

# **Evaluación desde la perspectiva de los beneficiarios del impacto del Programa Barrio Adentro II, en el Estado Zulia, en el periodo 2010-2013.**

Avance de Investigación en Curso.

Grupo de Trabajo N° 19: Salud y Seguridad Social: Transformaciones Sociales e Impactos en la Población

Rincón González, Sorayda\*  
Mujica Chirinos, Norbis\*\*

## **RESUMEN**

El trabajo tiene como objetivo Evaluar desde la Perspectiva de los Beneficiarios el Impacto del Programa Barrio Adentro II en el Estado Zulia. La investigación relaciona dos tipos de evaluaciones, la primera denominada desde la perspectiva de los beneficiarios (Siempro,1999), definida como una herramienta que facilita evaluar aspectos del programa incorporando la participación del beneficiario como elemento central en el proceso y la segunda denominada evaluación de impacto la cual según Castro y Chávez (1.994) es un proceso de identificación, análisis, explicación e interpretación de los cambios o modificaciones que hayan podido producirse en las condiciones sociales de vida de una población objetivo. Metodológicamente, se realizó un estudio de tipo no experimental, descriptivo transaccional de campo; se elaboró una entrevista formal estructurada donde se seleccionó una muestra de jefes de familias beneficiarias del programa en diferentes Municipios del Estado Zulia.

**Palabras claves:** Evaluación de Impacto, Perspectiva de los Beneficiarios, Barrio Adentro.

## **Introducción**

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

Surgen en el año 2003 y tienen el propósito de atender los principales problemas sociales de los sectores populares en las áreas de educación, salud, alimentación, empleo y vivienda; lo que las hace particular es su carácter político, masivo y de alineación con los objetivos de la Revolución Bolivariana. La instrumentación de las misiones sociales y su concepción imprimen cambios

---

\* Sociólogo egresada de La Universidad del Zulia (LUZ). Magíster en Planificación y Gerencia de Ciencia y Tecnología (LUZ). Doctora en Ciencias Gerenciales de la Universidad Rafael Belloso Chacín (URBE). Profesora Titular de la Escuela de Sociología de LUZ. Investigadora del Centro de Estudios de la Empresa, FCES, LUZ. Acreditada al Programa de Estímulo a la Innovación e Investigación (PEII), Categoría Investigadora Nivel "B" del Observatorio Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación (ONCTI). Correo-e: sorarincon@hotmail.com

\*\* Licenciado en Comunicación Social, mención Periodismo Impreso, de La Universidad del Zulia (LUZ). Especialista en Política Social, Centro de Estudios del Desarrollo (CENDES) de la Universidad Central de Venezuela (UCV). Doctor en Ciencias Sociales. LUZ. Investigador del Centro de Estudios de la Empresa y Profesor de la Escuela de Administración y Contaduría Pública de la FCES, LUZ. Acreditado al Programa de Estímulo a la Innovación e Investigación (PEII), Categoría Investigador Nivel "A" del Observatorio Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación (ONCTI). Correo-e: norbism@yahoo.com

significativos en el estilo de atacar la pobreza, ya que están orientadas a restablecer los equilibrios sociales, incluir a los excluidos, generar capacidades y garantizar las oportunidades de acceso y ejercicio de los derechos sociales. (Maingon, 2006)

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

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

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

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

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

En este sentido, la misión Barrio Adentro es el eje integrador en el intento de desarrollar una política social no neoliberal, impulsada por el Gobierno para promover la salud y la calidad de vida de la población. Esta nueva concepción de la política social, se basa en las reformas realizadas en la constitución del 1999, en la cual se da énfasis en los instrumentos de la democracia directa otorgándole a los ciudadanos oportunidades para que intervengan en la gestión pública, con lo cual se refuerza la transferencia del poder de decisión de los ciudadanos sobre la gestión de los servicios públicos desde los distintos niveles de gobierno hacia las comunidades a través de la autogestión social.

