

Desempeño de los programas de inclusión en salud y de los consejos comunales en el Zulia según sus actores directos

Neritza Alvarado¹, Karolyn Montiel² y Javier Peña³

¹Facultad de Ciencias Económicas y Sociales, Universidad del Zulia. Maracaibo, Venezuela.

²Universidad Bolivariana de Venezuela. Núcleo Zulia.

³Instituto Universitario de Tecnología Antonio José de Sucre. Maracaibo, Venezuela

neritzaalvarado@yahoo.es; karolynrosemontielh@gmail.com; javier_benito@outlook.com

Resumen

Se estudia el desempeño de la Misión Barrio Adentro; del Programa Nacional de Formación en Medicina Integral Comunitaria y de los Consejos Comunales, según la opinión de sus beneficiarios y ejecutores en comunidades de los Municipios Maracaibo y San Francisco del estado Zulia, Venezuela. El objetivo es indagar si en la práctica están organizados y funcionan según lo planificado oficialmente y si están alcanzando los objetivos e impacto social esperados. Para ello, de entrada se bosqueja su perfil normativo como marco de referencia. La investigación es cualitativa, con apoyo bibliográfico. Se aplica el método estudio de casos; con entrevistas semiestructuradas; observación directa y cuaderno de campo. Según dichos actores, los programas no están organizados ni funcionan cabalmente de acuerdo a lo previsto; la gestión de los consejos comunales está desvinculada de los mismos y la participación comunitaria es débil. No obstante les imputan un impacto positivo en inclusión y mitigación de la pobreza.

Palabras clave: Misión Barrio Adentro, Programa Medicina Integral Comunitaria, consejos comunales, inclusión en salud, Venezuela.

Performance of Inclusion Programs in Health and the Community Councils in Zulia, According to their Direct Actors

Abstract

This paper analyzes the “Barrio Adentro” Mission (MBA, its acronym in Spanish), the Integral Community Medicine Program and the Community Councils as inclusion strategies for health, in communities of the Maracaibo and San Francisco Municipalities, State of Zulia, Venezuela. The objective is to review their performance, based on the actors involved: if they are organized and function as intended, if they meet the objectives and expected social impact. For this, their standard profile is sketched at the outset as a frame of reference. The research is qualitative with bibliographic support. The case study method is applied using semi-structured interviews, direct observation and field notebooks. According to the aforementioned actors, the programs are not organized nor do they function fully according to plans; management of the communal councils is weak. Nevertheless, they are credited with having a positive impact on inclusion and the mitigation of poverty.

Keywords: “Barrio Adentro” Mission, Integral Community Medicine Program, Community Councils, inclusion in health, Venezuela.

Introducción

Este trabajo integra y resume los resultados de varios estudios cualitativos realizados entre 2006 y 2012¹, en el Instituto de Investigaciones Económicas y Sociales, y en la Escuela de Sociología de la Universidad del Zulia, Venezuela. Indaga el desempeño de la Misión Barrio Adentro y del Programa Nacional de Formación en Medicina Integral Comunitaria, dirigidos a la atención de salud primario-preventiva y a la inclusión de sectores en pobreza crítica, mediante la prestación gratuita y directa de sus servicios. Asimismo, revisa el papel de los Consejos Comunales, especialmente en la gestión de la salud.

La exploración se efectuó a la luz de la perspectiva (opinión, percepción) de los actores directos, informantes clave del estudio: beneficiarios de los programas; coordinadores parroquiales y ejecutores locales; así como los voceros principales de los consejos comunales. Se revisó el desempeño de estas instancias en base a siguientes *categorías de información*:

a) El conocimiento de los actores sobre los programas y los consejos comunales, esto es: de su objeto y objetivos; de su estructura organizativa y operativa; y de sus funciones y servicios; b) Si los consejos comunales se vinculan con dichos programas y coadyuvan a la gestión de la salud primario-preventiva; c) Si funcionan como mecanismos de inclusión social; d) Cómo es la participación de la comunidad; e) La apreciación de los informantes sobre los programas y su impacto social, en cuanto a inclusión, situación de la salud y de la pobreza.

Conviene aclarar que se trata de una investigación de corte cualitativo, de campo, exploratoria, descriptiva; si bien se apoya en literatura sobre el tema y en documentos oficiales, relacionados con el *deber ser* de los programas y de los consejos comunales, por lo cual es necesario reseñar de entrada su perfil normativo, de modo que el lector se ubique en cada uno de ellos y pueda entender luego los resultados. Esta parte se realiza literalmente, programa por programa, para evitar cruces de información o confusiones en el lector. Por lo mismo no se correlacionan simultáneamente.

1 Proyectos de Investigación: Alvarado (2006-2007); Alvarado (2008 y 2009); tesis dirigidas por Alvarado: Carmona; Montiel y Perera (2010); Montesinos y Parra (2010); García; Peña; Quiva y Tórres (2012).

neamente los aspectos normativos con los resultados obtenidos, sino que éstos también se presentan por separado.

Lo esencial del trabajo no es realizar un análisis inferencial de la situación desde el punto de vista de lo observado en las comunidades por los investigadores, sino recuperar el punto de vista de los actores directos, *describiendo*, a su modo de ver, el desempeño de los programas y de los consejos comunales. Se empleó el método Estudios de Casos, con sus técnicas de recolección de información: entrevistas individuales semiestructuradas, abiertas, en profundidad y grabadas; observación participante, y diario de campo.

Los casos fueron 8 comunidades (de 7 parroquias), a saber: **Municipio Maracaibo**: Los Altos II y La Encrucijada (Parroquia Francisco Eugenio Bustamante); Panamericano (Parroquia Caracciolo Parra Pérez); Teotiste de Gallegos (Parroquia Coquivacoa); Cerros de Marín (Parroquia Olegario Villalobos). **Municipio San Francisco**: Betulio González; El Manzanillo y Sector 11 de la Urb. Popular San Francisco (Parroquias Domitila Flores; Francisco Ochoa y San Francisco, respectivamente). Se realizaron 58 entrevistas entre 2006 y 2012.

Es importante aclarar que por *Inclusión social* se entiende aquí el proceso a través del cual las personas en situación de pobreza y de exclusión social, tienen acceso a las oportunidades y recursos necesarios para participar totalmente en la vida económica, social, cultural, cívica, disfrutando un nivel de vida considerado normal en la sociedad. Para Sen (2000) significa que los ciudadanos rezagados de los beneficios de la acción pública, puedan desarrollarse cumpliendo con sus deberes y ejerciendo sus derechos a la educación, a la alimentación balanceada, a la salud, al trabajo, a la vivienda digna, a la participación, entre otros, con igualdad en el acceso a la justicia social, al desarrollo humano y a la paz integral.

