003.

Es importante mencionar que tanto la tasas de mortalidad por infecciones intestinales, deficiencias de nutrición e influenza y neumonía registraban antes de 1999 tendencias positivas. Asimismo es importante resaltar que a diferencia de las tasas de mortalidad infantil, neonatal y posneonatal, la tasa de mortalidad de 1 a 4 años no tiene entre sus principales causas las afecciones originadas en el período perinatal que, como observábamos, su comportamiento está incidiendo de manera significativa sobre la mortalidad infantil.

La reversión que muestra la tasa de mortalidad de 1 a 4 años después del año 2007 está explicada por el comportamiento de la tasa de mortalidad por influenza y neumonía, la cual representaba para el año 2007 un peso de $11,49\%$ sobre las muertes totales de este grupo etario.

Gráfico 12
Tasa de mortalidad de 1 a 4 años. Primeras causas
República Bolivariana de Venezuela
(1999-2009)



- ◆ Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal (P00-P96)
- ▲ Enfermedades infecciosas intestinales (A00-A09)
- ✕ Accidentes de todo tipo (V01-X59)
- ✱ Influenza y neumonía (J10-J18)
- Anomalías congénitas (Q00-Q99)
- Deficiencias de nutrición (E40-E64)

Fuente: Ministerio del Poder Popular para la Salud. Anuarios de mortalidad. Instituto Nacional de Estadística. Cálculos propios.

Asociación entre las tasas de mortalidad y la presencia de la MBA

Además del análisis de las tendencias, hemos querido calcular la asociación entre la presencia o no de la MBA, medida como una variable dicotómica con valor 0 desde 1999 hasta 2002 y valor 1 desde 2003 hasta 2009 y el comportamiento de las tasas de mortalidad en estudio.

Realizamos una correlación bivariada y calculamos el coeficiente de Pearson, obteniendo los resultados que se muestran en el cuadro 1. Se registra una asociación negativa importante entre la variable MBA y las tasas de mortalidad, lo cual significa que en la medida en que está presente la MBA, las tasas de mortalidad disminuyen en magnitudes de -0,684 para el caso de la mortalidad infantil, -0,671 en el caso de la mortalidad neonatal, -0,652 en el caso de la mortalidad posneonatal, con un nivel de significancia estadística, en todos los casos, menor de 0,05; es decir, con más de 95% de confianza podemos decir que hay una asociación inversa mayor de 0,600 entre las tasas de mortalidad y la presencia de la MBA. Con respecto a la tasa de mortalidad entre 1 y 4 años de edad, a medida en que está presente la MBA, esta tasa disminuye -0,486; en este caso el nivel de significancia estadística es de 0,12, lo que significa que con un nivel de confianza de 82% la asociación entre ambas variables es la obtenida. En otras palabras, los resultados muestran que existe un cambio significativo en el comportamiento de las tasas de mortalidad cuando se introduce la MBA.

Cuadro 1
Correlación
Tasas de mortalidad y presencia de la Misión Barrio Adentro

		Misión Barrio Adentro
Misión Barrio Adentro	Correlación de Pearson	1
	Significancia	
	N	11
Tasa de mortalidad infantil (1999-2009)	Correlación de Pearson	-0,684
	Significancia	0,02
	N	11
Tasa de mortalidad neonatal (1999-2009)	Correlación de Pearson	-0,671
	Significancia	0,024
	N	11
Tasa de mortalidad posneonatal (1999-2009)	Correlación de Pearson	-0,652
	Significancia	0,03
	N	11
Tasa de mortalidad de niños entre 1 y 4 años (1999-2009)	Correlación de Pearson	-0,486
	Significancia	0,129
	N	11

Fuente: Ministerio del Poder Popular para la Salud. Cálculos propios.

Si bien este análisis de correlación solo nos muestra la asociación entre las variables y no nos permite concluir que exista una relación de dependencia, y reconociendo, como mencionábamos anteriormente, que la MBA es una parte de la política de salud y que además de la misión se han aplicado muchos otros programas de salud como, por ejemplo, el reforzamiento del Plan de Inmunizaciones, la introducción de la vacuna contra el rotavirus, el Programa de Alimentación Escolar, otras misiones relacionadas con la salud (Milagros, Sonrisa, José Gregorio Hernández), sí nos muestra que existe un cambio importante en el comportamiento de las tasas de mortalidad después del año 2003.

