UNIVERSIDAD CATOLICA ANDRES BELLO
FACULTAD DE CIENCIAS ECONOMICAS Y SOCIALES
ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES
ESPECIALIDAD: SOCIOLOGIA

Universidad Católica Andrés Bello
BIBLIOTECA
Caracas

UNA NUEVA BUSQUEDA DE LA SALUD EN VENEZUELA. LAS ONGS COMO PROMOTORAS DE CAMBIO DEL MODELO DE ATENCION VIGENTE EN EL SECTOR

Tutor:

Dra. María Helena Jaén I.

Realizado por:

Lander Siblesz, Mercedes M.
Valeriano Lamas, Rocco.

Caracas, Marzo 1994.

Universidad Católica Andrés Bello
BIBLIOTECA
Caracas

A mis padres,
mis hermanos,
a Roberto y a
Corina Elena.

Mercedes.

Dedico este trabajo a mis padres,
a mi familia y a mi futura esposa Estrella.

Rocco.

Universidad Católica Andrés Bello
BIBLIOTECA
Caracas

Nuestro más sincero agradecimiento a María Helena Jaén, por orientarnos en este trabajo, a Arturo Sosa, Yolanda D´Elia, al equipo de CESCOOP y a todos aquellos que creyeron en este proyecto y ayudaron a la realización del mismo.

INDICE

Universidad Católica Andrés Bello
BIBLIOTECA
Caracas

Página.

Introducción *1*

¿Cómo Responden las Organizaciones Civiles al Modelo de Atención de la Salud Predominante en el Estado Venezolano? *4*

¿Cómo se Enfrenta en esta Investigación la Temática de la Organización Civil como Promotora de Cambio en el Modelo de Atención de la Salud? *7*

- *¿Cómo se Hizo el Análisis Histórico del Modelo de Salud en Venezuela desde 1900 hasta 1993?* *9*
- *¿Cómo se Construyó el Análisis de Contenido?* *11*

Los Conceptos de Salud, Cambio y Organización Civil como Pilares Fundamentales de la Investigación *14*

- *Evolución del Concepto de Salud* *14*
- *Desarrollo, Modernización y Cambio* *40*
- *Concepto de Sociedad Civil y Organización Civil* *50*

El Modelo de Salud en Venezuela entre 1900 y 1993 ..... *65*

- *Desarrollo de la Lucha contra las Endemias y el Surgimiento de las Organizaciones Sanitarias. (1900-1935)* *65*
- *Organización de una Red Hospitalaria Nacional y de Programas de Medicina Preventiva. (1936-1960)* *72*
- *Reducción del Gasto Social en Salud y Construcción de Grandes Hospitales. (1960-1979)* *81*
- *El Sistema Nacional de Salud, la Descentralización y la Focalización. (1979-1993)* *96*

Página.

Caracterización del Modelo de Atención de la Salud Vigente en Venezuela ***115***

Las Organizaciones y el Modelo de Atención de la Salud en Venezuela ***120***

- *Análisis Vertical* ***123***
- *Análisis Horinzontal* ***126***

Las ONGs como Promotoras de Cambio del Modelo de Atención de Salud Vigente en Venezuela ***131***

- *¿Qué significa que las ONGs sean Promotoras de Cambio del Modelo de Atención de Salud Vigente en Venezuela?* ***133***
- *¿Qué Implica la Promoción de Propuestas Alternativas en el Modelo de Atención de la Salud?* ***135***

Bibliografía ***138***

Anexos ***146***

INTRODUCCION

Universidad Católica Andrés Bello
BIBLIOTECA
Caracas

Alcanzar un estado de bienestar físico, mental y social, ha sido uno de los intereses que ha influenciado desde hace mucho tiempo el desarrollo de las sociedades. Entender este desarrollo lleva consigo comprender al hombre desde el punto de vista de su ideología y de acuerdo a los modos de producción, a lo largo de las distintas etapas de su evolución histórica.

La búsqueda de ese bienestar, está determinada por las distintas relaciones sociales que se establecen en la sociedad, orientadas a alcanzar objetivos comunes que determinan el proceso de construcción de sí misma. Estas, generan estructuras sociales específicas para cada uno de los sistemas que conforman la sociedad, como son el sistema político, el sistema económico y el sistema cultural.

Las estructuras están definidas por la dinámica de las relaciones sociales, las cuales generan el desarrollo de nuevas interacciones que permiten la constante construcción de una sociedad. Es decir que a través del cambio de las relaciones sociales, la sociedad se produce a sí misma.

El proceso de cambio y desarrollo que se ha venido gestando en Venezuela desde principios de siglo, ha producido diversas tensiones entre los diferentes actores, las cuales han transformado la sociedad en el área política, económica y social. La ineficiencia del Estado venezolano refleja la crisis del sistema social que se expresa en el deterioro de las relaciones dadas entorno a sectores como la salud, la educación, la seguridad, etc.

La salud es quizás uno de los sectores más afectados; ella está relacionada, entre otros factores, con la dinámica política, las condiciones socioeconómicas y el nivel de pobreza, la disponibilidad y accesibilidad a adecuadas condiciones de saneamiento ambiental, y con la existencia y funcionamiento de servicios y programas de salud. El creciente deterioro del nivel de vida del venezolano así como la ineficacia, la ineficiencia y fundamentalmente la falta de equidad en el sistema de servicios, ponen en evidencia la crisis en el sector de la atención de la salud.

En el marco del deterioro del sector salud, y de un Estado que a través de sus estructuras actualmente no logra sus objetivos, se han desarrollado iniciativas por parte de la población, expresadas en el surgimiento de Organizaciones No Gubernamentales que realizan actividades destinadas a prestar servicios que permiten solucionar los problemas de la salud de la población.

Esta investigación pretende analizar la relación de las Organizaciones No Gubernamentales que trabajan en el ámbito del modelo de atención de la salud vigente en Venezuela, a fin de determinar si el desarrollo de iniciativas de este tipo promociona un cambio en las relaciones que se dan en el sistema de salud.

Para lograr este objetivo, se caracteriza el modelo que condiciona el sistema de servicios de salud y así, establecen las dimensiones que permiten determinar si las organizaciones con sus objetivos y propuestas promocionan el cambio.

Como marco de referencia se estudian los conceptos de salud, modernización, desarrollo, cambio y organización civil, términos que definen, entre otros, las orientaciones teóricas de la investigación.

Finalmente, con este estudio, lo que se busca es determinar si se han promovido estructuras organizativas que han traído consigo resolver la problemática

de la salud, estableciendo los inicios de un proceso de transformaciones en el sistema, orientadas a la redefinición de las relaciones sociales entre estas organizaciones y el sistema de servicios de salud establecidos.

¿COMO RESPONDEN LAS ORGANIZACIONES CIVILES AL MODELO DE ATENCION DE LA SALUD PREDOMINANTE EN EL ESTADO VENEZOLANO?

¿COMO RESPONDEN LAS ORGANIZACIONES CIVILES AL MODELO DE ATENCION DE LA SALUD PREDOMINANTE EN EL ESTADO VENEZOLANO?

El proceso de cambio y desarrollo que se ha venido gestando en la Venezuela contemporánea, ha implicado diversas tensiones entre los diferentes sectores de la sociedad, sus relaciones se han transformado de tal manera que hoy se vive una etapa de transición, en donde la búsqueda de soluciones está posiblemente orientada a nuevos caminos que incorporan diferentes sectores de la sociedad de forma participativa en el proceso de desarrollo.

Este proceso se ve expresado en las tensiones que se han observado en la última década en el área política, económica y social; en el debilitamiento de un Estado cuya gestión refleja la crisis del sistema.

La salud es un interés social, entendiéndola como el bienestar físico, mental y social, producto de la relaciones del individuo con la colectividad, que en algunos casos se transforma en una lucha de intereses en pro de la mejora de las condiciones de vida.

Esta no se escapa de esta dinámica de tensiones y de evolución y es quizás, uno de los sectores más afectados, donde el debilitamiento e ineficacia de la gestión en el sector de la salud generan una tensión significativa en las relaciones de éste con la sociedad. Esta situación ha generado que otros sectores de la sociedad se incorporen a esta dinámica, como son las experiencias de organizaciones comunitarias, que en su búsqueda por resolver los problemas de salud, han creado alternativas de atención, en

donde se desarrolla diversas estrategias que comienzan a crear propuestas distintas para satisfacer las necesidades de salud.

Por lo antes planteado, surge como problema de esta investigación el querer conocer cómo se comportan las organizaciones civiles en relación al modelo de atención de la salud predominante en Venezuela, a fin de describir si la organización civil es promotora de cambio en el sector.

Específicamente, las relaciones sociales que se han desarrollado en el sector de la salud como producto de la aplicación del modelo, han sugerido la posibilidad de plantearse la interrogante de cómo es la relación actual entre la organización civil y el modelo de atención de la salud, en donde, una de las expresiones en la sociedad, son las iniciativas de organización que han surgido ante la posibilidad de alcanzar un nivel de bienestar y salud adecuado.

¿COMO SE ENFRENTA EN ESTA INVESTIGACION LA TEMATICA DE LA ORGANIZACION CIVIL COMO PROMOTORA DE CAMBIO EN EL MODELO DE ATENCION DE LA SALUD?

¿COMO SE ENFRENTA EN ESTA INVESTIGACION LA TEMATICA DE LA ORGANIZACION CIVIL COMO PROMOTORA DE CAMBIO EN EL MODELO DE ATENCION DE LA SALUD?

Para conocer la relación entre la organización civil y el modelo de atención de la salud en Venezuela, se tomó la decisión de realizar la descripción del desarrollo del modelo de salud, la cual, va a establecer una serie de características que señalan las bases para la identificación de la forma como participan las organizaciones que trabajan en la atención de la salud en torno al modelo vigente, a fin de determinar si las organizaciones con sus objetivos y propuestas en el área de salud promocionan cambios en el modelo.

La ejecución del modelo de atención de la salud venezolano ha estado a cargo fundamentalmente del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (MSAS), el cual es la principal institución de salud del Estado, encargado de la prevención de enfermedades, así como también del cuidado, promoción, restitución y rehabilitación de la salud de la población. Es por ello, que la caracterización del modelo que se propone en esta investigación se fundamenta en el desarrollo de las políticas diseñadas y puestas en marcha por este despacho.

La organización civil tiene diversas expresiones y para este análisis se tomará en cuenta las organizaciones de diversos tipos que realicen actividades orientadas a la problemática de salud para describir su participación dentro del proceso.

Por no existir ningún estudio precedente, conocido por los suscriptores, sobre el tema en cuestión se ha adoptado un diseño *exploratorio-descriptivo.*

La presente investigación se dividió en dos partes: la primera, se refiere a un análisis histórico del modelo de salud en Venezuela desde 1900 hasta 1993; ésta es realizada a través de tres dimensiones, orientadas a la descripción de lo ideológico, de la gestión y del impacto social, dentro de una periodización que refleja el desarrollo del modelo, a fin de obtener una caracterización del modelo de salud en Venezuela que va a generar las categorías para describir la relación de las organizaciones con el modelo. La segunda, consiste en un análisis de contenido de los objetivos y programas de las organizaciones que trabajan en la atención de la salud, cuya finalidad es conocer su participación en el modelo de salud venezolano que anteriormente se ha caracterizado.

¿Cómo se Hizo el Análisis Histórico del Modelo de Salud en Venezuela desde 1900 hasta 1993?

Para el logro de este objetivo, se estableció cuatro períodos históricos en el tiempo comprendido entre 1900 y 1993 con base en la historia de la salud en Venezuela, los cuales comprenden una breve introducción que tiene como finalidad resaltar los aspectos más significativos de los ámbitos político y económico, ya que éstos son los determinantes fundamentales del desarrollo del modelo de salud. Esta introducción pretende facilitar la compresión de los períodos a describir, los cuales se denominan:

I. *Desarrollo de la Lucha contra Las Endemias y el Surgimiento de Las Organizaciones Sanitarias,* que comprende desde 1900 hasta 1936.

II. *Organización de una Red Hospitalaria Nacional y de Programas de Medicina Preventiva,* que comprende desde 1936 hasta 1960.

III. *Reducción del Gasto Social en Salud y la Construcción de Grandes Hospitales*, que comprende desde 1960 hasta 1979.

IV. *El Sistema Nacional de Salud, La Descentralización y la Focalización,* que comprende desde 1979 hasta 1993.

Para analizar los períodos anteriormente señalados, se establecen tres dimensiones, a saber, la Ideología, la Gestión y el Impacto social, relacionada con las políticas de salud en Venezuela, puestas en marcha por el MSAS, las cuales se define como:

I. *Dimensión Ideológica*: Comprende la definición de los criterios de las políticas formuladas por el MSAS, en relación al cuidado, promoción, prevención y restitución de la salud de la población venezolana.

II. *Dimensión de Gestión o de Estrategias*: Es el reflejo de las acciones adoptadas por el MSAS en relación a las políticas establecidas en la dimensión anterior, de acuerdo, por una parte, a la distribución del gasto que representa la inversión económica para ejecutar las políticas en salud, y por otro, a la oferta de servicios, que es la capacidad de satisfacer la demanda en salud por parte del Ministerio.

III. *Dimensión de Impacto Social:* Este nivel expresa el resultado de la acción de dos dimensiones anteriores, representado por el perfil epidemiológico de la población, caracterizado con base en los aspectos demográficos, nutricionales y en las condiciones sanitarias de la población.

¿Cómo se construyó el Análisis de Contenido?

En esta parte de la investigación se realiza la recolección de la información necesaria para la investigación referente a las Organizaciones No Gubernamentales que realizan actividades en el área de salud. Se analiza dos bases de datos: el Directorio de Asociaciones de Ayuda Comunitaria en Venezuela (Data Social), publicada por Pro Calidad de Vida, Petróleos de Venezuela (PDVSA) e IBM y la Base de Datos de Organizaciones Voluntarias de Acción Social, y de Organizaciones No Gubernamentales de Venezuela, realizada por el Dividendo Voluntario para la Comunidad. Se selecciona éstas por considerar que son las que tienen información más actualizada sobre las Organizaciones No Gubernamentales.

Se estableció una muestra de Organizaciones No Gubernamentales de forma intencional, tomando como criterio que en sus servicios ofrecieran actividades relacionadas con la atención de la salud. Esta información se recogió con el fin de sistematizar la información de las Organizaciones y garantizar que la misma no se duplicara, se hizo necesaria la elaboración de una base de datos que permitiese la construcción de el análisis de contenido, el cual se encuentra en el capítulo de anexos.

Los Objetivos y la descripción de los Programas de las organizaciones que conforman la base de datos, son las unidades lingüísticas que se establecen para el análisis de contenido.

La selección de las categorías del análisis se fundamenta en la revisión histórica del desarrollo del modelo de salud en Venezuela, las cuales forman dos dimensiones que se representan en un total de seis categorías excluyentes.

¿Cuáles son las dimensiones y las categorías del Análisis de Contenido?

DIMENSIONES

Dimensión Ideológica:	Comprende la definición de las políticas formuladas en la atención de la salud en relación al cuidado, promoción, prevención y restitución de la salud de la población venezolana.
Dimensión de Gestión y Estrategias:	Son las acciones adoptadas en relación a las políticas establecidas, expresadas en la oferta de servicios.
Dimensión "No Registra Información":	Es el no registro de los objetivos y servicios de las organizaciones que realizan actividades en el área de salud.

Estas dimensiones están conformadas por categorías que van a permitir describir cómo es la participación de las Organizaciones No Gubernamentales en el modelo de la siguiente manera:

LOS CONCEPTOS DE SALUD, CAMBIO Y ORGANIZACION CIVIL COMO PILARES FUNDAMENTALES DE LA INVESTIGACION

LOS CONCEPTOS DE SALUD, CAMBIO Y ORGANIZACION CIVIL COMO PILARES FUNDAMENTALES DE LA INVESTIGACION

EVOLUCION DEL CONCEPTO DE SALUD

Conceptualizar y definir la salud ha sido un proceso sistemático y de mucha elaboración que va desde concepciones unicausales hasta los más elaborados escritos que implican una causalidad múltiple sobre la salud desde una realidad global y dinámica.

Existe muchas maneras de definir a la salud y en una primera aproximación pareciera razonable entenderla como la "ausencia de enfermedad, entendiendo a la misma como cualquier estado orgánico o psíquico, real o imaginario, que trastorne el sentimiento de bienestar de una persona determinada."[1] En esta definición, faltaría ahondar en criterios científicos precisos, en virtud que son muy diferentes las clases de trastornos que pueden hacer sentir mal a un individuo determinado.

Otra manera de definir a la salud es la propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS), y en este sentido, en 1977 los países del mundo fijan una nueva política de salud en la Asamblea de la OMS, denominada "Salud para todos en el año 2000." Esta política consiste en que el objetivo principal de todos los gobiernos y de la OMS debe ser la adquisición, para todas las personas del mundo en el año 2000, de un nivel de salud que les permita gozar de una vida social y económicamente productiva.[2]

---

[1] DUBOS,René: **Hombre, Medicina y Ambiente**.mimeo, s.f.

[2] GONZALEZ,Marino: **Fundamentación y Propuesta Metodológica Para el Desarrollo del Sistema de Indicadores de Salud de la Región Centro Occidental de Venezuela.** Caracas, Ildis,

Se introdujo entonces una nueva definición de lo que es la salud, la cual "no es la mera ausencia de la enfermedad, sino el completo estado de bienestar físico, mental y social,"[3] comprender así a la salud, es convertirla en un estado ideal, en una manera de vivir que entiende que los hombres habitan en un mundo imperfecto y que deben llevar una existencia que les brinde la oportunidad de relacionarse con él de la manera menos penosa posible. Más adelante se verá como la salud está determinada por una gran complejidad de factores subjetivos, orgánicos y sociales que dificultan la posibilidad de dar una definición única de la misma.

Así mismo, a medida que se sigue tratando de comprender qué es la salud, se evidencia que esta cantidad de factores, han estado presentes a lo largo de distintas manifestaciones históricas y se han reflejado en el desarrollo de las distintas estructuras sociales que han existido y variado a medida que van evolucionando o desarrollándose.

Para el presente trabajo, a fin de profundizar lo que se ha venido entendiendo por salud, es necesario realizar una descripción del proceso histórico sobre la definición del concepto salud en las distintas etapas del desarrollo de las culturas. Esta se hará desde dos puntos de vista que no se hacen excluyentes y que van acompañados a lo largo de la evolución del concepto.

El primero es un breve recorrido por las diversas etapas de la historia de la humanidad, de acuerdo a las relaciones entre la salud, la práctica médica, la prestación del servicio médico y el saber médico; con respecto a la estructura social presente y al modo de producción predominante. Esto es fundamentalmente porque "el desarrollo y práctica del saber en salud, en sus múltiples manifestaciones, la práctica médica tal como se concretiza en una sociedad dada, y las propias condiciones de salud de la

---

1988, p. 7
[3] Ibid, p 10.

población, están estrechamente vinculadas a la transformación histórica del proceso de producción económica."[4] Es decir, no se pude desvincular el desarrollo de lo que se ha venido entendiendo por salud a lo largo de la historia con lo que han sido los procesos de evolución de una determinada estructura social.

El segundo, es un análisis desde el punto de vista de lo sanitario y es, dentro de este contexto, donde se define a la "conciencia sanitaria" [5] como la conceptualización que cada grupo social en un momento específico de su historia tiene acerca del proceso salud-enfermedad. Esto está estrechamente vinculado al desarrollo que tuvo la relación entre la práctica médica, el saber médico y el medio ambiente, fundamentalmente desde el principio del capitalismo. En este sentido, se puede distinguir tres ideologías: la biologicista, la ecológica y la social por ser ellas las que han correspondido a la evolución del concepto salud en las distintas etapas de la historia.

Se inicia este desarrollo, tomando como punto de partida a la estructura social de la comunidad primitiva, se pasará al esclavismo, al feudalismo hasta culminar con el capitalismo. Esto se hará dando una serie de características del modo de producción y de la estructura social, estableciendo un perfil de salud en función de la práctica, el saber médico y el tipo de conciencia sanitaria predominante.

Se podrá observar que la salud, en la mayoría de los casos, ha sido la expresión del resultado de lo que ocurre entre las fuerzas sociales de una colectividad determinada, es por ello, que se considera necesario culminar con una descripción de lo que es el poder en la salud ya que el mismo es un principio organizativo de las

---

[4] JAEN, María Helena, Francisco Irureta: **Los Establecimientos Ambulatorios en Venezuela: Organización, Funcionamiento y Situación Actual. 1985,** AVEDIS, Caracas, 1988. Informe final. p. 5.

[5] Véase TESTA Mario y otros: **Estructura de Poder en El Sector Salud**, Caracas, CENDES, 1982.

fuerzas que ejercen el control de la misma.

La Salud de Acuerdo a la Estructura Social y a la Conciencia Sanitaria Predominante

Para poder entender el presente, en relación al concepto de lo que es salud, es necesario tener en cuenta que la vida del hombre supone siempre una compleja relación recíproca entre las condiciones del presente y los atributos que él ha conservado de su pasado evolutivo y vivencial; es por ello que parece importante describir la relación existente entre las características de una determinada estructura social y su modo de producción a través de la historia, con lo que, para ese momento, se entendía y se practicaba como salud.

La estructura social en la comunidad primitiva:

Se entiende como comunidad primitiva aquella en donde la propiedad de la tierra es colectiva y en ella existe una división natural del trabajo. La organización social era en base a tribus, fundamentalmente, endogámicas y el modo de vida era inicialmente de recolectores, luego de cazadores y agricultores, en principio nómadas y luego sedentarios. Esto se ubica en el paleolítico inferior, superior y neolítico.[6]

Con respecto a la salud, los individuos tenían una vida de muy corta duración, debido a problemas nutricionales y genéticos. A esto se le pude añadir que la práctica de la medicina era fundamentalmente mágica y ejercida, en la mayoría de los casos, por el brujo o sacerdote mediante el uso de hierbas y otros objetos de carácter mágico

---

[6] Véase: MCNALL, Edward **Civilizaciones de Occidente**, Siglo Veinte, Buenos Aires, 1982.

religioso.

La estructura social en el esclavismo:

Se denomina esclavismo a aquella sociedad caracterizada por la propiedad privada sobre la tierra y los hombres, donde el mismo es un instrumento productivo. Este período es el que corresponde a las civilizaciones griega y romana.

