



Evaluación de la Misión Barrio Adentro  
según la nueva economía institucional  
en el período 2003-2010  
*Evaluation of the government issued  
healthcare plan “Misión Barrio Adentro”,  
according to the New Institutional Economics  
theory within its 2003-2010 period*

SCHEREZADE BORGES<sup>1</sup>  
[scherezadeborges@gmail.com](mailto:scherezadeborges@gmail.com)  
Universidad Metropolitana

RAFAEL MACQUAHE<sup>2</sup>  
[rmacquahe@unimet.edu.ve](mailto:rmacquahe@unimet.edu.ve)  
Universidad Metropolitana

Recibido: 06/03/2014  
Aceptado: 30/06/2014

## Resumen

La nueva economía institucional (NEI) representa una corriente del pensamiento que tiene sus orígenes en la década de 1960 y cuenta con exponentes como Ronald Coase, Douglass North y Oliver Williamson. Algunos de sus postulados son: la presencia de costos de transacción positivos, la racionalidad limitada de los sujetos, los mercados imperfectos, la importancia de

<sup>1</sup> Licenciada en Estudios Liberales (2014). Diplomado en Administración de empresas (2011).

<sup>2</sup> Tutor. Sociólogo (UCAB), Abogado (USM), Magíster del Instituto de Estudios Superiores de Administración (IESA), Master of Arts in Economics y Ph.D. candidate (Northeastern University, Boston). Candidato a Doctor en Estudios del Desarrollo (CENDES, UCV) y profesor investigador del Departamento de Estudios Políticos (UNIMET).



las instituciones formales e informales como reglas del juego para corregir esas fallas, la dependencia del camino para el análisis político, los modos de gobernanza y la evaluación de la eficiencia de estos últimos con base en criterios más allá del cálculo costo-beneficio. Admite también la posibilidad de combinar la estructura del Estado con el mercado para solucionar los problemas que aparecen en la cotidianidad. Por otra parte, la Misión Barrio Adentro surge en 2003 como un programa del gobierno del presidente Hugo Chávez, dedicado a prestar atención primaria y preventiva en materia de salud. Años después se añaden Barrio Adentro II, III y IV para brindar cuidados más especializados y conformar un nuevo sistema público nacional de salud (SPNS) en Venezuela. A continuación se desarrollará una investigación que pretende evaluar el desempeño de la Misión Barrio Adentro en el período 2003-2010, a través de seis variables de la nueva economía institucional.

**Palabras clave:** Nueva Economía Institucional, Misión Barrio Adentro, instituciones.

## Abstract

The New Institutional Economics (NIE) is a new stream of economical thought originated in the early '60s, whose main exponents are Ronald Coase, Douglass North and Oliver Williamson. Some of its principles include: the presence of positive transaction costs, bounded rationality of individuals, imperfect markets, the importance of formal and informal institutions as rules of the game to correct thus mentioned failures, path dependence for political analysis, modes of governance and the evaluation of the efficiency of the latter based on criteria beyond the cost-benefit calculation. Additionally, the NIE admits the possibility of combining the state structure and the market to solve the problems that arise daily. Moreover, the "Misión Barrio Adentro" emerges in 2003, during the Chavez administration, as a government issued primary and preventive healthcare program. Years later, Barrio Adentro II, III and IV are added in an attempt to help provide more specialized care and achieve the implementation of a new and improved National Public Health System in Venezuela. Therefore, the "mission Barrio Adentro" program and its ultimate performance during the 2003-2010 period is further analyzed, following the 6 main variables proposed by the New Institutional Economics theory.

**Key words:** New Institucional Economics, Misión Barrio Adentro, institutions.



## Introducción: historia de una misión

En diciembre de 2003, el presidente Hugo Rafael Chávez Frías anunció la evolución del Plan Barrio Adentro a Misión Barrio Adentro, expandiéndolo a todo el territorio nacional, a través del Decreto N° 2.745, publicado en la *Gaceta Oficial* de la República de Venezuela N° 37.865 del 26 de enero de 2004.

Se estableció que la rectoría del programa estaría a cargo de una comisión presidencial integrada por miembros de las siguientes organizaciones: Ministerio de Salud y Desarrollo Social (M<sub>SDS</sub>), Ministerio del Trabajo, Ministerio de Energía y Minas, Petróleos de Venezuela (P<sub>DVSA</sub>), el Estado Mayor, Asociación Civil Barrio Adentro (A<sub>CBA</sub>), Alcaldía del Municipio Libertador, Alcaldía del Municipio Sucre y Frente Bolivariano Francisco de Miranda de Luchadores Sociales.

A las nueve organizaciones que formaron parte de la comisión presidencial se le sumaron dos coordinadoras y seis fondos encargados tanto del financiamiento como de la construcción de la infraestructura donde funcionaría la Misión. A esto se añadirían tres factores más: las alcaldías, las gobernaciones y el tratado Cuba-Venezuela.

Se estableció que el objetivo de la Misión Barrio Adentro I era garantizar "(...) el acceso a los servicios de salud de la población excluida, mediante un modelo de gestión de salud integral orientado al logro de una mejor calidad de vida" (M<sub>SDS</sub>, 2005). Se compuso por una red de atención primaria (consultorios populares), servicio odontológico, óptico, Barrio Adentro deportivo y Misión Milagro.

El primer nivel creado generó demandas que no pudieron ser satisfechas en los consultorios populares ya que éstos se centraban en un nivel de atención primaria, prevención de las enfermedades y promoción de la salud. En consecuencia, las consultas especializadas, diagnósticos, emergencias y rehabilitaciones tuvieron que ser absorbidas por un nuevo nivel (Díaz Polanco, 2008: 61).

La segunda fase de Barrio Adentro fue anunciada en el programa Aló Presidente N° 225 del 15 de junio de 2005 y se compuso de Centros de Diagnóstico Integral (CDI), Salas de Rehabilitación Integral (SRI) y



Centros de Alta Tecnología (CAT). Estos centros conformaron “(...) una red de servicios complementarios durante las 24 horas para casos de emergencia y estudios de complejidad referidos por los consultorios populares” (D’Elia, 2006: 35).

El segundo nivel no cubrió la demanda de atención hospitalaria de la población y el 28 de agosto de 2005, en el programa Aló Presidente nº 232 se anunció el inicio de Barrio Adentro III (BA III). D’ Elia (2006) explica que la idea era recuperar y modernizar los 299 hospitales<sup>3</sup> públicos que existían en el país y crear cinco nuevos centros en el territorio nacional<sup>4</sup>.

Entonces, BA III quedó conformado por los hospitales del pueblo que iban a brindar atención y hospitalización las 24 horas del día. Su prioridad eran las enfermedades cardiológicas, las renales y el sida. Su objetivo era reestructurar al aparato administrativo de los hospitales para que la corrupción disminuyera.

Por su parte, Barrio Adentro IV fue inaugurado por Hugo Chávez el 20 de agosto de 2006. Debido a la presencia de muchos pacientes con patologías muy específicas, este nuevo nivel debía construir 15 “(...) nuevos centros hospitalarios de atención, investigación y formación de talento humano de alto nivel de especialización, para problemas de salud de relevancia nacional que así lo ameriten, y para la cooperación internacional solidaria” (CEIMS: 1). Su objetivo era edificar centros asistenciales en áreas de atención sumamente especializadas en las que existía déficit a escala nacional y servir como centros de investigación.

## La nueva economía institucional y la Misión Barrio Adentro

La NEI es una teoría económica que tiene como principios: la economía como ciencia que implica costos de transacción positivos, la

<sup>3</sup> 218 pertenecían al MsDS, 29 al INAGER, 33 al IvSS, 3 a PDVSA y 13 a las FF.AA (Díaz Polanco, 2008: 62).

