



Espacios Públicos

ISSN: 1665-8140

revista.espacios.publicos@gmail.com

Universidad Autónoma del Estado de

México

México

Rincón González, Sorayda; Mujica Chirinos, Norbis
Evaluación desde la perspectiva de los beneficiarios del impacto del Programa Barrio Adentro II en el
estado Zulia
Espacios Públicos, vol. 17, núm. 41, septiembre-diciembre, 2014, pp. 135-155
Universidad Autónoma del Estado de México
Toluca, México

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67635359007>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Evaluación desde la perspectiva de los beneficiarios del impacto del Programa Barrio Adentro II en el estado Zulia

An assessment of the impact of the Barrio Adentro II Program in the Zulia State from the perspective of the program's beneficiaries

Fecha de recepción: 21 de julio de 2014
Fecha de aprobación: 30 de octubre de 2014

*Sorayda Rincón González**
*Norbis Mujica Chirinos**

RESUMEN

El objetivo del trabajo es evaluar, desde la perspectiva de los beneficiarios, el impacto del Programa Barrio Adentro II en el Estado Zulia en el periodo 2010-2013. Metodológicamente, se realizó un estudio de tipo descriptivo, exploratorio, con un diseño no experimental, transeccional y de campo. Se elaboró un cuestionario para ser aplicado en las comunidades La Pastora, 18 de Octubre y Casigua El Cubo del estado Zulia. Los resultados indican un impacto moderado en el área de salud preventiva y curativa que no cambia la incidencia de las enfermedades prevenibles; en el área económica el impacto es leve, ya que después de la implementación de los Centros de Diagnósticos Integral ha existido una disminución en el dinero invertido en salud, pero el ahorro es bastante pequeño; y en el área social-organizacional el impacto es nulo, pues la comunidad no participa ni en los comités de salud ni de las actividades que desarrolla la Misión.

PALABRAS CLAVE: evaluación, perspectiva de los beneficiarios, impacto, programa social, Barrio Adentro.

ABSTRACT

The objective is to assess, from the perspective of the beneficiaries, the impact of the Barrio Adentro II Program in the state of Zulia during the 2010 – 2013 period. In methodological terms, we conducted a descriptive, exploratory research with a non-experimental, multidisciplinary and practical framework. This research relied on the data from the results of surveys that were answered by the members of the communities of La Pastora, 18 de Octubre, Casigua and El Cubo in the state of Zulia. The results indicate that there was a moderate impact in the area, specifically in health prevention and medical treatment, although it didn't halt the spreading of preventable diseases; in the economic area the impact of the program was mild after the actions of the Centers for Integral Diagnostics, due to the fact that the allocation for resources that were invested in health were downsized and the savings of the citizens was not that significant; meanwhile in the social organization area the impact of the program was inexistent, because the community does not participate in health committees nor in the activities that are led by La Mision.

KEY WORDS: assessment, beneficiaries, impact, social program, Barrio Adentro.

* Universidad del Zulia, Venezuela. Correo-e de contacto: sorarincon@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

Las misiones sociales iniciadas en el 2003 por el presidente Hugo Chávez Frías en Venezuela, se convirtieron en una nueva forma de implementar las políticas sociales que, si bien resultaron novedosas, prácticas y útiles en ese momento, han mostrado, a medida que han pasado los años, graves signos de ineficiencia relacionados con su diseño, información, seguimiento y evaluación.

Es en la deficiencia de su evaluación que creemos reside uno de los principales problemas de todas las misiones. La alta dificultad en conseguir registros administrativos y financieros básicos y confiables para el seguimiento o la evaluación de las mismas, ha traído como consecuencia que en muchas de ellas se presenten problemas de ineficiencia, burocracia y corrupción, lo que hace que a pesar de las grandes inversiones de dinero que han representado para el Estado, no solucionen los problemas para las que fueron creadas. Asimismo, a medida que crece la conflictividad social y política en Venezuela, el acceso a la información sobre salud, y específicamente a la evolución reciente de sus principales indicadores ha llegado a considerarse confidencial.

En el caso de la Misión que nos ocupa en esta investigación, Barrio Adentro, estudios recientes elaborados por Aponte (2008) muestran el grado de deterioro que presenta y se hacen evidentes en una parte importante de los consultorios populares y módulos de atención, pues el entusiasmo comunitario y médico inicial parece haber disminuido, determinando –por ejemplo– el establecimiento de horarios más

formales y delimitados de funcionamiento y el acceso de la población sólo por razones de emergencia, en tanto que las consultas preventivas se realizan predominantemente en la red tradicional de salud.

Como consecuencia, desde fines del 2006, citando a Díaz (2008), se han ido desactivando una porción importante y creciente de los puntos de consulta de Barrio Adentro y esto genera una interrogante sobre el futuro de lo que se perfiló como un interesante ensayo para la promoción de una estrategia gradual de prevención en salud.

Es partiendo de esta realidad que este trabajo tiene por objetivo desarrollar una propuesta para evaluar, desde la perspectiva del beneficiario, el impacto de la Misión Barrio Adentro II. Más que como una evaluación formal del impacto, como un ejercicio práctico, que incorpora la opinión del beneficiario sobre los cambios que esa misión ha logrado en áreas que pretendía cambiar, a saber: el área de medicina curativa y preventiva, el área económica y el área social-organizacional. Aunque no se quiere afirmar que la presente investigación es una evaluación de impacto formal, aspiramos que sirva para contrastar resultados con otras evaluaciones realizadas y que, además, abra un abanico de posibilidades para que otras propuestas, menos ortodoxas, vislumbren nuevos horizontes que permitan el conocimiento de la gestión e impacto de las misiones sociales implementadas en Venezuela.

En relación con la segunda etapa del programa Misión Barrio Adentro –o Barrio Adentro II–, la creación del mismo se orienta específicamente a la instalación de centros

de salud de alta tecnología, denominados Centros de Diagnóstico Integral (CDI), Salas de Rehabilitación Integral (SRI) y Centros de Alta Tecnología (CAT); en ellos se ofrecen a los usuarios atención especializada con equipos de última generación –a nivel de las tecnologías con que cuentan de las mejores clínicas privadas del país–, brindando un servicio gratuito de calidad y asistido por profesionales capacitados.

El CDI, donde se centra la investigación, es una institución de salud que cuenta con moderna y efectiva tecnología médica, que garantiza los medicamentos e insumos requeridos de forma gratuita y que cuenta con un personal de trabajo formado por médicos, enfermeros y técnicos que, de manera integral, brindan un servicio de calidad. Su objetivo principal es garantizar al paciente la asistencia médica y quirúrgica de urgencia durante las 24 horas, además de constituir el centro coordinador de los ambulatorio tipo I –primera fase de Barrio Adentro–. Los servicios incluyen terapia intensiva, apoyo vital, electrocardiograma con servicio de urgencia de cardiología, consultas, urgencias médicas, oftalmología clínica, laboratorio clínico, ultrasonido, endoscopia, Rayos x, análisis por Sistema Ultramicroanalítico y servicios de observación a pacientes. Uno de cada cuatro CDI cuenta con salón de operaciones para servicios de cirugía (FMBA, 2005).

En el aspecto metodológico, el estudio fue de tipo no experimental, descriptivo y exploratorio, con un diseño transaccional y de campo; se elaboró un cuestionario para ser aplicado a una población total de 4.164 jefes de familia, de la cual se seleccionó una muestra de 1.055 jefes de familias beneficiarias del programa Ba-

rrío Adentro II en la comunidades La Pastora, 18 de Octubre y Casigua del estado Zulia. El muestreo se hizo con reemplazo ya que cada uno de los entrevistados debían vivir en la comunidad antes de la construcción del Centro de Diagnóstico Integral (CDI), lo que aseguraba que podía opinar sobre un antes y un después de la implementación del Programa; asimismo, se realizó una prueba piloto, la cual permitió verificar la confiabilidad del instrumento y el cálculo del coeficiente de estabilidad, que arrojó un 0.93 de confiabilidad.