Es aquí donde aparece la división de clases entre amos, esclavos, guerreros y libres. Aparece el Estado como órgano rector de las relaciones sociales, la división social del trabajo entre intelectual y manual y un gran desarrollo de las artes y la filosofía, además de la presencia constante de guerras. [7]

Con respecto a la salud, esta es diferenciada por clases sociales, en donde, entre los esclavos, fundamentalmente prisioneros de guerra, predominaban las enfermedades infecciosas cuya cura era ejercida por un veterinario. En la clase de los guerreros y por su misma condición, los traumatismos eran frecuentes, así que su cura era ejercida por médicos que comenzaban a desarrollar la traumatología. Los amos sufrían enfermedades propias del trabajo intelectual como la fatiga y algunas otras; la práctica médica era basada entonces en la restitución de la belleza corporal y el equilibrio con la naturaleza, a través de masajes, baños, reposo, etc.

En la práctica, existía una doble concepción: una con respecto a la actividad productiva y otra con respecto a la belleza, el equilibrio y la cultura. "Encontramos un saber médico guiado por la copia de los procesos naturales, se trata de una medicina "naturalista" sustentada sobre el equilibrio de los humores corporales y que establece una clara diferenciación entre salud y enfermedad cuidando con gran esmero de que,

---

[7] Véase: YEPEZ CASTILLO, Aureo: **Grecia y Roma**. AYECE, Caracas, 1982.

sobre todo en las clases dominantes, no se rompa ese equilibrio."[8]

Los problemas de salud-enfermedad a nivel colectivo se comienzan a dar en este período, donde, con el hacinamiento de esclavos, las malas condiciones alimenticias y las guerras frecuentes que significaban movilizaciones a territorios desconocidos comienzan a aparecer lo primeros brotes epidémicos.

El Feudalismo, del siglo V al XVII:

En el Feudalismo, la concentración de la tierra es lo más característico, además de la posesión parcial del siervo por parte del señor feudal, predomina la religión en la vida pública, así como también la aglomeración de personas en las ciudades. Es la época de las grandes cruzadas.

Predominaba, desde el punto de vista de la salud, grandes epidemias debidas a la concentración de personas en las urbes, la presencia de la sífilis y otras enfermedades infecto contagiosas era cosa muy común, así como también la presencia de histerias colectivas (tarántula).

"A fines de la Edad Media existían tres tipos de asistencia médica: para poderosos, para artesanos y burgueses y para pobres."[9] Aparecieron los hospicios y el rezo para los pobres; los amos tenían sus médicos privados, graduados en las más famosas universidades, y la presencia de religiosas y sacerdotes era fundamental. Es de notar la concepción religiosa de la enfermedad, el uso frecuente de la Biblia y el saber médico en manos de los sacerdotes.

"Se considera a la salud como un don divino y a la enfermedad como una

---

[8] DIAZ POLANCO, Jorge: "Salud y Sociedad", **Planificación en Salud en Cuadernos de la Sociedad Venezolana de Planificación**, Caracas, Sociedad Venezolana de Planificación, 1982, p. 25.
[9] Ibid., p. 26.

interrupción de ese estado de gracia llegándose muchas veces a considerar un proceso patológico como la expiación del pecado (...) La enfermedad debe seguir su curso natural, pues su causación obedece a instancias divinas, supranaturales, las cuales deciden sobre el porvenir del enfermo."[10] La atención médica se constituye en una ciencia pagana.

Al final del Feudalismo, se da la acumulación originaria de Capital, y con ello la base del desarrollo del capitalismo así como la consolidación de las ciudades.

Primera fase del Capitalismo. Siglo XVIII y mitad del XIX:

El modo de producción capitalista es aquel en donde predomina la propiedad privada sobre los medios de producción, así como también la presencia de hombres libres que venden su fuerza de trabajo. Aparecen aquí dos clases sociales antagónicas, la Burguesía y el Proletariado.

Dentro de ésto, la plusvalía se convierte en el objetivo fundamental y es de notar en las industrias la presencia de mujeres y niños por ser mano de obra de poco costo. Predomina también bajo este modo de producción las luchas sociales para mejorar las condiciones de trabajo.

Con respecto a la salud, se pueden notar las siguientes manifestaciones: predominio de enfermedades infecto-contagiosas, corta duración de la vida del obrero, elevada mortalidad infantil y abundantes enfermedades producto del trabajo como la silicosis y diversas intoxicaciones.

La atención médica estaba escasamente desarrollada y surge la necesidad de atender a los trabajadores para no bajar la producción; junto a esto se desarrolla una

---

[10] Ibid., p. 26.

práctica médica privada para el que pueda pagar.

"El capitalismo, que se desenvuelve a finales del siglo XVIII y principios del siglo XIX, socializó un primer objeto: el cuerpo, en función de fuerza productiva laboral. El cuerpo es una realidad biopolítica, la medicina es una estrategia biopolítica."[11]

No es sino hasta el siglo XIX cuando se plantea el problema del cuerpo, de la salud y del nivel de la fuerza productiva de los individuos. En tal sentido, "podemos distinguir tres etapas en la formación de la medicina social: Medicina del Estado, Medicina Urbana, Medicina de la Fuerza Laboral."[12]

Medicina del Estado: Alemania, comienzos del siglo XVIII. El mercantilismo es la corriente política económica científica de esta época. "Se basa en el aumento de la producción y de la población activa con el propósito de establecer corrientes comerciales que permitan al Estado conseguir la mayor influencia monetaria posible, el desarrollo de la medicina fue orientado hacia el bienestar de la salud de su población, entre 1750 y 1770 se propuso la formación de una policía médica del Estado, la cual consistía en la organización del saber médico estatal, la normalización de la profesión médica, la subordinación de los médicos a una administración general y la integración de varios médicos en una organización médico estatal. Aquí el interés versa en que lo importante no es el cuerpo del trabajador, sino el propio cuerpo de los individuos que en conjunto constituyen el Estado. Es la medicina desarrollando la fuerza estatal."[13]

Medicina Urbana: Francia, fines del siglo XVIII. Medicina apoyada en la urbanización. "La necesidad de las grandes poblaciones de constituir la ciudad como

---

[11] FOCAULT, Michel: **Historia de la Medicalización**. Educación Medeca y Salud. 1977.
[12] Ibid., p. 3.
[13] Ibid.

unidad es debida a varios factores como son: el orden económico y el control del poder político. No sólo considerada como un lugar de mercado sino también como un lugar de producción. Una plebe en vías de proletarizarse es también otro aspecto a considerar. Las grandes concentraciones humanas."[14]

Los objetivos de esta medicina urbana son:

1.- Control de la circulación de aire y agua.

2.- Análisis de los lugares de acumulación y amontonamiento de todo lo que podía provocar enfermedades.

3.- Organización de distribuciones y frecuencias, es decir, donde colocar y como distribuir lo necesario para la vida urbana.

La importancia de la medicina urbana estriba en:

1.- La profesión médica entra en contacto con otras ciencias como la química.

2.- Es una medicina de las cosas, es decir, de las condiciones de vida del medio de existencia.

3.- Aparece el concepto de salubridad la cual es la base material y social capaz de asegurar la mejor salud posible a los individuos. Aparece también el concepto de higiene pública como la técnica de control y de modificación de los elementos del medio que pueden favorecer o perjudicar la salud.

Medicina de la Fuerza Laboral: Inglaterra, siglo XIX. "Consiste en el control de la salud y del cuerpo de las clases más necesitadas para que fueran más aptas al trabajo y menos peligrosas a la clases adineradas. Esto permitió la organización de una medicina asistencial administrativa o privada de sectores bien delimitados."[15] Junto a esto, los niveles de sobre explotación de los trabajadores, los excesos de trabajo, etc.,

---

[14] Ibid., p. 5.
[15] Ibid.

comenzaron a generar problemas sanitarios que despertaron la inquietud de investigadores los cuales relacionaron los problemas de salud colectiva con las condiciones de la población.

Al mismo tiempo y gracias a los avances de las ciencias naturales, se desarrolla la ideología sanitaria biologicista, en tal sentido, "la evidencia de entes observables como virus, bacterias y parásitos, captaron el entusiasmo a su alrededor, así como el tratamiento para combatirlos."[16] "Esta es la época del enfoque monocausal de la etiología de la enfermedad con manifestaciones tanto en la producción como en la aplicación de los conocimientos en salud."[17]

"Para la ideología sanitaria biologicista, los problemas de salud son individuales y consisten en un apartarse de la normalidad biológica, cualquiera sea el criterio con que ésta se defina. La etiología y la patogenia de las enfermedades agotan la cuestión de la causalidad, así como definen las formas de respuesta posibles, básicamente mediante la atención a los problemas de enfermedad que presentan las personas: atención médica."[18]

Dicha ideología tiene como principales aportes que le imprime un carácter científico a las acciones de salud, estimula la investigación básica y es por ello que bajo el Capitalismo surgen grandes inversiones para la investigación las cuales promueven el auge de la ciencias naturales, sobre todo a finales del siglo XIX y principios del siglo XX. Entre los aciertos más importantes podemos nombrar: en 1846 la Anestesiología, en 1958 la Fisiología Experimental, en 1859, la Evolución Natural de Darwin, entre 1865 y 1878 la Antisepsia, entre 1865 y 1882 la Bacteriología de Pasteur y Koch y en

---

[16] JAEN e Irureta: op cit. p. 5.
[17] Ibid.
[18] TESTA, Mario: **Pensar en Salud**. Buenos Aires, Lugar, 1989. p. 170.

1895 los Rayos X. Este desarrollo produjo lo que se conoce como la Microbiología, la cual estudió el efecto de las acciones de un agente patógeno como causa única de enfermedad, aporte importante para la epidemiología y para la salud pública. Esta ideología le da un giro a las ciencias médicas orientándolas a la atención individual e impulsando la atención hospitalaria.

Dentro de sus principales limitaciones podemos encontrar que es de alto costo, requiere de un personal especializado, es insuficientemente explicativa para aquellas situaciones en que los problemas de salud se han transformado sin conocer el agente patógeno.

Segunda fase del Capitalismo: El Imperialismo. Siglos XIX y XX

La segunda fase del capitalismo se caracteriza debido a que una vez consolidado el capitalismo en los países industrializados, se comienza a explorar nuevos mercados, en este sentido, al ir en busca de nuevos países, surgían nuevas enfermedades que era necesario controlar para poder continuar con la expansión; bajo esta estructura social se da la concentración de la producción y del dinero, aparece la industria pesada, las alianzas monopólicas internacionales y el reparto de territorio mundial como mercado.

Con respecto a la salud, en los países desarrollados aparecen enfermedades como el cáncer, la diabetes, dolencias cardíacas, cerebro-vasculares, stress, etc. En los subdesarrollados se da la patología de la primera fase y en los países intermedios la combinación de ambas; con respecto a la práctica de la salud se evidencia una atención hospitalaria desarrollada con modelos sofisticados y costosos. A la vez se da una práctica privada muy desarrollada. En este período, el hombre es visto como un

aparato y como sistema, comienza a ser cuestionado el modelo biologicista y aparecen nuevas alternativas; es el período de la Ideología Sanitaria Ecológica.

La Ecología es una ciencia que "tiene como objetivos el estudio de las relaciones de los seres vivos con su ambiente y con otros seres vivos; la forma en que las comunidades aparecen, crecen, disminuyen y mueren; cómo los biontes actúan sobre el ambiente modificándolo y cómo éste desarrolla en las poblaciones las necesidades de adaptación para poder sobrevivir, integrarse y progresar."[19] Es así como se puede definir a la salud desde el punto de vista de la Ecología como una "correcta aptitud para dar armónicas respuestas a los estímulos del ambiente y del propio cuerpo, que asegura una vida activa y creadora y una descendencia apta."[20] Se puede decir que "en la mayoría de los casos, posiblemente todos, la enfermedad no es más que el producto de un desequilibrio ecológico en la adaptación psico-fisiológica del hombre ante múltiples causas provenientes de su ambiente externo."[21]

La salud y la enfermedad son el resultado de una recíproca relación ecológica entre el hombre y su ambiente "en esta interrelación participan tres elementos del sistema ecológico; agente, hospedero y ambiente; que todos los componentes del ambiente físico, biológico, social y cultural, junto con los factores genéticos, constituyen un conjunto causal que influye y determina el fenómeno ecológico, salud enfermedad."[22]

La cita anterior, no es más que la descripción del modelo de tríada ecológica de Levell y Clark planteado en el libro "La Historia Natural de la Enfermedad"(1963-

---

[19] CARCAVALLO, Rodolfo y Ana Plencovich: **Los Ecólogos de la Salud**. Caracas, Monte Avila Editores, 1975. p. 25.
[20] Ibid.
[21] ESPINOZA, Antonio: **Concepto Ecológico de la Salud y la Enfermedad. La Epidemiología Como Ecología Médica**. Caracas, MSAS. p. 20.
[22] Ibid.

1965). La misma es producto del estudio y la comprensión de los factores condicionantes y determinantes de la salud, esto lleva al conocimiento de la red de causación, cadena epidemiológica o historia natural de la enfermedad. El modelo planteado es adecuado para la comprensión de la etiología de las enfermedades infecciosas, para ello es necesario entonces comprender y manejar los conceptos básicos de la Ecología. [23]

El modelo de Levell y Clark, plantea que el proceso de enfermedad en el hombre depende de las características de los agentes de la enfermedad, las del hombre y las respuestas del mismo a los estímulos que producen enfermedades que surgen en el ambiente o dentro del hombre. En este sentido, la interacción preliminar del agente

---

[23] Los principales, según el Diccionario Médico de Salvat son los siguientes:

Ambiente: Constituye la matriz de las circunstancias físicas, biológicas y sociales donde se producen las complejas acciones recíprocas entre los seres vivos y lo que los rodea.

Ecosistema: Sistema donde individuos u organismos son los elementos de interacción, bien entre ellos o con una matriz ambiental más o menos organizada. En todo ecosistema se destacan dos procesos: flujo de energía a través del sistema y ciclo de nutrientes. Posee también dos propiedades: Homeostasis y Adaptación. La primera se refiere a que un ecosistema, para que pueda funcionar propiamente y mantener su estabilidad dinámica, debe almacenar y procesar una gran cantidad de información referente a eventos pasados y poseer los mecanismos que hagan posible la utilización de la información para dar respuesta a las tensiones externas e internas que actúan para que se produzcan cambios en el mismo. La adaptación se refiere a que un ecosistema es el resultado de un proceso evolutivo, es decir de adaptaciones.

Bioma: Relación de varios ecosistemas de funciones iguales o diferentes, pero agrupados en un amplio espacio geográfico con un macroclima similar.

Hábitat: Lugar de la comunidad biótica en el cual vive un organismo.

Comunidad Biótica: Todas las cosas vivientes en un área dada.

Huésped: Hombre, animal, o vegetal en cuyo cuerpo se aloja un agente. Es un organismo susceptible que puede albergar un parásito.

Agente: Substancia o elemento cuya presencia o ausencia puede iniciar o perpetuar un proceso de enfermedad. Este agente puede ser: biológico, químico, físico o nutricional.

potencial productor de enfermedad, el huésped y los factores del ambiente que producen la enfermedad, es lo que se ha definido como el período prepatogénico. Por otro lado, el curso del desorden (proceso de enfermedad) en el hombre desde la primera interacción de éste con el estímulo productor de la enfermedad, hasta los cambios en forma y función que pueden resultar en una recuperación y alcance del equilibrio, en defecto, en incapacidad o muerte, es lo que se ha definido como el curso natural de la enfermedad o período de patogénesis.

Analizando brevemente lo anterior, es importante hacer notar que "el proceso de enfermedad es un desajuste, es decir, una competencia o choque, entre dos especies representadas por el hospedero y el agente causal o entre una especie y una fuerza o sustancia inanimada, encarnadas por el hospedero y el agente causal no vivo. El antagonismo entre los dos elementos, agente hospedero se traduce por la pérdida más o menos marcada, del equilibrio, bien por el aumento de la virulencia de uno o por disminución de la resistencia del otro, de acuerdo a ciertas peculiaridades inherentes a cada uno de ellos. La acción del ambiente hace factible el encuentro o choque del agente causal y el hospedero e influye sobre sus características e interacción, en otras palabras, la participación del ambiente en el desequilibrio es decisiva. Así pues las acciones mutuas entre agentes y hospederos están sujetas a las diversas condiciones ambientales, pues así como la enfermedad puede producirse por un aumento en la virulencia del agente infeccioso en unos casos o por disminuir la resistencia del hospedero en otros, es indispensable que existan ciertas condiciones en el ambiente, favorables al agente agresor y desfavorables al hospedero, para que se produzca la enfermedad, por ejemplo, el medio ambiente físico: agua contaminada." [24]

---

[24]ESPINOZA: op. cit., p. 21.

La salud es por lo tanto el equilibrio entre los agentes y el hospedero, con la participación favorable del medio ambiente, en tal sentido, "es un estado de equilibrio con el ambiente, lo cual admite también diversas interpretaciones puesto que puede incorporar al ambiente natural, construido o social, superando de esa manera la visión puramente individual pero conservando la determinación biológica a través del equilibrio que se realiza en esos términos entre el conjunto de individuos y el ambiente. La respuesta que se genera responde a las variantes que se introducen respecto al modelo anterior, prestándose entonces especial atención a los problemas ambientales."[25]

"El aporte fundamental de este esfuerzo es el desarrollo de niveles de prevención, en función de las distintas etapas de la "historia natural de la enfermedad"; se abre la posibilidad de "promover la salud" y de desarrollar medidas de protección específica dentro del campo de la prevención. Esta visión impulsa la atención de la salud por rumbos extrahospitalarios, iniciándose la ruptura con el marco imperante de atención institucionalizada."[26]

Otro modelo que surgió para explicar el problema de la salud como la resultante de múltiples factores fue el de Brian MacHahon, que establece la "Red de Causalidad", "la misma plantea darle una explicación más coherente a la determinación del proceso salud-enfermedad y al mismo tiempo prevenir la producción de la enfermedad actuando sobre los diferentes eslabones de la red causal."[27] Es decir, partimos del supuesto que los hechos nunca dependen de causas únicas si no que "existe una cadena de muchas variables que pueden estar relacionadas con un efecto

---

[25] TESTA Mario: op. cit., p. 171.
[26] JAEN e Irureta: op cit. p. 6.
[27] Ibid.

individual por medio de un mecanismo directo-indirecto en el cual C está causalmente unido a D, D a E, E a F y así sucesivamente hasta que finalmente, tal vez Q juegue una parte importante en el desarrollo de la enfermedad."[28]

En tal sentido, "la prevención eficaz de la enfermedad depende del hallazgo de un elemento de la cadena que pueda ser eliminado y que esté suficientemente cerca de Q, en el mecanismo, de modo que su eliminación produzca sobre Q un efecto sustancial."[29] El efecto que la eliminación de Q tendrá sobre la incidencia total de la enfermedad dependerá de la importancia relativa de Q con respecto a otro factores originados de fuentes independientes, también relacionados causalmente con la enfermedad.

El principal aporte de este enfoque es que permite planear estudios más efectivos hacia la identificación de asociaciones causales con el fin de darle importancia al carácter multicausal preventivo de la salud.

Simultáneamente en América Latina, no conformes con el enfoque ecologista y multicausal, donde la problemática de la salud pública se deriva, en el plano social del subdesarrollo, que tiene como resultado pobreza e ignorancia entre las zonas rurales y los marginados que existen en las ciudades, se desarrolla para este período la ideología sanitaria social, replanteando el proceso salud-enfermedad en una nueva dimensión. "Se afirma que en la determinación de la salud y de la enfermedad deben considerarse no sólo los procesos biológicos, e inclusive no sólo los elementos de la tríada ecológica, sino que es prioritario la consideración de la dinámica social, pero no de manera subsidiaria, sino incluyendo los procesos de producción y reproducción

---

[28]MACMAHON, Brian: **Principios y Métodos de Epidemiología**, Mexico, La Prensa Médica Mexicana, 1984, p. 21.
[29]Ibid., p. 21.

social."[30]

Lo social es movimiento, mediante el cual se reproducen constantemente sus características, que conforman la organización social, la cual produce su base material, es decir, es la estructura de producción y distribución de bienes; para ésta se requiere una determinada forma de relacionarse con la naturaleza para extraer dichos bienes y servicios y también implica producir los hombres que habrán de participar de diferentes maneras en el proceso productivo y en la propiación de bienes. Es la producción de bienes, del hombre biológicamente y de la ideología.

La producción de una determinada sociedad implica la reproducción de sus dimensiones: la económica, la ecológica, la biológica y la ideológica. Este complejo proceso reproductivo determina la problemática de salud-enfermedad de los hombres, ya que de una u otra manera, la forma de organizar la producción, el tipo de tecnología que se utiliza, las relaciones de producción predominantes, las condiciones de trabajo, determinan la patología predominante en el adulto trabajador. En este sentido, la importancia de la relación salud enfermedad en el área productiva ha generado "una proposición causal distinta que debe sustentarse sobre una explicación de cómo se da la determinación social del proceso de enfermedad, cosa que se puede lograr partiendo de las categorías de una teoría de lo social que permite distinguir los hechos sociales de los biológicos."[31]

"Resulta prácticamente imposible comprender el perfil epidemiológico de los trabajadores, sin relacionar dicho perfil con las condiciones de trabajo y las condiciones de vida determinadas por el proceso productivo en el cual participan.

---

[30] JAEN e Irureta.op. cit. p. 6.

[31] LAURELL, Asa Cristina: "Introducción" en TIMIO, Mario: **Las Clases Sociales y la Enfermedad (Introducción a la Epidemiología Diferencial)**, México, Nueva Imagen, 1979, p. 14.

Resulta casi imposible, así mismo comprender la problemática de salud mental de una sociedad sin vincularla a la lucha permanente, en su seno, entre diferentes concepciones del mundo y de las relaciones entre los hombres; es decir el proceso de reproducción de la ideología predominante. No podríamos comprender el perfil patológico de una población, si no la relacionamos con la forma de relacionarse con la naturaleza de cada una de las clases sociales. De manera, que la problemática de salud-enfermedad, a nivel social está estrechamente vinculada con el complejo proceso reproductivo de la sociedad y sus momentos económicos, ideológicos, biológicos y ecológicos."[32]

La visión social implica una determinación de la salud que incorpora a lo social en general; es decir, que no se satisface mediante la incorporación de variables sociales específicas en el análisis de los problemas de salud. Esta ideología surge como la propuesta técnica que promueve "la realización de investigaciones de utilidad práctica que vengan a resolver problemas reales en la prestación de servicios en la atención de la salud de la gente"[33]. "Esta manera de pensar el problema engloba los niveles de pensamiento biológico y ecológico, adquiriendo una nueva dimensión que incorpora una visión totalizadora de la salud como cuestión social."[34]

Dicho enfoque, como se pudo notar, estudia el proceso salud enfermedad en base a su historia social, entendiendo al hombre como un ser integral, donde su condición de ser biológico pasa por su condición de ser social y viceversa.