Resumiendo, podemos puntualizar lo siguiente con respecto a la evaluación empírica de la MBA:

1. En el caso de las tasas de mortalidad infantil, neonatal, posneonatal y de 1 a 4 años de edad se registró una disminución mayor después del año 2003, es decir, después de la implementación de la MBA, comparadas con el período de 1999-2002 y con el período 1988-1998.
2. En el cuadro 2 se presenta un resumen de las variaciones puntuales de las tasas de mortalidad en estudio para cada período:

Cuadro 2
**Variaciones puntuales. Tasas de mortalidad
República Bolivariana de Venezuela (1988-2009)**

Período	Tasa de mortalidad infantil %	Tasa de mortalidad neonatal %	Tasa de mortalidad posneonatal %	Tasa de mortalidad niños entre 1 y 4 años* %
Antes período presidencial Hugo Chávez (1988-1998)	-6	-10	0	7
Durante período presidencial Hugo Chávez (1999-2009)	-25	-12	-45	-39
Antes de la Misión Barrio Adentro (1999-2002)	-5	0	-14	-12
Después de la Misión Barrio Adentro (2003-2009)	-22	-7	-45	-47

* La serie para esta tasa es a partir de 1995.

Fuente: Ministerio del Poder Popular para la Salud. Anuarios de mortalidad. Instituto Nacional de Estadística. Cálculos propios.

3. La causa que está explicando la disminución más rápida de las tasas de mortalidad en niños menores de 4 años a partir de 2003 es el descenso más acelerado e importante de la mortalidad por deficiencias de nutrición y por infecciones intestinales. También explica la acelerada disminución de las tasas de mortalidad a partir del año 2003 la disminución de las muertes por influenza y neumonía e inflamaciones del sistema nervioso central. A manera de ejemplo, en el año 1998 morían 677 niños menores de 4 años por deficiencias de nutrición y 1.467 por infecciones intestinales; en cambio, en el año 2009 murieron 163 niños menores de 4 años por deficiencias de nutrición y 436 por infecciones intestinales.
4. De las causas relacionadas con las muertes infantiles, la que no ha registrado mejoras después del año 2003 es la relacionada con las muertes por afecciones originadas en el período perinatal, principalmente en niños menores de 1 año (no es el caso en niños entre 1 y 4 años de edad)¹².
5. Las muertes por anomalías congénitas y por accidentes de todo tipo se han mantenido relativamente constantes en todos los años de la serie analizada, pero estos factores son difíciles de disminuir.
6. Hay una alta correlación negativa entre las tasas de mortalidad y la presencia de la MBA. En la medida en que está presente la MBA, las tasas de mortalidad registran una disminución.

Al analizar los resultados obtenidos, podemos notar que existe una disminución de las tasas de mortalidad infantil y de niños entre 1 y 4 años consecuente con lo que esperaríamos, dada la concepción de la MBA y sus estrategias. Observamos una disminución importante en la tasa de mortalidad por deficiencias de nutrición, que podríamos presumir es el resultado de la identificación de la desnutrición como uno de los principales problemas de salud una vez realizado el diagnóstico por parte del equipo médico y de las comunidades, así como también es el resultado de

¹² Entre las causas relacionadas con las muertes por afecciones originadas en el período perinatal se encuentran: feto y recién nacido afectado por factores maternos y por complicaciones del embarazo, del trabajo de parto y del alumbramiento (P00-P04); trastornos relacionados con la duración de la gestación y el crecimiento fetal (P05-P08); trastornos respiratorios y cardiovasculares específicos del período perinatal (P20-P29); infecciones específicas del período perinatal (P35-P39); trastornos hemorrágicos y hematológicos del feto y del recién nacido (P50-P61); trastornos del sistema digestivo del feto y del recién nacido (P75-P78); enterocolitis necrotizante del feto y del recién nacido (P77), entre otras (MPPS, varios años).

las intervenciones relacionadas no solo con la educación y promoción de mejores hábitos alimenticios, sino con la incorporación de las Casas de Alimentación y posteriormente las misiones relacionadas con la distribución de alimentos a precios subsidiados, así como el suministro de polivitamínicos a través de la MBA como parte de la lista de medicamentos esenciales suministrados en los consultorios populares.