<sup>4</sup> Dos cardiólogos infantiles, tres centros hospitalarios en Guárico, Amazonas y Carabobo (*Idem.*).



creencia de que los sujetos y entes económicos tienen una racionalidad limitada, la presencia de mercados imperfectos, las instituciones (formales e informales) como reglas del juego que corrigen esas fallas; y la importancia de la dependencia del camino.

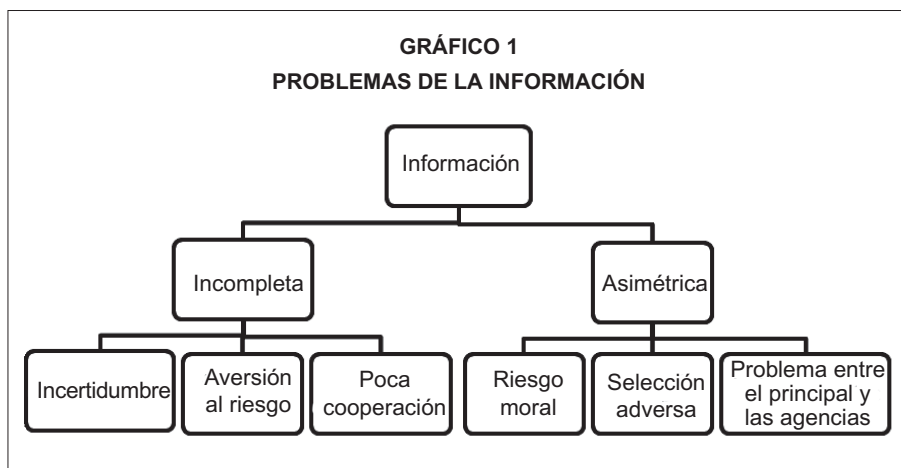
En este sentido, nos ofrece varias variables que nos permitirán evaluar el desempeño de la MBA. Éstas son: información, costos de transacción, transacciones, modos de gobernanza, organizaciones, instituciones formales, instituciones informales y dependencia del camino.

## Información

Según Ronald Coase (1937), la información es un bien difícil y costoso de obtener. No es perfecta y presenta dos características: suele ser incompleta y está distribuida de manera desigual entre los actores. Al ser incompleta genera tres consecuencias: incertidumbre entre los actores porque no se sabe cómo van a transcurrir las cosas; aversión al riesgo, porque no pueden calcular la probabilidad de que suceda un evento para poder asegurarse contra él; y poca disposición a la cooperación con otros, ya que es preferible guardarse la información para estar mejor preparados para futuras decisiones.

Al ser asimétrica implica que hay actores que tienen un mayor y/o más barato acceso a la misma, lo cual también genera tres consecuencias: riesgo moral, selección adversa y problemas entre las agencias y el principal. El riesgo moral significa que algunos actores llevarán a cabo acciones y las consecuencias no recaerán sobre ellos. Por ende, el incentivo es maximizar los resultados personales. En la selección adversa hay una parte que tiene más información que otra pero, aun así, se deben tomar decisiones aunque se ignoren ciertas cosas. Los problemas entre el principal y las agencias implican que las segundas tienen más información que el primero, quedándose el principal con datos vagos y generales.

Podemos afirmar que la información de la MBA es incompleta y asimétrica. Hoyer y Clarembaux (2009) explican que inicialmente el Msds



**Fuente:** Elaboración propia, a partir del material de Ayala (2000)

iba a recoger la información del desempeño de la Misión mediante planillas estandarizadas. En un trabajo conjunto entre el Ministerio, las alcaldías y las gobernaciones, se iba a dotar a los módulos de BA I con los formatos. Las autoras relatan que había varios tipos, como es el caso de las dedicadas a evaluar la infraestructura (descripción de la obra, albañilería, herrería), aquellas en donde se vaciaban los datos de la historia de salud familiar (250 familias por núcleo) y las encargadas de contener la historia clínica individual de los pacientes. Esto se requería para poder llevar un registro de la gestión, procesarlo y generar estadísticas que luego pasarían a las memorias y cuentas del Ministerio.

En la realidad toda esta información fue incompleta. En muchos casos no llegaron los formatos a los consultorios, los médicos cubanos no guardaron registros o lo hicieron deficientemente y los que lo hicieron, no fueron recopilados sistemáticamente. Esto no permitió llevar la contabilidad real del número de consultas, las enfermedades más comunes, los principales problemas epidemiológicos y las medicinas más utilizadas. Esta información era de vital importancia para poder planificar la dotación, entre otros aspectos, de los insumos médicos que se repartirían cada



trimestre. Entonces, la información no fue solo incompleta, sino que también fue asimétrica porque al Msds no le llegaron los datos que sí conocían los médicos cubanos.

Debido a esto surgieron problemas como el riesgo moral. José Manuel Olivares habla de los hospitales fantasmas en BA IV: “solo 5 de los 13 hospitales para ser entregados en el 2009, tenían entre 4% y 15% de avance, con todo el presupuesto asignado y ejecutado desde el 2007” (*El Universal*, 2013). Es decir, como la información sobre el seguimiento de los proyectos y la rendición de cuentas no llegó a los coordinadores de la Misión, se dieron comportamientos oportunistas que maximizan los resultados personales ya que las consecuencias de sus acciones no iban a recaer sobre ellos.

Otro problema que se evidenció fue la selección adversa. Por ejemplo, el Gobierno tomó la decisión de construir un hospital especializado en maternidad y pediatría en Apure, aun cuando ese estado sólo tiene 1,6% de la población del país y 70% tiene más de 15 años (INE, 2011). Los estados aledaños tampoco son los de mayor población, las carreteras no permiten un rápido acceso al mismo y la lejanía de grandes centros poblados comprometería la asistencia de las personas a esa maternidad.

Los problemas entre las agencias y el principal no tardaron en llegar ya que, por ejemplo, faltaban equipos médicos en los consultorios populares, CDI, SRI y CAT. D' Elia (2006) reseña:

Las deficiencias en la entrega regular de insumos y suministros (médicos y no médicos), así como en el mantenimiento de los equipos y de la infraestructura, están haciendo que los costos de la prestación se trasladen a los comités de salud, a las comunidades y a los propios usuarios, violentando así la garantía de gratuidad de la atención (p. 41).

Vemos cómo las agencias poseían la información sobre qué les faltaba, pero no llegaba al principal.

La incertidumbre es otra consecuencia de la información incompleta. En este sentido, podemos mencionar la inseguridad que sintieron los

médicos venezolanos ante la MBA. En el 2003, la alcaldía del municipio Libertador publicó en los principales periódicos del país una convocatoria a los médicos venezolanos para participar en el programa. Solo se presentaron 50, de los cuales 30 se negaron a vivir en las comunidades y 20 contaban con especializaciones, por lo que tampoco aceptaron su estadía en los barrios, (D' Elia, 2006). No contaban con la información suficiente y la logística de la MBA era muy primitiva en sus inicios, así que los venezolanos proponían ir diariamente a los consultorios en vez de quedarse ahí.

La aversión al riesgo se evidencia en el caso de la “reaparición de enfermedades como el dengue, la malaria, parotiditis, tuberculosis y paludismo, que de manera injustificable han renacido de sus cenizas” (Echeverría, 2008). Al no registrarse adecuadamente la información, no se podía calcular la probabilidad de que sucediera un evento como la reaparición del dengue, y no había manera de asegurarse contra el mismo. González (2008) nos explica que según la OPS: “la cobertura de inmunización contra polio se redujo de 85% en 1995 a 73% en el año 2006. En el caso de la cobertura de inmunización contra tuberculosis, se redujo de 91% en 1995 a 83% en 2006” (p. 1). Es claro que no se calculó adecuadamente ni el nivel de prevención ni las medidas que se debían aplicar para evitar el riesgo.