El resultado de este proceso sería el *empoderamiento*, entendido por Sen (2000) como el estado en que las personas pueden sentirse ciudadanos plenos, asumirse como sujetos de sus propias vidas, actuar basados en la conciencia de sus intereses y el reconocimiento de sus propias capacidades, especialmente la capacidad de interactuar en distintos tipos de organizaciones.

1. Consideraciones preliminares

En el año 2003 el gobierno venezolano tomó medidas económicas y sociales para tratar de disminuir el impacto

del paro petrolero protagonizado por la oposición política. Así, creó las *Misiones Sociales* o programas masivos, dirigidos a educar, sanar y capacitar a los venezolanos, sobre todo a los más pobres, que residen en zonas de difícil acceso; para enfrentar, según el Presidente de la República (Chávez, 2004a y 2004b), las causas y consecuencias de la pobreza y de la exclusión, profundizando la revolución bolivariana.

Las misiones son una forma de organización de la gestión de las políticas públicas diferente a la tradicional. Para Ramírez (2005), su condición central es la participación activa y protagónica de las comunidades organizadas; su coordinación es interinstitucional, cuentan con recursos extraordinarios y su gestión es parroquial, sin mediación de alcaldías y gobernaciones de estados: van a lo local en conexión con el nivel central. Según Lander (2007), las misiones son estructuras emergentes que coexisten con las preexistentes, porque procuran trascender el burocratismo de éstas, que impide la inclusión social.

La primera de estas iniciativas es la Misión Barrio Adentro, creada en el año 2003 y presentada por el Ministerio del Poder Popular para la Comunicación e información (MINCI, 2006a) como la “madre de todas las misiones”, pilar de un nuevo sistema público de salud. Adscrito a la MBA, a fin de fortalecerla, el gobierno anunció en el año 2005, el Programa Nacional de Formación en Medicina Integral Comunitaria (PNMIC), con vigencia legal a partir de 2008 (Borroto y Salas, 2008); que entiende a la Medicina Comunitaria como “el conjunto de acciones intra y extrahospitalarias de medicina integrada, realizadas por un equipo de salud con la participación activa de la comunidad en la prevención de las enfermedades y la sensibilización en hábitos de vida saludables” (Vidal, 2004:11).

Por otra parte, en el año 2006 nacieron los Consejos Comunales (CC), para sustituir a las viejas asociaciones de vecinos y consolidar los procesos inclusivos iniciados con las misiones y con las organizaciones de la economía comunal (MINCI, 2006b). En ese año se aprobó la primera Ley de los Consejos Comunales (Asamblea Nacional, 2006), que los presentó como mecanismos de empoderamiento ciudadano o transferencia directa de poder a las comunidades, para decidir, diseñar sus propios proyectos y administrar su presupuesto, en el marco de la democracia participativa y protagónica. De esta ley, parcialmente reformada y sancionada por la Asamblea Nacional (2009), surgió la actual Ley Orgánica de los Consejos Comunales (LOCC).

2. Perfil normativo de los programas de inclusión en salud y de los consejos comunales

2.1. Perfil de la Misión Barrio Adentro

Según su sitio web, esta misión fue concebida para la prevención de salud y atención primaria en las comunidades populares (MBA, 2010). Trasciende el enfoque de la medicina curativa, asumiendo el concepto de salud integral, que la relaciona con el deporte, el ambiente, la seguridad alimentaria, la educación, la cultura; con una orientación familiar y comunitaria, para evitar pérdida de capital humano y el peso del alto costo de los servicios médicos a los sectores pobres.

La Fundación Escuela de Gerencia Social (FEGS, 2009) y MBA (2010), señalan que desde su inicio el programa funciona con médicos cubanos especialistas en Medicina Integral Comunitaria y algunos venezolanos que han cursado ese Postgrado, bajo la tutoría de un médico cubano; siendo sus *objetivos generales*: garantizar a la población excluida el acceso a la salud, fortalecer la red de atención primaria y erigir un nuevo sistema público nacional de salud.

Según las mismas fuentes, la MBA tiene como objetivos específicos: potenciar la capacidad resolutoria del Consultorio Popular (CP), a través de su dotación; promover un modelo de gestión participativo que responda a las necesidades sociales, con la organización y participación de las comunidades en los comités de salud y en el control social como expresión del poder popular; desarrollar estrategias promocionales de calidad de vida; fortalecer capacidades y habilidades de los recursos humanos institucionales y comunitarios mediante la educación y formación permanente.

La FEGS (2009) señala que la *estructura organizativa* de la MBA, en el CP, debe estar conformada por un (1) médico cubano por cada 250 familias, un médico venezolano en formación en Medicina Integral Comunitaria; un promotor o defensor de la salud (que es la mano derecha del médico); un entrenador deportivo y un pasante del PNMIC. De acuerdo con MBA (2010), su ejecución comprende cuatro (4) etapas, con sus respectivas *funciones y servicios*: A saber:

1. La *primera etapa* corresponde a los módulos o CP, en las comunidades, y su equipamiento (mobiliario, servicios y medicamentos), contando con personal cubano, y venezolano formado en medicina integral comunitaria (postgrado), y con estudiantes del pregrado de ésta. Según la FEGS (2009), también se creó Barrio Adentro Deportivo, dirigido a niño(a)s, adolescentes, adultos

jóvenes y adultos mayores, para promover la actividad física y generar espacios de encuentro.

2. Como señala MBA (2010), la *segunda etapa* abarca: a) los centros de atención médica secundaria o Centros de Diagnóstico Integral (CDI): de atención correctiva, atención especializada y diagnóstica, servicios de emergencia, rayos X, laboratorio, endoscopia, electrocardiografía, salas de terapia intensiva, entre otros servicios. b) Las salas de Rehabilitación Integral (SRI), o fisioterapia por accidentes de tránsito, terapia de lenguaje, fracturas, accidentes cerebro-vasculares y enfermedades del sistema nervioso (MBA, 2010). c) *Los Centros de Alta Tecnología* (CAT), para estudios especializados como tomografías, resonancias magnéticas, mamografías, ultrasonido, entre otros.
3. Álvarez y Barcos (2005) señalan que la *tercera etapa* contempla el equipamiento y mejoramiento de la infraestructura de hospitales preexistentes, y la creación de nuevos hospitales ante el déficit de camas en el país.
4. Finalmente, como establece MBA (2010), la *cuarta etapa* se remite a la creación de hospitales de especialidades médicas y la refacción de los existentes de este tipo.