"Esta aproximación refuerza el rompimiento de la visión monocausal,

---

[32] Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua. **Salud y Sociedad.** Mimeo, s.f.
[33] GUERRA DE MACEDO, C: "Ofrecimiento"en L.J. OSUNA "editor" **Memorial del Taller Sobre Investigación de Servicios de Salud.** OPS/OMS-ESPM. DRC/HSC/85/1. Cocoyoc, México, 16-21, Julio de 1984. Citado en JAEN, M y Francisco I.:op. cit., p. 7.
[34] TESTA, Mario: op. cit., p.171.

biologicista, individual e institucionalizada de la atención de la salud, además de rescatar la concepción de la epidemiología social y la necesidad de investigar sobre las condiciones de vida de la población."[35]

Como se ha visto, definir a la salud, goza de un vasto recorrido por diversas aproximaciones históricas y teóricas sobre lo que en diversos momentos de un determinado desarrollo social se considera como salud.

Para fines de esta investigación, la salud efectivamente es un estado de bienestar físico, mental y social, producto de la relación entre el individuo como actor y la colectividad, con un medio interno y externo a sí, definida en algunos casos como la lucha de intereses antagónicos en pro de la mejora de las condiciones de vida.

Es necesario entonces considerar que "las condiciones de vida de la población han ido variando con la transformación de la estructura política y económica de los países"[36] y es por ello que se afirma que la salud está estrechamente vinculada a la transformación histórica del proceso de producción económica y al proceso de transformación política de la sociedad.

Las relaciones de poder en la Salud

La necesidad de entender el poder en la salud surge por la ineludible conexión existente entre las ideologías planteadas anteriormente y la sociedad en sí. Es decir, el enfrentamiento entre la conciencia sanitaria y la sociedad, entendida ésta como el lugar donde se genera el conflicto social generador de cambio. La ideología social predominante, junto con la estructura social son los componentes, que determinan el comportamiento de diversos grupos sociales en torno a los problemas de la salud.

---

[35] JAEN e Irureta: op cit. p. 6.
[36] JAEN e Irureta: op cit. p. 5.

En la presente relación, el poder juega un papel importante porque a éste "se lo toma como el núcleo en torno al cual se van a realizar las interpretaciones que lleven a dilucidar el comportamiento de los grupos sociales en lo que respecta a los problemas de la salud, en especial en cuanto a las decisiones que se toman. Estas decisiones, tienen en general, tres grandes propósitos: crecimiento o reproducción, cambio y legitimación."[37]

A cada propósito le corresponde un sesgo particular del ámbito de decisiones, así como también un ámbito distinto de la realidad. Al propósito de crecimiento le corresponde un sesgo administrativo y su ámbito es el propio sector salud. Al propósito de cambio le corresponde un sesgo estratégico y su ámbito son las fuerzas sociales en relación a la salud. Al propósito de legitimación le corresponde un sesgo ideológico y su ámbito son las fuerzas sociales en su relación con la totalidad.

Todas las decisiones que afectan a la salud, contienen implicaciones administrativas y estratégicas, además de contenidos ideológicos, las que en este trabajo interesan son aquellas que implican relaciones que se movilizan para producir cambios. La importancia del mismo con respecto al poder estriba en que "para poder introducir cambios es necesario disponer del poder para hacerlo."[38]

El resultado de estas relaciones que se movilizan son la expresión de lo que ocurre entre los distintos niveles en que se expresa este fenómeno colectivo. Estos ayudan a entender lo que se ha llamado la situación de la salud, la cual es un "conjunto de conceptos operacionales que nos permiten realizar análisis parciales de dicha situación, al mismo tiempo que intentar una interpretación más general."[39]

---

[37] TESTA, Mario, Jorge Díaz Polanco y otros: **Estructura de Poder en el Sector Salud**, Caracas, CENDES, 1982. p. 3. De ahora en adelante, éste será citado como TESTA (1982)
[38] Ibid., p. 5.
[39] Ibid.

Estos niveles son:

I. *Estado de salud:* Es una expresión del resultado entre fuerzas, mostrando sus consecuencias a través de categorías que destaquen las diferencias de la salud en distintos grupos de población. Esto se realiza mediante el análisis estadístico de variables como la tasa de mortalidad general, escalas de ingresos, medición de servicios de la comunidad, etc.

II. *La situación epidemiológica*: implica la interpretación social de la epidemiología, "lo cual quiere decir que se debe cambiar la manera en que se ha venido considerando la causalidad de las enfermedades. Significa desplazar los hechos sociales de una posición subsidiaria en la explicación de las enfermedades, para lograr entender los procesos de salud enfermedad como una parte propia e indisoluble del funcionamiento social. En la nueva perspectiva que se está gestando, debe partirse de una teoría del funcionamiento social que, al mismo tiempo que explique ese funcionamiento, de cuenta de los procesos salud enfermedad."[40]

III. Nive*l de la disputa cotidiana*: La disputa cotidiana consiste en saber qué se hace y cómo hacer las cosas. Esta es realizada por la división social del trabajo presente en la salud, la cual, bajo algunas circunstancias se ve rota estructural y coyunturalmente. "La disputa por el poder cotidiano está inserta en, y en algún modo implica a la disputa por el Poder (mayúscula, más largo plazo, referido a qué tipo de

[40] Ibid., p. 8-9.

sociedad construir), en la que el aliado natural es el aliado "de clase" donde entonces los que son proletarios en el proceso de trabajo de salud debieran tener como aliados a los proletarios en general, como miembros de una misma clase explotada."[41]

IV. Nivel *del sector*: Es el poder administrativo en donde las fuerzas sociales se manifiestan de forma organizada, es la pelea de las clases dominantes, entre fracciones de la misma, o de una lucha interclases mediada por una de las representaciones posibles de la clase dominada, un ejemplo de esto es el aparato sindical.

Se viene hablando de una relación de fuerzas sociales, el poder es básico en esto y para introducir el cambio es necesario considerar la relación entre estrategia y poder en la salud.

La estrategia es "la forma de implementación de una política y la política es una propuesta de distribución de poder"[42] La estrategia es la dirección de desplazamiento del poder. En este sentido, la función de la política es doble: "ya que debe señalar el objeto y contenido de las propuestas que se realizan al mismo tiempo que indicar el desplazamiento de poder buscado."[43]

Es posible identificar dos objetivos políticos de una actividad:

"a) la acumulación de poder;

b) la transformación lograda mediante la aplicación de una fuerza o uso del poder. En consecuencia podrán identificarse tres tipos de actividades estratégicas: i) las que tiendan a acumular el poder en cierto

---

[41] Ibid., p. 10
[42] Ibid.
[43] Ibid., p. 21.

grupo social; ii) las que utilicen el poder acumulado parar lograr una cierta transformación; iii) las que simultáneamente acumulen poder y realicen transformaciones."[44]

La acumulación de poder de un actor o fuerza social podrá tener características distintas según sea la forma o tipo de poder que maneje esa fuerza, pero en todo caso las características cualitativas de ese incremento de poder estarán dadas por un mayor conocimiento de los problemas involucrados en las actividades en que participa y en una mejor identificación del papel que cada actor o fuerza social desempeña en el proceso o conciencia social. "Simultáneamente con este aumento de los niveles de conciencia ocurrirá una mejor organización del actor. Unido al incremento de organización y conciencia podrá darse alguna forma de acumulación de recursos de poder: apropiación de recursos, acceso a información, número de adherentes."[45]

De todo lo anterior se puede decir entonces, que la política se concreta en la estrategia y ésta es el resultado de los intereses que mueven a los grupos sociales que articulan el Estado.

Ahora bien, cada grupo social que actúa en la salud, dispone de algunas maneras características típicas de poder, en el caso de la salud, los tipos principales de poder que se manejan son: Técnico, Administrativo y de Recursos y el Poder Político.

El poder técnico "es la capacidad de generar, acceder, manejar información de distintas características", se divide en sanitaria, administrativa y marco teórico.

La información sanitaria es la referente a la de tipo médico, la cual es la que maneja el doctor en su relación con el paciente. La de tipo sanitaria, la cual corresponde a la distribución de las enfermedades de la población. La de tipo

---

[44] Ibid.
[45] Ibid.

administrativo, que corresponde a los diversos indicadores de uso de recursos y la de tipo marco teórico, que se corresponde con la producción de las enfermedades en un sentido social, es lo que se conoce en epidemiología como el problema de la causa de las enfermedades, o producción de las mismas.

El poder técnico circula por cinco ámbitos de discusión los cuales son: "la docencia, la investigación, los servicios, la administración superior y la población."[46]

El poder administrativo es la capacidad de apropiarse y asignar recursos, tiene que ver con el financiamiento como elemento central organizador de los diversos subsectores de la salud. En él se identifican tres subsectores: el público, el privado y el intermedio o semi-público. El primero representa a la actividad oficial con punto de partida en el ministerio de salud, el segundo con las diversas modalidades que asume la prestación de servicios privados de atención médica, el tercero con las características de los seguros destinados a financiar la atención de los trabajadores y sus dependientes. Cada uno de los subsectores tiene una forma específica de financiamiento, una modalidad de prestación de cierto tipo de servicios, una población a la que destina principalmente su actividad.

El poder político es la capacidad de movilizar grupos sociales en demanda o reclamo de sus necesidades o intereses. En la práctica, puede ejercerse mediante el sometimiento de subordinados a jefes, de dominados a dominantes, de débiles a poderosos, sin embargo de forma alternativa "el poder asume caracteres de hegemonía al establecer una jerarquización basada en la importancia de los propósitos que se persiguen."[47]

En la teoría, el poder político como ideología, puede ser visto como la

---

[46] Ibid., p. 26.
[47] Ibid., p. 33.

"capacidad de un grupo social, en particular de una clase social, de realizar sus objetivos, en particular sus objetivos históricos."[48]

El poder político en sus efectos, tiene dos caras, como una capacidad de dominación o como un poder hegemónico definido como "la capacidad de viabilizar un proyecto, en particular un proyecto político."[49]

El poder político en la salud se intercepta con los poderes de tipo técnico y administrativo en las formas de dominación y práctica ideológica.

La importancia del poder político estriba en que en algún momento de la dinámica del poder, los poderes administrativo y técnico quedan subordinados al poder político.

Para concluir, se puede decir que esta subordinación evidencia la importancia del poder en torno a todo el conflicto social como motor de la dinámica de cambio, queda de parte de los actores, movilizar sus poderes con la suficiente estrategia para producir el codiciado bienestar de la salud.

---

[48] Ibid.
[49] Ibid.

DESARROLLO, MODERNIZACION Y CAMBIO

El desarrollo de América Latina se ha caracterizado por la dependencia económica entre los países que la conforman y los del exterior. Desde principios de la década de los ochenta se ha hecho visible la importancia de la deuda externa y de la crisis del comercio internacional, que han generado una salida de capitales mucho más considerable que en la época de la Segunda Guerra Mundial; tal situación ha causado un gran empobrecimiento de la población del continente, principalmente uno de los aspectos más negativos del proceso de desarrollo para Touraine es que, el empobrecimiento del continente latinoamericano reside "en la prioridad dada a un tipo de desarrollo que corresponde mal a las necesidades de sus habitantes."[50]

Los capitales extranjeros contribuyen a la instalaciones de industrias que representan una gran inversión, generan bienes de consumo duraderos destinados a un grupo de la población que concentra los capitales, pretendiendo imitar los hábitos de consumo de los países desarrollados. Estos capitales generan pocos empleos, acelerando un procesos de desigualdades sociales; en lo referente a lo cultural, este tipo de desarrollo se traduce por la penetración acelerada de los modos de consumo importados, que abarca desde las actividades recreativas como el cine, la radio etc., hasta la educación. Esto permite determinar un *capitalismo limitado y dependiente,* que constituye uno de los aspectos más relevantes del tipo de desarrollo de los países latinoamericanos.

---

[50] TOURAINE, Alain: **América Latina Política y Sociedad**, Espasa Calpe, Madrid España, 1989. p. 35.

En los países de América Latina, los servicios se desarrollan con mucha más rapidez que la producción de bienes, los bancos prosperan mas rápido que las empresas industriales; el crecimiento de los servicios administrativos y financieros, son demasiado complejo para los países cuya industrialización es débil. "El crecimiento económico no implica ni la integración social ni las disminución de las desigualdades. Al contrario, América Latina está cada vez más marcada por la desigualdad y el mantenimiento de vastas zonas de subdesarrollo o de miseria."[51] Esta es una de las características de la dualización del desarrollo de los países latinoamericanos, significa que "la capacidad de integración económica y social del país moderno está limitada, en parte, cierto, porque la presión demográfica y otras causas de emigración impulsan hacia las ciudades a masas constantemente renovadas de nuevos recién venidos, pero también porque la extrema concentración de las rentas no conduce mas que a inversiones económicas y sociales suficientes, mientras el dinero huye al extranjero o se derrocha en gastos suntuarios cuya espectacular riqueza es un insulto para la miseria completamente cercana."[52]

Para Touraine, no todo son aspectos negativos en el proceso de desarrollo de los países latinoamericanos, en América Latina por un período de tiempo largo, se ha conocido una tasa de crecimiento superior al conjuntos de países desarrollados.

	1970-1973 %	**1967-1979 %**	**1980-1981 %**
Países Desarrollados	5.0	4.2	1.3
América Latina	7.2	5.5	4.6

Fuente: TOURAINE, Alain: **América Latina Política y Sociedad.** p. 39

[51] Ibid., p.36
[52] Ibid., p 39

Es imposible negar que los países latinoamericanos han sido más afectados que los Europeos y que los Estados Unidos por la crisis económica de la década de los ochenta; pero en los últimos treinta años, "América Latina alcanzó una tasa de crecimiento del 6,7 por 100 anual, mientras el mundo en sus conjunto, no llega más que al 5,9 por 100. Durante ese mismo período, la industria latinoamericana se elevó del 4 a 5 por 100 anual de la producción mundial."[53]

Estos datos demuestran que la imagen de que los países latinoamericanos son rurales no se corresponde con la realidad; es decir, el crecimiento de éstos países es producto de una gran transformación de la población que pasó de ser rural a dedicarse a las actividades urbanas e industriales.

El incremento de las poblaciones y la disminución de las tasas de mortalidad han modernizado a estos países; el cual se explica por el abastecimiento de aguas blancas, el control de excretas y los programas de atención de la salud.

Los resultados, tanto los positivos como los negativos, muestran que "a través de la dependencia y la desigualdad, América Latina ha entrado en un movimiento acelerado de industrialización y de urbanización,"[54] si bien el capital extranjero ha sido determinante para el desarrollo de los países en cuanto a los beneficios que les representa su relación, las exportaciones de minerales, la mano de obra barata, el proteccionismo de los gobiernos, han desarrollado un crecimiento muy rápido en los mercados nacionales, en donde, la inversión extranjera es aproximadamente el 10% del total. El papel del Estado y de los capitales nacionales ha sido fundamental en la construcción de la infraestructura, en cuanto a viviendas, vialidad etc., que representan más de la mitad de la inversión; estas inversiones realizadas por el sector privado

---

[53] Ibid., p.40
[54] Ibid., p 42

nacional y el Estado han aumentado la deuda externa; lo que ha representa un costo muy alto para los países latinoamericanos.

El conjunto de los aspectos negativos y positivos forman un modo específico de desarrollo que puede definirse a la vez por la "formación de una sociedad industrial y por los límites impuestos a esa formación por el capitalismo dependiente"[55]

El capitalismo limitado y dependiente identifica los límites económicos de la industrialización, que subraya la dependencia de América Latina, como su incorporación parcial a la economía y a la sociedad de los países centrales.

En relación a lo social, esta situación económica, se expresa en la segmentación de las categorías sociales, definiendo la dualización de la sociedad, más ampliamente la *heterogeneidad estructural.* "La oposición de un sector moderno y de un sector tradicional, de las empresas nacionales y de las empresas extrajeras y, más ampliamente, de quienes participan en la producción y en el consumo moderno y de quienes están excluidos de ellos."[56]

En el terreno de lo social hay una inversión muy fuerte, producida por las migraciones interiores y la urbanización acelerada por las intervenciones del Estado, como una fuerte participación político-cultural en la que se encuentra implicada gran parte de la población urbana. En muchos países latinoamericanos, la mayoría de los ciudadanos han recibido derechos políticos en una etapa de la industrialización mucho mas precoz que en los países industrializados.

Estos elementos opuestos son para Touraine inseparables, porque forman, por si solos, el *modo de desarrollo latinoamericano.* Al analizarlos por separados se podría solamente observar el incremento de la miseria o el crecimiento de la

---

[55] Ibid., p.44
[56] Ibid., p.44

producción y del consumo de masas. "La América Latina esta hecha de tensiones y de contradicciones entre los elementos de su modo de desarrollo, como Europa fue hecha de tensiones y de complementariedades entre el espíritu racionalizador de la Filosofía de las Luces, la construcción de los imperios financieros, la conquista de los océanos y de los continentes y las creencias o las convicciones que limitaban el consumo y favorecían la inversión."[57]

MODO DE DESARROLLO LATINOAMERICANO.

	ECONOMIA	SOCIEDAD
Límites de la industrialización	Capitalismo limitado dependiente (1)	Heterogeneidad estructural (2)
Elementos de una sociedad industrial	Tasa elevada de inversión (3)	Fuerte participación político-cultural urbana (4)

Fuente: TOURAINE, Alain: **América Latina Política y Sociedad.** Espasa Calpe. España, Madrid 1.989. p.45

Esta descripción del modo de desarrollo latinoamericano no pierde de vista las diferencias entre cada uno de los países que la integran. Su utilidad es descriptiva limitada y responde a la necesidad de descubrir y comprender las categorías de la acción colectiva, social y política; categorías que se modifican entre cada país y de un momento a otro. Este modo de desarrollo expresa la hipótesis de que "las conductas de los actores sociales no pueden explicarse ni por una lógica externa, ni por unos valores culturales, ni tampoco por las leyes de la evolución histórica y menos todavía por un carácter nacional. Estas conductas manifiestan las orientaciones y tensiones internas de un tipo específico de desarrollo, de un modelo definido por la interacción

[57] Ibid., p.45

de características sociales y económicas, de las cuales unas son favorables y otras desfavorables al desarrollo."[58]

Touraine, en su estudio define los modos de desarrollo para establecer la interdependencia de las relaciones políticas, económicas y culturales que lo componen. El hace una distinción entre la noción de desarrollo y la idea de modernización, definiendo esta última como "las tendencias que conducen de la sociedad tradicional a la sociedad moderna y que transforman la organización social, diferenciándola, racionalizándola, secularizándola, (...) el desarrollo es como el paso de un tipo de sociedad a otro, la cual supone que cada uno de los tipos de modernización no son definidos por un nivel de modernización, sino por un conjunto de características específicas que nos hacen hablar por ejemplo de sociedad industrial o de sociedad mercantil."[59] Esto lleva a separar, de un lado, las características propias de cada una de las sociedades que componen el continente y del otro los mecanismos de transformación y mutación de una sociedad a otra.

En este trabajo, la intención principal es en primer lugar, identificar la élite que hace pasar a una sociedad de un tipo a otra, tomando en cuenta que la evolución no es puramente endógena. "Esta élite dirigente no puede ser solamente una clase social, sólo existe si controla el poder del Estado, porque, sólo el Estado es el que asegura la permanencia de una colectividad en el curso de sus mutaciones y debe ser, por tanto, bajo una forma u otra, el agente central de esta mutación. Una clase social, por el contrario pertenece a un tipo de sociedad y por consiguiente, no puede ser, por definición, el agente principal de creación del sistema en cuyo interior existe, (...) Es menester, por tanto, que un Estado y también otros agentes de innovación y de crítica

---

[58] Ibid., p.46
[59] Ibid.,p.46

aseguren las rupturas, las inversiones, las formas de participación económica y social, cuya combinación da nacimiento a un nuevo tipo de sociedad."[60]

Los actores principales del desarrollo, son las élites dirigentes, que no necesariamente corresponden a los grupos dirigentes que existen en la sociedad; en algunos casos el Estado es la expresión de los consejos de un grupo, en otros hay ruptura entre la élite y los grupos, "nunca existe ni fusión completa ni separación total entre la élite dirigente y la clase dirigente. Así, todo proceso de desarrollo puede ser definido por cierta combinación de acción de la clase dirigente -y de resistencia de las clases dominadas- y de intervención de una élite dirigente, es decir, ante todo de un Estado."[61]

Si la élite dirigente esta muy cerca de la burguesía nacional, el proceso resulta fuertemente endógeno, pero si es un Estado voluntarista el que asume la dirección del desarrollo, son las relaciones de los ciudadanos con el Estado y de éste con el sistema internacional, el que tiene la responsabilidad del proceso de desarrollo. Por último si la élite dirigente es una élite extranjera, la dominación exterior que se ejerce sobre el país, puede privar de toda autonomía a todos los actores sociales y políticos o por el contrario, dar participación a las clases, partidos y movimientos, en algunos casos extremos, puesto que éstos no asumen la responsabilidad económica; es entonces cuando en las sociedades se perciben las movilizaciones socio políticas como la expresión de numerosos actores que se oponen a la hegemonía de un Estado o se incorporan a un Estado desarrollista. De esta manera se encuentran los tipos de desarrollo según las élites dirigentes formadas.

---

[60] Ibid., p. 47
[61] Ibid., p.48

Esta relación conflictual que se genera es lo que se define como dinámica social o de clases, que no está determinada por estratos ni por determinantes sociales, se define por el control gerencial de la historia que es la razón del conflicto y la existencia de clases.

Hay diferentes modos de desarrollo según lo anteriormente planteado. *Los modos nacionales civiles* son aquellos que se remontan a la primera industrialización en los países europeos, como un proceso en primera instancia endógeno civil en donde, lo más importante para el desarrollo de la modernización es lo materialista, es romper con lo tradicional y la apertura a las conquistas de los océanos, generando conflictos importantes entre las clases. En el modo de desarrollo europeo, el Estado se identificó en gran parte con la clase dirigente; estos pueden identificar los casos de la Gran Bretaña y de los Estados Unidos.

Los modos estatales son aquellos en donde los países no pueden tener un desarrollo endógeno, el Estado, debe transformarse en instrumento de reproducción de un orden cultural y social tradicional, en agente voluntarista de cambio, por razones generalmente de tipo nacionales. Si la resistencia es muy fuerte, en estos casos el Estado propone la industrialización, de forma impuesta; éste podría identificarse como el caso de los soviéticos, en donde este modelo le da un papel central al Estado.