MISIONES SOCIALES: LA NUEVA POLÍTICA SOCIAL

A finales del 2002 y en el primer trimestre del 2003, siendo presidente Hugo Chávez, las misiones se convierten en el centro de lo que sería la política social del gobierno. Las mismas apuntan a tratar de resolver el problema de la exclusión, aunque para ese momento no se sabía a ciencia cierta qué eran en realidad, si programas permanentes o proyectos transitorios (Mújica y Rincón, 2006).

Las mismas surgen con el propósito de atender los principales problemas sociales de los sectores populares en las áreas de educación, salud, alimentación, empleo y vivienda; lo que las hace particular es su carácter político, masivo y de alineación con los objetivos de la Revolución Bolivariana. La instrumentación de las misiones sociales y su concepción imprimen cambios significativos en el estilo de atacar la pobreza, ya que están orientadas a restablecer los equilibrios sociales, incluir a los excluidos,

generar capacidades y garantizar las oportunidades de acceso y ejercicio de los derechos sociales (Maingón, 2006).

En relación con la política social en general, Maingón (2006) señala la existencia de aspectos críticos que estarían referidos: primero, la divergencia entre lo que se dice y lo que se hace; segundo, la coherencia entre medios y fines; y tercero, la viabilidad entre aspiraciones y sostenibilidad.

En cuanto a las misiones, es posible argumentar en su favor que las mismas constituyen una experiencia importante en América Latina; representan un esfuerzo de imaginación y una alternativa a las políticas sociales neoliberales. Su orientación es muy positiva en la búsqueda de la inclusión social y de una nueva institucionalidad anti-burocrática, constituyen un espacio para la construcción de ciudadanía y fortalecimiento del capital humano, además de estar contribuyendo a la participación y generación de poder ciudadano por medio de la constitución de organizaciones y redes sociales (Alvarado, 2004).

Sin embargo, existen también muchos argumentos que cuestionan las misiones; el primero, y más puntual, es que no dejan de ser programas asistenciales que funcionan de manera no coordinada, son efectistas y arbitrarios, toda vez que no están apuntando a las causas o raíces estructurales de la pobreza y de la exclusión social y carecen de sostenibilidad financiera. Además, poco se conoce de la efectividad de las mismas, así como de la ejecución de los recursos (Alvarado, 2004).

Las misiones sociales que han sido implementadas las podemos clasificar según Alvarado

(2004) en: Plan Especial de Seguridad Agroalimentaria (PESA): en el cual se desarrollan los Programas MERCAL-Mega mercados populares, PROAL; y las estrategias de inclusión social entre las que estarían: los planes para el fortalecimiento de la economía social e inclusión del campesinado (Cooperativismo: Plan Misión Zamora, Plan Sarao); los programas orientados a enfrentar la exclusión educativa (las misiones Robinsón, Ribas y Sucre); los programas orientados a enfrentar la exclusión económica-productiva (Misión Vuelvan Caras); los programas de atención primaria e inclusión en salud (Misión Barrio Adentro) y otras como la Misión Cristo, Guaicaipuro, Miranda, Piar, entre otros; estas últimas más puntuales y dirigidas a grupos objetivos muy específicos.

La Misión Barrio Adentro

La Misión Barrio Adentro es una de las más importantes implementadas por el gobierno del presidente Hugo Chávez Frías no sólo por lo importante que resulta el área de la salud, sino también por los objetivos que persigue y la forma en que ha sido implementada.

En este sentido, la misión Barrio Adentro es el eje integrador en el intento de desarrollar una política social no neoliberal, impulsada por el gobierno para promover la salud y la calidad de vida de la población. Esta nueva concepción de la política social se basa en las reformas realizadas en la constitución de 1999, en la cual se da énfasis a los instrumentos de la democracia directa, otorgándole a los ciudadanos oportunidades para que intervengan

en la gestión pública, con lo cual se refuerza la transferencia del poder de decisión de los ciudadanos sobre la gestión de los servicios públicos desde los distintos niveles de gobierno hacia las comunidades a través de la autogestión social.

Para Espinoza (2004), citado por D'Elia (2006), es en relación con esta nueva concepción que se redactan los objetivos del primer plan integral Barrio Adentro implementado en Caracas en 2002, nacido de un convenio de cooperación con el gobierno cubano para la asistencia primaria desde los mismos centros poblados (barrios) (Chávez, 2004; MINCI, 2004); el mismo tenía como objetivo general construir redes sociales orgánicas que influyeran en el posicionamiento comunitario de las instituciones del Estado, para elevar la calidad de vida de los habitantes de los barrios. Entre sus objetivos específicos destacan: estudiar socioeconómica y sociopolíticamente a los habitantes de las comunidades atendidas; crear los espacios para la construcción de redes de salud, educación, alimentación, deporte y recreación, economía social y cultura con la participación y corresponsabilidad de la comunidad; diseñar y ejecutar programas de atención social integral en las áreas de economía social, salud, cultura y educación; organizar las comunidades en torno a las diferentes áreas del plan; y construir nuevos espacios de la cosa pública que viabilicen la confluencia de las comunidades y las instituciones del Estado.

Según Espinoza (2004), citado por D'Elia (2006), en 2004, y después de pasar por varias etapas de expansión y aprendizaje en 2003, la Misión Barrio Adentro 1 (Atención Primaria de Salud) se convierte formalmente en un Pro-

grama Nacional, cuyo objetivo es la concreción de la atención primaria como prioritaria de la política de salud del Ministerio de Salud y Desarrollo social, para dar respuesta a las necesidades sociales de la población, especialmente la excluida.

Se encuentra sustentada en los principios de universalidad, gratuidad, integridad, equidad, integraciones sociales y solidarias, accesibilidad, transectorialidad, pertenencia cultural, participación, justicia y corresponsabilidad social, contemplados en los artículos 83, 84 y 85 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, donde la participación protagónica del pueblo cumple un papel fundamental, materializando así los artículos 62 y 70 referentes a la participación ciudadana.

Agrega Espinoza (2004), citado por D'Elia (2006), que los objetivos específicos que se plantean en 2003 para la misión son: participación de las organizaciones comunitarias; implantar un modelo de gestión participativo mediante la organización y participación de las comunidades, apoyadas en la contraloría social; ampliar la red de atención primaria mediante la construcción de los consultorios populares; educación y formación en medicina de primer nivel; control, seguimiento y normalización de las actividades de la misión.

En la Misión Barrio Adentro 1 se deben cumplir los principios relacionados a la participación ciudadana, ya que se requiere del trabajo de la comunidad, que es desarrollado a partir de la ayuda de líderes comunitarios formales e informales, entendidos los primeros como aquellos representantes legales de las asociaciones de vecinos o civiles, elegidos

a través del voto, y los informales como aquel grupo de personas que se sientan interesados y comprometidos en la solución de los problemas de su comunidad. Con su cooperación se logra dispensarizar la población según los grupos de riesgo que incluye sexo, edad, raza, antecedentes patológicos familiares y personales, enfermedades crónicas transmisibles y no transmisibles, discapacitados o deficientes y las condiciones socioeconómicas e higiénicas ambientales presentes en la comunidad.

Se busca promover un sentido de pertinencia del espacio local, elevando la conciencia que se tiene sobre los problemas de las comunidades y de las posibilidades que tienen éstas para superarlos con la cooperación solidaria. El avance hacia la participación de los municipios en la gestión del sistema sanitario y las bases fundamentales del funcionamiento a través de redes comunitarias, garantizará la oportuna y eficiente respuestas a la colectividad.