La poca cooperación se refleja en la negativa, de los comités de salud, a seguir ayudando. En un inicio los líderes de esos comités prestaron sus casas y la comunidad buscó espacios vacíos para instalar provisionalmente a la primera brigada de médicos cubanos que llegó para la MBA. Hoyer y Clarembaux (2009) cuentan el relato de Mónica Ramírez, quien cedió un espacio de su hogar para que se quedaran los médicos cubanos; pero que después de un año, al no recibir ningún tipo de ayuda económica ni alimentaria, ya no podía seguir manteniendo a los galenos. Era más rentable alquilar las habitaciones a otras personas y así ganar algo de dinero extra. A pesar de haberse comunicado con el comité de salud de su zona y con el Msds, no recibía información de



cómo iba a solventarse su situación. La falta de información generó que muchas personas como Mónica Ramírez dejaran de cooperar.

## Costos de transacción

La información es un bien costoso y, como Ronald Coase afirma, los actores deben descubrir con quién pueden transar, informar a la gente qué desean intercambiar, establecer en qué términos, conducir negociaciones que lleven a un convenio, redactar el contrato y realizar la inspección posterior necesaria para asegurarse de que los términos del contrato se estén cumpliendo. Hay que emplear tiempo y dinero en la búsqueda de información para tomar mejores decisiones económicas. Este costo debe ser contabilizado e incluido de alguna manera en el precio final del producto o servicio.

A partir de esto se han logrado identificar algunos costos de transacción. En primer lugar está el de búsqueda, que comprende la localización de proveedores de materia prima, la comparación de los precios de las distintas ofertas y la elección de la que luzca más confiable. En segundo lugar está el de contratación, que implica la negociación con ese proveedor, la redacción de un contrato que contenga los requisitos de ambas partes y establezca todos los aspectos del intercambio. En tercer lugar está el de cumplimiento, que asegura que las partes hayan acatado las pautas establecidas y, en caso de presentarse alguna falta, contempla los métodos de resolución de la disputa.

En relación a la MBA, los costos de búsqueda se evidencian en las acciones de localización de proveedores de medicinas, equipos, médicos, personal administrativo y constructoras que fueron parte de la fundación de la Misión. En este sentido podemos decir que ya se había incurrido en estos costos, ya que en el país existía un sistema de salud pública. A pesar de esto se vuelve a realizar un gasto, ya que no se utiliza lo que había sino que se trae en su mayoría de Cuba, como lo establece el Convenio integral de cooperación entre la República de Cuba y la República Bolivariana de Venezuela, publicado el 30 de octubre de 2000.

En Venezuela existía tanto la industria necesaria para suplir esa demanda, como la infraestructura para llevar a cabo los nuevos planes de salud. De hecho, el Ministerio de Salud y Desarrollo Social registra para el año 2000 un total de 213 hospitales y 4.605 ambulatorios; el Ivss poseía 79 ambulatorios y 31 hospitales; las FAN 21 ambulatorios y 13 hospitales; el IPASME 56 ambulatorios; y PDVSA 3 hospitales y 3 ambulatorios; (MSDS, 2000). La teoría explica que para elegir se deben comparar precios y tomar la opción que resulte más confiable. En ninguna memoria y cuenta aparece el cálculo costo-beneficio de edificar una nueva red de salud y mantener la existente. La búsqueda de personal y recursos es un costo extra, en el cual ya se había incurrido en la red de salud tradicional.

En lo que se refiere a los costos de contratación, el más claro ejemplo es el Convenio Cuba-Venezuela mencionado previamente. Se tuvo que incurrir en gastos ya que las partes se debían reunir y calcular el monto, las cantidades y los elementos a ser intercambiados. Además, el artículo V explica que era necesario crear una comisión mixta que se reuniría anualmente en alguna de las capitales de los países en cuestión para hacerle seguimiento al contrato. Todo esto se acuerda, a pesar de que hay un Ministerio de Salud encargado de sostener reuniones mensuales con todos los componentes de la red pública de salud para monitorear el estado de las políticas públicas que se estaban implementando.

En tercer lugar están los costos de cumplimiento, entre los que podemos mencionar las reuniones anuales que deben sostener las partes para verificar el acatamiento de lo acordado, como el pago de los barriles de petróleo por parte de Venezuela y la entrega de medicinas por parte de Cuba.

Estos costos suelen ser problemáticos y, en lo que respecta a la MBA, tenemos el caso de la fuga de médicos cubanos. Un informe proveniente del Departamento de Estado de los Estados Unidos relata que se han registrado 1.600 médicos cubanos fugados, de los cuales la mitad proviene de Venezuela (*Runrunes*, 2011). Es decir, vigilar que se esté



cumpliendo lo acordado también tiene su costo, y en el caso venezolano hay aspectos que pueden ser calificados, incluso, como pérdida.

## Transacciones

Pasemos ahora a identificar algunos tipos de transacciones que ocurren en el sector público, para ubicar posteriormente a la MBA. Williamson señala seis tipos: obtención, redistribución, regulación, soberanas, judiciales y de infraestructura.

La obtención se refiere a la elección entre contratar un bien o servicio fuera de la empresa, o asumir su producción y realizarla adentro. La redistribución se refiere a la repartición del ingreso de un país. La regulación se encarga de corregir las fallas del mercado: asimetrías de la información, casos de monopolios, etc. Las soberanas requieren de un alto nivel de probidad, encarnan la autoridad pública; las relaciones internacionales son una muestra. Las judiciales están representadas por las cortes y buscan resolver disputas en donde haya habido un perjuicio a algún actor. Por último, las de infraestructura son llevadas a cabo por el Estado o el gobierno local, dependiendo del grado de descentralización. Incluye la administración de policías, calles, parques, prisiones, escuelas, entre otras. La MBA se puede calificar como: obtención, redistribución, regulación y de infraestructura.

Se puede afirmar que es de obtención porque el servicio se realiza dentro de la “empresa”, que en este caso es el Estado. El Gobierno se encarga del servicio de prestación de salud y asume esa labor como propia. Se observa en el artículo 83 de la Constitución de 1999 que se establece la salud como “(...) un derecho social fundamental, obligación del Estado...”

En segundo lugar podemos clasificarla como de redistribución, ya que a través de ella se reparte el ingreso del país. Tomemos como ejemplo la Memoria y Cuenta del año 2010. Dentro de la política 1, encargada de: “expandir y consolidar los servicios de salud de forma oportuna y

gratuita” se aprobaron 14 proyectos por un monto total de Bs. F. 1.405.103.046. En este sentido y según el BCV, 5,3% del PIB del país se destina a las misiones y es por esta razón que podemos calificarla como de redistribución (*Ídem*).

En tercer lugar, también es de regulación, porque corrige ciertas fallas asistiendo a los actores sociales desfavorecidos en materia de salud. BA se constituyó en barrios y zonas rurales del país en donde se presentaban las mayores carencia, y su objetivo era: “garantizar el acceso a los servicios de salud de la población excluida, mediante un modelo de gestión de salud integral orientado al logro de una mejor calidad de vida”.

En cuarto y último lugar, podemos denominarla de infraestructura porque implica el manejo de consultorios populares, clínicas odontológicas, CDI, SRI, CAT y hospitales.

## Modos de gobernanza

Williamson (1999) advierte que cada transacción puede ser asumida y llevada a cabo por tres tipos distintos de arreglos institucionales denominados modos de gobernanza, cuyo objetivo es infundir orden para mitigar el conflicto y obtener así ganancias mutuas. Estos modos son: el mercado, la jerarquía y el híbrido.