Los modos poscolonial y dependiente se da en aquellos países en donde la burguesía extranjera o un Estado Extranjero son los que han introducido diversos cambios económicos y sociales. Las sociedades dependientes son aquellas que están sometidas a una dominación económica más que política, por lo que existe una separación muy marcada entre lo político, lo económico y los actores sociopolítico que tienen una actividad central en el proceso de desarrollo; a diferencia de los países

europeos donde lo económico privaba sobre las demás relaciones, en este caso por el contrario, son los actores políticos y sociales los que determinan la modernización de esa sociedad. Esta dinámica permite la creación y reforzamiento de los Estados Nacionales.

En Venezuela el inicio de la explotación petrolera introdujo una serie de cambios importantes en la sociedad, ésta proporcionó los recursos necesarios para la consolidación de un Estado Nacional y permitió el inicio de un proyecto modernizador; el Estado utilizó los recursos provenientes del petróleo para financiar la transformación de la población rural en una población urbana, bajo tres áreas claramente definidas, la creación de una infraestructura física y la urbanización; el mejoramiento de las condiciones sanitarias y educativas; por último, la industrialización sustitutiva de importaciones.

Con esta descripción, el procesos modernizador venezolano se identifica con el *modo poscolonial dependiente*, desarrollado por Touraine, en donde las relaciones políticas y sociales son las que determinan la modernización de esa sociedad, ya que existe una dominación económica. Es decir, la sociedad no participa en el proceso económico, la relación se establece, en el caso de Venezuela, entre el Estado y el mercado internacional del petróleo.

Los actores que intervienen en lo político y los social se han desarrollado a través de un sistema de partidos, que ha permitido el desarrollo de una sociedad civil, la cual ha comenzado a presentar propuestas distintas a las establecidas por este sistema, la cual comienza a participar con capacidad de responsabilidad y de superar la gestión de los intereses particulares que la agrupan.

Para los fines de esta investigación, esta reflexión, va a orientar el desarrollo de las relaciones que se producen entre diversas organizaciones civiles que realizan actividades en la atención de la salud y el modelo de salud desarrollado por el Estado.

CONCEPTO DE SOCIEDAD CIVIL Y ORGANIZACION CIVIL

El concepto de Sociedad Civil ha sido utilizado durante mucho tiempo dentro de la historia como "tema central de la organización política pero un poco menos como bandera del activismo social y político."[70] Este ha servido como eje principal en la construcción del orden político, el cual tiende a ver a la Sociedad Civil como fuente de sus proposiciones, que se traducen en estrategias concretas para la articulación de si misma, que puede ir "desde convertirla en la inspiración fundamental del proyecto político y en consecuencia tener en ella la última consecuencia, hasta absorberla, quitándole cualquier función política."[71] Esto quiere decir que la Sociedad Civil es un factor determinante en las actividades a desarrollar por el Estado, el cual puede incorporarla, integrarla, como también simplemente omitirla.

El concepto de la Sociedad Civil a través de los tiempos ha sufrido diversas transformaciones. Siempre ha estado vinculado a la definición de la sociedad en cuanto a la manera que tienen de relacionarse los individuos. Su desarrollo se inicia con las disertaciones entre sociedad natural y sociedad política, basando la discusión en determinar las cuotas de poder entre el Estado y el resto de la sociedad.[72] Con el desarrollo de las sociedades este concepto siempre ha estado en constante discusión, el capitalismo y los diferentes modos de desarrollo le dan un carácter económico

---

[70] SALAMANCA, Luis: **"Sociedad Civil, Estado y Política Social"**. Ponencia presentada en el **Foro Nacional de Política Social. Democracia y Desarrollo**. Caracas, 1993.
[71] Ibid.
[72] Para profundizar sobre esta área se recomienda revisar el trabajo de BOBBIO, Norberto:"Sociedad Civil" en el **Diccionario de Política** Tomo II. Siglo XI, editores. 1980. p 1570-1577, quién explica los trabajos de Rousseu , Hobbes , Locke, Hegel, Marx y Gramsci en relación al tema.

determinante en el establecimiento de los poderes que se van desarrollando en las complejas relaciones de las sociedades.

Hoy en día, en las sociedades occidentales como son, los países europeos, norteamericanos y suramericanos, que se enfrentan al siglo XXI, se encuentra una interpretación de la Sociedad Civil como una contraposición entre ella y el Estado que "entiende por Sociedad Civil la esfera de las relaciones entre individuos, entre grupos y entre clases sociales que se desarrollan fuera de las relaciones de poder que caracterizan a las instituciones estatales."[73] Este concepto indica que la Sociedad Civil representa el terreno de los conflictos que se generan en lo religioso, lo económico, en lo social y en lo ideológico, en donde el Estado tiene como función resolverlos por la vía de la mediación o por la eliminación.

Esto es parte de las demandas que tiene el sistema político en las sociedades modernas, él está en la obligación de dar respuesta a las diversas formas de movilización, de asociación y de organización de las fuerzas sociales que se dirigen hacia la conquista del poder político.

Se puede decir que la Sociedad Civil "es el ámbito de las relaciones de poder de hecho y que el Estado es la sede de las relaciones de poder legítimo, (...) la sociedad Civil y el Estado no son dos entes sin relación entre si, sino que entre uno y otro existe una interrelación permanente."[74] Esta interrelación constante entre la Sociedad Civil y el Estado, permite una relación dinámica, que en momentos de crisis, lleva a la Sociedad Civil a poder generar nuevas fuentes de legitimación y de consenso; "en los momentos de ruptura se predica el retorno a la Sociedad Civil."[75]

---

[73] BOBBIO, Noberto y otros: **Diccionario de Política.** Tomo II. Siglo XI, editores. 1980. p.1575.
[74] Ibid
[75] Ibid

Para conocer el comportamiento de las organizaciones en el modelo de atención de la salud del Estado Venezolano, se considera que la relación entre Sociedad Civil y Estado es un conjunto de relaciones entre individuos, grupos y clases sociales que se desarrollan fuera de las relaciones de poder de las instituciones estadales; pero, esta relación es dinámica, y en momento de crisis la Sociedad Civil, está en capacidad de formar nuevas fuentes de legitimación y consenso que promueven el cambio.

Características de la Sociedad Civil Venezolana

En el proceso histórico de la política venezolana se observa que la sociedad Civil ha jugado un papel muy importante en el proceso de la modernización de la sociedad, que se define como una compleja red de relaciones sociales que tiene la finalidad de canalizar los intereses particulares de los individuos. El producto de esta red va dirigido a un fin común que determina las actividades del Estado en cuanto a sus principios como en sus actividades diarias.

La Venezuela de principios de siglo tenía una población rural, compuesta por terratenientes y campesinos y una población urbana, compuesta por comerciantes, artesanos y personas dedicadas a los servicios públicos y privados. A partir de la consolidación del Estado Nacional, y posteriormente con las transformaciones políticas que se desarrollaron, se logró crear la estructura del Estado, quien desde un principio se planteó como objetivo crear una Sociedad Civil capaz de llevar a cabo las actividades económicas, políticas y sociales de una sociedad industrializada orientada por un modelo de desarrollo liberal.

Esto pudo ser posible por los recursos provenientes del petróleo, el cual financió la transformación de la población rural a urbana y el desarrollo de las prácticas sociales típicas de sociedades democráticas, que permitieran formar a los individuos que asumieran una Sociedad Civil moderna. "Gran parte de las políticas instrumentadas por el Estado venezolano estuvieron orientadas a desarrollar las condiciones que hicieran posible la formación de una Sociedad Civil: la infraestructura física y la urbanización, el mejoramiento de las condiciones sanitarias y educativas, la industrialización sustitutiva de importaciones, expresan las tres grandes áreas en que se concentró la política del Estado venezolano para crear una sociedad de individuos soberanos."[76]

No toda

La Sociedad Civil en Venezuela en su proceso de desarrollo ha sido generada por los partidos políticos que han ocupado el espacio que le corresponde a esta en el sistema político venezolano. El dominio y la permanencia de los partidos políticos en las diversas expresiones de la sociedad explica el obstáculo que se presenta en el surgimiento y consolidación de las organizaciones autónomas que pueden constituir la Sociedad Civil. "Una buena parte de las actividades que realiza el Estado venezolano son propias de la Sociedad Civil. La velocidad del proceso modernizador, las demandas sociales canalizadas exclusivamente a través de los partidos y la abundancia de recursos públicos hizo que pareciera natural la creación de entes estatales para realizar tareas más propias de la Sociedad Civil."[77]

Muy lentamente, desde hace algunos años, debido a la crisis política económica y social que vive Venezuela en la época de los noventa, han comenzado a surgir

---

[76] DEL BÚFALO, Enzo: "Estado y Sociedad Civil en Venezuela". Ponencia presentada en el **Encuentro Nacional de la Sociedad Civil.** Conferencia Episcopal Venezolana, UCAB, 1.993, p. 537.

[77] Revista Sic. "Editorial" , Año LII, No 519, Noviembre 1989, p. 388.

organizaciones de diversos tipos, que se caracterizan por ser autónomas del gobierno, del Estado y los partidos, quienes comenzaron a formar los primeros hilos de la futura Sociedad Civil "las relaciones políticas en Venezuela sufrirán cambios fundamentales en la medida que se consolide esa Sociedad Civil, se constituya como sujeto político, rompiendo con la tradición cultural que la ata al pasado, para asentarse sobre consensos sociales alternativos que permitan transitar el camino común hacia un horizonte social compartido."[78]

¿Qué se Entiende por Organización No Gubernamental?

Dentro de la dinámica de las relaciones de la sociedad presente en los países latinoamericanos, las Organizaciones No Gubernamentales (ONGs) ocupan un puesto peculiar. La complejidad que puede surgir al definirlas se debe a la diversidad de funciones y características que ellas realizan. De ellas se puede decir lo siguiente: que manejan sumas importantes de dinero sin tener el lucro como objetivo, operan fundamentalmente con el trabajo voluntario y no son iglesias; insisten en lo gratuito de sus servicios pero no se identifican como filantrópicos; se involucran en la política pero no son partidos políticos; son promotoras del desarrollo pero no son productivas económicamente; investigan pero no son instituciones académicas. "Las ONGs se definen así mismas como agencias que prestan servicios."[79]

Dentro de la Sociedad Civil, las ONGs se presentan como entes articuladores de la sociedad "como el conjunto conformado por cinco sub-conjuntos de

---

[78] SOSA, Arturo: "La Sociedad Civil: Del Mito a la Realidad. en **Encuentro y alternativas, Venezuela, 1994,** en el Encuentro Nacional de La Sociedad Civil, Caracas, UCAB, 1993, p. 1050.

[79] FERNANDEZ, César: **"Las Organizaciones No Gubernamentales. Una Nueva realidad Institucional en América Latina". Seminario preparatorio de la III Consulta Internacional de la OMCH/AD. Río de Janeiro**, Julio 1985. p22.

instituciones. Los sub-conjuntos se identifican en cuanto instituciones representativas o integradoras, por una parte, y en cuanto a instituciones generadoras de discursos dominantes o de discursos contra hegemónicos. Se tienen así los siguientes ejemplos: sindicatos, gremios, organizaciones empresariales, como instituciones representativas y generadoras de discursos dominantes; Iglesias tradicionales, Partidos Políticos tradicionales, Universidades tradicionales como expresión de la relación integradora dominante; Organizaciones Vecinales, Movimientos Sociales (ecológicos, étnicos, feministas), sistemas de autogestión que son representativas contra hegemónicas. (...) El quinto sub-conjunto corresponde a las llamadas Organizaciones No Gubernamentales, cuya ubicación -al menos potencial- no corresponde a las otras categorías, sino a una posibilidad articuladora."[80]

---

[80] MAX NEF, Manfred, Antonio Elizalde. "Las ONGs y la Paradoja de su Impotencia". en **Sociedad Civil y Cultura Democrática.** CEPAUR. Londres 88, Santiago de Chile. p13.

ORGANIZACIONES DE LA SOCIEDAD CIVIL

Tipo de lenguaje[81] Tipo de Instituciones	DOMINANTE		CONTRA-HEGEMONICO
REPRESENTATIVAS	Sindicatos Gremios profesionales Organizaciones Empresariales		Organizaciones de base vecinal Mov. feministas, ecológicos, étnicos, pacifistas, derechos humanos. Organizaciones Económicas Solidarias Sindicatos de cesantes
		ONGs	
INTEGRADORAS	Iglesia Tradicional Partidos tradicionales Universidades tradicionales		Teología de la Liberación Comunidades eclesiales de base. Multiversidad (sic)

Fuente: MAX NEF, Manfred, Antonio Elizalde. **Las ONGs y la Paradoja de su Impotencia.** en Sociedad Civil y cultura Democrática. CEPAUR. Londres 88, Santiago de Chile. p.12.

Si bien las ONGs son producto de realidades distintas en América Latina, es importante señalar que hay características comunes en cuanto a sus orígenes, sus relaciones institucionales, su forma de trabajo, sus objetivos, sus principios y su

81 "Entendemos por sistemas de lenguaje a aquellos que obedecen a la multiplicidad de maneras de entender, percibir y definir un realidad. Es decir, no se trata de lenguaje propio del dominio del conocimiento, sino propios de comunidades de conocimiento que comparten percepciones y definiciones. El discurso, por su parte, es el lenguaje ideologizado (el discurso). El concepto de sistemas de dominación, está referido a la manera en que se utiliza los sistemas de lenguaje por parte de los distintos grupos. Toda acción social depende de la manera en que se defina la situación correspondiente. De allí que el asunto crucial resulta ser el ¿Quién define? En este sentido, la definición que determina la acción siempre corresponderá a uno y sólo uno de varios lenguajes. Quienes manejan ese lenguaje, o se adhieren a él, conforman el sistema de dominación. Por articulación entendemos una relación posible entre personas o grupos que se opera a través de un lenguaje (...) son los que hacen posible o imposible una relación (...) Las relaciones posibles a través de un solo lenguaje (...) producen una articulación. Lenguajes superpuestos, contradictorios o excluyentes generan desarticulaciones que determinan situaciones de dominación-sometimiento." MAX NEF. op. cit., p. 11.

administración. Por esta situación, y a los fines de esta investigación se hará un resumen de las características que pueden ayudar a conocerlas y a definirlas.

Las ONGs en América Latina comenzaron hacia los años cincuenta teniendo bastante auge para los años sesenta. Su primera aproximación a la realidad social de los países de origen está estrechamente vinculada con las iglesias, posteriormente se fueron convirtiendo en organizaciones laicas que generaron una política social nueva. Ellas vienen a ser agrupaciones orientadas básicamente por las universidades, la iglesia y por los partidos populares.

Para los sesenta, las ONGs representan una nueva alternativa para las universidades y para las iglesias de tener nuevos contactos con la realidad social en la que se formaron.

Las ONGs surgen de una forma de hacer política social, definida como la unión de varias tendencias ideológicas promovidas por las universidades y la formación para el trabajo vinculadas a la iglesia y a la capacidad política, que promueve la incorporación de sus elementos sin buscar el poder. Las ONGs en su evolución han creado un horizonte propio; no es posible definirlas como organizaciones experimentales, ni religiosas, se presentan como una nueva alternativa que está orientada a las relaciones sociales de los pueblos sin negar sus orígenes, están muy influenciadas por las tendencias que las originan. Es decir, las ONGs no se encuentran desvinculadas de las actividades políticas y forman parte de las influencias que las generaron. Depende de la capacidad política de los que participaron en los procesos de sus fundaciones.

En América Latina se comienza a vivir momentos de grandes tensiones sociales y políticas, las ONGs surgen, a favor de ideologías democráticas como el caso de

Venezuela, y en contra de los regímenes políticos dictatoriales que existían en países como Chile y Argentina. Esto les permitió a las organizaciones generar una capacidad de negociación con los diferentes actores de la sociedad, y presentarse como una alternativa real para la solución de los problemas sociales, que cada vez se evidenciaban con más claridad. Se convirtieron en algunos casos en agentes perturbadores de los sistemas dominantes.

Entonces se puede decir que las ONGs conquistan un espacio dentro de las relaciones sociales, en donde, la integración de los principios universitarios, con los de la iglesia y las experiencias políticas, crearon un nuevo tipo de relación con la sociedad. La autenticidad de sus objetivos asociada a la ayuda al prójimo, principalmente al más necesitado, dan una respuesta a la realidad de deterioro de las condiciones de vida de los países latinoamericanos.

El conocimiento de las estrategias políticas, les permite manejarse entre los diferentes actores, difundiendo su deseo de participar en la construcción de la sociedad a la que pertenecen, por medio de otra alternativa en el área social, para así producir un espacio nuevo en las relaciones entre el Estado y la Sociedad Civil, como una expresión de cambio.

El surgimiento de las ONGs, también generó una nueva relación de luchas sociales expresadas entre los diversos grupos de la sociedad que existían anteriormente como son las asociaciones de vecinos, los sindicatos y otras organizaciones populares como las de mujeres, indígenas, etc. Estas buscan las revindicaciones sociales para cada sector.

Las ONGs en algunos casos asumen políticas semejantes a la de esos grupos y se convierten, en las que solucionan los problemas a las comunidades. Para las

organizaciones tradicionales (de base) es más fácil una relación con ONGs, que con las instituciones del Estado por su capacidad de negociación. Las ONGs "son portadoras de un mensaje de igualdad que es percibido positivamente por los dirigentes de las clases y grupos oprimidos."[82]

La autonomía de las ONGs, que las diferenció de las corrientes que la originaron como fue la Iglesia, las Universidades y los Partidos Políticos, permitió una forma distinta de relacionarse con el Estado, cierta horizontalidad entre el Estado y la Sociedad Civil. "Las ONGs impulsan una serie de iniciativas diversas, dirigidas a las bases de la sociedad con el objetivo explícito de dar a dichas iniciativas una mayor independencia con respecto al Estado; en esa misma medida se transformaron en un factor singular de organización de las clases populares (o de la ciudadanía), puesto que no se definían como un medio para conquistar el poder."[83]

Esta es una de las características más importantes de la definición de las ONGs, porque demuestra que ésta forma de afrontar la realidad social, comienza a dar resultados en sus relaciones, distinta a las que se conocían; esto no implica que las ONGs desplazan las actividades realizadas por las organizaciones tradicionales, las cuales han elaborado un trabajo muy importante para el desarrollo de cada una de las sociedades en donde han intervenido; pero, las ONGs son una nueva forma de agrupar iniciativas en el nivel local, la cual no puede ser ignorada por ninguno de los actores que participan en la dinámica de la sociedad.

Las ONGs se diferencian de las organizaciones de base por no tener la capacidad de responder a las necesidades de comunidades en cuanto a la "defensa de los ciudadanos en sus áreas de residencia y para la organización de servicios de su

---

82 FERNANDEZ, Cesar: op. cit., p.22.
83 Ibid

zona."[84] La principal motivación para la organización, se fundamenta en tres aspectos básicos: "la necesidad de asociarse para subsistir, la búsqueda de alternativas para obtener una interlocución con terceros. (...) La necesidad de organización, está por consiguiente relacionada con las exigencias del Estado u otras instituciones y la búsqueda de satisfacer las necesidades de pertenencia."[85]

Este tipo de motivaciones genera una organización voluntaria de las comunidades , principalmente motivada por un problema específico de la comunidad; su estructura organizativa depende de la capacidad de liderazgo de una persona del grupo, quien establece las formas de trabajo; sus finanzas son sencillas y están orientadas a cubrir los gastos de publicidad, información, etc., que se requieran. En estas organizaciones las personas que participan lo hacen de forma voluntaria, no reciben ninguna remuneración por el trabajo comunitario realizado.

A diferencia, las ONGs tienen como fin la "concientización y/o (sic) organización de la población de escasos recursos para que su voz sea oída"[86]. Hay organizaciones que responden a las características de los dos tipos. En algunos casos es por la necesidad de lograr a través de la práctica, el desarrollo de nuevas alternativas expuestas a las organizaciones de base en pro del desarrollo. Estas reflejan la madurez de una organización de base, que no se desvincula del trabajo comunitario y comienza a fortalecerse como una organización articuladora.

Estas organizaciones se legitiman ante los actores tradicionales de la sociedad, que han tratado de realizar actividades similares sin éxito, como también frente a las comunidades que son incrédulas a la propuesta que por diversas experiencias han

---

[84] CARTAYA,Vanessa: **Alternativas No Convencionales de Prestación de Servicios de Seguridad Social en el Area Metropolitana.** versión preliminar. Cies. ILDIS.Caracas, 1993. p.27.
[85] Ibid.
[86] CARTAYA: op. cit., p. 26.

fracasado, y temen al no cumplimiento de lo propuesto. "La ONGs están jugando un papel de primer orden que las convierte en actores importantes de desarrollo. Todo indica además, que su papel va a ser cada vez más grande en los próximos años, no sólo en el orden social sino también en el orden político."[87]

Debido a las semejanzas entre las organizaciones de base y las ONGs, para los fines de esta investigación, a partir de este momento, se considerará a las organizaciones de base como parte de la definición de ONGs.

El trabajo y la metodología de las ONGs para abordar las actividades, tiene que ver con la diversidad de organizaciones que trabajan con la base de la sociedad. "En América Latina, hay algunos trabajos que estiman alrededor de 11.000 Organizaciones No Gubernamentales"[88] que se ocupan de una diversidad de asuntos; las cuales representan un sector importante dentro de las actividades que se realizan en el área social y económica, ellas administran millones de dólares para promover, erradicar, proteger, defender, proponer un sin fin de razones por las cuales los individuos se han decido agrupar.

Las ONGs, por sus escasos recursos, se caracterizan por la alta movilidad de las personas que trabajan. La necesidad de satisfacer lo económico es fundamental. Esto genera una sensación de que las organizaciones responden a las iniciativas particulares de una persona o un grupo y que cuando estas se ven afectadas, la organización tiende a desaparecer. Esto es posible, pero, la libre iniciativa en el momento de crearse es igual para el momento de irse, lo que permite que otras personas se acerquen a la institución y se sumen al proyecto. Lo importante es el

---

[87] MARTINEZ, Santiago: **La ONGD en la Región Andina.** Curso Taller Evaluación en Programas de Promoción Social de la Región Andina. FICONG, DESCO, CESAP. Caracas, Venezuela 1993.p2.
[88] MARTINEZ: op cit., p.1.

objetivo de la organización y su estructura, porque éstas asumen responsabilidades ante la sociedad que no pueden abandonarse por problemas de intereses internos.