2.2. Perfil del Programa y del médico integral comunitario

El *objeto* del PNMIC es la formación de los médicos que necesita la MBA, para relevar a los médicos cubanos; y su *objetivo* básico, de acuerdo al Ministerio del Poder Popular para la Educación Universitaria (MPPEU, 2012), es consolidar el modelo de medicina primario-preventiva, superando la exclusión en salud de los sectores en pobreza crítica, a través de la atención gratuita en su comunidad.

A la luz del currículo del PNMIC, descrito en el sitio web de éste (<http://www.mic.net.ve>); el médico integral comunitario es un profesional con competencias diagnósticas y terapéuticas, capaz de brindar atención médica integral, mediante acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación del individuo, la familia, la comunidad y el ambiente; aplicando los métodos clínico y epidemiológico; con un profundo enfoque social, valores éticos, humanísticos, solidarios y una actitud ciudadana; para transformar la situación de la salud, según las exigencias de la sociedad venezolana.

Dicha fuente establece que las *funciones y servicios* de los médicos comunitarios son: a) Atención de salud: brindar atención médica integral al individuo, a las familias y a la comunidad a través de acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación, ejecutadas de forma ambulatoria, dispensarizada u hospitalizada. b) Docencia: participar en las actividades docente-educativas de la forma-

ción de los profesionales, técnicos y demás personal de la salud, así como en la información y educación de la población. c) Investigación: aplicar los métodos clínico y epidemiológico al diagnóstico y solución de problemas de salud, participando en la ejecución de proyectos investigativos. e) Gestión en salud: ejecutar acciones para la planificación y organización del trabajo en el CP, movilizar y utilizar eficientemente los recursos humanos, materiales y financieros disponibles, participar en el control y evaluación de los programas de salud. d) Especial: intervenir en situaciones de emergencia y catástrofes naturales.

En cuanto a la *estructura operativa*, la carrera dura 6 años, con un curso introductorio aparte. Las clases son teórico-prácticas. Las teóricas constan de una video-conferencia con apoyo del profesor, una consolidación después de la clase y un examen semanal. En los primeros dos años, éstas pueden darse en los CP, donde los estudiantes están desde el nivel pre-médico, o en los CDI. A partir del tercer año las clases son sólo en el CDI, con rotaciones por las SRI y todos los servicios. En el 5° y 6° años, los estudiantes circulan por todos los servicios de los hospitales. Las prácticas son diariamente en el CP asignado. Los egresados prestarán servicios integrales de salud en el primer nivel de atención del sistema público nacional de salud del país: CP, CDI, CAT, SRI, dispensarios y hospitales.

2.3. Perfil de los consejos comunales

El artículo 2 de la LOCC define su *objeto y objetivos*, así: son instancias de participación, articulación e integración entre los ciudadano(a)s y las diversas organizaciones comunitarias, movimientos sociales y populares, que permiten al pueblo organizado ejercer el gobierno comunitario y la gestión directa de las políticas públicas y proyectos orientados a responder a las necesidades, potencialidades y aspiraciones de las comunidades, en la construcción del nuevo modelo de sociedad socialista de igualdad, equidad y justicia social.

En cuando a la *estructura organizativa-operativa*, según el artículo 19, los CC estarán conformados por cinco entes: 1) La asamblea de ciudadano(a)s; 2) el colectivo de gestión comunitaria; 3) la unidad ejecutiva; 4) la unidad administrativa y financiera comunitaria (banco comunal); y 5) la unidad de contraloría social. Todos los directivos del CC deben ser electos por la asamblea de ciudadano(a)s en comunidades de entre 150 y 400 familias en el ámbito urbano; 20 familias en las zonas rurales; y a partir de 10 familias en las comunidades indígenas.

Con respecto a sus *funciones y servicios*, los artículos 23, 25 y 29 de la LOCC les asignan: a) funciones ejecutivas:

promover el desarrollo local articulando las organizaciones sociales comunales; la participación en empresas, la transferencia de servicios, los núcleos de desarrollo endógeno, la seguridad ciudadana, la defensa de la nación y prestar asistencia social; b) funciones deliberantes: aprobar las normas de convivencia comunitaria, promover la iniciativa legislativa y la participación en las consultas del parlamentarismo social de calle. c) funciones de control: ejercer la contraloría social del consejo comunal y de los programas y proyectos de inversión (nacional, estatal o municipal) en su ámbito; cada CC debe tener un Comité de Contraloría Social; y d) funciones de planificación: realizar el plan de desarrollo comunal, el diagnóstico y presupuesto participativo, preparar proyectos de inversión y sistemas de información comunitaria.

Según la LOCC los CC precisan un voluntariado numeroso que se integre a las unidades de gestión administrativa-financiera, y de controlaría social; y un vocero por cada comité de trabajo: salud, educación, tierras urbanas o rurales, vivienda y hábitat, protección e igualdad social, economía popular, cultura, seguridad integral, medios de comunicación, recreación y deportes, alimentación, mesa técnica de agua, mesa técnica de energía, de servicios; entre otros.

3. Desempeño de los programas y de los consejos comunales

Se resumen aquí los principales resultados del trabajo de campo, en las categorías de información referidas, con apego a la opinión de los informantes clave.

3.1. Conocimiento de los informantes sobre los programas y los consejos comunales

La mayoría de los beneficiarios de la MBA no saben definir este programa, ni siquiera lo llaman por su nombre, lo cual indica que no lo tienen claro, aunque en algunas de las comunidades existe desde el año 2003. Los usuarios sólo conocen el CP y que éste es atendido por médicos cubanos. Es frecuente escucharles la expresión: “cuando me enfermo, voy pa’ que los cubanos”. Asimismo, es muy básico su conocimiento sobre los objetivos, estructura organizativa-operativa, funciones y servicios de la MBA. En ocasiones confunden a los coordinadores locales de la Misión con los coordinadores del comité de salud de los CC, es decir, desconocen la estructura de cargos y los nombres de sus responsables, pese a que son o han sido pacientes frecuentes de los CP y de los CDI. También ignoran la existencia en su comunidad de otros servicios de salud distintos a la MBA, como el programa “Barrio a Barrio” que ad-

ministró la Gobernación del estado Zulia hasta el año 2012 en algunas comunidades.