Es en relación a esta nueva concepción, que se redactan los objetivos del primer plan integral barrio adentro implementado en Caracas en el año 2002 ; el mismo tenía como objetivo general construir redes sociales orgánicas que influyan en el posicionamiento comunitario de las instituciones del Edo, para elevar la calidad de vida de los habitantes de los barrios, y entre sus objetivos específicos más importantes estaban: Estudiar socioeconómica y sociopolíticamente a los habitantes de las comunidades atendidas, crear los espacios para la construcción de redes de salud, educación, alimentación, deporte y recreación, economía social y cultura con la participación y corresponsabilidad de la comunidad, diseñar y ejecutar programas de atención social integral en las áreas de economía social, salud, cultura y educación, organizar las comunidades en torno a las diferentes áreas del plan y construir nuevos espacios de la cosa pública que viabilicen la confluencia de las comunidades y las instituciones del Estado. (D'Elia 2006)

En el año 2004 y después de pasar por varias etapas de expansión, que se dan en el año 2003 y en las cuales se realiza un proceso de aprendizaje, la Misión Barrio Adentro I (Atención Primaria de Salud) se convierte formalmente en un Programa Nacional y el objetivo central de la misión es la concreción de la atención primaria en salud como prioritaria de la política de salud del Ministerio de Salud y Desarrollo social, para dar respuesta a las necesidades sociales de la población, especialmente la excluida. (D'Elia 2006)

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

Los objetivos específicos que se plantea en el año 2003, la misión barrio adentro I son: Participación de las organizaciones comunitarias, implantar un modelo de gestión participativo mediante la organización y participación de las comunidades, apoyadas en la contraloría social, ampliar la red de atención primaria mediante la construcción de los consultorios populares, educación y formación en medicina de primer nivel, control, seguimiento y normalización de las actividades de la misión. (D'Elia 2006)

En la Misión Barrio Adentro I, se deben cumplir los principios relacionados a la participación ciudadana, ya que se requiere del trabajo de la comunidad, que es desarrollado a partir de la ayuda de líderes comunitarios formales e informales, entendidos los primeros como aquellos líderes o representantes legales de las asociaciones de vecinos o civiles, elegidos a través del voto, y los informales como aquel grupo de personas que se sientan interesados y comprometidos en la solución de los problemas de su comunidad. Con su cooperación se logra dispensarizar la población según los grupos de riesgo que incluye sexo, edad, raza, antecedentes patológicos familiares y personales, enfermedades crónicas transmisibles y no transmisibles, discapacitados o deficientes y las condiciones socioeconómicas e higiénicas ambientales presentes en la comunidad.

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

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

La atención sanitaria otorgada a través de Barrio Adentro I garantizaría la promoción de la salud y la atención curativa en la mayoría de los casos, pero muchos pacientes requieren exámenes diagnósticos paraclínicos o procedimientos más complejos por lo que se planeó un segundo nivel de atención a través del programa Barrio Adentro II en el cual se inauguraron 600 establecimientos de atención secundaria llamados "Centros de Diagnóstico Integral" (CDI). (Muntaner et al, 2008)

Ya a finales del 2006 habían empezado a operar 300 CDIs. En cada uno de estos centros se proporcionan servicios que incluyen: emergencias de 24 horas, pruebas de laboratorio paraclínicas, ultrasonido, endoscopía, rayos X, electrocardiografía y oftalmología. Además cada centro tiene un promedio de tres camas de cuidado intensivo y uno de cada cuatro CDIs tiene un área quirúrgica para operaciones de emergencia. Los CDIs complementaron el programa de Clínicas Populares que se trataban de pequeños hospitales con capacidad para intervenciones quirúrgicas selectivas, atención

maternal y pediátrica y una serie de especialidades médicas que no están presentes en los CDI (obstetricia, medicina interna, traumatología, oftalmología, cirugía general). (Muntaner et al, 2008)