Indica Espinoza (2004; citado por D'Elia, 2006), que ya a finales de 2004 e inicios del 2005, se crea una estructura de coordinaciones regionales y municipales de Barrio Adentro con carácter permanente, nombrada por la Comisión Presidencial de Barrio Adentro y se adopta un esquema de conformación del Sistema Público de Salud y la puesta en práctica de Barrio Adentro II, que se encargará de la atención en especialidades, emergencias, diagnósticos y rehabilitación a través de la creación de las clínicas populares, los centros de diagnósticos integral (CDI), las salas de rehabilitación integral (SRI) y los centros de alta tecnología.

La atención sanitaria otorgada a través de Barrio Adentro I garantizaría la promoción de la

salud y la atención curativa en la mayoría de los casos, pero muchos pacientes requieren diagnósticos o procedimientos más complejos por lo que se planeó un segundo nivel de atención a través del programa Barrio Adentro II, inaugurando 600 establecimientos de atención secundaria llamados "Centros de Diagnóstico Integral" (CDI) (Muntaner *et al.*, 2008).

En 2006 ya funcionaban 300 CDI's; en cada uno de estos centros se ofrecían servicios, tales como: emergencia de 24 horas, pruebas de laboratorio paraclínicas, ultrasonido, endoscopia, rayos x, electrocardiografía y oftalmología. Además, cada centro tiene un promedio de tres camas de cuidado intensivo y uno de cada cuatro tiene un área quirúrgica para operaciones de emergencia. Los CDI's complementaron el programa de Clínicas Populares; se trataban de pequeños hospitales con capacidad para intervenciones quirúrgicas selectivas, atención maternal y pediátrica y una serie de especialidades médicas que no estaban presentes en los CDI (obstetricia, medicina interna, traumatología, oftalmología, cirugía general) (Muntaner *et al.*, 2008).

Barrio Adentro II incluye, además, los Centros de Alta Tecnología (CAT), que proporcionan exclusivamente servicios de apoyo para el diagnóstico como resonancias magnéticas nucleares, tomografías axiales computarizadas, ultrasonidos en dimensión, mamografías, densitometrías de hueso, endoscopia en videos y otros exámenes clínicos de laboratorio más complejos (Muntaner *et al.*, 2008).

Por último, Barrio Adentro II incluye un tercer tipo de establecimiento, las Salas de Rehabilitación Integral (SRI's), que operan en coordinación con los CDI's y tienen la intención

de dar atención a los discapacitados. Las salas proveen electroterapia, ultrasonido, terapia de láser, hidroterapia, fisioterapia para adultos y niños, terapia ocupacional y terapia de lenguaje. Adicionalmente, la participación comunitaria ha sido un elemento importante dentro del proceso de construcción, equipamiento y apertura de los varios tipos de establecimiento para Barrio Adentro II (Muntaner *et al.*, 2008).

EVALUACIÓN DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS BENEFICIARIOS: CONSIDERACIONES TEÓRICAS

La evaluación desde la perspectiva de los beneficiarios, también denominada participativa, busca valorar aspectos o problemas de los programas sociales relacionados con la planificación, ejecución y logro de resultados, desde la óptica de los beneficiarios, incorporando su participación como aspecto central.

Para Siempro (1999), esta herramienta incorpora la visión de las poblaciones beneficiarias en el proceso de análisis de las fortalezas y debilidades de los programas y de los impactos que generan en sus condiciones de vida.

La evaluación participativa persigue minimizar la distancia existente entre el evaluador y los beneficiarios directos. Las potencialidades de la participación son importantes en el éxito de un proyecto, tanto en el diseño como en su implementación, pues permite mejorar la consecución de los objetivos del mismo (Cohen y Franco, 1988).

En los proyectos sociales, la participación de los beneficiarios directos es todavía más importante, pues supone relaciones horizontales

con los usuarios para viabilizar procesos de ajustes permanentes entre las metas y las formas previstas para alcanzarlas. Requiere, además, el fortalecimiento de la capacidad de gestión a nivel local. La comunidad debe, no sólo percibir el problema, sino también tener la capacidad para transformar su realidad (Cohen, 1994).

La transformación de la realidad local pasa, necesariamente, porque surja un tipo de compromiso social para que los proyectos se realicen a través de elementos como la solidaridad, la confianza, la cooperación voluntaria, el sentido del deber ser y la responsabilidad compartida.

La aplicación de evaluaciones participativas ha permitido que los beneficiarios directos incorporen la noción de sustentabilidad a los proyectos sociales, la cual está asociada a la formación y desarrollo de capacidades para la auto organización entre los destinatarios o la comunidad. Asimismo, genera información y facilita la toma de decisiones sobre aspectos relacionados con la adecuación entre el programa y las necesidades de la población, los efectos que el programa tiene sobre las condiciones de vida de los beneficiarios, los niveles, grados y características de la participación de los beneficiarios en el programa, el logro de los resultados, el impacto generado y los principales problemas, prioridades y demandas identificadas desde la percepción de los beneficiarios (Siempro, 1999).

Sobre la evaluación de impacto

El impacto es el grado en que un proyecto social logra modificar o solucionar el problema para el cual fue creado. También, puede afirmarse que

tendrá que ser medido en función de su contribución a la solución del problema en su conjunto (Castro y Chávez, 1994).

Por otra parte, el impacto puede definirse como el resultado de los efectos de un proyecto; pueden ser de dos tipos: los resultados brutos, que son los cambios producidos en la población objetivo después de la implementación de un proyecto durante un tiempo lo suficientemente largo como para que dichas modificaciones puedan ser observables; y los resultados netos, que serían las alteraciones o efectos en la población objetivo atribuibles exclusivamente al proyecto. El resultado neto es equivalente al impacto.

Para Aedo (2005), el impacto centra su análisis en los beneficios de mediano y largo plazo obtenidos por la población beneficiaria del programa, es decir, son de su interés los beneficios que no desaparecen si se deja de participar en el mismo. En tal sentido, el foco temporal de los beneficios se homologa al análisis de los resultados finales. De esta manera, explica, que la estimación del impacto sobre un participante, intenta establecer la diferencia entre la situación que presenta un individuo después de haber participado en el programa, versus la situación en que se encontraría si no hubiese sido beneficiario.

El Banco Mundial (2003) define el impacto como los cambios en el bienestar de las personas que pueden atribuirse a un proyecto, programa o política particular. Los efectos, o resultados generados por las intervenciones públicas, pueden ser de corto, mediano y largo plazo. Estos últimos son denominados impactos; están relacionados con objetivos de política y sus efectos directos en los beneficiarios, asociados a cambios en el comportamiento de las personas.

De esta manera, el impacto es entendido como la consecuencia de los efectos de un proyecto; expresa el grado de cumplimiento de los objetivos respecto a la población beneficiaria. Puede ser medido en distintas unidades de análisis: la del individuo o grupo familiar o en los distintos niveles: comunitario, nacional y regional.

Es a partir de estas definiciones, y para efecto de esta investigación, que se define el impacto como los cambios o modificaciones que ha producido un programa o proyecto social en la población beneficiaria, impacto éste que puede ser tanto positivo como negativo. Los impactos positivos son todos los cambios que representan una mejora en las condiciones de vida de los beneficiarios, y los negativos son aquellos cambios no deseados que, por el contrario, la deterioran, son opuestos a los objetivos del programa o proyecto social y van en contra de los valores de la sociedad (Navarro, 2005).