El mercado está regido por la ley de la oferta y la demanda, las partes son autónomas y no se requieren relaciones contractuales continuas. La jerarquía se basa en decisiones verticales regidas por la autoridad, tiene muchos controles administrativos, un gran costo burocrático e inmensas ganancias bilaterales. En el modo híbrido se combinan ambas estructuras, dependiendo del caso y de lo que resulte más beneficioso.

Estos tres modos comparten siete atributos que los describen: el grado de especificidad del bien o servicio, la intensidad de los incentivos, la cantidad de los costos operacionales, los controles administrativos o nivel de burocratización, la necesidad de probidad, el tipo de adaptación y el régimen legal.



La burocracia pública es un modo de gobernanza que se ubica dentro de la jerarquía, pero a veces acude al mercado porque resulta más barato conseguir ahí ciertos bienes, como el material de oficina. No es una organización técnica perfecta y no puede evaluarse únicamente según el criterio costo-beneficio. En consecuencia, la MBA se puede calificar como burocracia pública ya que el Estado maneja la mayoría de las transacciones, pero se acude al mercado para la obtención de cierto tipo de bienes, como es el caso de las medicinas y equipos médicos.

La prestación del servicio de la salud es competencia de la burocracia pública ya que, entre otras razones, la especificidad de ese servicio es alta. Esto se debe a que los equipos técnicos, las medicinas y los profesionales de esta área cumplen funciones muy particulares que no pueden ser sustituidas fácilmente.

La teoría de Williamson explica que la reasignación o transferencia de este tipo de servicio a otros agentes se hace cuesta arriba. Podemos verificar que el traspaso de los tratamientos de enfermedades especializadas de los hospitales tradicionales a BA IV, conllevó un costo muy alto porque ya había una red hospitalaria que se dejó abandonada. Resultaba mejor remodelar la red existente, utilizar los equipos que ya se poseían y contratar a los médicos ya formados, antes que construir un nuevo sistema de salud, porque estos bienes no pueden ser reubicados fácilmente debido a que su uso es muy específico.

En relación a los incentivos, se puede decir que son bajos. Hoyer y Clarembaux (2009) recogen el testimonio de la médica cubana Consuelo Ortiz, quien explica que "...reciben un pago mensual –para cubrir los gastos indispensables, pues el salario se lo entregan a sus familiares en Cuba–, así como una bolsa de comida" (p. 36). Afirma, más adelante, que los Bs. 200.000 que les entregan no les alcanzan para cubrir los gastos de alimentación, transporte y comunicación.

Pese a que los incentivos son bajos, los costos operacionales son altos debido a la alta especificidad del servicio y el carácter gratuito del mismo. Es difícil encontrar, en fuentes tradicionales, el gasto tanto público como privado en el sector salud, ya que han aparecido numerosos gastos

extraordinarios que son presupuestos extra a los declarados al inicio de una gestión. Los costos operacionales de la MBA:

...parecen haberse traducido en gigantescas asignaciones financieras (...) de manera que en el año 2005 se llegó a la increíble suma que puede representar algo más del 9 por ciento del PIB (...). El aumento significa un 483 por ciento con respecto al gasto total en 1998 (p. 85).

El nivel de burocratización también puede ser calificado de elevado, ya que más de nueve organizaciones intervinieron en el diseño de Barrio Adentro, así como seis fondos se encargaron de dotar de presupuesto a la misma. De hecho, en la Memoria y Cuenta del año 2010 del MPPS se afirma que "...la complejidad de los procesos administrativos disminuye la celeridad y dinamismo en el logro de los objetivos establecidos" (p. 179).

Con respecto a la probidad, se puede decir que los administradores de los fondos de la Misión han otorgado presupuestos para la construcción de módulos y algunos no han sido culminados. En la Memoria y Cuenta del MPPS del año 2010 aparecen en la sección de obstáculos: "ausencia de mecanismos legales que permitan al Ministerio del Poder Popular para la Salud realizar un control de gestión sobre los recursos transferidos a los estados descentralizados. Desvío por parte de los estados de los fondos transferidos, para algunos fines diferentes a la salud..." (p. 179).

En lo que concierne a la adaptación, se puede calificar como cooperativa. Como se explicó anteriormente, el alto nivel de burocratización hace que todas las decisiones provengan de los altos niveles institucionales. Entonces, no se admiten modificaciones autónomas. Es el caso del surgimiento de los distintos niveles de la Misión. Cada nueva etapa fue anunciada a través de un Aló Presidente con su respectivo decreto. Las decisiones son verticales, aumentan los costos de los controles administrativos y la burocracia.

La legalidad de la MBA es paradójica, ya que se cuenta con numerosos decretos y proyectos de leyes, pero muchos fueron aprobados con retraso. De hecho, la ley vigente que regula el subsistema de salud



es del año 1999, aun cuando el presidente Hugo Chávez solicitó una reforma de la misma. En un mismo sentido, la práctica de los médicos cubanos en el territorio nacional fue motivada por una emergencia al principio, pero su práctica fue ilegal por un tiempo ya que la acreditación de los mismos no fue validada por un colegio de médicos del país. La legalidad implica un régimen de derecho fuerte, que en el caso de la MBA no estuvo presente en todos los casos. Por ende, podemos decir que es media.

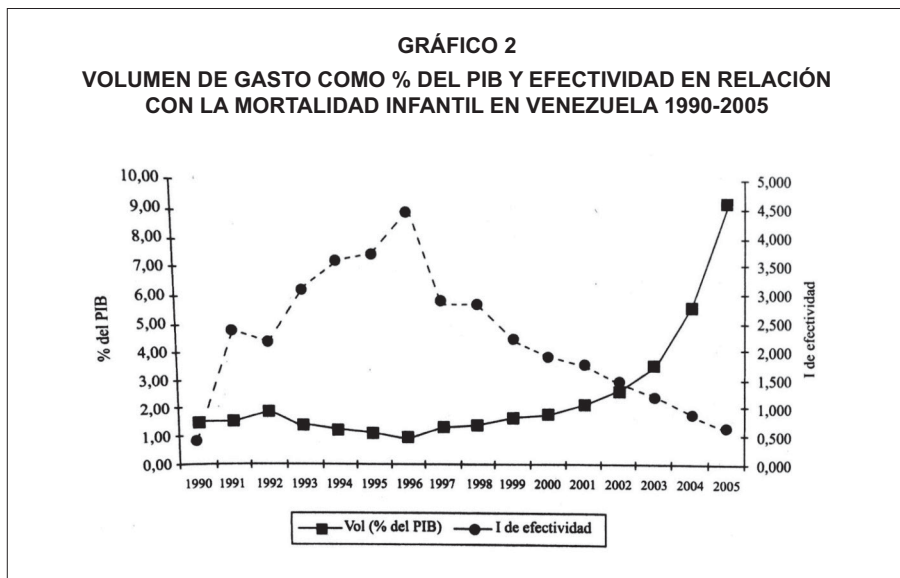
Como se mencionó anteriormente, la oficina pública tiene su propio concepto de eficiencia –que va más allá del concepto de ganancias netas–, y para evaluarla utilizaremos el criterio de remediabilidad<sup>5</sup> de Williamson y el grado de consecución de los objetivos del Gobierno.

El método del criterio de remediabilidad o remediable establece que una organización existente se presumirá eficiente si no se encuentra una alternativa superior factible y posible de implementar con ganancias netas esperadas. Para evaluar la eficiencia de la MBA, se presenta en la página siguiente un gráfico en donde aparece reflejado el volumen de gasto en salud como porcentaje del PIB y la efectividad en relación a la mortalidad infantil (MI) en Venezuela.