Barrio Adentro II incluye otros servicios entre los que se encuentran los Centros de Alta Tecnología (CAT) A nivel nacional, estos proporcionan exclusivamente servicios de apoyo para el diagnóstico. En él se realizan resonancias magnéticas nucleares, tomografías axiales computarizadas, ultrasonidos en dimensión, mamografías, densitometrías de hueso, endoscopia en videos y otros exámenes clínicos de laboratorio más complejos(Muntaner et al, 2008)

Por último, Barrio Adentro II incluye un tercer tipo de establecimiento, las Salas de Rehabilitación Integral; (SRIs) que operan en coordinación con los CDIs y tienen la intención de dar atención a los discapacitados. Las salas proveen electroterapia, ultrasonido, terapia de láser, hidroterapia, fisioterapia para adultos y niños, terapia ocupacional y terapia de lenguaje. (Muntaner et al, 2008)

La participación comunitaria ha sido un elemento importante dentro del proceso de construcción, equipamiento y apertura de los varios tipos de establecimiento para Barrio Adentro II. (Muntaner et al, 2008)

### **Evaluando desde la Perspectiva de los Beneficiarios**

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

Para Siempro (1999), esta herramienta de evaluación de la ejecución del programa, incorpora la perspectiva de las poblaciones beneficiarias en el proceso de análisis de las fortalezas y debilidades de los programas y de los impactos que generan en las condiciones de vida de esas poblaciones.

Son beneficiarios directos los que obtienen las prestaciones directamente del proyecto (las comunidades) y beneficiarios indirectos aquellos que entran en contacto con las prestaciones a través de uno o más intermediarios (Musto, 1975).

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

En los proyectos sociales, la participación de los beneficiarios directos es todavía más importante, supone que su administración establezca relaciones horizontales con los usuarios para viabilizar procesos de reajustes permanentes entre las metas y las formas previstas para alcanzarlas, requiere el fortalecimiento de la capacidad de gestión a nivel local. La comunidad debe no sólo percibir el problema sino también, debe tener la capacidad para transformar su realidad (Cohen, 1994).

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

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

## **Que es el Impacto:**

El impacto es el grado en que un proyecto social logra modificar o solucionar el problema para el cual fue creado el proyecto. También puede afirmarse, que el impacto de un proyecto social tendrá que ser medido en función de su contribución a la solución del problema en su conjunto. (Castro y Chávez, 1994)

Por otra parte, el impacto puede definirse como el resultado de los efectos de un proyecto, sin embargo, estos resultados pueden ser de dos tipos: los resultados brutos; que son los cambios producidos en la población objetivo después de la implementación de un proyecto durante un tiempo lo suficientemente largo como para que dichas modificaciones puedan ser observables y los resultados netos que serían las alteraciones o efectos en la población objetivo atribuibles exclusivamente al proyecto, este resultado neto es equivalente al impacto (Cohen y Franco, 1988).

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

El Gertler et al (2011) también definió el impacto como los cambios en el bienestar de las personas que pueden atribuirse a un proyecto, programa o política particular.

Los efectos o resultados generados por las intervenciones públicas pueden ser de corto, mediano y largo plazo. Los efectos de largo plazo son denominados impactos y están relacionados con objetivos de política y sus efectos directos en los beneficiarios, asociados generalmente con cambios en el comportamiento de las personas. (Navarro, 2005)

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

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

## **Evaluando el Impacto:**

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

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

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

La evaluación de impacto se define como la medición de los cambios en el bienestar de los individuos que pueden ser atribuidos a un programa o a una política específica. Su propósito es determinar la efectividad de las políticas, programas o proyectos ejecutados; se puede utilizar para determinar hasta qué punto los resultados planificados fueron producidos o logrados, así como para mejorar otros proyectos o programas en ejecución o futuros. (Navarro, 2005)