La evaluación de impacto de un proyecto social, según Castro y Chávez (1994), es un proceso de identificación, análisis y explicación de los cambios o modificaciones que se hayan producido en las condiciones sociales de la población objetivo del proyecto o programa social y en su contexto como consecuencia de la aplicación del mismo.

Tiene como propósito determinar si un programa produjo los efectos deseados en las personas, hogares e instituciones a los cuales éste se aplica, obtener una estimación cuantitativa de estos beneficios y evaluar si ellos son o no atribuibles a la intervención del programa (Aedo, 2005).

Las evaluaciones de impacto son un tipo particular de evaluación sumativa que intenta responder a preguntas sobre causa y efecto. A

diferencia de las evaluaciones generales, que pueden responder a muchos tipos de preguntas, las evaluaciones de impacto se preocupan por saber cuál es el impacto (o efecto causal) de un programa sobre un resultado de interés. Sólo interesa el impacto del programa: el efecto directo que tiene en los resultados. Una evaluación de impacto analiza los cambios en el resultado directamente atribuibles al programa (Gertler *et al.*, 2011).

El Banco Mundial (2003) la define como la medición de los cambios en el bienestar de los individuos que pueden ser atribuidos a un programa o a una política específica. Su propósito es determinar la efectividad de las políticas, programas o proyectos ejecutados; se puede utilizar para determinar hasta qué punto los resultados planificados fueron producidos o logrados, así como para mejorar otros proyectos o programas en ejecución o futuros.

Según Valdés (1998), existe cierta confusión o anarquía epistemológica respecto a la conceptualización de la evaluación de impacto ya que, en general, las definiciones no son coincidentes y apuntan a horizontes metodológicos distintos. Para este autor, la evaluación de impacto no busca determinar el nivel de logro de los objetivos propuestos por un determinado proyecto, con lo que se diferencia de la evaluación ex-post. En algunos casos, los ignora expresamente, dándole mayor importancia a efectos que no necesariamente se deducen de éstos.

Los modelos tradicionales para evaluar el impacto

La revisión de la literatura sobre el tema permite definir tres modelos básicos para realizar la

evaluación de impacto, también referidos por algunos autores como diseños de la evaluación de impacto. Para los fines de este trabajo, y tomando en cuenta SIEMPRO (1999), Cohen y Franco (1988) y Banco Mundial (2003), los modelos son tres: los experimentales, los cuasi-experimentales y los no experimentales.

Estos modelos tienen características comunes importantes, como son: primero, que los efectos netos constituye el propósito central de la evaluación; segundo, la evaluación es concebida, en todos ellos, como un proceso sumamente complejo, si se pretende obtener resultados concluyentes; y tercero, que todos suponen la identificación de una línea-base, que está referida a las principales características de la población-objetivo antes de instrumentarse el programa, en relación con las variables e indicadores que aspira cambiar. Esa línea base servirá para la comparación con la situación de la población después de haberse instrumentado el programa (Aponte, 2005).

Sin embargo, los tres presentan también diferencias importantes. En los modelos experimentales, se crean grupos de tratamiento y de control comparables, que son estadísticamente equivalentes entre sí, a condición que las muestras sean de tamaño adecuado, distribuyéndose aleatoriamente la intervención entre beneficiarios calificados, lo que garantiza que los grupos sean comparables. Implica la conformación de dos poblaciones, una de las cuales recibe el estímulo, denominada grupo o población experimental, y otra que no es sometida a ese tratamiento, llamada grupo de control (Baker, 2000; Cohen y Franco, 1988).

Este diseño es considerado el más sólido y confiable, ya que la selección de los bene-

ficiarios se realiza de manera aleatoria; así, al seleccionar los grupos de tratamiento y de control, se garantiza que la diferencia entre éstos se deba sólo al hecho de participar o no en el programa que se evalúa, controlando así otras variables independientes que estén asociadas con la variable de impacto y la participación del programa (Navarro, 2005).

A los fines de la evaluación del impacto de programas sociales, a pesar de que los modelos experimentales son los más confiables y válidos, existen serias restricciones que dificultan la aplicación de los mismos, ya que requieren contar con la información de la línea-base antes de la ejecución del programa, además de que deben contar con un grupo control para las comparaciones con el grupo beneficiario/participante en el programa. Esa comparación permite determinar los efectos propios atribuibles al programa, ya que ese grupo se escoge aleatoriamente antes de iniciarse el mismo, con miras a que la única diferencia –observable o no– de los grupos a comparar, sea la de su acceso al programa que se evalúa, antes y después de su ejecución (Aponte, 2005).

Es precisamente la escogencia del grupo de control lo que genera uno de los problemas más discutidos en este tipo de diseño: ¿es moralmente aceptable restringir la participación de las personas a un programa social, a pesar de que cumplen con todas las condiciones de acceso?; por ejemplo, en caso de un programa de salud, impedir el acceso como beneficiarios del programa podría poner en peligro a esas personas (Navarro, 2005).

Existen también en la implementación de este tipo de evaluación problemas de carácter político, ya que es muy difícil para los decisores

negar los beneficios del programa o proyecto a un grupo de la población, lo que podría acarrear una pérdida en la aceptación de la gestión (Cohen y Franco, 1988).

Los modelos cuasi-experimentales se diferencian de los experimentales, en que no seleccionan aleatoriamente los grupos de beneficiarios y no beneficiarios, es decir, al programa pueden ingresar cualquier individuo interesado que cumpla con los criterios de elección y localización, o sea, que el ingreso depende de la decisión de los evaluadores y no de un mecanismo aleatorio de escogencia (Navarro, 2005). La selección de los grupos de comparación en este modelo se realiza usando metodologías econométricas, que incluyen métodos de pareo, de doble diferencia, de variables instrumentales y comparaciones reflexivas (Baker, 2000).

A pesar de que estos diseños son más rápidos y menos costosos en implementar hay muchos factores que pueden afectar la confiabilidad de los resultados, ya que la metodología es menos sólida estadísticamente y conlleva un problema de sesgo de selección (Baker, 2000).

Respecto a los modelos no experimentales, se diferencian de los ya mencionados en que no construyen un grupo de control o de comparación para contrastar los cambios en el grupo de tratamiento. En estos diseños, los beneficiarios se comparan con un grupo conformado por no participantes que pueden cumplir o no con los criterios de selección del programa (Banco Mundial, 2003).

Estos modelos utilizan algunas alternativas metodológicas para descartar los efectos exteriores no atribuibles al programa o proyecto, entre ellas se destacan, en primer término, el

modelo antes-después, que trabaja con un solo grupo constituido por la población objetivo, a la cual se le realiza una medición antes de la puesta en práctica del proyecto para comparar esos resultados con las mediciones que se realizarán después de finalizado; en segundo lugar, el modelo después con grupo de comparación, utilizado cuando resulta imposible obtener mediciones antes de la aplicación del proyecto, pues se decide evaluar los impactos cuando ya está en marcha; en este caso, se compara el grupo medido después con un grupo al que no se le ha aplicado el programa; y por último, el modelo sólo después, el cual considera únicamente un grupo que sería la población objetivo del programa al cual se le realizaría una sola medición después de la aplicación del mismo; estos datos se comparan con una reconstrucción, por parte del evaluador, de la situación que existía antes del comienzo del mismo, con base en la información a la que se tenga acceso (Cohen y Franco, 1988).