Observamos cómo el aumento del gasto es inversamente proporcional a la efectividad del mismo. Es decir, en los años en que menos se ha gastado la reducción de la MI ha sido mayor; mientras que en los años posteriores a la implementación de la MBA en donde se ha invertido más, la efectividad de la tasa de MI ha bajado. Si bien es cierto que la MI es solo un indicador dentro de muchos, resulta de gran conveniencia ya que la misma se puede reducir con prevención<sup>6</sup>, que es el principal objetivo de la MBA. Por no haberse implementado una alternativa nueva con mejoras en los resultados, la MBA no pasa el criterio de remediabilidad de Williamson.

<sup>5</sup> El *criterio de remediabilidad* o remediable corresponde a la traducción del concepto *remediableness criterion*.

<sup>6</sup> Prevención como: control prenatal, ecos, vacunación, etc.



**Fuente:** Recopila Jorge Díaz Polanco (2008) de BCV varios años; OPS 2006; INE 2007.

Este criterio también contempla cuatro condiciones de ineficiencia que impedirán o demorarán la sustitución, las cuales son: condiciones iniciales inaceptables, errores de cálculo, prácticas injustas y patologías.

En lo que atañe a la MBA, se puede decir que la misma nace tras el desarrollo de un plan local diseñado por la Alcaldía de Libertador. A pesar que la práctica de los médicos cubanos irrespetó el artículo 4 de la Ley de Ejercicio de la Medicina, se corrigió rápidamente esa condición.

En segundo lugar, se evidencian errores de cálculo, ya que se edificó un nuevo sistema público de salud paralelo a uno existente. No se puede olvidar que la red tradicional ya había incurrido en gastos de infraestructura y formación de personal. Ese activo se cultiva con el tiempo y no puede ser trasplantado de la noche a la mañana. El error está en mantener ambos servicios activos, sin integrarlos, y dividiendo el presupuesto entre dos redes que tienen el mismo objetivo.



En tercer lugar, las prácticas injustas están relativamente ausentes. BA I se concentró en zonas pobres y rurales, alejando a la clase media y alta de la atención primaria. Sin embargo, con el surgimiento de los niveles II, III y IV aumentó el acceso de la población venezolana a la prestación de salud (D' Elia, 2006: 179).

En cuarto lugar, las patologías están presentes ya que la MBA sufrió cambios espontáneos que la llevaron a evolucionar de un modo distinto al pensado originalmente. Como ejemplo tenemos el caso de los hospitales. Inicialmente, la Misión fue ideada para atender la salud de los venezolanos a nivel primario. Con el paso del tiempo se incluyó el nivel secundario, terciario e incluso la posibilidad de expandir los servicios a la población de Latinoamérica y el Caribe. La intención era crear un nuevo sistema de salud pública, pero se terminó retomando el existente para poder abarcar los nuevos objetivos planteados.

El segundo método para evaluar la MBA, que complementa al criterio de Williamson, es el análisis de su desempeño desde la óptica política. Para ello hay que saber cuáles son los objetivos del gobierno para luego verificar si se están cumpliendo o no (sea o no eficaz, económicamente hablando). Si esto no ocurre, podemos hablar de una estructura de gobierno ineficiente.

Según el MPPS los objetivos de la Misión son los siguientes: para BA I la atención primaria de la salud a través de la prevención; BA II atención primaria y secundaria más especializada; BA III atención secundaria y hospitalización; y BA IV, atención terciaria altamente especializada. En conjunto, los cuatro niveles formarían el nuevo SPNS, sustituyendo así al existente y centrándose en la medicina preventiva en lugar de la curativa. En la realidad, no se logró el objetivo de focalizarse en la prevención y se tuvo que acudir al mejoramiento de los niveles secundario y terciario de atención para atender los casos.

## Instituciones y organizaciones

Las organizaciones comprenden cuerpos políticos, económicos, sociales y educativos. Tienen una identidad y una meta común en torno a

un objetivo o valor compartido. Coase expone dos formas en las que ellas crecen: la integración y la combinación. En la integración, una organización compra o asume las funciones de otra empresa dentro del mismo nivel de la cadena de producción. En la combinación se incluyen nuevas funciones ubicadas en distintos niveles de la cadena de producción. Su actividad se desarrolla bajo las reglas y oportunidades que las instituciones hayan creado. Es decir, son los jugadores y las instituciones como las reglas del juego.

Por otra parte, North (1991) define a las instituciones como: “(...) las restricciones humanas que estructuran la interacción política, económica y social para crear orden y reducir la incertidumbre” (p. 97)<sup>7</sup>. Son construcciones históricas del hombre para establecer limitaciones o directrices a la conducta social, evolucionan y se adecuan a las nuevas necesidades o gustos que desarrolla el ser humano.

De acuerdo con Prats (2007), existen instituciones informales y formales. Las informales tienen dos componentes: los elementos culturales ejemplificados en la religión, lenguaje, tradiciones, normas de comportamiento, etc.; y la estructura social, que se refiere a las clases sociales. La institución informal se transmite de generación en generación, su cumplimiento es voluntario y cambia muy lentamente. Ella define la forma en que una sociedad se conduce a sí misma, estructura la cooperación y tiene un papel legitimador de las instituciones formales.

Las instituciones formales definen, a través de la política, la economía y el sistema judicial, las reglas y el contexto en el cual los miembros de una sociedad interactúan. Su cumplimiento es obligatorio y los cambios en su estructura son más rápidos que en el ámbito informal. Prats (2007) también distingue tres niveles. El primero se refiere a las reglas del juego que definen el contexto institucional; el segundo nivel está relacionado con los actores del juego que definen los arreglos institucionales; el tercer nivel es relativo a los mecanismos de asignación de recursos.

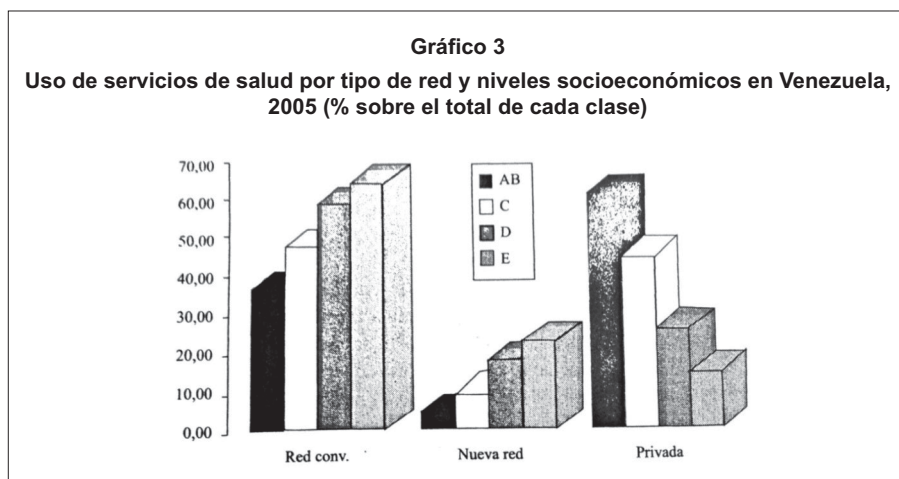
---

<sup>7</sup> Original en inglés: “Institutions are the humanly devised constraints that structure political, economic and social interaction (...) to create order and reduce uncertainty (...)” (p. 97).



En consecuencia, la MBA es una organización que creció a través de una relativa combinación, pero sin integración. Podemos hablar de combinación porque asumió las funciones de prestación de salud en los distintos niveles: primario, secundario y terciario. No podemos hablar de integración, ya que no asumió en la realidad las funciones del tradicional sistema público nacional de salud.

En lo institucional, podemos distinguir cómo el nivel formal y el informal pasaron a formar parte de la MBA. El profesor Díaz Polanco (2008) ilustra la participación de los venezolanos por estrato social en la red convencional, en la MBA y en los servicios privados.