Valdés (1998) luego de analizar varios conceptos de evaluación de impacto, afirma que se observa en ellos indicios de confusión o anarquía epistemológica respecto de la conceptualización de la evaluación de impacto y que en general, las definiciones no son coincidentes y apuntan a horizontes metodológicos distintos. Para este autor la evaluación de impacto de proyectos sociales es aquella que intenta constatar los cambios producidos por las intervenciones a que son sometidas las poblaciones objetivo en la cual es aplicado un cierto proyecto. Es decir, la evaluación de impacto busca medir los resultados, en términos de cambios/efectos, que una determinada intervención social (plan/programa/proyecto) ha transferido a una población objetivo cualquiera e implica una serie de procedimientos técnicos concatenados. Desde esta perspectiva, la evaluación de impacto no busca determinar el nivel de logro de los objetivos propuestos por un determinado proyecto, con lo que se diferencia de la evaluación ex – post. La evaluación de impacto en algunos casos ignora expresamente los objetivos previamente establecidos por la intervención social, dándole mayor importancia a efectos que no necesariamente se deducen de los objetivos de la intervención social.

La evaluación de impacto determina si el programa produjo los efectos deseados en las personas, hogares o instituciones a las cuales va dirigido el programa o proyecto y si esos efectos son atribuibles al mismo; permite también examinar las consecuencias positivas o negativas no previstas en los beneficiarios. (Baker, 2000)

### **Los Modelos tradicionales para evaluar el impacto**

La revisión de la literatura sobre el tema, permite definir tres modelos básicos para realizar la evaluación de impacto, también referidos por algunos autores como diseños de la evaluación de impacto, para los fines de nuestro trabajo y tomando en cuenta (SIEMPRO, 1999; Cohen y Franco, 1988; BM, 2003) los modelos son tres: los Experimentales, los cuasi-experimentales y los no experimentales.

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

Sin embargo, los tres se diferencian también por sus características básicas. En los modelos experimentales, se crean grupos de tratamiento y de control comparables y que son estadísticamente equivalentes entre sí, a condición que las muestras sean de tamaño adecuado; distribuyéndose aleatoriamente la intervención entre beneficiarios calificados, lo que garantiza que los grupos sean comparables. Implica la conformación de dos poblaciones una de las cuales recibe el estímulo

denominada grupo o población experimental y otra que no es sometida a ese tratamiento llamada grupo de control. (Cohen y Franco, 1988).

Este diseño es considerado el más sólido y confiable ya que la selección de los beneficiarios se realiza de manera aleatoria, así al seleccionar los grupos de tratamiento y de control se garantiza que la diferencia entre estos grupos se deba solo al hecho de participar o no en el programa que se evalúa, controlando así otras variables independientes que estén asociadas con la variable de impacto y la participación del programa. (Navarro, 2005)

A los fines de la evaluación del impacto de programas sociales, a pesar de que los modelos experimentales son los más confiables y validos existen serias restricciones que dificultan la aplicación de los mismos ya que requiere contar con la información de la línea-base antes de la ejecución del programa, además de que deben contar con un grupo control para las comparaciones con el grupo beneficiario/participante en el programa. Esa comparación permite determinar los efectos propios atribuibles al programa ya que ese grupo se escoge aleatoriamente antes de iniciarse el programa, con miras a que la única diferencia –observable o no observable- de los grupos a comparar, sea la de su acceso al programa que se evalúa, antes y después de su ejecución. (Aponte, 2005). Y es precisamente la escogencia del grupo lo que genera uno de los problemas más discutidos en este tipo de diseño experimental y tiene que ver con que si será moralmente aceptable restringir la participación de las personas a un programa social a pesar de que cumplen con todas las condiciones de acceso, ya como es el caso de un programa de salud impedir el acceso a los beneficios del programa podría poner en peligro a esas personas incluso sus vidas. (Navarro, 2005)