Evaluando el impacto a través de la perspectiva del beneficiario

En el punto anterior, se analizaron los modelos más importantes utilizados para medir el impacto y sus problemas. A este respecto, Aponte (2005) afirma que muchos programas nacen sin evaluación ex-ante (requisito indispensable para la aplicación del modelo experimental) y sin información sobre la línea-base (lo que representa un problema aún para un modelo no experimental). Ante este tipo de hechos, la evaluación de impacto ha intentado concebirse con una mayor flexibilidad y amplitud para

crear alternativas “válidas” y más viables en el corto plazo. En este sentido, la implementación del programa Barrio Adentro se realiza sin un levantamiento estadístico sobre la situación de la salud en las poblaciones beneficiarias; se supone que esta situación es bastante precaria, pero la falta de una serie de datos estadísticos que permita levantar objetivamente la realidad antes de la implementación del programa, impide que se puedan realizar evaluaciones de impacto utilizando los modelos anteriores. Si a ello le sumamos el hermetismo con que los médicos cubanos (traídos a Venezuela según convenio con ese país) manejan los datos obtenidos por ellos y la falta de acceso a los registros de los mismos, si es que existen, hacen imposible cualquier evaluación de este tipo.

Es por ello que, buscando algunas alternativas válidas para medir el impacto del programa, es decir, para determinar los cambios o modificaciones en las condiciones de vida de la población objetivo, se recurre a la opinión de los beneficiarios. En este sentido, Castro y Chaves (1994) señalan que la participación de los actores directamente involucrados en los proyectos es una premisa inherente en el logro de máximos niveles de confiabilidad de la evaluación. Los datos recogidos directamente de la población objetivo sobre los cambios que ellos han visualizado en sus condiciones de vida, podría ser un primer acercamiento de una evaluación desde la perspectiva de los beneficiarios del impacto en este programa.

No se quiere con esto señalar que se está frente a una evaluación de impacto clásica; es un ejercicio técnico, metodológico, de carácter exploratorio, es más bien un acercamiento a una propuesta de evaluar desde el mismo participante

o beneficiario los cambios o modificaciones que él considera ha tenido el programa en las áreas que se supone debe impactar. Según Aponte (2005), la preocupación por el impacto –que es por demás relevante y válida– no va a producir evaluaciones exhaustivas por milagro. La visión de la evaluación, o del estudio de los efectos de un programa como un proceso flexible, abierto y adaptativo, permite concebir productos graduales, que pueden generar, en el futuro, evaluaciones exhaustivas exitosas sobre el impacto de determinados programas. Es por ello que se realiza un constructo a partir de los dos conceptos involucrados: evaluación desde la perspectiva del beneficiario y evaluación de impacto, dando como resultado evaluación desde la perspectiva del beneficiario del impacto, definido como la evaluación que incorpora a la población beneficiaria como sujeto consciente, que opina sobre los cambios o modificaciones que ha generado el programa en ellos y en su comunidad. Para Baker (2000), el diseño de cada evaluación del impacto será único y dependerá de factores como el tipo de datos disponibles, la capacidad local y aspectos presupuestarios y de secuencia cronológica.

Así, se estudian los cambios y modificaciones que el programa ha tenido en los beneficiarios en tres áreas que se consideran importantes en relación con los objetivos del Programa Barrio Adentro II, a saber: El área de salud preventiva y curativa, el área económica y el área social-organizacional, identificando una serie de indicadores para cada una de estas áreas que están relacionados con las actividades que este programa desarrolla. Es de hacer notar que se creará una línea temporal en la cual al beneficiario se le preguntara sobre los cambios en estas áreas antes y después de la

implementación del programa, para lo cual los sujetos o beneficiarios que participan en la muestra a seleccionar deberán vivir en la comunidad desde antes de la inauguración del CDI.

Por lo tanto, se recoge la opinión de los beneficiarios sobre los cambios o modificaciones que en esas tres áreas han experimentado luego de la implementación del Programa Barrio Adentro II en su comunidad, dejando claro que en la mayoría de las comunidades este programa se viene implementando desde el 2006, y que para la fecha de esta investigación tiene entre seis y ocho años de ejecutado.

Los cambios o modificaciones en el área de la salud preventiva, aspecto fundamental para la Misión Barrio Adentro, es definida como aquella en la que todavía no se ejercen en el organismo ningún tipo de tratamiento o cura sino más bien cuidados previos que impedirían la enfermedad y mejorarían la calidad de vida. Así, la prevención en salud implica un conjunto de acciones y esfuerzos organizados de la comunidad para mantener y defender la salud de sus ciudadanos y esto involucra cumplir con las medidas sanitarias y de saneamiento.

Por otra parte, la salud curativa está referida a los esfuerzos sistemáticos que se realizan para el tratamiento de las enfermedades que ya están presentes en los individuos de una comunidad determinada, buscando curar y aliviar los síntomas, así como disminuir la tasa de mortalidad debido al padecimiento de esas enfermedades.

Los cambios o modificaciones en el área económica están referidos a las transformaciones generadas por el programa en el presupuesto de las familias de las comunidades

beneficiarias. El Programa Barrio Adentro pretende directamente disminuir los costos en materia de salud a través de servicios gratuitos relacionados con consultas, exámenes, terapias y atención odontológica a todos los que asistan al CDI, además de la entrega de los medicamentos para el tratamiento de las enfermedades.

Por último, se analizan los cambios o modificaciones en el área social-organizacional, eje fundamental de la Misión Barrio Adentro, definida como la capacidad que tiene la comunidad para organizarse y convertirse en el elemento que garantiza el funcionamiento y la sostenibilidad de la misión en cada comunidad.

En este sentido, la Constitución Nacional Venezolana consagra el derecho a la salud y el deber de todos los ciudadanos de participar, en forma activa, en su gestión de manera organizada y consciente; así, la Misión Barrio Adentro propicia, a través de la creación de comités de salud, la intervención y participación de líderes comunitarios en el diseño y control de la gestión en salud. En los consultorios y CDI's trabajan equipos conformados por médicos de familias de origen cubano, enfermeras, comité de salud y estudiantes de medicina comunitaria realizando actividades en pro de la salud preventiva y curativa de la comunidad.

Los comités de salud conformados por los médicos y la comunidad aseguran la participación activa de la misma, así como la organización de clubes específicos con grupos de personas que tienen en común la edad o la situación de la salud, por ejemplo, clubes de embarazadas, de adolescentes, de abuelos, así como otros más específicos para diabéticos, fumadores, asmáticos, hipertensos, etc.

Otras actividades de promoción de la salud, organizadas a través de la participación comunitaria, serían: charlas educativas sanitarias, bailo-terapias, planes de calles, jornadas de higienización y programas de radio y televisión local, entre otras.

Resultados de la investigación

Para la medición del impacto desde la perspectiva del beneficiario de la Misión Barrio adentro II, se construyó una escala para interpretar el tipo de impacto en relación con las repuestas que los beneficiarios dan a los indicadores o ítems relacionados con cada dimensión.

<i>Cuadro 1</i> ESCALA DEL IMPACTO DESDE LA PERSPECTIVA DEL BENEFICIARIO	
<i>Valor</i>	<i>Interpretación</i>
<i>Significativo</i>	Cuando entre 75-100% de los beneficiarios opina positivamente del programa después de su implementación.
<i>Moderado</i>	Cuando entre 40-75% de los beneficiarios opina positivamente del programa después de su implementación.
<i>Leve</i>	Cuando entre 5-40% de los beneficiarios opina positivamente del programa después de su implementación.
<i>Nulo</i>	Cuando entre 0-5% de los beneficiarios opina positivamente del programa después de su implementación.

Fuente: Rincón y Mujica (2014).

Dimensión: Cambios o modificaciones en el área de salud preventiva y curativa

Tabla 1

CAMPAÑAS DE VACUNACIÓN ANUALES				
Opciones	Antes		Después	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
0-1	522	49,47	372	35,26
2-4	412	39,05	475	45,02
5 o más	72	6,82	105	9,95
no contesta	49	4,64	103	9,76
TOTAL	1.055	100%	1.055	100%

Fuente: Rincón y Mujica (2014).