Los coordinadores locales de la MBA y los voceros de ésta en el comité de salud del CC tienen un conocimiento más completo de lo que es la misión y de sus objetivos, y un manejo fluido de las funciones inherentes a su cargo. Sin embargo, algunos tienen una noción imprecisa de la estructura organizativa de la Misión, sólo conocen al personal del CP, lo cual significa que están desinformados sobre la estructura normativa del programa, e indica también que la misma no se cumple cabalmente en las comunidades: no existen o no están ocupados todos los cargos. El conocimiento de los defensores de la salud sobre esto es más elemental que el de los coordinadores, no así sobre sus funciones y las del médico, al igual que sobre “el qué”, el “para qué” y servicios de la MBA.

Los beneficiarios admiten que los defensores de la salud, en la comunidad; y los médicos, en el consultorio y en sus actividades de terreno; imparten charlas sobre hábitos de alimentación, higiene y vida saludable: necesidad de hervir el agua de consumo, profilaxis para prevenir caries y enfermedades dentales, alimentación necesaria para diabéticos e hipertensos, importancia de la práctica deportiva, cómo prevenir el dengue y otras epidemias; pero en la práctica, ellos reconocen que atienden escasamente estas recomendaciones.

Lo usual es que no preparan el agua de consumo, y tanto adultos como niños incumplen con el cepillado dental varias veces al día, ingieren comidas con alto contenido de azúcar, sal, grasas y carbohidratos (excepto los pacientes diabéticos e hipertensos en control directo con el médico del CP). En general aplican el modelo curativo pues sólo asisten al CP o al CDI en caso de enfermedad; el número de pacientes en consulta de sanos o de control es bajo; con lo cual la MBA se desvía de su objetivo principal de forjar una cultura comunitaria de salud preventiva al fallar en una promoción profiláctica efectiva.

Los coordinadores de la Misión, los defensores de la salud y los voceros del comité de salud de los CC saben que la ejecución de la MBA está prevista en cuatro etapas (aunque sólo identifican bien las tres primeras), no así los beneficiarios, quienes sólo conocen la primera y la segunda, es decir, los CP y los CDI. Los coordinadores conocen las funciones y servicios de éstos, pero no los usuarios comunes, quienes sólo mencionan algunos de ellos.

Al momento del trabajo de campo, la MBA aún no se ejecutaba según la lógica secuencial de sus etapas, existiendo superposición de las mismas: la segunda se montó sobre la primera sin haberse culminado y consolidado la inicial, es decir, los CDI comenzaron a funcionar sin que

primero estuviesen contruidos todos los CP, por lo cual algunos de éstos aún están en casas de familia, con restricciones (espacios estrechos, improvisados para la consulta, falta de mobiliario, estantería, aire acondicionado, falta de privacidad de los médicos que allí residen). La tercera etapa también presenta rezagos pues en ninguna de las comunidades se ha construido un CAT. En general, en el municipio Maracaibo sólo hay uno y en el municipio San Francisco ninguno.

La tercera etapa (dotación de insumos y equipos a los hospitales), según los coordinadores “se ha cumplido pero aún falta”, y según los usuarios sólo en uno que otro hospital de los municipios se han visto algunos cambios, sobre todo al principio de la Misión, lo cual revela cumplimiento parcial, no sostenido. Finalmente, la cuarta etapa no se ha ejecutado en los municipios referidos (y en ninguna parte del Zulia): aún no se han construido hospitales de especialidades.

Con relación al Programa Nacional de Formación en Medicina Integral Comunitaria (PNMIC), sólo los beneficiarios directos (los estudiantes activos y los médicos egresados del postgrado) definen y mencionan bien su *objeto* y *objetivos*. En tanto que los beneficiarios indirectos (usuarios de los servicios de los CP y de los CDI) no tienen una idea clara del PNMIC, lo confunden con los CDI, no lo identifican como un programa formal de formación médica, para cubrir en primera instancia las necesidades de los CP y CDI en las comunidades. Por dicha razón los usuarios indirectos confunden los *objetivos* del PNMIC con los de la MBA en sus dos primeras etapas. Manifiestan que es para descongestionar los hospitales, otorgar medicamentos gratuitos, ayudar a la gente de escasos recursos. Pocos saben que el PNMIC forma una generación de relevo de médicos integrales.

En cuanto a la *estructura organizativa*, los beneficiarios directos tienen una idea precisa de cómo está conformado el PNMIC y de quienes lo integran a nivel nacional, regional y local. Afirman que es una estructura vertical porque las decisiones se toman en el nivel central: los lineamientos provienen de la Presidencia de la República, del Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS) y de la Coordinación nacional Médica Cubano-Venezolana del programa. No mencionan al MPPEU ni a las Universidades, corresponsables de su coordinación, por lo cual es probable que estos entes no estuviesen cumpliendo ese rol.

Por su parte, los beneficiarios indirectos tienen una idea vaga de cómo se organiza el PNMIC desde arriba y desconocen quienes lo coordinan en el ámbito local. Lo relacionan con la estructura de la MBA y del CDI, aunque es otro programa. Según los beneficiarios directos, el

PNMIC es impartido por médicos cubanos y venezolanos, reciben clases teóricas con videos, grabaciones y prácticas en los CDI, directamente con los pacientes, e indirectamente en las salas multiusos de los CDI, con ayuda de modelos anatómicos. No utilizan cadáveres, como los médicos tradicionales, ni asisten a morgues. Según afirman los estudiantes y egresados del postgrado: no se trata de una Medicina “cadavérica”; y la formación se imparte con arreglo a la estructura curricular prevista.

Asimismo, la participación de los médicos integrales y estudiantes en procedimientos quirúrgicos en los CDI es escasa, atendiendo al propósito de la Medicina Integral Comunitaria que es la prevención y la atención médica en el nivel primario de salud. El Programa cubre esa carencia con videos sobre procedimientos quirúrgicos y los cursantes van a pabellón como observadores, en los dos últimos años, bajo la tutela de médicos experimentados o tutores.

Los beneficiarios indirectos tienen escaso o nulo conocimiento sobre cómo se organiza y funciona el PNMIC en las comunidades. Sólo saben que se ejecuta en los CDI y en algunos hospitales. Según los beneficiarios directos, hay déficit de médicos integrales formados como docentes del Programa. Los docentes venezolanos insertos en él son médicos egresados de las escuelas de medicina tradicional y han sido incorporados a las tres primeras etapas de la MBA, una vez que han sido formados en Medicina Integral Comunitaria en los CP y en los CDI. De acuerdo a los estudiantes, docentes, egresados y estudiantes, el sistema de evaluación se cumple según la normativa; confirman que la carrera dura seis años y tiene un amplio espectro curricular teórico-práctico.