Se trata de intervenciones sobre los determinantes del problema de la salud y no solo sobre las enfermedades o síntomas, tal como lo mencionábamos en la evaluación conceptual, siendo sus resultados los registrados en la disminución de las tasas.

Los niveles de nutrición, a su vez, son determinantes y por lo tanto inciden sobre los niveles de mortalidad de otras enfermedades. Por ejemplo, ante un rotavirus, la probabilidad de deshidratación y mortalidad de un niño es mayor cuando sus niveles de nutrición no son los adecuados. Esta situación de mejores niveles de nutrición, sumada a los mejores niveles de educación de las familias, a la identificación de condiciones deficientes en cuanto a saneamiento e higiene en los hogares y comunidades y la posterior intervención sobre estos determinantes a través de la coordinación de la MBA con otros sectores, el inicio de la Misión Robinson dentro de los propios consultorios como parte de la MBA, así como la atención oportuna debida principalmente a la disminución de la exclusión geográfica por la ubicación de los consultorios populares dentro del barrio y por la atención las 24 horas, pueden estar explicando la disminución de las tasas de mortalidad infantil y de 1 a 4 años.

Es de esperar que las muertes relacionadas con las anomalías congénitas muestren tasas que permanecen relativamente constantes; particularmente es de esperar que no haya un cambio luego de la introducción de la MBA, puesto que se trata de enfermedades determinadas principalmente por factores biológicos poco prevenibles.

Por su parte, las muertes relacionadas con las afecciones originadas en el período perinatal están relacionadas principalmente con la atención en el momento del parto, es decir, con la atención en los establecimientos de salud y de posibles complicaciones del parto. Si bien hay un componente importante relacionado con la atención en el embarazo, es necesario realizar un análisis más detallado para

identificar cuáles son las causas que están incidiendo sobre estas muertes, de manera de diseñar estrategias que permitan su disminución. Como mencionábamos anteriormente, las muertes por afecciones en el período perinatal corresponden a más de 60% de la muerte de niños menores de 1 año en 2009 y es la que está incidiendo principalmente sobre los niveles de la tasa de mortalidad infantil. Por lo tanto, al controlar y disminuir estas muertes, las cuales son prevenibles en un alto porcentaje, se estaría garantizando una disminución más que importante sobre las tasas de mortalidad infantil en Venezuela.

Otra tasa de mortalidad que debe ser sometida a un estudio para identificar sus causas e intervenir en consecuencia, es la relacionada con los accidentes de todo tipo, la cual, para el año 2009 y, particularmente, en niños de 1 a 4 años de edad, representaba 24,83% de las muertes de ese grupo etario.

Las muertes por enfermedades prevenibles mediante intervenciones sobre los determinantes sociales de salud y mediante una atención oportuna a través de la eliminación de la exclusión geográfica y económica (específicamente las relacionadas con deficiencias de nutrición, infecciones intestinales, influenza y neumonía e inflamaciones del sistema nervioso central), pasaron de ser las primeras causas de muertes de niños menores de 4 años en Venezuela en 2003 a ser las cuarta, quinta y sexta causas de muertes en 2009, quedando como primeras causas las enfermedades, como las anomalías congénitas, los accidentes de todo tipo y las afecciones originadas en el período perinatal. Estas últimas tres causas de muertes están explicando 68,48% de la tasa de mortalidad infantil en el año 2009 y entre las anomalías congénitas y los accidentes de todo tipo explican 38,7% de las muertes de niños entre 1 y 4 años que, al sumarle las muertes por cáncer, asciende a 46,62% de las muertes de este grupo etario en el año 2009.

En otras palabras, resaltamos el hecho de la disminución importante de muertes por causas prevenibles mediante intervenciones sobre los determinantes sociales de la salud, aunque estas estén fuera de la competencia del sector salud, las cuales ya no son las que más peso tienen sobre las muertes en menores de 4 años, siendo esto coherente con la concepción de salud que soporta la MBA y la estrategia de la atención primaria en salud. Asimismo, también alertamos sobre la necesidad de identificar las causas de las muertes por afecciones originadas en el período perinatal y accidentes de todo tipo para intervenir en pro de su disminución, lo cual garantizaría contar en Venezuela con tasas de mortalidad infantil considerablemente más bajas.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