La tabla 1 muestra que la opinión de los beneficiarios, antes de la existencia del CDI, se inclina hacia la opción de 0-1, en primer lugar, y de 2-4 en segundo. En tanto que la opción de 2-4 pasa al primer lugar y la de 1-0 al segundo después de la existencia del CDI. Se evidencia así un aumento del número de campañas de vacunación en la apreciación de los beneficiarios.

Tabla 2

CONSULTAS DE NIÑOS SANOS				
Opciones	Antes		Después	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Semanal	28	2,65	37	3,51
Quincenal	52	4,93	70	6,64
Mensual	528	50,05	457	43,32
Anual	366	34,69	413	39,15
Nunca	67	6,35	53	5,02
no contesta	14	1,33	25	2,37
TOTAL	1.055	100%	1.055	100%

Fuente: Rincón y Mujica (2014).

En la tabla 2, referida a consulta de niños

sanos, la opinión de los beneficiarios, antes de la existencia del CDI, se inclina hacia una frecuencia mensual y anual, la primera mayor que la segunda, en tanto que después de entrar en funcionamiento el CDI, disminuye la mensual y aumenta la anual, indicador de la preferencia por consultas anuales.

Tabla 3

EXÁMENES GINECOLÓGICOS				
Opciones	Antes		Después	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Cada tres meses	53	5,02	82	7,77
Cada seis meses	177	16,78	258	24,45
Una vez al año	564	53,46	510	48,34
Cada tres años o +	202	19,15	130	12,32
Nunca	59	5,59	75	7,11
TOTAL	1.055	100%	1.055	100%

Fuente: Rincón y Mujica (2014).

Respecto a los exámenes ginecológicos, la tabla 3 muestra que la opinión de los beneficiarios se concentra en la frecuencia anual antes de la existencia del CDI, pero posterior a su funcionamiento, la frecuencia anual disminuye levemente en favor de un aumento similar de la opción “cada seis meses”, lo que indica la preocupación significativa de los beneficiarios por realizarse los controles ginecológicos con una frecuencia adecuada.

La tabla 4 muestra un cambio significativo en las consultas odontológicas, pues la mayor frecuencia antes del funcionamiento del CDI, “una vez al año”, disminuye en favor de “cada seis meses” después de la existente del mismo.

Tabla 4

CONSULTAS ODONTOLÓGICAS

<i>Opciones</i>	<i>Antes</i>		<i>Después</i>	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Venial mes	43	4,08	70	6,64
Cada tres meses	76	7,20	133	12,61
Cada seis meses	193	18,29	371	35,17
Venial año	574	54,41	346	32,80
Nunca	135	12,80	102	9,67
No contestó	34	3,22	33	3,13
TOTAL	1.055	100%	1.055	100%

Fuente: Rincón y Mujica (2014).

La tabla 5 destaca cómo antes del CDI, en opinión de los beneficiarios, las enfermedades prevenibles de mayor ocurrencia en la comunidad eran, en primer lugar, la hipertensión arterial, en segundo, la diabetes y en tercero, el dengue; después de entrar en funcionamiento el CDI, se evidencia una disminución poco significativa en las frecuencias de las enfermedades prevenibles referidas anteriormente, que continuaron siendo las de mayor porcentaje y en el mismo orden de ubicación porcentual. Sin embargo, hay que destacar que un alto porcentaje de beneficiarios no contestaron a la pregunta antes del CDI, aumentando significativamente la frecuencia después del CDI.

Tabla 5

ENFERMEDADES PREVENIBLES		
<i>Opciones</i>	<i>Antes</i>	<i>Después</i>

	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Diabetes	214	20,28	190	18,01
Hipertensión	259	24,55	224	21,23
Dengue	213	20,19	179	16,97
Hepatitis	84	7,96	72	6,82
Enfermedades transmisión sexual	26	2,46	12	1,14
Otras	63	5,97	52	4,93
No contestó	196	18,58	326	30,90
TOTAL	1.055	100%	1.055	100%

Fuente: Rincón y Mujica (2014).

Dimensión: cambios o modificaciones en el área económica

En la tabla 6 se observa cómo al preguntar a los beneficiarios sobre el dinero invertido en salud antes del CDI, los porcentajes mayores se ubican en las repuestas de 100 a 1.000 BsF mensuales,¹ como primera opción, “nada” como segunda y de 1.000 a 4.000 BsF como tercera, mientras que después de instalado CDI, el porcentaje mayor se ubicó en la alternativa “nada”, con un ligero aumento en la opción de 100-1.000 BsF mensuales y una pequeña disminución en la de 1.000 a 4.000 BsF. Se percibe que después de

¹ El Bolívar fuerte (BsF) es la unidad monetaria de la República Bolivariana de Venezuela que empezó su curso legal a partir del 1 de enero de 2008, por medio de una re conversión monetaria –aprobada el 6 de marzo de 2007 por el Banco Central de Venezuela y el Poder Ejecutivo de la República– tras alcanzar altos niveles de devaluación que marcó el tipo de cambio hasta Bs. 2.150,00 por dólar estadounidense. El ente emisor establecería un cambio de 2,15 bolívares fuertes por dólar, lo que supone dividir entre mil (correr tres ceros (000) a la izquierda) el bolívar que circulaba desde 1879. El bolívar (Bs.) se identificaba con el código ISO VEB, en tanto el Bolívar Fuerte (BsF) fue identificado con el nuevo código ISO VEF (BCV, 2007).

entrar en funcionamiento el CDI, la frecuencia de la opción “nada” aumenta moderadamente como respuesta de los beneficiarios, debido quizás a que la asistencia al mismo es gratuita. Sin embargo, los porcentajes de las frecuencias 100-1000 BsF aumentó y de 1000 a 4.000 BsF disminuyó de manera poco significativa, es decir, que una gran cantidad de beneficiarios, después de la implementación del CDI, sigue invirtiendo dinero en consultas y médicos privados. Incluso, sumando los porcentajes obtenemos que de los 1.055 beneficiarios entrevistados, 664 están pagando por los servicios de salud que obtienen.

Tabla 6

DINERO INVERTIDO EN SALUD

Opciones	Antes		Después	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
1000	317	30,05	334	31,66
1.000-4.000 BsF	254	24,08	248	23,51
4.000-9.000 BsF	181	17,16	65	6,16
9.000 BsF- más	27	2,56	17	1,61
Nada	268	25,40	363	34,41
No testó	8	0,76	28	2,65
TOTAL	1.055	100%	1.055	100%

Fuente: Rincón y Mujica (2014).

La tabla 7 da cuenta cómo, antes de la instalación del CDI, los mayores porcentajes del dinero gastado en consultas mensuales se ubicaron en las opciones 100-1.000 BsF y de 1.000 a 4.000 BsF en la misma proporción, mientras que la alternativa “nada” ocupó el tercer lugar con casi la mitad del porcentaje de las anteriores. Posterior al funcionamiento del CDI,

disminuyen levemente los porcentajes de respuestas en los rubros de 100-1.000 BsF y de 1.000-4.000, mientras aumenta, a casi la mitad porcentual, la opción “nada”, debido a que parte de los beneficiarios asisten a las consultas gratuitas del CDI. Sin embargo es significativo el número de beneficiarios (687) que después de la implementación del CDI siguen gastando dinero en consultas privadas.

Tabla 7

DINERO GASTADO EN CONSULTAS

Opciones	Antes		Después	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
100-1.000 BsF	323	30,62	250	23,70
1.000-4.000 BsF	318	30,14	266	25,21
4.000-9.000 BsF	156	14,79	137	12,99
9.000 BsF más	48	4,55	34	3,22
Nada	169	16,02	325	30,81
No testó	41	3,89	43	4,08
TOTAL	1.055	100%	1.055	100%

Fuente: Rincón y Mujica (2014).