Debido a que fue en diciembre de 2011 cuando egresó del pregrado la primera cohorte de médicos integrales (Bracho, 2011), y fue entre noviembre de 2011 y enero de 2012 cuando se realizaron las entrevistas a los beneficiarios directos de este programa, no se pudo obtener información concreta sobre la ubicación laboral de los recién egresados, ni fue posible detectar a ninguno de ellos, residente en alguna de las comunidades del estudio. No obstante, por medio de información secundaria (Bracho, 2012), se pudo conocer que algunos comenzaron a trabajar en la red pública de salud tradicional; en los consultorios de Barrio Adentro I (en los CP) y en Barrio Adentro II (en los CDI). Es decir, se han ido insertando en la red primaria de salud, pero también, en el caso del Zulia, en el Hospital Universitario y en Maternidades de nivel III, tanto del MPPS a nivel nacional, como de la Dirección Regional de Salud, de la Gobernación del Estado.

En ese caso, no se estaría cumpliendo con su ubicación, en primera instancia, en los CP y en los CDI de la MBA,

para ir supliendo a los médicos cubanos, pues estarían entrando al personal de la red hospitalaria, que funciona bajo el modelo curativo; lo cual haría dudar del logro de los objetivos del Programa en este sentido. Es necesario dar un compás de espera, para ver cuál será el destino laboral de estos profesionales, para identificar si están cumpliendo también con el resto de funciones y servicios normativos: docencia, investigación, gestión en salud, actuación en situaciones de emergencia y catástrofes naturales.

En lo relativo a los CC, sobre el *objeto y objetivos*, destaca que los beneficiarios desconocen qué es un CC en su esencia, no lo definen con exactitud. Algunos lo asocian con un ente de trámites de documentos, como constancias de residencia, de ayudas asistencialistas, a la vieja usanza de las asociaciones de vecinos y consideran que sólo fue un cambio de nombre. Otros los asocian con la ejecución de proyectos en la comunidad. Ambos grupos desconocen lo establecido en el artículo 2 de la LOCC y en el resto de artículos sobre su perfil normativo, siendo incapaces de identificar a los CC como entes organizadores y articuladores de la participación local y del gobierno comunal.

En cuanto a la *estructura organizativa*, ninguno de los beneficiarios conoce cómo se organizan los CC (estructura de cargos y sus ocupantes), sólo identifican a ciertos líderes. Incluso algunos voceros principales de los CC poseen una información confusa al respecto, lo cual pudiera indicar que en la práctica están desconectados de los CC y de las funciones que les competen en ellos. Asimismo, acerca de la elaboración de los proyectos comunitarios, los voceros principales conocen en líneas generales este proceso, pero los beneficiarios lo desconocen totalmente, e identifican medianamente los proyectos que han logrado ejecutar los CC, señalando que (hasta el momento del trabajo de campo de este estudio), los proyectos desarrollados habían sido el de Sustitución de Ranchos por Viviendas Dignas (SUVI) y el de Microcréditos Empresariales.

Con relación a la *estructura operativa*, es decir, cómo funcionan en la práctica los CC, según los voceros, sólo están conformados algunos de los cargos o vocerías y comités de trabajo previstos en la LOCC, entre ellos el comité de salud, por lo cual el trabajo recae con mayor peso en el vocero principal. Es decir que adolecen del voluntariado social para las tareas necesarias. Quizás por ello se encontró, en cuanto a toma de decisiones, que en la mayoría de los CC, los voceros principales, con uno que otro vocero o colaborador secundario, toman las decisiones entre sí, sobre los proyectos a proponer al Ejecutivo nacional y sobre salidas a los problemas, y luego recogen las firmas necesarias de la comunidad, aval que es obligatorio, obviando la Asamblea de Ciudadano(a)s, pues aunque la convocan

(según todos los consultados), la mayoría de los vecinos no asisten.

En cuanto a los proyectos, éstos son elaborados por los mismos voceros, pese a que algunos no están formados para esa tarea, según ellos mismos reconocen; e informan que el Fondo de Desarrollo Microfinanciero (FONDEMI), del Ministerio del Poder Popular para la Economía Comunal; y la Fundación para el Desarrollo y Promoción del Poder Comunal (FUNDACOMUNAL), del Ministerio del Poder Popular para las Comunas y los Movimientos Sociales; les bajan los lineamientos para la formulación de los proyectos y la tramitación de su presupuesto.

De las funciones ejecutivas que les competen, los CC sólo cumplen con la asistencia social (jornadas eventuales de salud como vacunación de niños; de alimentación o mercados populares), y apoyo a vecinos de escasos recursos, en emergencias como muerte de un familiar (gastos funerarios). Asimismo, los CC tampoco cumplen con las funciones deliberantes: hasta el momento de las entrevistas no habían intervenido en actos legislativos comunitarios a través del parlamentarismo social de calle.

Finalmente, los beneficiarios desconocen las funciones de control o contraloría social, expresan que el CC la incumple al igual que la comunidad. Algunos desconfían de sus consejos comunales por vincularlos a actos de malversación de fondos; la mayoría los reconocen como los gestores necesarios. Los beneficiarios también ignoran el uso de los recursos financieros, cómo se maneja el presupuesto de los proyectos. Los voceros informan que el CC es el mismo contralor, sin supervisión de la comunidad, porque ésta no participa.

3.2. Relación de los consejos comunales con los programas y con la gestión de la salud primario-preventiva comunitaria

Los coordinadores de la MBA exponen que su labor en las comunidades es preexistente a la los CC, y una vez que éstos fueron creados se abocaron a sus propias tareas, mientras que la misión continuó con su dinámica, pese al cambio parcial a partir de la LOCC, con la cual desaparece la figura del coordinador del comité de salud en la MBA, y pasa a la estructura de los CC, pero en la mayoría de los casos el ahora vocero de salud no se vincula con la MBA.