**Fuente:** Díaz Polanco 2008; WDC 2006.

Algunas conclusiones se desprenden del gráfico. Los estratos A, B y C utilizan más el servicio privado, acuden a la red convencional como segunda opción y a la nueva en muy poca cantidad. Por otra parte, los estratos C, D y E prefieren la red convencional e, inclusive, la privada en comparación a la nueva red creada con la MBA. Este gráfico es una muestra de cómo la creencia, cultura y nivel socioeconómico tienen un gran impacto ante la preferencia de un bien o servicio.



Algo similar pasa con los médicos venezolanos, quienes “no confían en los diagnósticos de los cubanos; y los pacientes de octogonales que deben hacerse un examen especializado, no siempre van a los CDI o CAT, pues, en muchas ocasiones, les resulta más fácil por la cercanía acudir a un hospital que nada tiene que ver con la Misión” (Hoyer y Clarembaux, 2009: 103).

Es muy costoso y difícil cambiar la tradición que forma parte de la sociedad venezolana. Ese componente informal confía y legitima a la red convencional que existía en el país. Este arraigo compite con una red emergente que presenta muchos problemas de información, lo que genera incertidumbre y desconfianza. Entonces, se evalúa y juzga la nueva red basándose en cómo era la previa. Esta última goza de la ventaja de que ya era conocida y estaba legitimada, lo que explica por qué los venezolanos la prefirieron.

En relación a la institución formal, se pueden distinguir los tres niveles que describe Parts. El contexto institucional y se puede ejemplificar con los artículos 83 y 84 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, en donde se establece la salud como un derecho social fundamental, dejando al Estado como garante del mismo. Los arreglos institucionales se evidencian en las Líneas Generales del Plan de Desarrollo Económico y Social de la Nación 2001-2007, la Ley Orgánica de Salud (1998) y la Ley que regula el Subsistema de Salud (1999). La asignación de recursos se comprueba a través de las reuniones anuales entre Cuba y Venezuela para ajustar el tipo y las cantidades de medicinas que se van a despachar para los próximos meses.

Las transformaciones institucionales pueden ser endógenas (venir de la cultura propia) o exógenas (venir de implantes o copias institucionales de otra sociedad). Lo importante del proceso de cambio es la adecuación de los niveles formales al informal, para que se dé una correcta aceptación por parte de la sociedad y se logre el objetivo que se busca.

En el caso de la MBA, el cambio de un SPNS a otro tuvo su origen desde arriba; es decir, las autoridades del Gobierno idearon el plan y lo



decretaron. Con respecto al tipo de cambio, podemos afirmar que fue mixto ya que la planificación de la MBA se originó en la Alcaldía de Libertador (endógeno), pero además contó con el apoyo del gobierno cubano (exógeno).

En lo concerniente al nivel de aceptación del contexto institucional por parte de la sociedad venezolana, podemos expresar que fue mixto. La aceptación presentó cierta negativa por parte de la oposición venezolana, pero terminó por aprobarse y ejecutarse la mayor parte de las directrices. Los mecanismos de asignación fueron los que menos aceptación tuvieron, ya que hubo problemas tanto con los médicos cubanos como con las brigadas comunitarias. Por su parte, las comunidades dejaron de cooperar debido a los pocos incentivos que tenían y, por otra parte, los médicos cubanos expresaron que su sueldo no les alcanzaba para vivir.

## Dependencia del camino

La dependencia del camino es un concepto que permite incluir la influencia que tienen las decisiones pasadas en la actuación presente de los agentes y en el desempeño económico de la sociedad. Ve al cambio institucional como una suma de las decisiones anteriores más las alteraciones que se hacen con el tiempo según surjan nuevos casos y necesidades.

North habla de que el tipo de cambio institucional puede ser continuo o discontinuo. El primero suele ser endógeno, coherente con lo que se venía haciendo y aceptado por una porción suficiente de la sociedad. El segundo puede ser endógeno o exógeno y la dirección del cambio es de arriba hacia abajo. Se impone, no siempre es aceptado por la sociedad y en algunos casos responde a necesidades reprimidas de parte de la población. Además, ese cambio puede seguir una tendencia al crecimiento, al estancamiento o de tipo mixto.

La MBA puede ser calificada como una ruptura con el orden preestablecido. Representa un cambio discontinuo, con el cual el presidente Hugo Chávez sacó a relucir componentes reivindicativos, resentimiento social y exclusión (Díaz Polanco, 2008: 7).



Seguidamente podemos afirmar que la tendencia de ese cambio fue de tipo mixto por seis razones. En primer lugar está el fomento a la productividad, que se refiere a si los recursos de la Misión se están invirtiendo para producir más consultas, mayor atención y, en consecuencia, más salud. Este punto ha resultado problemático ya que las estadísticas del MPPS y de la MBA no están sistematizadas y no son periódicamente publicadas. Tomando en cuenta el informe de la OPS del 2006, tenemos que para ese año el programa contaba con 13.000 médicos que se encargaban de 300 familias compuestas, en promedio, por cinco personas. Entre 2004 y 2005 se realizaron 150.455.332 consultas, que representan casi cuatro veces más la cantidad de consultas efectuadas en la red tradicional. La OPS calcula que 19.500.000 habitantes, equivalente al 73 por ciento de los estimados 26.579.428 habitantes de Venezuela, fueron atendidos por la Misión.

A pesar de estas cifras, queda la duda de si esa inversión se ha traducido realmente en salud. En términos de cobertura sí se ha ampliado, pero cuando se indaga sobre la reaparición de enfermedades y epidemias que pueden ser fácilmente prevenidas con vacunas o atención primaria, no está tan claro si el objetivo realmente se está cumpliendo. Digamos que, en teoría, se hace un gran esfuerzo por fomentar la productividad; aunque no todos los resultados sean satisfactorios.

En segundo lugar está la difusión del conocimiento. En este sentido, la MBA sí buscó la formación de las comunidades y de los futuros profesionales en medicina. Tomemos como ejemplo la formación en medicina integral comunitaria, medicina general, estomatología y odontología general integral y enfermería integral comunitaria. A través de lo acordado en el Convenio Cuba-Venezuela y de la creación de nuevas universidades, el Gobierno se ha planteado la meta de formar 20.000 médicos, 1.823 estudiantes de postgrado de odontología y 413 técnicos superiores en enfermería (Ministerio de Educación Superior, 2006: 97).

En tercer lugar está lo que atañe a la presencia de grupos de interés. A pesar de que la MBA tiene como slogan “Salud para todos”, ha habido



denuncias que alegan la politización del programa y la parcialidad del mismo hacia simpatizantes del Gobierno. D'Elia reseña que “los primeros 53 médicos/as cubanos fueron ubicados en las parroquias de mayor cercanía política o donde estuvieran más comprometidos con el proceso, para hacer más fácil la aceptación de los médicos y ganar la confianza entre las bandas delictivas” (p. 26).

Más allá de las denuncias expresadas, los médicos de la Misión trataron por igual a los pacientes que se acercaron a ellos sin tener algún tipo de distinción. Tal vez, en un inicio el programa estuvo parcializado hacia las zonas que apoyaban la gestión del Gobierno, pero la construcción de módulos y la prestación del servicio no se limitó a eso.

Respecto a la cuarta razón que trata sobre la evaluación y retroalimentación, podemos mencionar que el ministro de Salud, Carlos Rondaró, reconoció que: “uno de los problemas que afectó el funcionamiento de la Misión fue el excesivo centralismo (...) todo dependía de Caracas para poder hacerse (...). Estamos en función de descentralizar todo lo que tiene que ver con el mantenimiento, (...) dar recursos a las regiones para que puedan ejecutarse las obras” (Provea, 2007: 163). En este sentido, el organismo encargado de la rectoría de la MBA evaluó la situación, identificó los patrones ineficientes e intentó incorporar mejoras.