Respecto al dinero mensual gastado en medicamentos por los beneficiarios, la tabla 8 muestra que el porcentaje mayor, antes de la instalación del CDI, se ubicó en la opción 1.000-4.000 BsF, seguido por 100-1.000 BsF –con muy poca diferencia entre ambas–, y luego la alternativa “nada”. Después de entrar en funcionamiento el CDI, disminuye el porcentaje de la opción 1.000-4.000 BsF y aumentan la de 100-1.000 BsF y la de “nada”, evidenciando un ahorro motivado por la distribución gratuita de medicamentos por parte del CDI. Sin embargo, este ahorro no parece significativo, ya que 639 beneficiarios

dicen seguir gastando dinero en medicamentos frente a 377 que dicen no gastar nada en medicamentos después del CDI.

Tabla 8

DINERO GASTADO EN MEDICAMENTOS

Opciones	Antes		Después	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
B\$B-1.000	324	30,71	366	34,69
B\$B0-4.000	350	33,18	222	21,04
B\$B00-9.000	90	8,53	38	3,60
B\$B00 más	25	2,37	13	1,23
Nada	263	24,93	377	35,73
No contestó	3	0,28	39	3,70
TOTAL	1.055	100%	1.055	100%

Fuente: Rincón y Mujica (2014).

Dimensión: cambios o modificaciones en el área social-organizacional

Tabla 9

FUNCIONAMIENTO DEL COMITÉ DE SALUD

Opciones	Antes		Después	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Si	122	11,56	405	38,39
No	926	87,77	620	58,77
No contestó	7	0,66	30	2,84
TOTAL	1.055	100%	1.055	100%

Fuente: Rincón y Mujica (2014).

En la tabla 9, respecto al funcionamiento del comité de salud –antes de la instalación del CDI–, se evidencia que el mayor porcentaje de los beneficiarios manifestaron “no” en las alternativas de respuesta. Posterior a la puesta en funcionamiento del CDI, el porcentaje de respuestas en el ítems “no” disminuye, aumentando la alternativa “sí”. Sin embargo, la alternativa “no”, en ambos casos –antes y después del CDI–,

ocupa más de la mitad porcentual de respuesta de los beneficiarios, expresando que el comité de salud no funciona.

En relación con la participación de la comunidad en el comité de salud, la tabla 10, señala que tanto antes como después de la creación del CDI, los porcentajes mayores se concentran en la opción “no”, lo que indica, sin lugar a dudas, que, en opinión de los beneficiarios, la mayoría de la comunidad no participa en dicho comité.

Tabla 10

PARTICIPACIÓN DE LA COMUNIDAD

EN COMITÉ DE SALUD

Opciones	Antes		Después	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Si	66	6,26	168	15,92
No	976	92,51	881	83,51
No contestó	13	1,23	6	0,57
TOTAL	1.055	100%	1.055	100%

Fuente: Rincón y Mujica (2014).

En la tabla 11, sobre la participación de la comunidad en actividades sobre salud (charlas educativas sanitarias, bailes-terapias, planes de calles, jornadas de higienización y programas de radio y televisión local, entre otras), se observa que, antes del funcionamiento del CDI –según los beneficiarios–, el más alto porcentaje se concentra en la opción “nunca”, mientras que la alternativa “siempre” ocupa el más bajo nivel. Después de la creación del CDI, el porcentaje de respuesta de la opción “nunca” disminuye muy poco, mientras que aumentan tímidamente las alternativas “pocas veces” y “siempre”. Es decir, tanto antes como después de la creación del CDI, la opción con mayor porcentaje de respuesta es “nunca”, por lo que se

asegura que la participación de la comunidad en estas actividades sigue siendo muy pobre.

Tabla 11

**PARTICIPACIÓN DE LA COMUNIDAD
EN ACTIVIDADES SOBRE SALUD**

<i>Opciones</i>	<i>Antes</i>		<i>Después</i>	
	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Siempre	37	3,51	102	9,67
Frecuente	112	10,62	170	16,11
Nunca	897	85,02	773	73,27
No contestó	9	0,85	10	0,95
TOTAL	1.055	100%	1.055	100%

Fuente: Rincón y Mujica (2014).

CONCLUSIONES

En relación con los cambios o modificaciones en el área de salud preventiva, que están relacionados con un conjunto de acciones y esfuerzos organizados de la comunidad para mantener y defender la salud de sus ciudadanos —e involucra cumplir con las medidas sanitarias y de saneamiento—, los resultados indican que los beneficiarios consideran que existe un aumento en las campañas de vacunación anuales, en la asistencia a la consulta de niños sanos, en la frecuencia de los exámenes ginecológicos, así como en la asistencia a las consultas odontológicas, todas estas gratuitas, lo que se traduce en una mayor salud para la comunidad. Si bien es cierto que la mayoría de los beneficiarios opinan favorablemente en relación con los servicios recibidos, es de hacer notar que la asistencia a consultas privadas y a hospitales públicos y privados sigue siendo importante para ellos, lo

que indica que los beneficiarios aprovechan las consultas gratuitas, pero también asisten a las consultas privadas en un alto porcentaje.

La incidencia de las enfermedades prevenibles no ha cambiado, encontrándose que las personas siguen padeciendo, en casi los mismos porcentajes, hipertensión arterial, diabetes y dengue, por lo que se evidencia que el programa no ha logrado revertirlas en la población beneficiaria, que es uno de los objetivos más importantes de la Misión Barrio Adentro. No se ha logrado concientizar a las personas para que asuman su responsabilidad en relación con su situación de salud, ni a su grupo familiar; no se han cambiado los hábitos alimenticios ni creado una cultura del deporte como un paso importante hacia la obtención de la salud. Es por ello que en función de la escala de medición del impacto propuesta, esta dimensión se ubica en la opción “impacto moderado”, puesto que el porcentaje de opinión de los beneficiarios se sitúa entre un 40 y un 75%.

En los cambios o modificaciones en el área económica, relacionados con el dinero invertido en salud, dinero gastado en consultas y dinero gastado en medicamentos, los beneficiarios opinan que en todos ha existido una disminución después de la implementación del CDI, ya que las consultas y los medicamentos son gratuitos; sin embargo, afirman también que el ahorro es bastante pequeño, sobre todo porque en esta dimensión no se toman en cuenta variables como la calidad de los medicamentos entregados, ni los niveles de inflación acumulados en los años de implementación del programa; tampoco el nivel de desabastecimiento de medicinas, lo que sería campo fértil para futuras investigaciones. También hay que

hacer notar que la inversión de dinero en consultas y médicos privados se mantiene por parte de los beneficiarios, tanto antes como después de la existencia del programa, lo que indica que no todos los habitantes de las comunidades acceden a los servicios gratuitos. En la escala propuesta, esta dimensión se ubica en el nivel de 5 a 40% con un impacto leve, en función de las respuestas dadas a los indicadores por parte de los beneficiarios.

Para los cambios o modificaciones en el área social-organizacional, medidos a través de los indicadores funcionamiento del comité de salud, participación de la comunidad en el comité de salud y participación de la comunidad en las actividades sobre salud, los beneficiarios opinaron que no existe ningún cambio en estas áreas, tanto antes como después de la implementación del CDI; las funciones de los comités de salud, definidos como los grupos de personas seleccionados por la comunidad para impulsar la organización y participación en la promoción y prevención de la salud y cuya misión es integrar a la colectividad y a los diferentes factores políticos, sociales, económicos, culturales y medio ambientales en pro de la salud y la calidad de vida, son totalmente desconocidas por los beneficiarios, así como sus actividades y la selección de sus integrantes. En conclusión, no funcionan y la comunidad no participa en ninguna de las actividades que desarrolla ni el comité ni el CDI. Por lo tanto, el programa no ha logrado alcanzar uno de los objetivos más importante de la Misión Barrio Adentro: lograr la participación activa y protagónica de la comunidad en los asuntos de salud, que garantizarían su sostenibilidad en el tiempo; la comunidad asiste a las consultas en el CDI,

pero no participa en nada relacionado con su funcionamiento.