La participación de personas que trabajan en las organizaciones es de tipo voluntario; el individuo participa por la convicción de la propuesta alternativa que presenta la organización, y por la utilización de un tiempo libre en actividades útiles orientadas a la búsqueda de soluciones a los problemas que presenta la comunidad. Esta condición le abre las puertas a todo tipo de persona sin distinción de clase ni de formación, que unido a los escasos recursos de la organización, encuentra en algunos casos un bajo nivel educativo. Una de las soluciones que han desarrollado las ONGs es la capacitación del personal, que permite ir obteniendo los resultados esperados a un mayor tiempo y con el riesgo que luego de haberlo entrenado abandone el trabajo por mayor estabilidad económica.

Dentro de los recursos humanos que se encuentran en las organizaciones, se observa a personas vinculadas con otras áreas, como son la política o la economía. Por lo que no es difícil encontrar individuos que en determinados momentos políticos, se distancien de las actividades de la ONGs para ocupar cargos públicos. Sin embargo, las organizaciones no se identifican como entidades que tienen como papel la representación de un sector en particular, pueden hacer de mediadoras en algunos casos, es decir, ellas son imparciales en sus elecciones con los diferentes grupos.

Con respecto al presupuesto, las ONGs cuentan con uno propio, el cual generalmente se establece por la ejecución de proyectos con recursos que son financiados o donados por grupos económicos interesados en desarrollar la actividad que ellos promocionan. Por lo tanto, el trabajo es en función de un presupuesto, que es cambiante y es decisivo en las respuestas que las organizaciones pueden dar ante la

propuesta. En la medida que la ONGs logre más recursos económicos, podrá fortalecer su estructura, definiendo su individualidad.

La promoción de las organizaciones es principalmente orientada hacia la búsqueda de fondos y no para la promoción de la propuesta alternativa que presentan a la política social. Por esta característica la gerencia de las organizaciones no gubernamentales es rentable, es decir, los recursos que son escasos generan una actividad específica y logran mantener las estructuras que se crearon para obtener su objetivo. La rentabilidad de las mismas se debe a una buena gerencia y a los beneficios -sociales, económicos y culturales- que puedan ofrecer los recursos obtenidos.[89] La mayoría de las Organizaciones dependen de agentes de financiamiento para su desarrollo; ellas promueven y desarrollan actividades que en su mayoría responden a las necesidades de servicios; la pobreza y la estrechez son valores altamente considerados en organizaciones de este tipo, sus proyectos siempre están determinados por debajo de los costos del mercado, lo que afecta profundamente al presupuesto, que se expresa principalmente en la contratación de personas que trabajan en la organización.

El presentarse como una *alternativa* a la sociedad, implica que las estructuras de las ONGs deben responder ágilmente. Ellas son creativas, flexibles, simples en sus relaciones y sus estructuras, porque de lo contrario no podrían adaptarse a lo cambiante de la realidad. La práxis es su herramienta de trabajo, ellas no se quedan en los planes y en las teorías. El aprendizaje basado en la experiencia "continuará siendo uno de los desafíos básicos de todas las organizaciones, especialmente ahora que es

---

[89] La rentabilidad y el lucro de una ONGS, se refiere estrictamente a los beneficios que se logran con esos recursos. Estos se ejemplifican con la generación de empleos estables para tener un nivel de vida adecuado, educación y bienestar social.

evidente que la mayoría de los esfuerzos de desarrollo no han logrado erradicar la pobreza ni alcanzar los niveles de bienestar y justicia deseados."[90]

---

[90] ARBAD, Farzam: **Organizaciones No Gubernamentales de Desarrollo: Informe de un Proyecto de Aprendizaje.** CELATER y PACT. Cali, Colombia 1989.p. 39.

EL MODELO DE SALUD EN VENEZUELA ENTRE

1900 Y 1993

EL MODELO DE SALUD EN VENEZUELA ENTRE 1900 Y 1993

Como fue explicado anteriormente, la salud está estrechamente ligada a transformación histórica del proceso de producción económica y política de la sociedad; estos factores se expresan, en el caso de la salud en Venezuela, en tres dimensiones establecidas para esta investigación, que comprende la Dimensión Ideológica, la Dimensión de Gestión o de Estrategias y por último la Dimensión de Impacto Social, con la finalidad de describir cómo ha sido el desarrollo de la salud desde principios de siglo, con el objetivo de caracterizar al modelo de salud en Venezuela.

Estas Dimensiones son reflejo de un contexto político y económico nacional e internacional que determinan la características del modelo de salud en Venezuela desde principios de siglo hasta 1993; son revisadas a través de cuatro períodos históricos diferentes.[91] El primero se ubica entre el comienzo del siglo y 1935, referido al Desarrollo de la Lucha contra las Endemias Rurales y el Surgimiento de las Organizaciones Sanitarias El segundo, ocupa hasta los principios de los años setenta, comprende La Organización de una Red Hospitalaria Nacional y de Programas e Instituciones de Medicina Preventiva. El tercero, se refiere a la Reducción del Gasto Social en Salud y Construcción de Grandes Hospitales y por último, el Sistema Nacional de Salud, la Descentralización y la Focalización, que comprende desde 1979 a 1993.

---

[91] Se adaptó la periodización utilizada por CASTELLANOS, Pedro Luis: "Notas Sobre el Estado y La Salud en Venezuela", **Cuadernos de la Sociedad Venezolana de Planificación**, Caracas, Nro. 156 - 158. El cuarto período se tomó de JAEN María Helena, Auristela Pérez: "Descentralización de la Salud: Por una Atención de Calidad, Propuestas y Escenarios", **Descentralización de la Educación, la Salud y las Fronteras**, Nueva Sociedad, Caracas, 1993.

Desarrollo de la Lucha contra las Endemias y el Surgimiento de las Organizaciones Sanitarias. (1900-1935)

El período que se menciona a continuación comprende desde comienzos de siglo, hasta 1935, se caracteriza por la consolidación de un Estado Nacional, el comienzo de la transformación del modelo económico, el surgimiento de un proceso de centralización de las actividades en salud y la lucha contra las endemias, particularmente la malaria.

Contexto Histórico. La Dinámica Económica y Política

Para ese entonces, Venezuela sufre transformaciones políticas como es la transición al Estado Nacional, protagonizado por Juan Vicente Gómez, este "significa la desaparición de una forma de liderazgo que fue el caudillismo -en el siglo XIX y parte del XX- este crea las bases para la formación de lo que se denomina Estado Nacional, siendo la razón de esa transición una acumulación y concentración de poder nunca antes dada en Venezuela."[92]

El modelo económico anterior al petrolero, se fundamenta en relaciones de producción precapitalistas y era altamente dependiente del financiamiento y del comercio exterior."[93] Surgió un nuevo interés en nuestro país que se fundamentó en dos aspectos; el primero fue la Revolución Mexicana en 1909, que mantendrá una inestabilidad política hasta alrededor de 1920 en ese país, que afectó la oferta de combustible en el mercado mundial, siendo una de sus banderas el rescate de la riqueza petrolera. Esto mismo, "ahuyentó a las corporaciones norteamericanas y europeas hacia la búsqueda incesante de nuevas fuentes de abastecimiento seguro."[94] El segundo es el estallido de la Primera Guerra Mundial (1914-1918) debido a la necesidad de combustible "el cual constituyó un importante incentivo para

---

[92] SOSA, Arturo: "La Generación Estudiantil del año 1928", en **Gómez, Gomecismo y Antigomecismo.** Colección de obra abierta, Fondo Editorial de Humanidades y de Educación, UCV, Caracas, 1987.
[93] CASTELLANOS: op., cit., P. 84.
[94] CASTELLANOS: op., cit., p. 85.

la exploración y explotación petrolera y elevó aún más la importancia estratégica de áreas que como Venezuela, prometía convertirse en productores de gran magnitud."[95]

Estas nuevas relaciones internacionales le permiten comenzar una etapa de desarrollo fundamentada en la consolidación de un Estado Nacional. Durante este período se da una transición hacia un modelo petrolero exportador e importador y el comienzo de una modernización en donde, los recursos económicos necesarios provienen de la exportación del petróleo y de la importación de mercancía, que estuvo en manos de compañías extranjeras, principalmente norteamericanas. El gobierno de Gómez garantiza un clima de cierta estabilidad para los intereses extranjeros y "la hegemonía política es claramente asumida por una alianza de sectores burgueses y medios dirigidos por el capital petrolero."[96]

Esos cambios en lo económico y en lo político producen migraciones internas hacia las zonas de exploración y explotación petrolera, donde el gobierno y el comercio importador comenzaban a generar empleos, produciendo concentraciones urbanas que crearon la necesidad de comenzar a pensar en políticas de salud que respondieran a las necesidades económicas -generar las condiciones ambientales necesarias para controlar las endemias y permitir la explotación petrolera por parte de los extranjeros- y a las políticas para que respondan en la construcción de un Estado Nacional.

Dimensión Ideológica

Las políticas implementadas fueron reflejo del énfasis en el saneamiento ambiental de acuerdo a las características del modelo económico y político de la época, que reflejaban además la regionalización de las actividades en salud.

El énfasis de las políticas de saneamiento ambiental recaía en controlar enfermedades como la malaria, la tuberculosis, viruela, lepra y fiebre amarilla, las cuales "diezmaban a la

---

[95] Ibid.
[96] CASTELLANOS: op., cit., p. 87.

población sin preguntar nacionalidad y comprometía seriamente la productividad de las cuantiosas inversiones extrajeras."[97] La necesidad de controlar las endemias era fundamentalmente por el proceso de explotación petrolera.

Se puede observar que la estrategia de los organismos sanitarios, era estrictamente preventiva, circunscribiendo su acción únicamente a las ramas de la Higiene Pública, hasta la creación del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (MSAS) en 1936, que proviene de la división del Ministerio de Sanidad Nacional,

El decreto de creación del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social en 1936, que tiene por objetivos "ser la principal institución de salud del Estado, encargada de la prevención de las enfermedades, y del cuidado, promoción, restitución y rehabilitación de la salud de la población;"[98] establece que al mismo le corresponde las materias siguientes:

"1. Sanidad Nacional - Higiene Pública - Medicina Social - Oficinas de Sanidad en el Distrito Federal, en los Estados, en los Territorios Federales, -en las ciudades y en los puertos de la República- Comisiones Sanitarias.
2. Sanidad Marítima -Estaciones de Cuarentena.
3. Dispensarios -Sanatorios -Leprocomios -Hospitales -Clínicas -Casas de Salud -Laboratorios Químicos, Biológicos y Farmacopolicos.
4. Vigilancia del abastecimiento de agua en las poblaciones.
5. Suprema Inspección de los servicios Sanitarios de las Municipalidades y cementerios.
6. Profesiones médicas -Ejercicio de la Farmacia- Vigilancia de narcóticos, Veterinaria, en sus relaciones con la higiene.
7. Ingeniería Sanitaria.

---

[97] CASTELLANOS: op., cit., p. 89.
[98] JAEN, y Pérez: op. cit., p. 72.

8. Las obras sanitarias que el Presidente de la República decidiere, en Consejo de Ministerios, que corran a cargo del Departamento de Sanidad y Asistencia.
9. Convenciones Sanitarias.
10. La Asistencia Pública: Asilos, Hospitales y Hospicios Nacionales, Sociedades Benéficas -Calamidades Públicas-."[99]

"Lo resaltante y típico era la insalubridad de todo el país y por ello se le concedió especial importancia al saneamiento del medio físico, la medicina preventiva constituía la finalidad exclusiva del Despacho, haciéndose énfasis sobre la desvinculación de la medicina curativa."[100]

"La creación del Ministerio culmina con un proceso de incorporación definitiva de la Sanidad como doctrina pública gobernativa."[101] El énfasis original de este Ministerio se centró en la lucha antimalárica "para lo cual contó con una importante Dirección de Malariología con asesoramiento de la Fundación Rockefeller para su organización y funcionamiento."[102]

Dimensión de Gestión o de Estrategias

Era de notar que para este período las condiciones de salud en el país no eran las más deseadas. Es a partir de 1911, cuando se hace necesario intensificar la lucha contra la tuberculosis, tétano, malaria y otras patologías que diezmaban a la población.

"En 1916 llega a Venezuela una misión de la Fundación Rockefeller, de carácter cívico militar, para asesorar la lucha contra la fiebre amarilla."[103]

---

[99] Ministerio de Sanidad y Asistencia Social MSAS: "Evolución de la Atención Médica en el Ministerio de Sanida, Reseña Histórica", **VII Congreso Venezolano de Salud Pública**, Caracas, 1986, p. 2.
[100] MSAS: op., cit., p. 13.
[101] MSAS: op., cit. p. 11.
[102] JAEN Y Pérez: op., cit., p. 260.
[103] CASTELLANOS: op., cit., p. 81.

El 13 de noviembre de 1911, fue creada por Decreto Ejecutivo la Oficina de Sanidad Nacional, "dependiendo en su régimen y funcionamiento del Presidente de La República a través del Ministerio de Relaciones Interiores."[104] La Oficina estaba autorizada para establecer en las localidades que lo requirieran, oficinas subalternas, formular reglamentos, Ordenanzas de salubridad y elaborar un proyecto para la Unidad de Legislación Sanitaria, y es así, "cuando la Oficina de Sanidad Nacional fue creada; en Caracas había Viruela, Fiebre Amarilla, Peste Bubónica y todos los esfuerzos, naturalmente se concentraron casi exclusivamente en la lucha antiepidémica."[105]

En 1912 se dicta la primera Ley de Sanidad Nacional, que amplía la autoridad de las actividades en salud en la Oficina, aunque la misma estaba limitada a Caracas fundamentalmente, de esta manera se inicia un proceso de centralización del poder de decisión sanitario y de las actividades de salud, que hasta ese momento, eran llevadas a cabo por instituciones locales.

Para 1918, el Ministerio de Relaciones Interiores reorganiza y reglamenta la Oficina de Sanidad Nacional, la cual cambia de nombre en 1919 conociéndose como Dirección de Sanidad Nacional. Esta misma tenía como funciones generales "todo lo relativo a la Higiene Pública, Medicina Sanitaria, Ingeniería Sanitaria y Estadística Sanitaria."[106] Lo que incetivó una lucha intensiva contra la fiebre amarilla urbana.

Ya para 1930 se crea el Ministerio de Sanidad Pública, el mismo estaba dividido en dos direcciones: la de Salubridad Pública y la de Agricultura y Cría, este hecho evidencia que la salud tenía un fuerte énfasis en lo rural; a mediados de 1930 se crea el primer dispensario antituberculoso y antivenéreo, "se inicia la creación de servicios maternos infantiles."[107] Realmente la cobertura de los programas creados era muy baja ya que solo se limitaban a Caracas y no al resto del país.

---

[104] MSAS:op., cit. p. 19.
[105] MSAS: op., cit., p. 20.
[106] MSAS: op., cit., p. 4.
[107] CASTELLANOS: op., cit., p 82.

Dimensión de Impacto Social

Ante la grave situación sanitaria que se vivía en el país, se logró comenzar a construir las bases de un sistema de atención de la salud con el fin de diseñar estrategias coherentes para casi todas la áreas de la misma, principalmente orientadas a la lucha contra las endemias que diezmaban a la población, como la tuberculosis, lepra, fiebre amarilla, paludismo, y otras. La esperanza de vida para la época es de 35 años; en algunos estado de la República "la mortalidad por paludismo era superior al 15% del total de muertes."[108]

En cuanto a nutrición, para los años treinta, la población no tenía una dieta óptima expresándose en la desnutrición del niño, "los pediatras venezolanos de la época (Oropeza, Zubillaga, Viscarrondo, Machado, Mendoza, Barrera Moncada, Méndez Castellanos, Tovar y otros) hicieron descripciones atinadas acerca de la situación de las desnutrición en Venezuela."[109]

Este diagnóstico de la situación del país permitió el diseño de las políticas a desarrollar para disminuir los indicadores de mortalidad y la erradicación de las enfermedades, el cual promovió el surgimiento del Ministerio.

Organización de una Red Hospitalaria Nacional y de Programas de Medicina Preventiva. (1936-1960)

Este período comprende desde la creación del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social en 1936 hasta 1960. El mismo se caracteriza por un cambio definitivo en el modelo económico, siendo el petrolero el que se impone, así como también se fijan las bases para la Democracia. Es la época de oro de la medicina preventiva, se comienza a realizar una

---

[108] Ministerio de Estado para la Participación de la Mujer en el Desarrollo: **Venezuela: Biografía Inacabada, Evolución Social 1936-1983**, Caracas, Banco Central de Venezuela, 1983, p. 553.
[109] Ibid.

incorporación progresiva de hospitales al Ministerio de Sanidad. Se da un claro predominio del gasto en la atención curativa hacia el final del período.

Contexto Histórico. La Dinámica Económica y Política

Para este período, se fortalece el modelo modernizador que lo caracteriza; la instalación del Estado Nacional y una economía basada en la renta petrolera, brinda las posibilidades reales de comenzar un proceso modernizador hacia un país industrializado, financiado por la renta proveniente del petróleo. Con la muerte de Gómez se incorporan a la organización del Estado importantes grupos de la burguesía comercial, financiera e industrial del país, así como también sectores medios, asalariados y de la clase obrera, que manifiestan claramente su empatía con el proyecto modernizador. "La palanca fundamental para la realización de la modernización es el uso adecuado de la renta petrolera por parte del Estado para superar la situación de estancamiento económico, incentivar las inversiones en el comercio y la industria que arranquen el proceso de industrialización de la economía y se estimula la aparición de las clases sociales y las relaciones de producción propias de una sociedad moderna."[110]

Durante estos años habrá una amplia libertad democrática, así mismo el desarrollo de la medicina preventiva con el auge de las luchas sociales urbanas y la necesidad imperiosa de un consenso social por parte de los gobernantes, como tambien consolidar un mercado urbano indispensable para el proceso de industrialización y el comercio exportador. Se evidencia así mismo, un énfasis en las actividades de desarrollo de la red hospitalaria nacional por encima de cualquier otro objetivo establecido, no es sino hasta 1948 cuando se impone un régimen militar fuertemente represivo que mantendrá el control del gobierno hasta 1958; este régimen se caracterizó por un gobierno de las Fuerzas Armadas dirigido a impulsar el desarrollo del país asegurando el orden para el progreso.

---

110 SOSA, Arturo: "Modernización". **Diccionario de Historia de Venezuela**, Fundación Polar, tomo 2, Caracas, Venezuela, 1988, p. 971.

En el plano económico, el modelo petrolero importador de bienes de consumo se impone generando una gran dependencia al mercado mundial. Con la aparición de la segunda Guerra Mundial (1939-1945), y la crisis que ésta provoca, se reduce la capacidad de importación de bienes de consumo lo que obliga a generar la infraestructura requerida para la industrialización sustitutiva de importaciones. "De allí que las medidas económicas fundamentales hasta 1945, se resumen en mecanismos para acopiar mayores ingresos provenientes del enclave petrolero; y a partir de 1945, en cambio, en un esfuerzo por traducir el incremento del PTB, en la construcción de infraestructura y en la consolidación del mercado urbano, acompañado de un ligero incremento de la inversión en agricultura orientada al cosumo interno."[111]

"El Estado juega un papel fundamental en la conformación del mercado interno, financiando al sector privado de la economía y amortiguando los conflictos que se desprenden por la aplicación del modelo, adquiriendo las empresas no rentables e invirtiendo para el aumento de la productividad empresarial."[112] El proceso de migraciones internas en torno al desarrollo de las ciudades se mantuvo hasta el punto que, "en 1950 casi el cincuenta por ciento de la población del país habitaba en zonas urbanas."[113]

La reducción de la capacidad de importación de bienes de consumo, a pesar de la existencia de un mercado urbano más o menos exigente, y de una capacidad de compra representada por la acumulación de divisas petroleras, creó condiciones en las cuales se hizo necesario comenzar a desarrollar la infraestructura requerida para la exportación. Es por ello que se produce un "sostenido crecimiento de la producción manufacturera, a tal punto que en 1950, el crecimiento de la misma superará el crecimiento del producto petrolero."[114] En el período posterior se podrá notar un auge en la industria de la construcción que será una buena fuente generadora de empleo.

---

[111] CASTELLANOS:op. cit., p. 100.
[112] JAEN y Pérez :op. cit. p. 260.
[113] CASTELLANOS:op. cit., p. 99.
[114] Ibid., p. 100.

Dimensión Ideológica

Cuando aparece el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, en 1936 con la idea de ocuparse tanto de lo preventivo como de lo curativo hay un cambio trascendental desde el punto de vista de la doctrina en la construcción de una política centralizada de la atención de la salud.

Continúan los esfuerzos por controlar las enfermedades transmisibles con la implementación de las vacunas; se mantiene el diseño de políticas orientadas al saneamiento ambiental, y continua la formación de personal para la salud por medio de becas a estudiantes de medicina para el exterior como también para el propio país.

El interés por los hospitales no era el objetivo fundamental del Ministerio. "Para la época predominaba la llamada doctrina Hydrick, fundamento teórico de los llamados "desintegralistas" que abogaban por el sanitarismo, opuesto a que las funciones curativas y preventivas fueran asumidas por los hospitales."[115] Es decir, que el predominio de esta teoría fortalece las políticas preventivas más que las curativas sin perder de vista la importancia de la centralización de las políticas de salud, expresión de ésto, es la creación del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales, adscrito al Ministerio del Trabajo; lo que condujo a que el MSAS se dedicara fundamentalmente a la prevención.