Existen también en la implementación tipo de evaluación problemas de carácter político, ya que es muy difícil para los decisores negar los beneficios del programa o proyecto a un grupo de la población, lo que podría acarrear una pérdida en la aceptación de la gestión por parte de ese grupo poblacional. (Cohen y Franco, 1998)

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

A pesar de que estos diseños cuasi experimentales, que se basan en fuentes de datos existentes a menudo son más rápidos y menos costosos en implementar, sin embargo, al generar un grupo de comparación en lugar de asignarlo aleatoriamente hay muchos factores que pueden afectar la confiabilidad de los resultados, ya que la metodología es menos solida estadísticamente y conllevan un problema de sesgo de selección. (Baker, 2000)

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

Estos modelos utilizan algunas alternativas metodológicas para descartar los efectos exteriores no atribuibles al programa o proyecto, entre ellas se destacan el modelo antes-después ,en el se trabaja con un solo grupo constituido por la población objetivo a la cual se le realiza una medición antes de la puesta en práctica del proyecto para comparar esos resultados con las mediciones que se realizarán después de finalizado el proyecto; el modelo después con grupo de comparación, se aplica cuando resulta imposible obtener mediciones antes dela aplicación del proyecto debido a que se decide evaluar los impactos cuando ya está en marcha, en este caso se compara el grupo medido después con un grupo al que no se le ha aplicado el programa y por último, el modelo solo después, el cual considera

un solo grupo que sería la población objetivo del programa al cual se le realizaría una sola medición después de la aplicación del mismo, estos datos se compararan con una reconstrucción por parte del evaluador, de la situación que existía antes del comienzo del mismo, en base a la información a la que se tenga acceso. (Cohen y Franco, 1988)

### **El impacto a través de la perspectiva del beneficiario.**

En el punto anterior se analizan los modelos más importantes utilizados para medir el impacto y sus problemas a la hora de realizar esta medición sobre todo a nivel de programas sociales. A este respecto Aponte (2005) afirma que muchos programas nacen sin evaluación ex ante (requisito indispensable para la aplicación del modelo experimental) y sin información sobre la línea-base (lo que representa un problema aún para un modelo no experimental). Ante este tipo de hechos, la evaluación de impacto ha intentado concebirse con una mayor flexibilidad y amplitud para crear alternativas “válidas” y más viables, en el corto plazo. En los programas sociales, como por ejemplo el programa Barrio Adentro II, la implementación del mismo se realiza sin un levantamiento estadístico sobre la situación de la salud en las poblaciones beneficiarias, se supone que esta situación es bastante pobre, pero la falta de una serie de datos estadísticos que permita levantar objetivamente la situación antes de la implementación del programa, impide que se puedan realizar evaluaciones de impacto utilizando los modelos anteriores. Si a ello le sumamos el hermetismo con que los médicos cubanos manejan los datos obtenidos por ellos y la falta de acceso a los registros de los mismos si es que existen, hace imposible cualquier evaluación de este tipo por parte del equipo que dirige esta la investigación.

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

La evaluación desde la perspectiva del beneficiario del impacto que se plantea en esta investigación incorpora a la población beneficiaria como sujeto consciente que opina acerca de los cambios o modificaciones que ha generado el programa en ellos y en su comunidad.

No se quiere con esto señalar que se está frente a una evaluación de impacto clásica, es más bien un ejercicio técnico y metodológico, más bien un acercamiento sobre una forma de evaluar desde el mismo participante o beneficiario los cambios o modificaciones que él considera a tenido el programa en las áreas que se supone debe impactar. Según Aponte (2005) la preocupación por el impacto -que es por demás una preocupación relevante y válida- no va a producir evaluaciones exhaustivas por milagro. La visión de la evaluación o del estudio de los efectos de un programa como un proceso flexible, abierto y adaptativo, permite concebir productos graduales que puedan generar, en el futuro, evaluaciones exhaustivas exitosas sobre el impacto de determinados programas.