Consecuencia del punto anterior está el quinto factor, que implica la realización de mejoras por parte del Estado. Como un primer ejemplo están las memorias y cuentas que realiza el Ministerio de Salud. En ellas se destacan los principales logros, obstáculos y proyectos realizados. De igual forma se delinean los planes de acción para el año siguiente, tomando en cuenta las fallas del anterior. Otro ejemplo es el Plan de Reimpulso de Barrio Adentro que lanzó el presidente Chávez en 2010 para corregir la emergencia sanitaria del año 2009. Aunque estas acciones pueden ser calificadas como realización de mejoras, aún persisten los problemas.

Tomando en cuenta los datos mencionados, vale la pena evaluar la sexta razón, que analiza si hay por parte del Gobierno una defensa y racionalización del resultado. En ese orden de ideas se puede señalar



que, a pesar de que la Misión tuvo sus aciertos y desaciertos, el Estado la calificó como un éxito y un logro de su gestión. Tras cuatro años, las metas no se cumplieron y aun así, el slogan del aniversario de BA fue: "Más saludable que nunca". Inclusive, en agosto de 2008 el presidente Chávez pidió hacer folletos, panfletos y canciones para difundir los logros de la MBA (Aló Presidente N° 318, 2008: 31).

Habiendo analizado cada uno de los factores que nos permiten establecer la tendencia que siguió la Misión, podemos confirmar que la misma fue de tipo mixto. Existió un fomento a la productividad, aunque a veces los resultados no fueron 100% exitosos. Hubo difusión del conocimiento hacia las comunidades y en pro de la formación de estudiantes de medicina, a pesar de que la Federación de Médicos Venezolana cuestionó esta última. En un inicio la MBA favoreció a grupos de interés partidarios al oficialismo y a sectores pobres de la sociedad, aunque luego el servicio se expandió a otros estratos y no se presentaron casos de exclusión en la atención. Sin embargo, los médicos venezolanos presentaron quejas en lo que respectaba al financiamiento de los hospitales y a los beneficios que recibían los médicos cubanos. Sí se efectuó una evaluación y retroalimentación de los proyectos; así como también mejoras para mitigar las fallas de la Misión. Por último, sí hubo una defensa del resultado, aun cuando se demostró que las metas que se habían planteado solo fueron cumplidas parcialmente.

## Conclusión

En conclusión,

...más allá de los números (...) Barrio Adentro se convirtió en una isla dentro del Sistema Público Nacional de Salud y, por ahora, las divisiones entre ambos esquemas lucen difíciles de subsanar. Los profesionales venezolanos que trabajan en la antigua red critican a los de Barrio Adentro por la precaria preparación (...) y éstos últimos tildan de mercantilistas a los primeros (Hoyer y Clarembaux, 2009: 103).

Las fuentes de financiamiento son muchas y la repartición del presupuesto no es proporcional. Lo mismo ocurre con la dotación de insumos



y equipos. La gran cantidad de actores involucrados en la dirección de ambas redes complica la toma de decisiones y dificulta saber a quién dirigirse en caso de presentarse fallas. La división, desorden y desconfianza caracterizan el contexto en donde dos SPNS coexisten el uno con el otro.

**TABLA 1**  
**EVALUACIÓN DE LA MISIÓN BARRIO ADENTRO SEGÚN VARIABLES**  
**DE LA NUEVA ECONOMÍA INSTITUCIONAL**

### Información

Problemas	P	A		P	A	Solución	P	A
Asimétrica	X		Incompleta	X		Particular		X
Riesgo moral	X		Incertidumbre	X		Estado	X	
Selección adversa	X		Aversión al riesgo	X		Mixta		X
Problema agencia/principal	X		Poca cooperación	X				

### Costos de Transacción

Tipos	P	A	Momentos	P	A
Búsqueda	X		Ex ante	X	
Contratación	X		Ex post	X	
Cumplimiento	X				

### Transacciones

Tipos	P	A
Obtención	X	
Redistribución	X	
Regulación	X	
Soberanas		X
Judiciales		X
Infraestructura	X	

**Modos de gobernanza**

Tipos	P	A	Atributos	Mucho	Medio	Bajo
Mercado		X	Especificidad del bien o servicio	X		
Jerarquía <sup>8</sup>	X		Intensidad de los incentivos			X
Híbrido		X	Costos operacionales	X		
			Burocratización	X		
			Presencia de probidad		X	
			Adaptación autónoma			X
			Adaptación cooperativa	X		
			Legalidad		X	

Criterios de evaluación de la Burocracia Pública	P	R	A
Criterio de remediabilidad Williamson			X
<b>Condiciones de ineficiencia</b>			
Condiciones iniciales inaceptables			X
Errores de cálculo	X		
Prácticas injustas		X	
Patologías	X		
Consecución de objetivos políticos			X

**Instituciones y organizaciones****Organizaciones**

Tipo de crecimiento	P	A
Integración		X
Combinación	X	

<sup>8</sup> En este caso el modo de gobernanza jerárquico corresponde al concepto de Burocracia Pública expuesto en la sección II.I.IV



Tipo	P	A		P	A	Origen cambio	P	A	Tipo de cambio	P	A	Nivel de aceptación	P	A
Informal	X		Formal	X		Arriba	X		Endógeno			Contexto institucional	X	
<b>Niveles</b>	<b>P</b>	<b>A</b>	<b>Niveles</b>	<b>P</b>	<b>A</b>	Abajo		X	Exógeno			Arreglos institucionales	X	
Cultura	X		Contexto institucional	X					Mixto	X		Mecanismos asignación		X
Estructura social	X		Arreglos institucionales	X										
			Mecanismos asignación	X										

## Dependencia del camino

Tipo de cambio	P	A	Tendencia	P	R	A	Resultado	P	A
Continuo		X	Fomento a la productividad	X			Crecimiento		
Discontinuo		X	Difusión del conocimiento		X		Estancamiento		
			Grupos de interés		X		Mixto	X	
			Evaluación y retroalimentación	X					
			Realización de mejoras	X					
			Defensa y racionalización del resultado	X					

**Legenda:** P: Presente, R: Relativo, A: Ausente



## Referencias

- COASE, R. (1937). "La naturaleza de la firma" [En línea]. Recuperado el 16 de mayo de 2011 de: <http://www.scribd.com/doc/125903915/66575887-Coase-1937-La-Naturaleza-de-La-Empresa-pdf>
- COMISIÓN DE ENLACE PARA LA INTERNALIZACIÓN DE LAS MISIONES SOCIALES (CEIMS). Barrio Adentro I, II, III, IV. [En línea]. Caracas, Venezuela. Recuperado el 20 de noviembre de 2013 de: [http://ceims.mppre.gob.ve/index.php?option=com\\_content&view=article&id=39:mision-barrio-adentro-i-ii-iii-iv&catid=23:misiones-bolivarianas&Itemid=66](http://ceims.mppre.gob.ve/index.php?option=com_content&view=article&id=39:mision-barrio-adentro-i-ii-iii-iv&catid=23:misiones-bolivarianas&Itemid=66)
- CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA (1999), publicada en la *Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela* N° 36.860, de fecha 30 de diciembre de 1999.
- CONVENIO INTEGRAL DE COOPERACIÓN ENTRE LA REPÚBLICA DE CUBA Y LA REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA, publicado el 30 de octubre de 2000 [En línea]. Recuperado el 11 de noviembre de 2013 de: [http://www.minpal.gob.ve/index.php?option=com\\_content&task=view&id=551&Itemid=6](http://www.minpal.gob.ve/index.php?option=com_content&task=view&id=551&Itemid=6)
- DECRETO N° 2.745 de fecha 14 de diciembre de 2003, mediante el cual se crea la Comisión Presidencial para la implementación y coordinación institucional del programa integral de prestaciones de atención primaria de salud, estimulación e implementación de expresiones de la economía social y transformación de las condiciones sociales, económicas y ambientales de las comunidades, denominado "Misión Barrio Adentro", como nuevo modelo de gestión fundamentado en principios de interdependencia, coordinación, corresponsabilidad, cooperación y de la participación activa y protagónica de comunidades organizadas (2004), publicado en la *Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela* N° 37.865, de fecha 26 de enero de 2004.
- D'ELIA, Y. (2006). *Las misiones sociales en Venezuela: una aproximación en su comprensión y análisis*. Caracas, Venezuela: Ildis.
- D'ELIA, Y. & MAIGON, T. (2006) *El Fonvis su trayectoria institucional en el contexto sociopolítico venezolano de 1980 a 2004*. OneWorld Perspectives. Caracas, Venezuela: CENDES