Sólo en los casos donde el ex coordinador del comité de salud de la Misión es el vocero principal o el vocero del comité de salud de los CC, existe una relación de cooperación en la gestión de la MBA. Lo común es la desconexión entre ambos. Según los coordinadores y voceros, la MBA se reúne con el CC cuando necesita ayuda financiera, de resto trabaja aparte. Es decir que el esfuerzo en la gestión

de salud y en la formación de una cultura preventiva comunitaria sigue recayendo en la MBA: en el médico del CP y sobre todo en el Defensor de la Salud. Los beneficiarios testifican que no hay trabajo conjunto entre las dos instancias. Los coordinadores locales del PNMIC en los CDI opinan lo mismo de los CC: no se articulan al Programa, aunque la LOCC les establece funciones de ese tipo; información confirmada por algunos voceros de los CC, que aducen que la MBA, y con ella el PNMIC, tienen su propia coordinación cubano-venezolana, por lo cual funcionan con libertad e independencia respecto de los CC.

3.3. Inclusión social comunitaria

Los usuarios opinan que existe una inclusión plena en la MBA, pues todos tienen acceso gratuito a sus servicios sin discriminaciones por factores políticos, personales, ni de ningún tipo. Esto es ratificado por los coordinadores de la MBA y por los voceros de los CC. En general, los beneficiarios se consideran socialmente incluidos por primera vez en su vida a partir de las misiones, en especial en salud con Barrio Adentro porque antes no disponían, en su propia comunidad y gratuitamente, de atención médica y de las emergencias, ni de medicamentos.

Expresan que los pacientes diabéticos, hipertensos y de otras patologías, disponen con Barrio Adentro de un control personalizado y de un seguimiento periódico, que nunca habían tenido. El hecho de que el médico del CP resida en la comunidad, es para ellos un mecanismo que en la práctica facilita esa inclusión, pues está disponible cada vez que se le necesita. Asimismo, contar con un CDI en su comunidad o en un sector cercano, les permite acceder sin costos a exámenes de laboratorio, a estudios especiales y a atención médica especializada. Perciben el acceso a la salud como un derecho de todos por igual, y refieren los artículos de la Constitución Nacional que lo establecen. Llama la atención que los citan de memoria, casi textualmente, y que esto no sólo ocurre entre los que se declararon oficialistas sino también en los que no comparten el proyecto político del gobierno.

Asimismo, los estudiantes del PNMIC; los egresados del postgrado; los coordinadores y docentes, afirman que no hay exclusión en el acceso al Programa. Todos los bachilleres que deseen seguir esta carrera pueden hacerlo, sólo tienen que cumplir los requisitos y atender el llamado a inscripciones. Igualmente todos los médicos convencionales interesados en el postgrado. Los coordinadores mencionan como prueba de inclusión que la primera cohorte de estudiantes del pregrado fueron escogidos de la población de bachilleres flotantes de todo el país, es decir, aquellos que durante años y por diversos motivos no habían po-

dido cursar estudios universitarios en el sistema formal de Educación Superior (Escuelas de Medicina), por lo cual se sienten tomados en cuenta en su derecho al estudio.

También acotan que los estudiantes zulianos no tuvieron menos acceso al Programa que los del resto del país. En efecto, en diciembre de 2011 egresó esa primera cohorte de estudiantes, un total de 8.250 Médicos Integrales Comunitarios, de los cuales 945 son del estado Zulia (Bracho, 2011). Asimismo, los estudiantes dicen recibir becas, computadoras, equipo médico que les permiten estudiar, lo cual, en su opinión, habla también de inclusión. Los beneficiarios indirectos PNMIC asocian a éste con la labor de los médicos de la MBA. Algunos conocen a pasantes en el CP, pero no han sido atendidos por ellos y dicen no haber recibido ningún beneficio de ese Programa. Tanto los médicos venezolanos egresados del postgrado como los participantes del pregrado del PNMIC, afirman que no le niegan la atención a nadie, que su desempeño es ajeno a cualquier discriminación, pero que algunos pacientes no desean ser atendidos por médicos integrales venezolanos ni por estudiantes-pasantes, prefieren la atención de los médicos cubanos de los CP, por lo cual en todo caso habría cierta auto-exclusión voluntaria al respecto.

Los voceros principales de los CC declaran que todos los vecinos tienen los mismos derechos a los beneficios, sin exclusión por motivos sociales ni políticos y mucho menos por condición racial u orientación religiosa o sexual, y tampoco hay preferencias en la atención de las necesidades colectivas. Sólo ha habido cierta prioridad en el proyecto Sustitución de Ranchos por Viviendas, por razones humanitarias, con las familias que habitaban en las viviendas más precarias; e informan que la aprobación de proyectos micro-empresariales sólo depende del cumplimiento de los requisitos. Los beneficiarios reales o potenciales de los CC también opinan que éstos atienden de manera imparcial a la comunidad; sólo un informante habló de “favoritismos políticos”: dijo que los oficialistas tenían preferencia en la obtención de beneficios del CC de su barrio. Todos los informantes coinciden en que la inclusión más completa es en salud, con la MBA.

3.4. Participación comunitaria

Los coordinadores de la MBA, los defensores de la salud y los voceros de los CC, aseveran que sus comunidades siempre han sido muy pasivas, se acostumbraron a que las asociaciones de vecinos les resolvieran unilateralmente sus problemas, según el viejo modelo de democracia representativa y cultura clientelar. A partir de la MBA, sólo en sus inicios y por el interés de contar con este servicio gratuito en las comunidades, se observó cierta participa-

ción voluntaria de algunas familias, en términos de cesión de un espacio en sus viviendas para instalar los consultorios y para albergar a los médicos cubanos; así como en la donación de mobiliario, papelería y otros insumos básicos.

No obstante, aclaran que se ha ido retrocediendo a la vieja situación porque las comunidades son indiferentes a los problemas del CP, pocos colaboran con éste, con los médicos y con los defensores de la salud. Idéntica percepción tienen los coordinadores de los CDI y del PNMIC, al no contar con un apoyo amplio, sólido y sostenido de la comunidad. Los voceros de los CC opinan igual sobre su quehacer. Afirman convocar siempre a la comunidad a las asambleas de ciudadano(a)s, pero muy pocas personas acuden y son siempre las mismas.

Los beneficiarios admiten que son convocados a las actividades de promoción del CP, del CDI y a las reuniones de los CC, pero que sólo participan cuando tratan asuntos que benefician a sus intereses personales. Su participación se limita a un uso pragmático de los servicios curativos y de diagnóstico de la MBA y de los servicios del CC (constancias de residencia, listarse para ser beneficiario de una alguna misión o proyecto) por lo cual el voluntariado es insuficiente y débil.