Se pretende estudiar estos cambios y modificaciones que el programa ha tenido en los beneficiarios en tres áreas que se consideran importantes en relación a los objetivos del Programa Barrio Adentro II, a saber: El área de salud preventiva y curativa, el área económica y el área social-organizacional identificando una serie de indicadores para cada una de estas áreas. Es de hacer notar que se creará una línea temporal en la cual al beneficiario se le preguntara sobre los cambios en estas áreas después de la implementación del programa, es decir identificando un antes y un después para lo cual los sujetos o beneficiarios que participan en la muestra a seleccionar deberán vivir en la comunidad desde antes de la inauguración del CDI.

Por lo tanto recogeremos la opinión de los beneficiarios sobre los cambios o modificaciones que en esas tres áreas han experimentado luego de la implementación del programa Barrio adentro II en su comunidad, dejando claro que en la mayoría de las comunidades este programa se viene implementando desde el año 2006 y que para la fecha de esta investigación se puede decir que tienen entre cinco o seis años de contar con un CDI en su comunidad.

Para Baker (2000) el diseño de cada evaluación del impacto será único y dependerá de factores como el tipo de datos disponibles, la capacidad local y aspectos presupuestarios y de secuencia cronológica.

Este ejercicio incluye la construcción de una serie de indicadores del impacto del programa Misión Barrio Adentro II desde la perspectiva del beneficiario, en aras de determinar la opinión de los beneficiarios acerca de los cambios o modificaciones que el CDI ha generado en varios aspectos como su salud curativa y preventiva, su economía, y el aspecto social-organizacional de la comunidad.

### **Los cambios o modificaciones en el área de la salud preventiva y curativa:**

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

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

### **Cambios o modificaciones en el área Económica:**

Este indicador está referido a los cambios generados por el programa en el presupuesto de las familias de esas comunidades. El programa Barrio Adentro II pretende directamente disminuir los costos generados en materia de salud a través de servicios gratuitos relacionados con consultas, exámenes, terapias y atención odontológica a todos los que asistan al CDI, además de la entrega de las medicinas para el tratamiento de las enfermedades. Es por ello que se parte de suponer que existiría un ahorro económico para las familias en materia de gastos de salud tanto preventivos como curativos.

### **Cambios o modificaciones en el área social-organizacional:**

El área social-organizacional representa el eje fundamental de la Misión Barrio Adentro II, y está definido como la capacidad que tiene la comunidad para organizarse y convertirse en el elemento que garantiza el funcionamiento de la misión en cada comunidad y le garantiza la sostenibilidad de la misma.

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

Los comités de salud deben garantizar la participación activa de las comunidades en las actividades con contenido de salud así como la organización de clubs específicos con grupos de personas que tienen en común la edad o la situación de la salud, como por ejemplo clubs de embarazadas, de adolescentes, de abuelos así como otros ms específicos para diabéticos, fumadores, asmáticos, hipertensos, etc.

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

## **BIBLIOGRAFÍA CITADA**

AEDO, C. (2005). Evaluación del impacto. CEPAL-Naciones Unidas. Serie Manuales. División de Desarrollo Económico. GTZ. Santiago de Chile. Noviembre. 78 pp.

ALVARADO, N. (2004) Pobreza y Exclusión en Venezuela a la Luz de las Misiones Sociales (2003-2004). Fermentum. Año 14, N° 39. Enero-Abril. Universidad de los Andes. Venezuela. Pp. 181-232.

APONTE, B. (2005). Evaluación de Impacto y Misiones Sociales: Una Aproximación General. Informe final preparado para el Instituto Nacional de Estadística. S/E. Caracas. 45 pp.

BAKER, Y. (2000). Evaluación del impacto de los proyectos de desarrollo en la pobreza. Manual para profesionales. Directivas de Desarrollo. Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento/BANCO MUNDIAL. Washington, D.C. 20433, USA. 219 pp.