- DÍAZ POLANCO, J. (2008). *Salud y hegemonía en Venezuela: Barrio Adentro, continente afuera*. Caracas, Venezuela: Cendes.
- ECHEVERRÍA, J. (17 de febrero de 2008). "Barrio Adentro, hospitales y epidemias". [En línea] Caracas: *El Universal*. Recuperado el 13 de junio de 2013 de: [http://www.eluniversal.com/2008/02/17/opi\\_art\\_barrio-adentro-hosp\\_706752](http://www.eluniversal.com/2008/02/17/opi_art_barrio-adentro-hosp_706752)
- GONZÁLEZ, M. (2008). "Pifia presidencial: salud pública. [En línea] Caracas, Venezuela. Recuperado el 20 de noviembre de 2013 de: [http://pensaren-venezuela.org.ve/publicaciones/marino%20j.%20gonzalez%20r./Marino\\_J\\_Gonzalez\\_R\\_Politemas\\_Tal\\_Cual\\_05-de-marzo-de-2008\\_Pifia\\_presidencial\\_salud\\_publica.pdf](http://pensaren-venezuela.org.ve/publicaciones/marino%20j.%20gonzalez%20r./Marino_J_Gonzalez_R_Politemas_Tal_Cual_05-de-marzo-de-2008_Pifia_presidencial_salud_publica.pdf)
- HOYER Y CHAMBEARAU (2009). *Historias de una misión*. Caracas, Venezuela: editorial CEC.
- LEY DEL EJERCICIO DE MEDICINA, publicada en la *Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela* N° 39.823, de fecha 19 de diciembre de 2013 [En línea] Recuperado el 19 noviembre de 2013 de: <http://alc.com.ve/wp-content/uploads/2013/10/Ley-del-Ejercicio-de-la-Medicina.pdf>
- LEY ORGÁNICA DE SALUD, publicada en la *Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela* N° 36.679, de fecha 11 de noviembre de 1998 [En línea] Recuperado el 20 de noviembre de 2013 de: [http://www.slideshare.net/hugo\\_araujo/ley-orgnica-de-la-salud](http://www.slideshare.net/hugo_araujo/ley-orgnica-de-la-salud)
- LÍNEAS GENERALES DEL PLAN DE DESARROLLO ECONÓMICO Y SOCIAL DE LA NACIÓN 2001-2007.
- LÍNEAS GENERALES DEL PLAN DE DESARROLLO ECONÓMICO Y SOCIAL DE LA NACIÓN 2007-2013.
- MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA COMUNICACIÓN E INFORMACIÓN (2007). *Aló Presidente* N° 296. Barinas, Venezuela [En línea] Recuperado el 5 de noviembre de 2013 de: [http://www.alopresidente.gob.ve/galeria/23/2256/alopresidente\\_296.html](http://www.alopresidente.gob.ve/galeria/23/2256/alopresidente_296.html)
- MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA COMUNICACIÓN E INFORMACIÓN (2008). *Aló Presidente* N° 318. La Bombilla (Petare), estado Miranda. [En línea] Recuperado el 15 de diciembre de 2013 de: [http://www.alopresidente.gob.ve/material\\_alo/25/1701/?visual=alo\\_presidente\\_318\\_la\\_bombilla\\_petare\\_estado\\_miranda\\_domingo\\_24\\_de\\_agosto\\_de\\_2008.pdf](http://www.alopresidente.gob.ve/material_alo/25/1701/?visual=alo_presidente_318_la_bombilla_petare_estado_miranda_domingo_24_de_agosto_de_2008.pdf)



- MINISTERIO DE SALUD Y DESARROLLO SOCIAL (2004). *Situación actual Misión Barrio Adentro al 16 de septiembre de 2004*. [En línea]. Recuperado el 29 de noviembre de 2013 de: [http://proveo.org/Barrio\\_Adentro\\_17-09-04.pdf](http://proveo.org/Barrio_Adentro_17-09-04.pdf)
- MINISTERIO DE SALUD Y DESARROLLO SOCIAL (2004). *Boletín Epidemiológico* N° 52 [En línea]. Recuperado el 20 de diciembre de 2013 de: [http://www.mpps.gob.ve/index.php?option=com\\_phocadownload&view=category&id=3:2004&Itemid=915](http://www.mpps.gob.ve/index.php?option=com_phocadownload&view=category&id=3:2004&Itemid=915)
- MINISTERIO DE SALUD Y DESARROLLO SOCIAL (2005). *Boletín Epidemiológico* N° 52 [En línea]. Recuperado el 20 de diciembre de 2013 de: [http://www.mpps.gob.ve/index.php?option=com\\_phocadownload&view=category&id=4:2005&Itemid=915](http://www.mpps.gob.ve/index.php?option=com_phocadownload&view=category&id=4:2005&Itemid=915)
- MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA SALUD (2010). *Memoria y Cuenta*. [En línea] Recuperado el 21 de diciembre de 2013 de: [file:///C:/Users/owner/Documents/Schere/Tesis/MBA/Memoria\\_2010.pdf](file:///C:/Users/owner/Documents/Schere/Tesis/MBA/Memoria_2010.pdf)
- NORTH, D. (1991). *Institutions. Journal of Economics Perspectives*. Vol. 5 (N° 1), pp. 97-112.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2005). *Estadísticas Sanitarias Mundiales 2005*. [En línea] Recuperado el 9 de mayo de 2011 de: <http://www.who.int/healthinfo/statistics/whostat2005es2.pdf>
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2006) *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. [En línea]. Ginebra. Recuperado el 9 de mayo de 2011 de: [http://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_sp.pdf](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf).
- PRATS, J. (2007). "Revisión crítica de los aportes del institucionalismo a la teoría y la práctica del desarrollo". *Revista de Economía Institucional*, vol. 88 (N° 2) pp. 121-148.
- PROVEA (2007) Comisión legislativa de la Ley orgánica de salud. [En línea] Recuperado el 14 de diciembre de 2013 de: <http://www.derechos.org.ve/2007/07/19/omision-legislativa-de-la-ley-organica-de-salud/>
- RUNRUNES (2011). "Mayoría de médicos cubanos fugados proviene de Venezuela: la mitad de ingresados a EE.UU." [En línea] Recuperado el 13 de diciembre de 2013 de: <http://runrun.es/runrunes/9777/mayoria-de-medicos-cubanos-fugados-proviene-de-venezuela-la-mitad-de-ingresados-aeuu.html>
- WILLIAMSON (1999). "Public and private bureocracies: a transaction cost economics perspective". *The Journal of Law, Economics & Organizations*, vol. 15 (N° 1) pp. 306-342.