La MBA muestra una coherencia externa e interna en lo que a diseño de las políticas, estrategias y acciones se refiere; está orientada a resolver el problema público correcto a través de la intervención sobre sus determinantes y no solo se limita a atender de manera puntual los síntomas del problema, en nuestro caso, las enfermedades cuando ya se hayan manifestado. La estrategia de la Atención Primaria en Salud, desde el punto de vista conceptual, es una garantía de orientar las acciones sobre los determinantes pero especialmente resaltando la participación organizada y activa de las comunidades, entendidas como sujetos de la política y no solo como beneficiarios de la política. El cambio de paradigma del actuar de los médicos integrales de salud, quienes no solo esperan a los “pacientes” cuando asisten a las consultas, sino que se dirigen a los hogares y comunidades para identificar y diagnosticar los problemas de salud y promover acciones con las comunidades para intervenir sobre ellos, es lo que caracteriza la concepción original de la MBA, la cual no es medicalizada ni asistencialista, sino más bien la salud es vista como manifestación de las condiciones sociales estructurales de las comunidades, que solo pueden ser resueltas con el concurso de otros sectores además del de salud y con la participación activa de las comunidades.

Los resultados y las mediciones realizadas nos muestran un cambio importante en las condiciones de salud de la población a partir de la implementación de la MBA, medidas con indicadores como son las tasas de mortalidad infantil, neonatal, posneonatal y de 1 a 4 años. Sus tendencias negativas son mayores después del año 2003 al compararlas con las del período 1999-2002, a excepción de las muertes infantiles por afecciones originadas en el período perinatal¹³. Igualmente, el análisis de correlación nos indica una fuerte asociación entre el comportamiento de las tasas de mortalidad analizadas y la presencia de la MBA.

Quisiéramos resaltar la importancia y la necesidad de no desviar la concepción original de la MBA, la cual concibe a la salud como la manifestación de factores

¹³ Al respecto es importante mencionar que a partir del año 2009, específicamente el 24 de diciembre de 2009, se crea la Misión Niño Jesús, la cual está orientada a dar atención a las embarazadas, garantizar la atención oportuna del parto y los cuidados necesarios al niño recién nacido y la madre. En tal sentido, sería importante analizar el comportamiento de las muertes por afecciones originadas en el período perinatal después del año 2009, ya que como parte de esta Misión fueron creadas 7 maternidades y 17 casas de abrigo para la mujer embarazada (MPPS, 2011).

sociales y biológicos, que requiere la intervención sobre los determinantes sociales estructurales, simultáneamente con acciones de atención en salud, siendo la atención primaria en salud la estrategia fundamental de la misión y, por lo tanto, la participación activa y organizada de las comunidades la garantía del logro de los objetivos en salud. Adicionalmente, la viabilidad de la MBA implica necesariamente la formación de los médicos integrales generales, quienes están formados con un nuevo paradigma de la salud requerido para el trabajo en la comunidad y con las comunidades, es decir, dentro del barrio.

Seguir con esta concepción e intervenciones en salud, así entendidas, requiere esfuerzos para mantener la coordinación entre los distintos sectores que concurren en la solución de los problemas sociales, así como avanzar en la consolidación de un Sistema Público Nacional de Salud y, por lo tanto, la institucionalización ordenada de la MBA mediante la conformación de redes de prestación de servicios en la que la atención primaria de la salud no sea vista exclusivamente como una prestación del servicio en el primer nivel de atención, sino como una estrategia de política de salud.

Resaltamos que la importancia de la MBA no es solo el haber llevado la atención de salud adentro del barrio, ni haber acercado la prestación del servicio a la comunidad, ni ofrecer una atención las 24 horas, o suministrar medicamentos, ni mucho menos haber construido establecimientos de salud, todas estas acciones conforman el marco de una gran estrategia que es la atención primaria en salud. Es decir, los resultados de la MBA no se deben solo a las actividades de atención en salud; sus resultados están explicados por la concepción que de la salud se tiene y la incorporación de la APS como estrategia fundamental para alcanzar los objetivos, siendo los elementos principales la coordinación con otros sectores para intervenir sobre los determinantes sociales de la salud y la participación organizada y activa de las comunidades como sujetos de la política y no solo beneficiarios receptores de atención, elementos que siendo estructurales y determinantes de la salud permiten la inclusión social de grupos de la población mediante el ofrecimiento de igualdad de oportunidades sociales para las comunidades excluidas.