BANCO MUNDIAL (2003) Guía del Usuario para el análisis del impacto social y en la Pobreza. The International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank. Washington, D.C. 20433, USA. 108 pp.

CASTRO, G y CHAVEZ, P (1994) Metodología. Evaluación de Impacto de Proyectos Sociales. UNESCO. Caracas. 95 pp.

COHEN, E. (1994) Evaluación de Programas Sociales. Fundación Escuela de Gerencia Social. Serie Lecturas. N° 13. Diciembre. 13 pp.

COHEN, E. y FRANCO, R. (1988) Evaluación de Proyectos Sociales. ILPES/ONU. CIDES/OEA. Grupo Editor Latinoamericano. Colección Estudios Políticos y Sociales. Primera Edición. Buenos Aires. 341 pp.

D'ELIA, Y. (2006) Las Misiones sociales en Venezuela: una aproximación a su comprensión y análisis. Instituto Latinoamericano de Investigaciones Sociales. Primera Edición, Octubre, Caracas, Venezuela, 221 pp. Documento en Línea. Disponible: [www.ildis.org.ve](http://www.ildis.org.ve)

GERTLER, P.; MARTÍNEZ, S.; PREMAND, P.; RAWLINGS, L.; Y VERMEERSCH, CH. (2011). La evaluación de impacto en la práctica. Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento/Banco Mundial. 1era. Edición. Washington. 256 pp.

MAINGÓN, T. (2006) Caracterización de las Estrategias de la Lucha Contra la Pobreza-Venezuela 1999-2005. Fermentum. Año 16. N° 45. Enero-Abril. Universidad de los Andes. Venezuela. Pp. 57-99.

MUJICA CHIRINOS, N. y RINCÓN GONZÁLEZ, S. (2006) Caracterización de la Política Social y la Política Económica del Actual Gobierno Venezolano: 1999-2004. Revista Venezolana de Economía y Ciencias Sociales. Vol. 12. N° 1. Enero-Abril. Universidad Central de Venezuela. Pp. 31-57.

MUNTANER, C; ARMADA, F; CHUNG, H; MATA, R; WILLIAMS-BRENNAN, L; y BENACH, J. (2008). Barrio Adentro en Venezuela: democracia participativa, cooperación sur-sur y salud para todos. Medicina Social. Volumen 3, N° 4. Noviembre. Centro Médico Montefiore. Escuela de Medicina Albert Einstein (New York). Departamento de Medicina Familiar y Social. Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES). Montevideo y Ciudad de México. [www.medicinasocial.info](http://www.medicinasocial.info)

MUSTO, S. (1975) Análisis de Eficiencia. Metodología de Evaluación de Proyectos Sociales de Desarrollo. Colección de Ciencias Sociales. Serie de Sociología. Madrid: Editorial Tecnos. 187 pp.

NAVARRO, H. (2005). Manual para la evaluación de impacto de proyectos y programas de lucha contra la pobreza. CEPAL-Naciones Unidas. Serie Manuales. Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social (ILPES). Área de Proyectos y Programación de Inversiones. Santiago de Chile. Junio. 85 pp.

Sistema de Información, Monitoreo y Evaluación de Programas Sociales (SIEMPRO) (1999) Gestión Integral de Programas Sociales Orientada a Resultados. Banco Mundial. UNESCO. Fondo de Cultura Económica. 1era Edición. Brasil. 142 pp.

VALDÉS, M. (1998). La evaluación de impacto de proyectos sociales: Definiciones y conceptos. S/E. [www.mapunet.org](http://www.mapunet.org) [http://liataoe.files.wordpress.com/2007/11/evaluacion\\_proyectos\\_sociales2.pdf](http://liataoe.files.wordpress.com/2007/11/evaluacion_proyectos_sociales2.pdf)