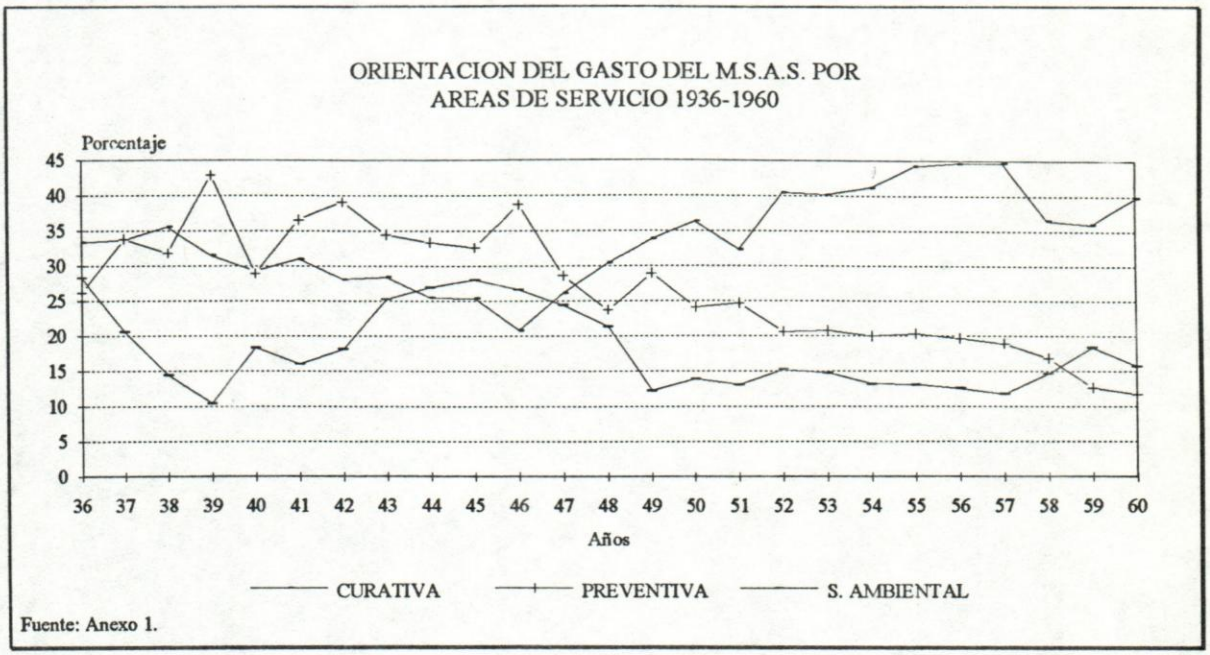
Opuesto a ello, surge la doctrina integralista que plantea la adscripción de las áreas preventivas y curativas a las políticas del MSAS. Esta tendencia promovía la unión física del ejercicio de la medicina preventiva y curativa en los hospitales como la figura predominante dentro de la política de salud. Para 1944 comienza un crecimiento de la tendencia integralista del Ministerio con la política de construcción de hospitales que tuvo vigencia hasta la década de los setenta.

En 1946, el Ministerio adopta definitivamente los principios de la Sanidad Integral, orientados a la centralización de las políticas, coordinadas desde éste ente, con la finalidad de concentrar los esfuerzos de las diferentes instituciones que trabajan en la salud de forma

---

[115] JAEN y Pérez:op. cit., p. 261.

complementaria y no competitiva. "El predominio de la tesis integralista ocurre tardíamente y toma fuerza en momentos finales del período democrático. La liquidación de las libertades políticas ahogará la capacidad de exigencia popular progresivamente y como consecuencia de ella, si bien se incorpora lentamente y se mejora la calidad de los hospitales, no se produce un verdadero incremento de su cobertura."[116]



Fuente: Anexo 1.

Se continúa la lucha contra las endemias rurales, con base en las acciones de saneamiento ambiental, pero "progresivamente se enfantizará en lo programas de medicina preventiva y en la atención médico hospitalaria. Se desarrollará los programas de puericultura, atención prenatal, lucha antivenérea, antituberculosa, antileprosa y otras, lo cual se traducirá en el surgimiento de las llamadas unidades sanitarias."[117] Se construye la bases para el desarrollo de una política centralizada de salud que abarcaba las áreas preventiva y curativa, que tratará de satisfacer las necesidades de la salud en torno a el

116 CASTELLANOS:op. cit., p. 100.
117 Ibid., p. 92.

saneamiento ambiental necesarias para llevar a cabo el proceso de modernización que había comenzado.

Dimensión de Gestión de Estrategias

Luego de la fundación del MSAS, se continúa con la lucha contra las endemias, principalmente en el área rural con base en el saneamiento ambiental; progresivamente se enfatizó en los programas de medicina preventiva y en menor grado en la atención médica hospitalaria. Se creó las Unidades Sanitarias, las cuales se encargaban de programas de puericultura, atención prenatal, lucha antivenérea y otras.

La gestión en salud está caracterizada por un incremento del gasto en el sector, debido a la necesidad de ampliar el mercado urbano, de controlar los conflictos sociales y lograr un consenso social, igualmente se desarrolla las llamadas medicaturas rurales; instituciones de atención médica preventiva y curativa. Se pone en marcha los centros de salud y se desarrolla el reconocimiento de las regiones sanitarias.

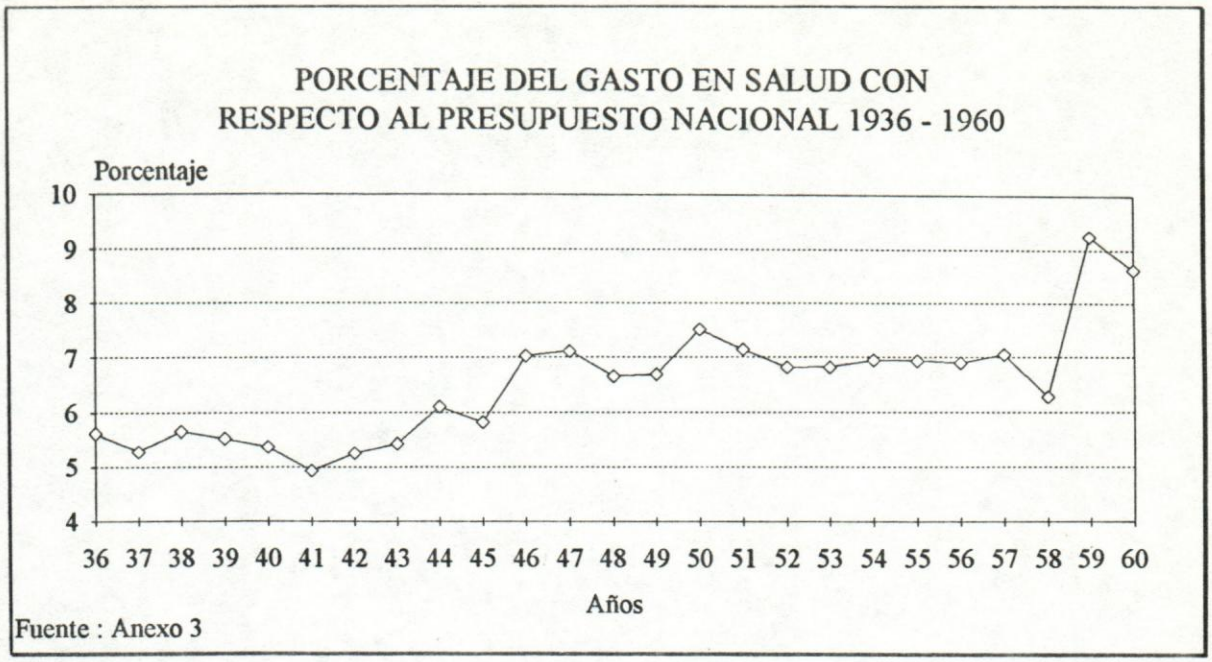
La fundación Rockefeller otorgó becas para estudios en el exterior y propuso la fundación de la escuela de salud pública en Venezuela.

"En la década de los sesenta surge el programa de medicina simplificada orientada a la prestación de servicios de salud en zonas rurales dispersas, (...) éstos son atendidos por los llamados auxiliares de medicina simplificada y son caracterizados, por el MSAS como servicios de atención primaria de salud."[118]

Estos nuevos programas de acción, expresan en un aumento del Presupuesto del Ministerio de Sanidad de 1936 a 1960, en relación al Presupuesto Nacional.

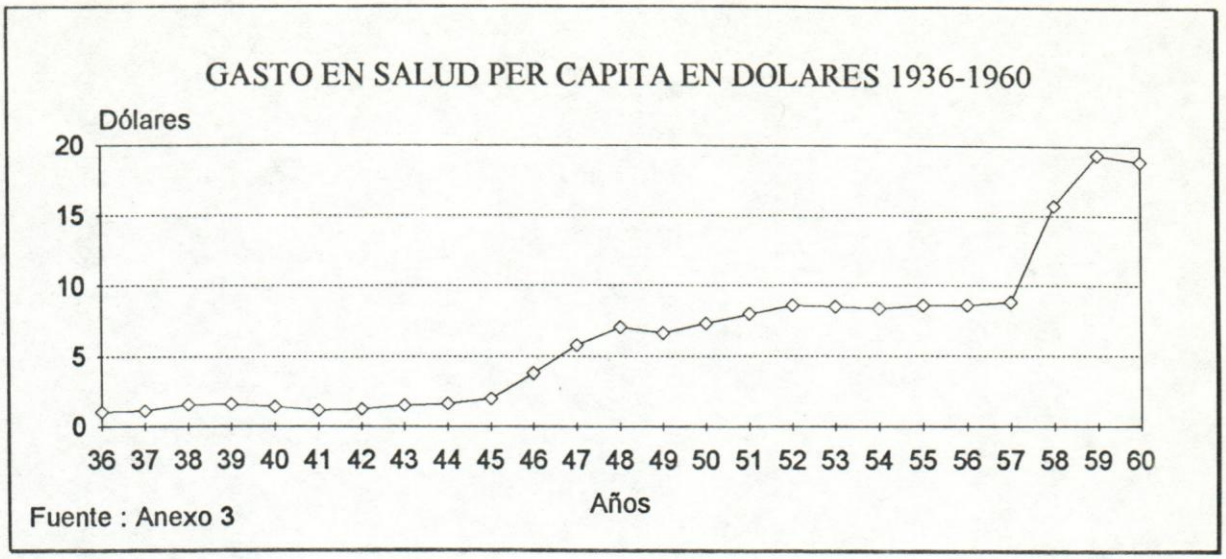
---

[118] JAEN María H y Francisco Irureta: **Los Establecimientos Ambulatorios de Salud en Venezuela: Organización, Funcionamiento y Situación Actual, 1.985.** Caracas, AVEDIS OPS/OMS, 1.988.



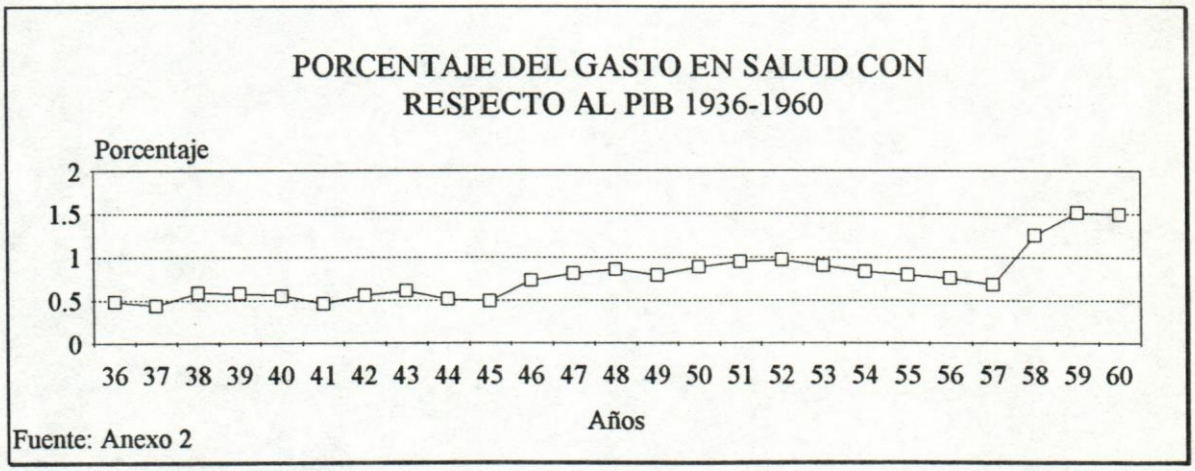
Se cree que el crecimiento progresivo de la relación del gasto en este período se debe al aumento del Presupuesto Nacional, por el incremento de los ingresos provenientes de la renta petrolera. Esta relación, no implica el aumento proporcional de la importancia del Ministerio en relación a otras partidas en que se distribuye el Presupuesto Nacional.

Para este período el gasto en salud per cápita comienza un ascenso significativo, de 1945 hasta 1957, llega a $.8,84 por habitante, para 1959 asciende a $.19,37 per cápita. Este aumento se puede interpretar como una respuesta a las características del modelo integralista imperante que comienza a imponerse, orientando parte importante del gasto a la medicina curativa.



Una muestra del crecimiento de la inversión en el área curativa es que "para 1950 en el sector público existía 2.87 camas por 1.000 habitante, diez años después en 1960 existía para el mismo sector 3.90 camas por 1.000 habitantes.[119]

Con respecto al Producto Interno Bruto, la participación en la producción de bienes y servicios de la sociedad en relación al gasto del MSAS, manifiesta un crecimiento en donde para 1936 se contaba con una participación de 0.48%, y llega a 1959 con una participación de 1.5%.



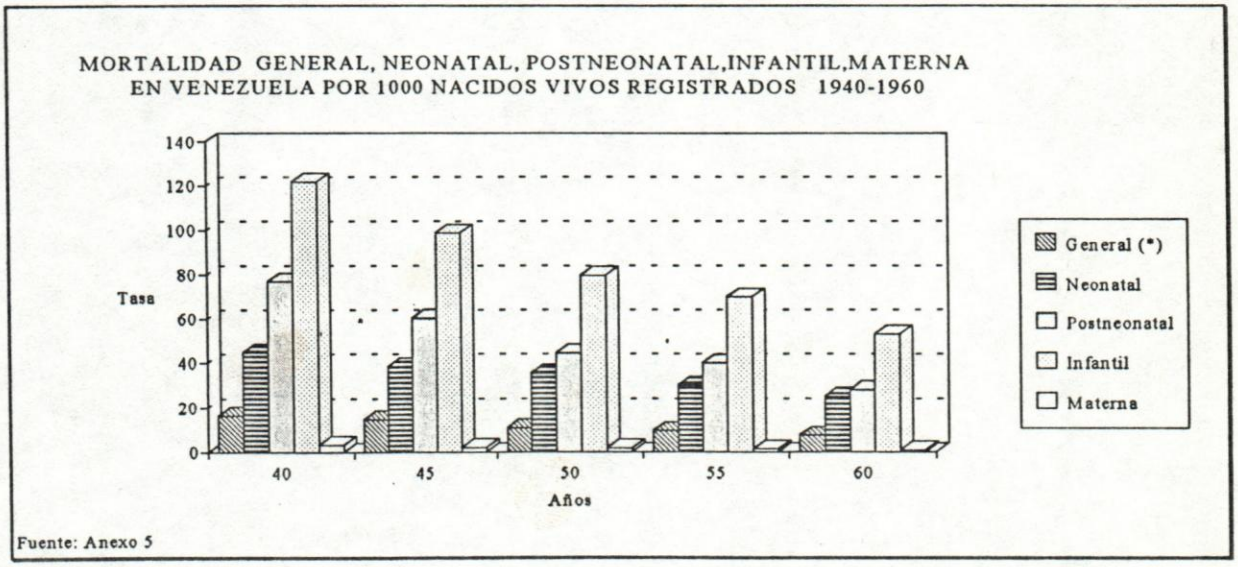
[119] GALLI, Augusto, Haydeé García: "El Sector Salud: Radiografía de Sus Males y Sus Remedios". en **El Caso Venezuela una Ilusión de Armonia**. IESA, Caracas, 1986, p. 460. y OCEI. **Anuarios Estadisticos**. Varios años.

Dimensión de Impacto Social

"En 1938 en algunos estados de la República la mortalidad por paludismo ere superior al 15% del total de muertes, siendo en algunos de ello 55.8% (Guárico), 32% (Cojedes), 18% (Monagas), 17.2% (Portuguesa), (...) también ha sido significativo el descenso de la mortalidad por tuberculosis en la década de los 40-50 la cual venía ocupando el segundo puesto entre las causas de la mortalidad. En 1959 ocupó el puesto 8vo."[120] Es importante destacar que el descenso de la gastroenteritis, anquilostomiasis, la enfermedad de chagas y otras enfermedades endémicas, son la expresión de la época de oro del énfasis en el saneamiento ambiental.

La esperanza de vida para la etapa de 1950 a 1955 es de 54 años para los hombres y 57 años para las mujeres. Entre 1955 y 1960 ésta aumentó, siendo para los hombres de 57 años y para las mujeres de 60 años.[121]

La incorporación de las vacunas y las campañas intensas de saneamiento ambiental permitieron controlar las enfermedades que atacaban en mayor proporción a la población. Al mismo tiempo comienza un descenso lento en la mortalidad general, la neonatal, y postneonatal, infantil y materna.



120 Ministerio de Estado para la Participación de la Mujer en el Desarrollo.op. cit., p. 555.
121 CORDIPLAN: **Informe Social 3**, Caracas, 1986.

Reducción de Gasto Social en Salud y Construcción de Grandes Hospitales. (1960-1979)

Este período se caracteriza por lograr la modernización a través de un sistema democrático representado por partidos populistas. Se consolida, desde el punto de vista económico el modelo petrolero rentista; a finales del período se incorpora la nacionalización de los recursos, introduciendo a las funciones del Estado la de ser empresario. Las alzas y bajas de los precios del petróleo afectan profundamente el desarrollo del sector de la salud. Es en éste período donde el Ministerio realiza relevantes inversiones en el área hospitalaria.

Contexto Histórico. La Dinámica Económica y Política

La caída de la dictadura en 1958, representó la oportunidad de retomar el proyecto democrático como instrumento de la modernización, a través de los partidos políticos que existían antes y durante la dictadura, construyéndose un sistema político populista, que significa una forma de distribución de la renta que atiende diversos sectores sociales del país, la cual no necesariamente es igualitaria ni justa; ésta se distribuye de acuerdo a las relaciones de poder existentes en la sociedad, lo que explica la lucha del poder político para conseguir la dominación del aparato estadal, pues quien domina al Estado decide los criterios de la distribución populista de la renta.

"El sistema populista de partidos políticos que han regido el Estado desde 1958 se caracteriza por fundarse en una alianza entre los Partidos Políticos no comunistas, el Empresariado Privado, las Fuerzas Armadas y la Institución Eclesiástica

Católica. (...) Es la expresión formalizada de las *reglas del juego* del sistema de conciliación de intereses de esos aliados que se quiere poner en práctica."[122]

En los gobiernos de Rómulo Betancourt (1959-1964) y Raúl Leoni (1964-1969), "se habían venido consolidando las bases sociales mediante lo que se ha dado en llamar el pacto tácito."[123] Este es la expresión de la coincidencia de los proyectos modernizadores de los sectores medios y de la burguesía. El pacto no contempla solamente lo referido a las formas de convivencia de la vida política, sino también el cómo se debería distribuir la renta petrolera entre los diversos sectores sociales, logrando así el equilibrio deseado.

Desde el punto de vista económico la industrialización sustitutiva entra en deterioro en el comienzo de los años setenta, lo cual es debido al considerable aumento de los precios del petróleo. Para 1973 se triplican los ingresos del Estado a razón de la renta petrolera, esto resulta "de una decisión política de lo miembros árabes de la Organización de Países Exportadores de Petróleo OPEP (que contaron con el beneplácito de las *siete grandes hermanas,* es decir, las transnacionales petroleras), y a Venezuela no le quedó otro remedio que asumirla a riesgo de quebrar el cartel."[124] [125]

El aumento de la renta petrolera permite retomar la política de las importaciones de los bienes de consumo abandonando la estrategia de la industrialización sustitutiva, lo que conduce a diseñar un proyecto político y económico rentista distributivo que incorpora el capitalismo al Estado, es decir, que el

---

[122] SOSA, Arturo: "Prospectivas del Sistema Político Venezolano". en **Las Elecciones Presidenciales ¿La Ultima Oportunidad o la Primera?**. Grijalbo, Caracas, 1989. p. 277.
[123] SONNTAG y Maingón:op. cit., p. 84.
[124] Ibid., p. 94
[125] Esta situación corresponde al conflicto bélico entre los árabes y los israelitas.

Estado se convierte en empresario capitalista. "El aumento de la renta fue destinado a dos frentes de acumulación. Por una parte a desarrollar rápidamente las empresas del Estado, fundamentalmente en los planes de industrialización básica orientadas al mercado externo y, por otra, financiar directamente al sector privado a través de la creación de nuevas instituciones financieras del Estado que junto a las ya existentes sirvieron de palanca financiera para la expansión de la oferta interna. A su vez, el crecimiento del gasto público estimularía el consumo interno con el fin de darle mercado a la inversión doméstica."[126]

Esta reorientación de la distribución de la renta petrolera principalmente en el área de la construcción de la estructura de las empresas básicas, requería del financiamiento de mercados externos y de tecnología que garantizara su debido desarrollo.

La paz social se convierte en un factor determinante en el éxito del proyecto, los conflictos sociales podían interferir en el proceso de transformar el modelo de acumulación, por lo que era necesario consolidar un amplio consenso social que respalde el proyecto llamado *La Gran Venezuela.*

"Se requerirían por tanto medidas para reducir el desempleo y elevar el ingreso familiar, así como utilizar un discurso populista y progresista; sin embargo todas las medidas sociales pasaban a un segundo plano, supeditadas al necesidad de inversión en las áreas prioritarias de la producción."[127]

El proyecto de *La Gran Venezuela* no contó con la caída de los ingresos petroleros que se produjo posteriormente,[128] lo que obligó a comprometerse

---

[126] ESPAÑA, Luis Pedro: **Democracia y Renta Petrolera**, Caracas, UCAB, IIES, 1989. p. 143.
[127] CASTELLANOS: op cit., p. 113.
[128] Las razones por las cuales se produce la caida de los precios del petróleo, puede ser consultadas en: SOSA, Arturo: "Prospectivas del Sistema Político Venezolano". en **Las Elecciones**

internacionalmente con el financiamiento externo del mismo proyecto; esto condujo a reducir el gasto social en proporciones mayores de las previstas y se tuvo que redefinir el proyecto original, lo que trajo como consecuencia la ruptura del consenso social. La disminución del gasto público produjo la caída del salario real y el deterioro de los servicios públicos lo que generó una creciente tensión social.

Dimensión Ideológica

Con la consolidación de los gobiernos democráticos, las políticas de salud se mantienen y hay un crecimiento progresivo de la medicina curativa. La prevención y el saneamiento ambiental permanecen con presupuestos bajos; la tendencia integralista propone el desarrollo de las políticas preventivas y curativas desde los hospitales, destinando menos recursos a las estructuras desarrolladas anteriormente para combatir las endemias.

A principios de este período, se contaba con un ingreso adicional proveniente del aumento de la renta petrolera que consolidó la tendencia de invertir en esta área, justificada políticamente con el concepto de que, la inversión en salud es indispensable para lograr el crecimiento económico y el progreso de la población hacia la consolidación de una sociedad moderna.