La Misión Barrio Adentro está basada en el concepto de salud integral que trasciende la vieja visión reduccionista, la cual asociaba la salud exclusivamente a la asistencia médica. Para este programa la salud se relaciona con la economía social, la cultura, el deporte, el ambiente, la educación y la seguridad alimentaria; de allí la importancia de la organización comunitaria y la presencia de médicos que cotidianamente viven en y con las comunidades. Es por ello que juega un papel fundamental la comunidad organizada, quien debería participar activamente a través de los comités de salud. Sin embargo, en esta dimensión el impacto se ubica en el nivel nulo de la escala propuesta, entre 0-5%, según la opinión que los beneficiarios tienen de la implementación del Programa.

En general, al analizar los resultados arrojados en cada una de las dimensiones estudiadas, a saber, en la dimensión cambios o modificaciones en el área de salud preventiva y curativa (que señaló un impacto moderado), en la dimensión cambios o modificaciones en el área económica (la que se ubicó en un impacto leve) y en la dimensión cambios o modificaciones en el área social-organizacional (cuyo impacto fue nulo), se puede afirmar que los CDI no han impactado de manera significativa en la salud, en la economía y tampoco en la organización de las comunidades estudiadas, a pesar de que el inicio de la Misión Barrio Adentro data del año 2002, que los mismos tienen más de seis años en funcionamiento y a la alta inversión de recursos –técnicos, financieros y humanos– que su implementación supone.

BIBLIOGRAFÍA

1. Aedo, Cristian (2005), *Evaluación del impacto*, CEPAL-Naciones Unidas, Serie Manuales. División de Desarrollo Económico, GTZ, Santiago de Chile, noviembre. 78 pp.
2. Alvarado, Neritza (2004), "Pobreza y exclusión en Venezuela a la luz de las misiones sociales (2003-2004)", *Fermentum*, año 14, núm. 39, enero-abril. Universidad de los Andes, Venezuela. pp. 181-232.
3. Aponte, Carlos (2005), *Evaluación de impacto y misiones sociales: una aproximación general*. Informe final preparado para el Instituto Nacional de Estadística, s/E, Caracas, 45 pp.
4. Aponte, Carlos (2008), *Las misiones sociales: relevancia, características y crisis de una innovación*. Proyecto de investigación: estudio de la cultura política, el rendimiento gubernamental y el comportamiento electoral del venezolano. Investigación parcialmente financiada por el Fondo Nacional de Investigaciones Científicas y Tecnológicas (FONACIT).
5. Baker, Judy (2000), *Evaluación del impacto de los proyectos de desarrollo en la pobreza. Manual para profesionales*, Directivas de Desarrollo, Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento/BANCO MUNDIAL, Washington, D.C. 20433, USA. 219 pp.
6. Banco Central de Venezuela (2007), *Aspectos fundamentales de la reconversión monetaria. Versión 31 de agosto de 2007*. Gerencia de Comunicaciones Institucionales. Departamento de Publicaciones BCV, Caracas. 118 pp. en <http://www.reconversionbcv.org.ve/files/pdf/aspectosago07.pdf>, consultado en noviembre de 2014.
7. Banco Mundial (2003), *Guía del usuario para el análisis del impacto social y en la pobreza*, The International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank, Washington, D.C. 20433, USA. 108 pp.
8. Castro, Gregorio y Chaves, Patricio (1994), *Metodología. Evaluación de impacto de proyectos sociales*, UNESCO, Caracas. 95 pp.
9. Chávez, Hugo (2004), *¿Queremos acabar con la pobreza? Demos poder a los pobres. La experiencia venezolana*. Reunión de Jefes de Estado Convocada por el presidente de Brasil Luiz Inácio Lula Da Silva, Naciones Unidas, Caracas, s/e
10. Cohen, Ernesto (1994), *Evaluación de Programas Sociales*. Fundación Escuela de Gerencia Social, Serie Lecturas, núm. 13. diciembre, Caracas, 13 pp.
11. Cohen, Ernesto y Franco, Rolando (1988), *Evaluación de proyectos sociales*. ILPES/ONU. CIDES/OEA. Grupo Editor Latinoamericano, Colección Estudios Políticos y Sociales, Buenos Aires, 341 pp.
12. D'Elia, Yolanda (2006), *Las misiones sociales en Venezuela: una aproximación a su comprensión y análisis*, Instituto Latinoamericano de Investigaciones Sociales, Octubre, Caracas, Venezuela, 221 pp. www.ildis.org.ve, consultado en febrero de 2013.
13. Díaz, Jorge (2008), *Salud y hegemonía en Venezuela: Barrio Adentro, Continente Afuera*, Caracas, CENDES (MIMEO).
14. Fundación Misión Barrio Adentro (2005), <http://www.barrioadentroinformativo.mositio.com/Hitorial%20de%20Barrio%20Adentro.html>, consultado en noviembre de 2013.
15. Gertler, Paul; Martínez, Sebastian; Premand,

- Patrick; Rawlings, Laura; y Vermeersch, Christel (2011), *La evaluación de impacto en la práctica*, Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento/Banco Mundial, Washington. 256 pp.
16. Maingón, Thais (2006), “Caracterización de las estrategias de la lucha contra la pobreza-Venezuela 1999-2005”, *Fermentum*, año 16, núm. 45, enero-abril. Universidad de los Andes, Venezuela, pp. 57-99.
17. Ministerio de Comunicación e Información (MINCI) (2004), *Gestión de gobierno: misiones*, en <http://www.minci.gob.ve>, consultado en agosto de 2004.
18. Mujica, Norbis y Rincón, Sorayda (2006), “Caracterización de la política social y la política económica del actual gobierno venezolano: 1999-2004” en Revista *Venezolana de Economía y Ciencias Sociales*, vol. 12. núm. 1, enero-abril. Universidad Central de Venezuela, pp. 31-57.
19. Muntaner, Carles; Armada, Francisco; Chung, Haejoo; Mata, Rosicar; Williams-Brennan, Leslie; y Benach, Joan (2008), “Barrio Adentro en Venezuela: democracia participativa, cooperación sur-sur y salud para todos”, *Medicina Social*, vol. 3, núm. 4, noviembre, Centro Médico Montefiore, Escuela de Medicina Albert Einstein (New York), Departamento de Medicina Familiar y Social, Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES), Montevideo y Ciudad de México, en www.medicinasocial.info
20. Navarro, Hugo (2005), *Manual para la evaluación de impacto de proyectos y programas de lucha contra la pobreza*, CEPAL-Naciones Unidas, Serie Manuales, Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social (ILPES), Área de Proyectos y Programación de Inversiones, Santiago de Chile, junio, 85 pp.
21. Sistema de Información, Monitoreo y Evaluación de Programas Sociales (SIEMPRO) (1999), *Gestión integral de programas sociales orientada a resultados*. Banco Mundial, UNESCO, FCE, Brasil. 142 pp.
22. Valdés, Marcos (1998), *La evaluación de impacto de proyectos sociales: Definiciones y conceptos*. s/e. s/f. en http://liataoe.files.wordpress.com/2007/11/evaluacion_proyectos_sociales2.pdf, consultado en junio de 2012.