Todos los beneficiarios dicen saber en qué consisten las asambleas de ciudadano(a)s y las definen correctamente, pero excusan sus inasistencias a ellas por falta de tiempo disponible; o por la inseguridad ya que las reuniones son nocturnas; o porque les desagrada participar en las actividades. Los voceros principales dan fe de esa apatía, afirman hacer todo lo posible para que las personas se integren, pero las califican como “difíciles de orientar”. Según los voceros de los CC y los coordinadores de los programas, la ausencia de participación es el peor obstáculo para la organización y gestión comunitaria.

En otras palabras, los beneficiarios conocen sus derechos constitucionales, pero desconocen sus deberes o simplemente los incumplen, de hecho ignoran la LOCC. En la práctica, funcionan más con la lógica tradicional de usuario o beneficiario receptor pasivo que como sujetos de derecho. Por ende, en los casos estudiados, el quehacer comunitario aún está lejos de ser participativo y protagónico en la gestión de la MBA, del PNMIC y de los CC.

3.5. Apreciación-valoración de los programas, de los Consejos Comunales y de su impacto social

Los beneficiarios valoran positivamente a la MBA, sus servicios y a su personal, sobre todo el buen trato de los médicos cubanos. Valoran igual el papel de los defensores de la salud y le agradecen al Presidente Chávez haber creado este programa, afirmando que es “el único que se ha

acordado de los pobres”. Le atribuyen a la MBA mejoras en la salud y en la pobreza, al ayudarlos a fortalecer sus ingresos, por ser un servicio gratuito, accesible y expedito. El personal que labora en la Misión y los voceros de los CC la defienden altamente. Todos los consultados le imputan a la MBA avances en la calidad de la salud: detección de enfermedades severas y comunes como diabetes, hipertensión arterial, parasitosis intestinales y diarreas en niños; micosis femeninas, entre otras; recuperación y estabilización de pacientes críticos; ha evitado muertes y le ha prolongado la vida a muchas personas, entre ellos adultos mayores, que estaban confinados en sus casas, algunos condenados a una silla de ruedas, por falta de medicación, ejercitación física y un control médico permanente.

En cuanto al PNMIC, sus coordinadores, estudiantes y egresados destacan sus bondades en inclusión educativa y en la formación de profesionales sensibles a la salud integral de las personas y comunidades. Sin embargo, entre los beneficiarios indirectos (pacientes) no hay consenso en cuanto a la pericia del médico integral para la atención de la salud en todos los aspectos. Para algunos que han sido atendidos por los cursantes del PNMIC, su formación es buena, para otros no, lo cual se traduce en cierta desconfianza y resistencia a ser atendidos por estos jóvenes, sobre todo por los pasantes en los CP; dudan de su formación al compararlos con los médicos tradicionales; no tienen presente que la suya está orientada a la atención primario-preventiva y no la quirúrgica-curativa. Hay más confianza en los médicos cubanos con largo tiempo de servicio.

En cuanto a la pobreza y las condiciones de salud de la comunidad desde la existencia del PNMIC en el CDI, hay divergencia de criterios entre los beneficiarios directos e indirectos. Para unos ha incidido de manera positiva en ambos aspectos. Para otros no repercute directamente en la disminución ostensible de la pobreza aunque quizás sí, indirectamente, en la salud de la comunidad, pues son una ayuda en el CP. Creen que sus aportes se apreciarán cuando egresen, ejerzan como médicos y reemplacen al personal cubano.

Sobre los CC, los voceros reconocen que ha mejorado la calidad de vida de muchas personas por la gestión de aquéllos, a través de viviendas dignas, mercados populares y otros proyectos, ahorrándose una lenta tramitación y una larga espera en las alcaldías y en la Gobernación del Estado, pues sus solicitudes van directo al poder central. Según ellos, sí se está logrando la planificación comunitaria, pese a no contar con recursos suficientes para la ejecución de los proyectos ni con apoyo de la comunidad. Final-

mente, los beneficiarios, con excepción de algunos que les endosan a los CC un trabajo poco visible y casos de corrupción, la mayoría los reconocen como los gerentes sociales comunitarios, con buen desempeño en inclusión social y alivio de la pobreza.

4. Consideraciones finales

Según la percepción de sus protagonistas, la MBA, el PNMIC y los CC, aunque tienen algunas debilidades organizativas y operativas; también poseen fortalezas: actúan como mecanismos de inclusión social, sobre todo en salud; y si bien reconocen que siguen siendo pobres, ven en la gratuidad de los servicios un paliativo a su pobreza crítica, en cuanto a alivio del ingreso familiar. Asimismo, al ser usuarios pasivos de los servicios, ejercen sólo sus derechos, no sus deberes comunitarios como participación activa, voluntariado, contraloría social, lo cual indica, recordando los planteamientos de Sen (2000) sobre inclusión y empoderamiento (referidos en la introducción de este trabajo), que aún no ha fraguado una conciencia sobre la acción colectiva en los casos estudiados, por lo cual tampoco exhiben un empoderamiento popular a gran escala.

Destaca también que el proceso de maduración de la institucionalidad social emergente con estos programas en el Zulia (municipios y casos considerados), precisa no sólo de la formación de los actores colectivos locales (beneficiarios, ejecutores directos) sino de todos los actores públicos involucrados en las misiones y los CC, en ese principio de corresponsabilidad-cogestión que formalmente los inspira, pero a modo de una cultura compartida, horizontal, no de una relación vertical; puesto que uno de los obstáculos al empoderamiento parece ser que las misiones y los CC son figuras aún muy tuteladas por el poder central, por lo cual aún no es visible el protagonismo del poder comunal. El principal reto en este cambio cultural corresponde al Estado, al rol promotor al cual está convocado, siendo necesario que el Gobierno acompañe a las comunidades en el monitoreo de estos procesos, y no los deje exclusivamente en manos de la contraloría social comunal (que no funciona), pues se adolece de esa cultura específica. Como se ha dicho en otros trabajos (Hintze, 2008; Alvarado, 2008; Alvarado, 2009), un factor clave sería la consolidación de los cambios cualitativo-culturales, capaces de generar y fraguar, a largo plazo, una conciencia colectiva amplia, que haga de las misiones sociales y de los consejos comunales, mecanismos sólidos, totalmente efectivos contra la pobreza y la exclusión social.