Entre los resultados estructurales más importantes de la MBA, tal como fue originalmente concebida, a pesar de que no ha sido objeto de medición en este trabajo, destaca la organización y participación activa de las comunidades y la conformación de los Comités de Salud como garantía de la viabilidad de la MBA.

De acuerdo con cifras del Banco Central de Venezuela (2011), tres de cada 100 personas mayores a 18 años participaba en los consejos comunales y 0,2% en los comités de salud.

Como recomendación de política es importante no perder de vista la concepción original de la MBA basada en la APS como estrategia, y no medicalizar la misión, centrándose solo en la atención y en la construcción de establecimientos de salud y la dotación de equipos de alta tecnología sin incorporar a las comunidades, sin la presencia de médicos formados para trabajar en las comunidades, entendiendo la salud como una manifestación de otros factores sociales y sin intervenir de manera coordinada con otros sectores.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUILAR V., L. (1996). "Problemas públicos y agenda de Gobierno". México, D.F.: Ed. Miguel Ángel Porrúa, pp. 181-196.

ALAYÓN, R. (2005). Barrio Adentro: combatir la exclusión profundizando la democracia. *Revista Venezolana de Economía y Ciencias Sociales*, vol. 11, n° 3, Caracas.

ALVARADO, et al. (2008). "Cambio social y política de salud en Venezuela". *Medicina Social*, vol. 3, n° 113-129.

ASAMBLEA NACIONAL (2012). "Presidente Chávez encabeza acto de graduación de médicos integrales comunitarios" consultado en http://www.asambleanacional.gob.ve/index.php?option=com_content&view=article&id=38307%3Apresidente-chavez-encabeza-acto-de-graduacion-de-medicos-integrales-comunitarios&catid=1%3Alatest-news&Itemid=246&lang=es, el 26-10-2012.

BANCO CENTRAL DE VENEZUELA (2011). "Las misiones y programas sociales del Gobierno a través de la IV Encuesta Nacional de Presupuestos Familiares y de otras fuentes". Consultado en <http://www.bcv.org.ve/epf0809/epf.html?id=359> el 26-10-2012.

BANCO CENTRAL DE VENEZUELA (2007). "III Encuesta Nacional de Presupuestos Familiares. Principales resultados. Consultado en <http://www.bcv.org.ve/epf0809/epf.html?id=359> el 26-10-2012.

CURCIO P. (2007). Metodología para la evaluación de políticas públicas de salud. *Politeia*, vol. 30, n° 38.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (2012). Indicadores básicos de salud, 1990-2011 consultado en http://www.ine.gov.ve/documentos/Social/Salud/pdf/Indicadores_Basicos_Salud.pdf el 26-10-2012.

MAGALLANES, R. (2005). La igualdad en la República Bolivariana de Venezuela (1999-2004). *Revista Venezolana de Economía y Ciencias Sociales*, 11:71-99.

MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA SALUD (Varios años). *Anuario de Mortalidad*. Varios años. Caracas, Venezuela.

MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA SALUD (2011). “Gobierno Bolivariano anuncia avances en la Misión Niño Jesús”. Consultado en http://www.mpps.gob.ve/index.php?option=com_content&view=article&id=816:gobierno-bolivariano-anuncia-avances-en-la-mision-nino-jesus&catid=1:ultimas-noticias&Itemid=18, el 27-10-2012.

MUNTANER C., et al. (2008). “Barrio Adentro” en Venezuela: democracia participativa, cooperación Sur-Sur y salud para todos”. *Medicina Social*, vol. 3, n° 4, noviembre, pp. 306-322.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, UNICEF (1978). Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud: Alma Ata, URSS. Consultado en: http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, OPS (2006). *Barrio Adentro: derecho a la salud e inclusión social en Venezuela*. OPS/OMS para Venezuela.

QUIÑONES, R. (2011). “Opinión pública y política de salud en Venezuela: 2003-2007”. Trabajo de Grado, Universidad Simón Bolívar, Venezuela.

WEISS, C. (1998). “Evaluation: Methods for studying programs and policies”. Upper Saddle River, New Jersey: Prentice Hall.