En 1970, el Ministro de Sanidad realiza una evaluación de la salud para el diseño de una política que fuera acorde con el proceso modernizador del país, en este sentido expresa que se hará una "evaluación de la situación de salud con miras a la formulación de una política en este sector que estuviese más acorde con el proceso de desarrollo económico-social, adecuada para enfrentarse a los problemas que plantea la

---

Presidenciales ¿La Ultima Oportunidad o la Primera?. Caracas, Grijalbo, 1989.y en ESPAÑA, Luis Pedro: **Democracia y Renta Petrolera**. Caracas, UCAB, IIES, 1989

fuerte tendencia a la industrialización que resulta dominante dentro del conjunto de las actividades nacionales; acorde además, con el progreso del país y la evolución científica y tecnológica."[129]

Para 1971 se evidencia la saturación de la gestión administrativa centralizada del Ministerio, comienza a haber un planteamiento de desconcentración administrativa, el Ministro expresa "consideramos que el desarrollo alcanzado por la población venezolana y por consiguiente el que tiene y el que deben tener pronto los programas y servicios de salud no pueden ya ser menguados a conciencia desde un nivel central que se ve cada vez mas alejado de la base y cada vez más desbordado por la avalancha de numerosos comprobantes, tramitaciones, nombramientos, supervisiones y evaluaciones."[130]

Debido al cambio de las estrategias políticas y económicas producidas por la caída del precio del petróleo, y el endeudamiento por la puesta en marcha de la transformación del modelo económico, es necesario reducir el gasto en el sector salud, en el cual se pueden identificar la siguientes políticas que respondieron a esa realidad:

En primer lugar se busca fortalecer el sector privado: esta estrategia se fomenta por la incapacidad por parte del Estado de cubrir las demandas de la población, sus recursos están destinados al mantenimiento de las estructuras existentes. "Para ello se han desarrollado estímulos fiscales y financieros y se ha estimulado la asociación entre "grupos médicos" preexistentes y el capital monopolista, dando origen en nuestro país, a un nuevo tipo de instituciones: los grandes hospitales privados de tipo empresarial."[131]

---

[129] MSAS: Memoria y Cuenta. 1970.
[130] Ibid 1971.
[131] CASTELLANOS:op. cit., p. 115.

En segundo lugar, se busca lograr la expansión de la cobertura del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS), "la cual contribuirá a ejercer menos presión en el Presupuesto Nacional, dado el carácter de su financiamiento (empresarios, trabajadores y Estado)."[132]

En tercer lugar, se trabaja en el diseño de un Servicio Nacional de Salud que tiene como intención agrupar en una sola organización las diversas instituciones oficiales que se dedican a la salud con el fin de racionalizar el gasto e incrementar la productividad. Esta acción presentó problemas de implementación debido a la burocracia de las instituciones y de las presiones contra el sistema por parte de las industrias químico farmacéutica y tecnomédica, por el temor a las restricciones que se podrían producir en la comercialización y la producción.

La cuarta política buscaba implementar la simplificación de los servicios de un primer nivel de atención, orientado a su abaratamiento; se crearon instituciones destinadas a este tipo de atención, principalmente en las áreas marginadas urbanas a través de módulos de servicio. Esta política cumplió con la doble función "de atender a bajo costo para el Estado, una demanda numerosa que en cualquier otra institución resultaría más onerosa, pero cumplió además una importante función de control social en una de las áreas más conflictivas de las ciudades, al generar una ilusión de satisfacción de sus necesidades."[133]

Una de las estrategias que se propone para el abaratamiento de los servicios de salud, es la incorporación de las comunidades al proceso por medio de la participación, específicamente en el primer nivel de atención. Esta orientación

---

132 JAEN y Pérez:op. cit., p. 262.
133 CASTELLANOS:op. cit., p. 118.

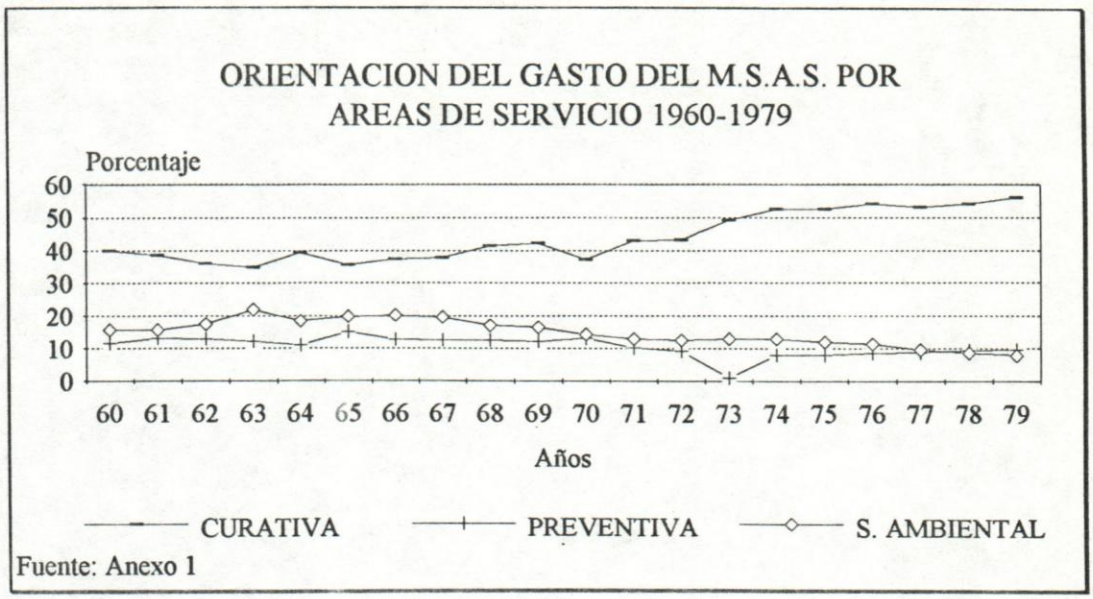
incorpora el diseño de políticas que permiten disminuir las tensiones sociales que se vienen agudizando a través de programas compensatorios.

Para este período el Ministerio adopta la estrategia de Atención primaria en la Salud, (APS) promovida por la Organización Mundial de la Salud, que se entiende como "la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesto al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país pueda soportar en toda y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación."[134] Como estrategia específica de cubrir la atención de la salud a bajo costo.

La tendencia de la distribución del gasto entre sus áreas de servicio -curativa, preventiva y saneamiento ambiental- es orientada principalmente hacia el área curativa, destinando para 1979 el 56% de los recursos a esta área. Se puede decir que una de las razones para esta distribución se debe al alto costo del sector curativo, al mantenimiento de los hospitales y la adquisición de nuevas tecnologías, que suponen una gran inversión que no representó la construcción de nuevos hospitales para satisfacer la demanda de la población, si no que por el contrario se destinó para su mantenimiento, disminuyendo el gasto en las áreas de saneamiento ambiental y prevención.

---

[134] Ibid. p.8.



Fuente: Anexo 1

Dimensión de Gestión o de Estrategias

La gestión en los gobiernos en el comienzo del período democrático mantienen las tendencias de ejecución por áreas de servicio de los años anteriores. Para 1967 se comienza a generar los problemas de mantenimiento de las infraestructuras hospitalarias debido a la escasez de fondos destinados para tal fin. Los programas preventivos cuentan con ayuda exterior al Ministerio, lo que explica que con pocos recursos económicos los programas de prevención mantengan una ejecución estable.

A partir de 1969 se pone en marcha el Plan Nacional de la Red Hospitalaria, considerada como una de las mejores de América Latina, la que contó con la participación de médicos venezolanos. Esto produce la disminución de las actividades en las unidades sanitarias motivado por el auge de los hospitales por parte de la población, que consolida al hospital como un centro de salud integral, olvidando la importancia de la prevención en las comunidades.

En 1971 se reestructura el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, para adaptarse a la realidad económica, política y social presente en este período. Se crean cuatro direcciones generales de las cuales tres corresponden a los principales programas: Los aplicados al individuo (Dirección general de Salud), al medio ambiente (Dirección de Malariología y Saneamiento Ambiental) y al hombre como ser social (Dirección General de Bienestar Social) y la cuarta dirección, corresponde a administración y servicios para apoyar a las demás. Esta nueva estructuración del despacho, también responde a la evolución de lo que se entiende por salud, incorporando los factores sociales que intervienen en el proceso salud enfermedad como reflejo de la teoría multicausal anteriormente mencionada.

Con respecto a la Dirección General de Bienestar Social, la memoria y cuenta expresa: "este año la Dirección de Asuntos Sociales e Institutos Autónomos pasa a denominarse: Dirección de Bienestar Social. Es reestructurada, y cambiada su política y sus estrategias son dirigidas a detectar los factores sociales de salud-enfermedad para actuar en promoción de la salud, apoyo a las acciones del sector y rehabilitación de áreas deprimidas."[135]

Gracias al alza de lo precios del petróleo, para 1974 se realiza una estructuración con miras a mejorar la evaluación periódica de los programas sanitarios, a tal fin el Ministro Antonio Parra León agrega: "el despacho a mi cargo ha desarrollado una acción dirigida a implementar una verdadera política de salud."[136] En consecuencia se comenzó por remozar la estructura sanitaria y a establecer las Comisionadurías Generales de Salud en cada Entidad Federal, "organismos de

---

[135] MSAS: Memoria y Cuenta. 1971.
[136] Ibid., 1974.

verdadera descentralización administrativa dotados de recursos suficientes".[137] Con esto comienza un proceso de desconcentración en el área de supervisión en las gestión administrativa.

Este mismo año se pone en vigencia un programa especial de implementación a hospitales y demás instituciones asistenciales, para dotarlos de los equipos faltantes, sean materiales de trabajo o medicinas, que ha permitido un abastecimiento rápido y continuo gracias a la vía de un crédito adicional de Bs. 63.951.440,00.

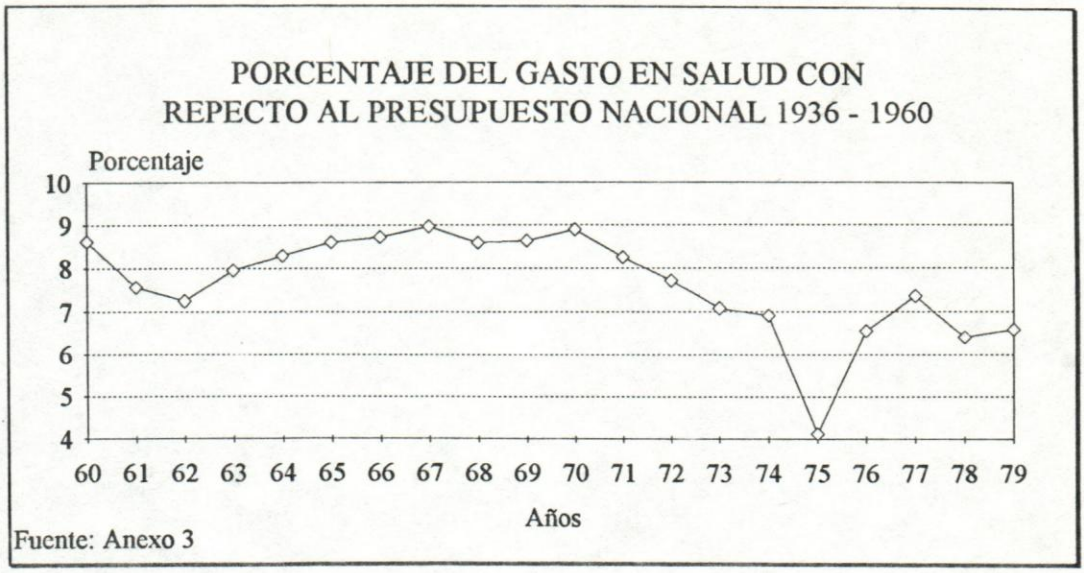
En 1975 se da un mayor énfasis presupuestario en la dotación de equipos hospitalarios, el Ministro solicitó y obtuvo otro crédito adicional en el orden de Bs. 196.498.124,00 de los cuales Bs. 191.444.513,00 se utilizaron en ampliar y equilibrar algunos programas del despacho. Este en su mayoría fue para cubrir deficiencias materiales y suministros en los hospitales generales; adquisición de equipos médicos para volver a dotar a las medicaturas y dispensarios rurales. Así mismo se amplía la cobertura del varios programas y se cubre el gasto de funcionamiento de numerosas clínicas de planificación familiar en todo el país.

Para 1975 el alza del Presupuesto Nacional es tres veces mayor con respecto al año anterior,[138] el presupuesto de salud en términos absolutos aumenta, pero en relación al Presupuesto Nacional desciende, lo que puede significar que la salud no estaba dentro de las prioridades del Estado.

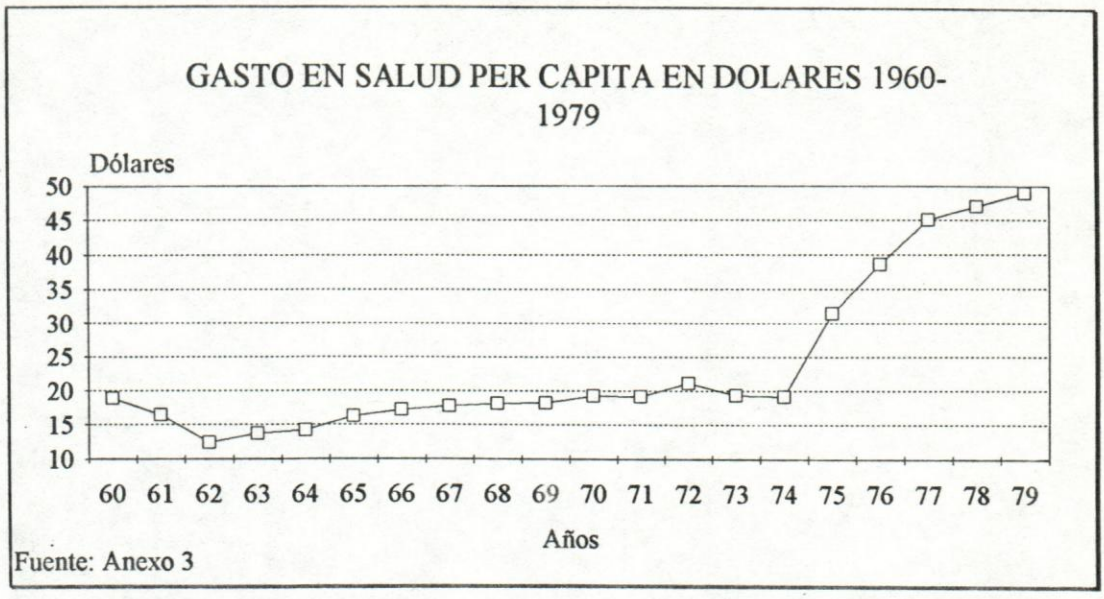
---

[137] Ibid

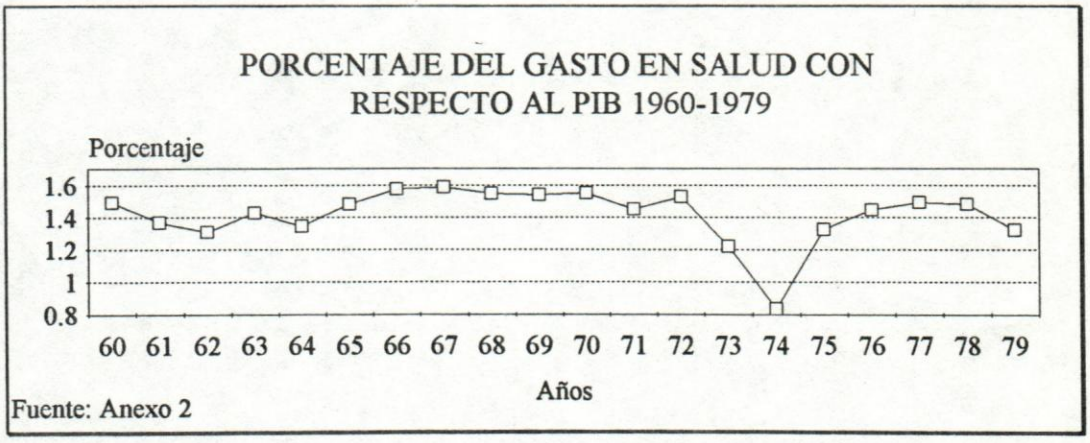
[138] Para 1974 el Presupuesto Nacional es de Bs.14.584.506.000. Para 1975 es de Bs. 41.526.379.300



En el período 1960-1979, el gasto per cápita mantiene un crecimiento progresivo pasando de $.12,39 en el 1962 hasta $19,17 en 1974, en donde hay un aumento considerable para los años posteriores que se refleja en 1975, en $3,.49. El incremento casi se duplica por año, razón de ésto, se puede considerar el crecimiento del Presupuesto Nacional.

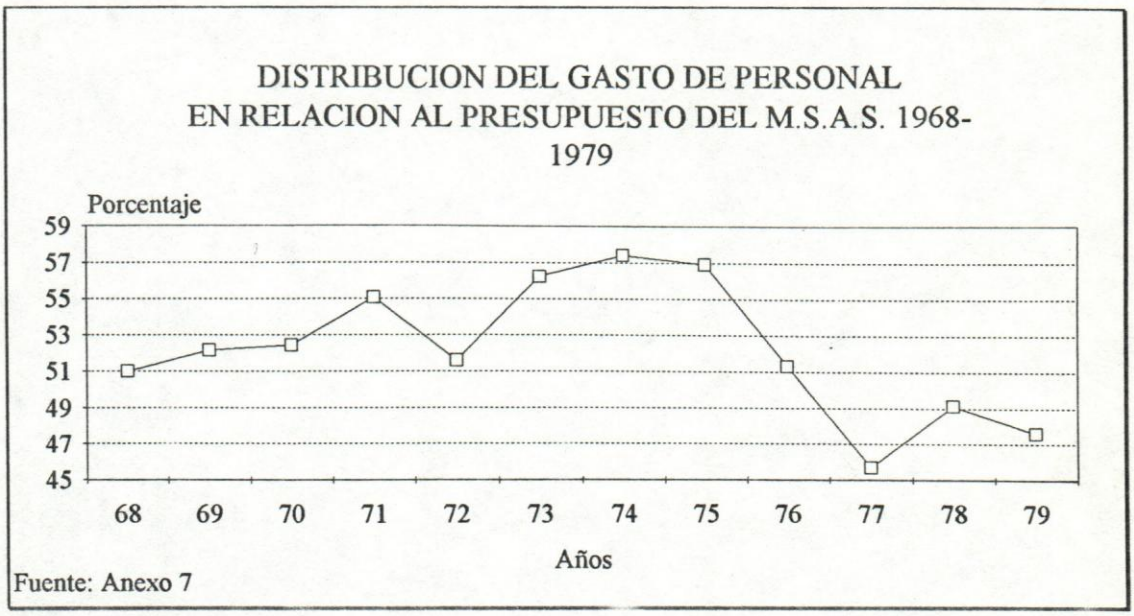


Con respecto al Producto Interno Bruto PIB, se observa una disminución en la participación del gasto en la producción de bienes y servicios, lo que puede ser reflejo de la disminución del interés por parte del Estado en las políticas de salud.



Para este período, la asignación presupuestaria al personal se mantiene cerca del cincuenta por ciento del presupuesto, detectando que menos del 50% de la

inversión se realiza en otras áreas, evidenciando que el destinar tantos recursos al área de personal expresa a una burocracia bastante amplia.



Fuente: Anexo 7

Debido a las reestructuraciones adoptadas en torno a las políticas económicas y políticas del Estado como es la reducción del gasto social, el crecimiento de la actividad privada y la disminución de la actividad pública, se evidencia en el crecimiento de las camas por habitante, para 1960 el sector privado cuenta con 0.44 camas por 1.000 habitantes, para 1970 cuenta con 0.46 camas por 1.000 habitantes. A diferencia del sector público la disminución de las camas por habitante es significativa, para 1960 se contaban con 3.09 por cada 1.000 habitantes, diez años después hay 2.81 camas por 1.000 habitantes[139]

[139] GARCÍA, Haydeé: Op Cit.. OCEI. **Anuarios Estadisticos**. Varios años.

Dimensión de Impacto Social

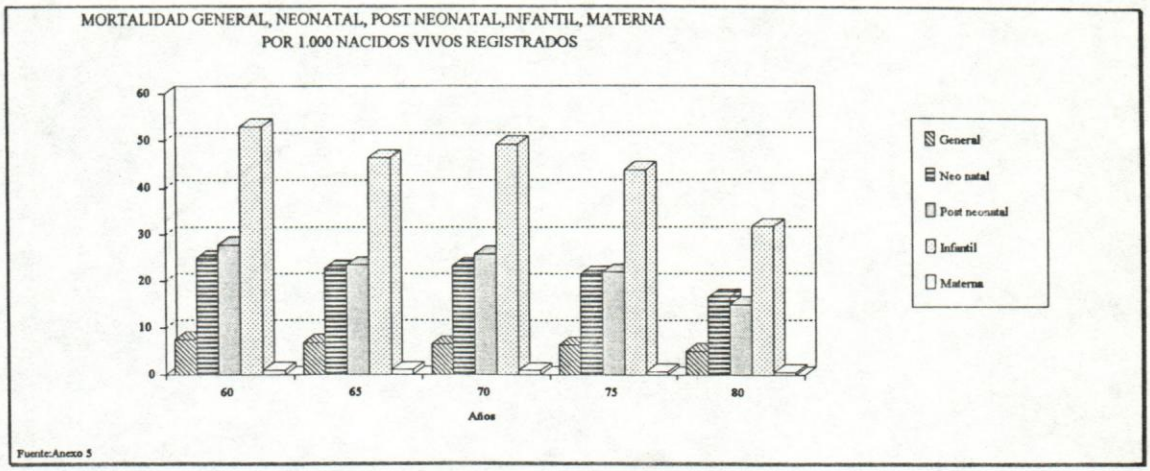
Las tasa de Mortalidad General mantiene la disminución constante, la cual se puede considerar "una de las más bajas del continente y esta ha sufrido una reducción del 49.6% en el período."[140] Las enfermedades del corazón ocupan el primer lugar entre las causas de muerte, es decir, "de cada cinco venezolanos de cualquier edad y sexo uno muere por esta causas."[141] Otra de las principales causas de muerte es el cáncer y los accidentes los cuales se pueden considerar problemas de salud pública en el país, porque han mostrado incrementar las tasas respectivas.

La Mortalidad Infantil, está relacionada con la desnutrición. "Este índice en países con buen estado de nutrición, oscila entre 20 y 25 por 1.000."[142] Esta tasa en Venezuela ha venido disminuyendo progresivamente, para el período las principales causas de la Mortalidad Infantil fueron: lesiones en el parto, enfermedades diarreicas, afecciones respiratorias y otras afecciones del recién nacido.