Referencias

- ALVARADO, Neritza (2007). Informe de Resultados del Proyecto Misiones Sociales, Pobreza y Exclusión: la experiencia de la Misión Barrio Adentro en el Zulia (2006-2007). Subvencionado por el Consejo de Desarrollo Científico y Humanístico de la Universidad del Zulia, Venezuela (mimeo).
- ALVARADO, Neritza (2008). Misiones Sociales, Pobreza y Exclusión: la experiencia de la Misión Barrio Adentro en el Zulia. *Fermentum*. Revista de Sociología. Venezuela. Año 18. Nº 51: 195-245.
- ALVARADO, Neritza (2009). Las estrategias de Inclusión social en Venezuela: un acercamiento a la experiencia de las Misiones Sociales. *Convergencia*. Revista de Ciencias Sociales. México. Año 16. Nº 51: 85-128.
- ÁLVAREZ, Roberto; BARCOS, Indira (2005). **Una interpretación de la Misión Barrio Adentro desde la perspectiva de un trabajador de la salud**. Editorial Game Vial, C.A. Venezuela. p.p.198.
- ASAMBLEA NACIONAL (2009). Ley Orgánica de los Consejos Comunales. (Documento en línea). Disponible: <http://www.asambleanacional.gov.ve> [Consulta: 2010, enero 23].
- ASAMBLEA NACIONAL (2006). Ley de los Consejos Comunales. (Documento en línea). Disponible: <http://www.asambleanacional.gov.ve>. [Consulta: 2006, julio 10]
- BRACHO, Carolina (2011). "Egresan Médicos Integrales comunitarios". Diario Panorama, edición del día 14/12/2011. Cuerpo 1:4. Maracaibo, Venezuela Disponible en: <http://www.panodi.com> [Consulta: 2012, diciembre 14].
- BRACHO, Carolina (2012). "Incorporan a hospitales a médicos integrales". Diario Panorama, edición del día 26/02/2012. Cuerpo 1:4. Maracaibo, Venezuela Disponible en: <http://www.panodi.com> [Consulta: 2012, febrero 26].
- BORROTO, Eugenio; SALAS, Radamés (2008). Programa Nacional de Formación en Medicina Integral Comunitaria (Venezuela). *Medicina Social*. Cuba. Vol.3. Nº4: 285-298.
- CARMONA, Karina; MONTIEL, Karolyn; PERERA, Johan (2010). Socialismo del Siglo XXI y Estrategias de Inclusión Social. Caso Misión Barrio Adentro y Consejo Comunal del Barrio La Encrucijada. Municipio Maracaibo. Tesis de grado dirigida por la Prof. Neritza Alvarado. Escuela de Sociología. Universidad del Zulia. Venezuela.
- CHÁVEZ, Hugo (2004a). Presidente de la República. La misión Vuelvan Caras y el Desarrollo Endógeno. (Documento en línea). Disponible en: <http://www.cadenaglobal.com> [Consulta: 2004, mayo 5]
- CHÁVEZ, Hugo (2004b). Discurso en el Teatro Municipal de Caracas, 24 de Enero 2004. **Victoria, la Voz de las Misiones**. Año 1, Nº 1. Caracas.p.p.6-13
- FUNDACIÓN ESCUELA DE GERENCIA SOCIAL, FECS (2009). Equipo de trabajo Gerencia Social Comunitaria. La Misión Barrio Adentro (Documento en línea): Disponible en: <http://www.gerenciasocial.gov.ve> [consulta: 2009, mayo 13].
- GARCIA, Andrea; PEÑA, Javier; QUIVA, Gemma; TÓRRES, Juan (2012). Análisis del Desempeño del Programa Nacional de Medicina Integral Comunitaria y del Consejo Comunal en el Barrio Cerros de Marín, Sector Mota Blanca. Municipio Maracaibo. Estado Zulia. Tesis de grado dirigida por la Prof. Neritza Alvarado. Universidad del Zulia.
- HINTZE, Susana (2008). **La construcción de la economía social y solidaria como estrategia alternativa en Argentina: reflexiones a partir de la experiencia de Brasil y Venezuela**. Ediciones de CLACSO. Argentina. p.p. 304.
- LANDER, Edgardo (2007). El Estado y las tensiones de la participación popular en Venezuela. *OSAL*, publicación de la CLACSO. Argentina. Año VIII, Nº 22. Disponible: <http://www.bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/osal/osal22/D22Lander.pdf>. [Consulta: 2009, abril 9].
- MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA COMUNICACIÓN E INFORMACIÓN, MINCI (2006a). Las Misiones Bolivarianas. Colección Temas de Hoy. Caracas. Documento en línea): Disponible en: http://www.minci.gov.ve/libros_folletos/6/p-8/tp-22/libros_folletos.html. [Consulta 2006, abril 9].
- MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA COMUNICACIÓN E INFORMACIÓN, MINCI (2006b). Los Consejos Comunales. Colección Temas de Hoy. Caracas. Documento en línea): Disponible en: <http://www.minci.gov.ve/publicaciones> [Consulta 2006, septiembre 23].
- MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA EDUCACIÓN UNIVERSITARIA, MPPEU (2012). El Programa Nacional de Formación en Medicina Integral Comunitaria (Documento en línea): Disponible en: <http://www.mppeu.gov.ve> [Consulta: 2012, abril 4].
- MISIÓN BARRIO ADENTRO, MBA (2010). Fundación Misión Barrio Adentro. Lineamientos de la Misión Barrio Adentro (Documento en línea): Disponible en: <http://www.barrioadentro.gov.ve>, [Consulta: 2010, diciembre 10].
- MONTESINOS, Jeanny; PARRA, Karelia (2010). Socialismo del Siglo XXI y Estrategias de Inclusión Social. Caso Misión Barrio Adentro y Consejo Comunal del Barrio Panamericano Sector II. Municipio Maracaibo, 2009-2010. Tesis de grado dirigida por la Prof. Neritza Alvarado. Escuela de Sociología. Universidad del Zulia. Venezuela.
- RAMÍREZ, Rafael (2005). Ministro de Energía y Petróleo, y Presidente de Petróleos de Venezuela Sociedad Anónima. La Nueva PDVSA y las Misiones Sociales (Disponible: <http://www.pdvsa.com> [Consulta: 2006, enero 15].
- SEN, Amartya (2000). **Desarrollo y Libertad**. Edit. Planeta, Barcelona. España.p.p. 321
- VIDAL, Carlos (2004). **Apuntes de una Vida dedicada a la Gente: Educación, Medicina Comunitaria, Cooperación Técnica Internacional y Salud Pública**. SINCO Editores. Perú. p.p. 278.