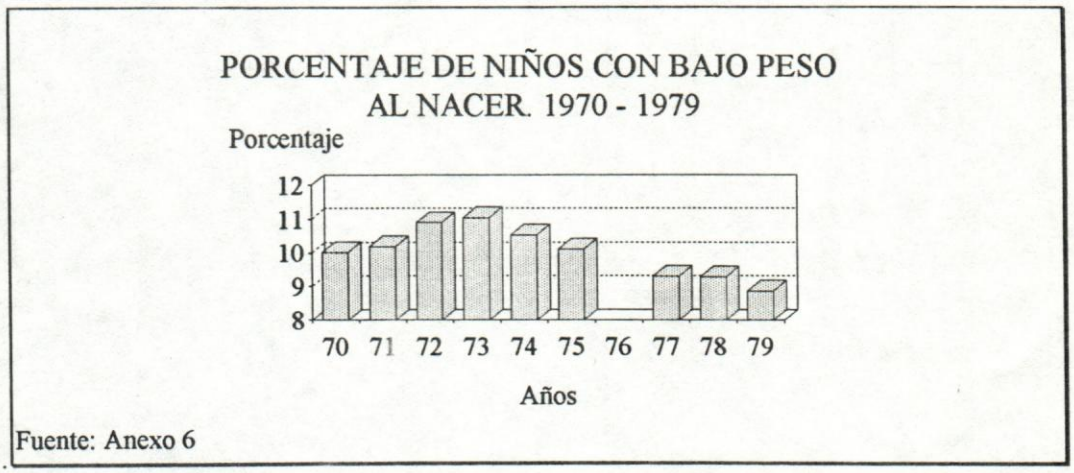
La Mortalidad Infantil es también un reflejo del estado de desnutrición de la comunidad; "generalmente es el resultado de una acumulación de infecciones, parasitosis y mal nutrición durante este período vulnerable, caracterizado por un crecimiento rápido y de elevados requerimientos nutricionales. En los países con buen estado de nutrición es de 1 a 2 por 1.000."[143] Para Venezuela se ha venido observando un franco descenso en esta tasa, en donde las principales causas de muerte están vinculadas a la situación nutricional que se expresa con las neumonías, las diarreas, y enfermedades endémicas que padece este grupo.

---

[140] Instituto Nacional de Nutrición INN: "Ponencia Nutrición y Salud" en **VI Congreso Venezolano de Salud Pública**, , Barquisimeto, Noviembre 1981, p.17.
[141] Ibid.
[142] Ibid.
[143] Ibid.



Es importante resaltar que la disminución del porcentaje de niños con bajo peso al nacer en este período, no es significativa, lo que se puede explicar con el deterioro en las condiciones nutricionales de la población que caracterizan el período.



La esperanza de vida a comienzos de este período es de 59.25 años para los hombres y para las mujeres de 62.79 años, para 1980, es en los hombres de 64.85 años y para las mujeres 70.7 años. Esto significa que la esperanza de vida en este período se

elevó en 5 años y medio, lo que se puede explicar por el mejoramiento de las condiciones físicas, económicas y ambientales.[144] Para América Latina, según la Organización Panamericana de Salud (OPS), la esperanza de vida al nacer oscila entre 73.5 y 54.5 años para este período.[145]

El Sistema Nacional de Salud, La Descentralización y la Focalización, (1979-1993)

Este período se caracteriza fundamentalmente por la crisis del modelo de desarrollo que se expresa también en una crisis en el sistema de salud, en un principio por el diseño de estrategias orientadas a la consolidación del Sistema Nacional de Salud y en segundo el diseño de estrategias de Descentralización y Focalización como respuesta a las medidas económicas adoptadas en el país para afrontar la crisis.

Contexto Histórico. La Dinámica Económica y Política

La nueva realidad de las condiciones económicas y políticas del país es aquella que se produjo por las transformaciones del modelo de desarrollo y el cambio en las relaciones internacionales, la condición de país endeudado va a producir la desaparición de las características que han definido el sistema político y el Estado venezolano. "La renta petrolera, que en el pasado alcanzó sobradamente para cubrir los requerimientos del proceso modernizador de la sociedad venezolana, ya no alcanza

---

144 CORDIPLAN: **Informe Social 3**, 1986.
145 INN:op. cit., p. 16.

para cubrir los gastos básicos del Estado."[146] Esto determina el fin de la era rentista, en el futuro la industria petrolera deberá funcionar como una empresa capitalista, en donde, el Estado recibirá los ingresos de esta actividad productiva no como una renta internacional.

"El descenso de la renta petrolera ha tenido ya consecuencias importantes, la primera es la reducción del gasto público, en términos reales especialmente sentida en los denominados gastos sociales del Estado, con sus consecuencias directas en los sectores de menores recursos de la población. En segundo lugar, pone fin a una paridad sobrevaluada del bolívar con el dólar, produciéndose una devaluación progresiva que tiende a continuar hasta que los productos para la exportación puedan hacerse competitivos internacionalmente. La tercera, es la necesidad de una reforma tributaria que permita una relación normal entre el gasto público y la recaudación de impuestos, terminando así una etapa en la que el productor o comerciante privado en Venezuela estaba prácticamente exento de cargas impositivas."[147] Es decir, que el Estado democrático venezolano era capaz de disminuir las diversas tensiones sociales que produce la modernización, gracias al excedente petrolero; la situación venezolana actual se comienza a dilucidar como una crisis, que se evidencia tambien en el agotamiento progresivo del modelo de la atención de la salud..

Cuatro períodos presidenciales tuvieron su actuación bajo este contexto, ellos son el de Luis Herrera Campins (1979-1984), Jaime Lusinchi (1984-1989), Carlos Andrés Pérez (1989-1993), y Ramón J. Velasquez (1993), -quien asumió la Presidencia de la República en sustitución de Carlos Andrés Pérez debido a las

---

146 SOSA, Arturo:op. cit., p. 285.
147 Ibid., p. 286

tensiones sociales y políticas-. Es entonces bajo estos períodos presidenciales donde las tendencias a la crisis se profundizan y aceleran.

Dada esta situación, y unida a la imposibilidad del Estado de controlar las tensiones sociales, surgen diferentes manifestaciones por parte de la sociedad civil en contra de las políticas asumidas por el mismo. Se pone en evidencia los diferentes grados de madurez de esto movimientos sociales, quienes comienzan a tomar parte en las relaciones políticas y económicas que definen los lineamientos del proceso modernizador.

Cuando Herrera "estos movimientos se extendieron e intentaron ampliar su autonomía, cuestionando fuertemente los partidos tradicionales. En rigor, una administración desacertada de los mecanismos de la particular democracia venezolana fortaleció la sociedad civil, más la privó de la mediación con el Estado."[148]

La política que se desarrolló en el período de Lusinchi, intento mantener una sensación de que se estaba creando una alternativa, que conduciría a un nuevo modelo socioeconómico. Se da inicio a negociaciones para la creación de un nuevo pacto social. Este no logro la reactivación de la economía, ni la búsqueda de un nuevo desarrollo; los resultados de este gobierno fueron:

"1. Presencia de mayores desajustes del aparato productivo y distributivo.

2. Agudización y resquebrajamiento en el pacto tácito.

3. Aumento de la injusticia distributiva y redistributiva del ingreso y de las tensiones propias del régimen político y social.

---

[148] SONNTAG y Maingón:op. cit., p. 90.

4. Profundización de la crisis ideológica cultural, que se traduce en pérdida de legitimidad del régimen político y en falta de credibilidad en los partidos."[149]

Es este el escenario que se le presenta a Carlos Andrés Pérez para su segundo gobierno, en el cual se implementan políticas sugeridas por el Fondo Monetario Internacional, que contemplaron una serie de lineamentos económicos que afectaron a la población. Aúnque la implementación de estas políticas provocaron un aumento de las reservas internacionales y un crecimiento de la economía, la mayoría de los venezolanos confrontaban el hecho de que los indicadores macroeconómicos eran contradictorios para ellos.

Para este momento, las relaciones del sistema se han transformado de tal manera que se da inicio a una etapa de transición hacia un reordenamiento en función de la redefinición de la relación entre el Estado,el Gobierno y la Sociedad Civil. "Ante el acelerado ritmo de deterioro que han venido experimentado los indicadores sociales durante el decenio de los ochenta, y con el objetivo de compensar el impacto de las medidas de ajuste diseñadas para nivelar las variables económicas, el gobierno instrumenta programas masivos de transferencia directa,"[150] como el Programa de Ampliado Materno Infantil (PAMI), Vaso de Leche Escolar, Beca Alimentaria, Hogares de Cuidado Diario, etc.

Es importante destacar que estos programas masivos o compensatorios no son atribuibles exclusivamente a las políticas del MSAS, ellos son ejecutados por todas aquellos Ministerios e Instituciones que desarrollan actividades orientadas a la población.

---

149 Ibid., p 94.
150 JAEN y Pérez:op. cit., p. 263.

En el proceso de replanteamiento de una nueva estrategia para lograr el desarrollo se encuentra la polémica generada por los diversos sectores de la sociedad, sque se refiere a la necesidad de buscar nuevas orientaciones que permitan alcanzar una sociedad moderna. Uno de los planteamientos mas importantes es la necesidad de fortalecer la bases de la democracia, fundamentada en la participación de nuevos sectores de la sociedad civil y el surgimiento de nuevos actores políticos a través de la descentralización del Estado, que en términos globales, "está definida como el proceso democratizador y modernizador más importante de la década para el sistema político venezolano,"[151] que responde a una política neoliberal que se comienza a desarrollar a partir de 1989.

"La descentralización es uno de los ejes de la reforma, diseñada para dar respuesta al reclamo social de mayor acceso a las decisiones y del incremento de la eficiencia de los servicios públicos y la administración. Implica la transferencia de competencias y funciones desde el gobierno central hacia los gobiernos estadales y municipales. A su vez la desconcentración, proceso complementario del anterior, supone delegar poder de decisión de organismos nacionales en dependencias de los mismos ubicadas en las regiones, los estados y los municipios. Sus fines son semejantes a los que procura la descentralización, pero referidos a las funciones que deben ser ejercidas por el poder central."[152]

---

[151] Ibid., p.258

[152] COPRE: **La Descentralización, una Oportunidad para la Democracia.** Volumen 4, Caracas, 1.989.p. 14.

Dimensión Ideológica

Para este período, se ha mantenido la tendencia de intentar la solución de los problemas de la atención médica con base en el hospital y descuidando la atención de primer nivel; la del primer contacto, que es esencialmente ambulatoria y preventiva. Este hecho evidencia el mantenimiento de la estructura hospitalaria nacional como prevaleciente, a pesar que para estos años se agudiza la crisis en el sector como reflejo de las transformaciones socio económicas que vive el país. Para esto años las políticas planteadas son diferentes en cuanto a que, el Sistema Nacional de Salud que se consolida entre 1979 y 1989, responde a una política de unificación central con énfasis en la desconcentración en relación a lo normativo, a la coordinación, ejecución dirección, administración, supervisión, etc., y la Descentralización responde a una política neoliberal, orientada a las políticas que rigieron lo económico y lo político desde 1989 hasta 1993.

Para 1979, "en Venezuela, el sector salud en particular presenta una organización compleja, integrada por un centenar de instituciones que, por desempeñar múltiples funciones duplican sus servicios de atención. (...) Sus numerosas instituciones y organismos públicos y privados funcionan de manera independiente, no integrados ni coordinados en una política global y específica de salud definida por el Estado."[153]

La creación del Sistema Nacional de Salud (SNS) tiene como objetivo crear un sistema único de salud que desarrollará "las funciones de formulación de planes, programas y presupuestos de su campo de acción, (...) con la dirección, organización, administración, normas, financiamiento, supervisión y evaluación de los respectivos

---

[153] JAEN y Pérez:op. cit., p. 265

servicios; las funciones correspondientes de defensa civil y de atención a situaciones de emergencia".[154]

Este Sistema Nacional de Salud se esperaba que fuese útil, no sólo para regular las funciones y actividades del sector salud, sino también como instrumento productivo en la promoción, prevención, restitución y rehabilitación de la salud, particularmente en educación para la salud con el objeto de conocer la situación de salud colectiva y para su cuidado. La participación comunitaria es imprescindible en cada unidad local de la población. Esta modalidad puede ser vista como un intento del sector en desconcentrar las actividades, integrando los esfuerzos de diversos organismos hacia una gestión eficiente.

"Ante las características del sector sanitario y frente a las condiciones de salud de la población cada vez más negativas, el SNS se postula "como alternativa viable y con capacidad de resolución de los problemas, (...) es decir, se ha asumido al SNS como instrumento para mejorar la calidad de los servicios para la atención de la población."[155]

El Ministerio dentro del mismo período también promueve el proceso de desconcentración administrativa que establece la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud al implementar la adecuación de las estructuras administrativas del Despacho a la Ley Orgánica.

El sector salud dentro de sus intentos de gerenciar la crisis había generado algunos mecanismos para desconcentrar algunas de sus actividades, con la finalidad de unificar esfuerzos en pro de la mejora de la prestación de servicios.

---

[154] INFANTE: : op . cit, p 78.

[155] JAEN y Pérez: op. cit., p. 302, citando a GONZALES, M. J: **Análisis de la Viabilida Política y Administrativa del Sistema Nacional de Salud**. Coloquio sobre el Sistema Nacional de Salud. Carcas, ILDIS, 1987.

A partir de 1979 Venezuela vive un proceso de recesión y ajuste con un impacto negativo en el área de la salud; para los años ochenta, la disminución del presupuesto nacional destinado al sector y el acelerado ritmo de deterioro de los indicadores sociales, el gobierno inastrumentaliza programas masivos de transferencia directa, reflejados en el Plan para el Enfrentamiento de la Pobreza, así como la focalización de la atención de poblaciones específicas.[156]

Desde 1989 la propuesta de descentralización para los servicios de salud en Venezuela "representa una salida a la modernización del Estado y debe estar inmersa dentro de una política nacional, estadal y municipal, comprometida con el mejoramiento de las condiciones de vida y de la salud de la población."[157] La propuesta de descentralización del modelo de salud se presenta a nivel organizativo funcional de la siguiente forma:[158]

1. Nivel Nacional: Comprende el diseño de las políticas, normativa y la definición de las políticas y los grandes lineamientos a nivel nacional. Le corresponde la definición de programas nacionales de salud, quien se reservaría la formulación de la normativa, control y evaluación de las diferente áreas del sistema de salud.
2. Nivel Estadal: Tendría competencia sobre las finanzas, puesta en marcha de los programas, formulación de programas estadales, gestión de salud. Los estados son responsables de la dirección, organización,

---

156 Véase Comisión Presidencial para la Conferencia sobre los Derechos de Niño. **Los Niños y el Compromiso de los Noventa** (Lineamientos Generales Preliminartes del Plan Nacional de Atención al Niño), Caracas, 1991.
157 JAEN y Pérez:op. cit., p. 310.
158 Para mayor información véase: JAEN y Pérez:op. cit., p. 267

administración, evaluación y supervisión de las infraestructuras de los servicios hospitalarios y ambulatorios estadales.

3. Nivel Municipal: Tiene a su cargo los aspectos de finanzas, acción intersectorial. A los municipios les correspondería la asignación, ejecución, evaluación y control de sus finanzas; quienes responderían a nivel central o estatal.
4. Nivel Local: Comprende los establecimientos locales de salud dependientes del Distrito Sanitario que se encuentra en su jurisdicción, esto se clasifican en : Hospital tipo I, II, III y IV; Ambulatorio Urbano tipo I, II, III; y Ambulatorio Rural tipo I y II.

La Descentralización implica que la gestión en salud estaría a cargo del nivel estadal y municipal mientras que el diseño de políticas generales está ubicado en el nivel central, lo que implica la necesidad de establecer una red de información eficiente, que garantice la correspondencia entre el diseño de las políticas y la gestión.

La Focalización, entendida como una alternativa de acción social relacionada con el neolibrelísmo para el "mejor desempeño de la política social, la cual surge de la comprobación de que el gasto social del Estado no llega a los probres, por lo cual es necesario redireccionarlo para concentrarlo en los sectores de mayor pobreza."[159]

En los programas de salud la focalización comienza a ser importante con la disminución de los recursos y la necesidad de optimizarlos, logrando la eficiencia en la atención de la salud. Este tipo de actividades se puede observar en la aplicación de los programas compensatorios como el Programa Ampliado Materno Infantil (PAMI), la Beca Alimentaria y el programa de Hogares de Cuidado Diario.

---

[159]JAEN, María Helena: **Focalización de Inversiones Sociales: Una Metodología para Centro Preescolares**, Fundapreescolar, Min Educación, Nov. 1993.

Dimensión de Gestión o de Estrategias

El comienzo de la década de los ochenta está marcado por varios hechos de significación, en la Memoria y Cuenta, se puede destacar, entre otras cosas, que se continuó las acciones encaminadas a la materialización del objetivo de integración de servicios médicos en el sector oficial. En tal sentido, se realiza las siguientes actividades:

En relación al Servicio Nacional de Salud:

"1. Se llevo a cabo la fase de diagnóstico del Plan Nacional de Salud, con carácter sectorial (sector público y privado).

2. Se elaboró el VI plan de la Nación para el sector salud que señala las políticas y estrategias para el sector durante el quinquenio 1981-1985, siendo la más importante la conducente al Servicio Nacional de Salud.

3. Se promulgó el decreto Nro 823 de fecha 30-10-80 que creó el Consejo parar el Servicio Nacional de Salud con dos objetivos: a) Elaborar un anteproyecto de Ley sobre el Sistema Nacional de Salud. b) Adelantar medidas que favorezcan el establecimiento del Sistema Nacional de Salud."[160]

En 1983 se ve menguada la labor del Ministerio ya que este año se agudiza una escasez presupuestaria, además de una deficiencia en el sistema administrativo un deterioro en el sistema hospitalario y de todos los sectores de atención de la salud. En este sentido, el Ministro González Herrera destaca que "en cuanto a los servicios de atención médica, sus elevados costos sobre todo en el campo hospitalario, las exigencia salariales contractuales crecientes y constantes de personal, su bajo

---

[160] INFANTE:. Op Cit. p 68.

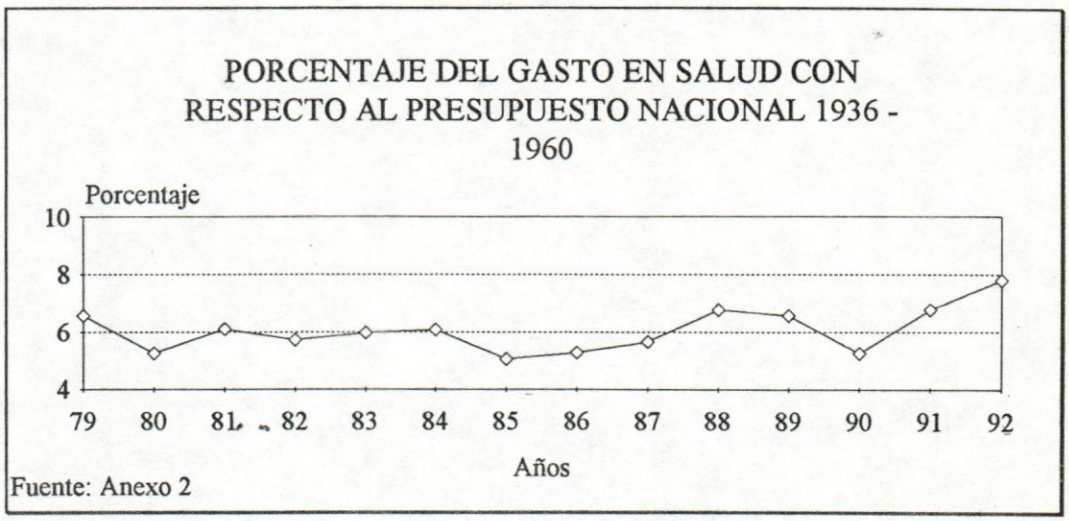
rendimiento, los paros y huelgas frecuentes, la destrucción intencionada de equipos y pérdida de materiales y otro útiles, por sustracción y otras causas, constituye un problema que hay que enfrentar con toda decisión y con soluciones adaptadas a la realidad actual. (...) El Estado venezolano debe analizar a profundidad lo que sucede, ya que la atención de la población en general está día a día, más limitada por la escasez de recursos, que no permite brindarle óptimos servicios para cubrir sus riesgos de enfermedad.

Las cifras de producción de hospitalizaciones, consultas y otras actividades médicas o de otros servicios, revelan una baja eficiencia, provocada por el paro casi constante que sufrieron los servicios hospitalarios y ambulatorios como consecuencia de los conflictos decretados por diferentes gremios. Las causas de estos conflictos fueron fundamentalmente, en esta ocasión, por problemas de índole administrativa ocasionados por disposiciones de organismos del Estado distintos al propio Ministerio."[161]

El Presupuesto destinado a la salud comienza a experimentar alguna oscilaciones y llega a alcanzar niveles semejantes al primer período, siendo no constate, lo que genera una inestabilidad en el presupuesto del sector, el cual agudiza la crisis anteriormente descrita

---

[161] MSAS: Memoria y Cuenta, 1983.



Al año siguiente el Ministro Luis Manuel Manzanilla expresa: "La atención médica en Venezuela, la que produce bienestar y no la que acusan las estadísticas y los indicadores, es costosa, de poca cobertura y de baja calidad. Entre las causas de esta contradicción está el grave problema que plantea multiplicidad incoordinada de instituciones que ofrecen servicios de salud, lo que produce a su vez una dispersión de recursos, coberturas superpuestas, diferencia en la calidad del servicio, falta de informaciones confiables y el uso desordenado de recursos humanos.

Si a lo anterior se añaden los problemas derivados de una administración defectuosa como son, entre otros, un elevado gasto corriente en el que predomina el dedicado al personal -aproximadamente el 81% del presupuest- y la falta de criterios gerenciales en el manejo de instituciones hospitalarias, no se cree que una inversión tan alta en salud, como la que tiene Venezuela, produzca tan poco resultado.

Por estas razones, en el programa de gobierno de esta administración, fueron propuestas dos grandes líneas de trabajo: el establecimiento de un servicio Nacional de Salud y el reforzamiento de la Atención Primaria con énfasis en la medicina preventiva,

en un todo de acuerdo con las grandes estrategias de la Organización Mundial de la Salud."[162]

Para la realización de lo anterior el Ejecutivo promulgó los decretos Nro 326 y Nro 332 por los cuales se crea la comisión rectora de salud la cual redactó un proyecto de Ley del Sistema Nacional de Salud y diseñó una metodología experimental en base a ensayos del Sistema en algunas regiones del país. Señala el Ministro, refiriéndose a la atención hospitalaria, que "jamás los hospitales serán suficientes para atender a la salud, mientras no funcionen articulados con los servicios ambulatorios de atención primaria, dentro de un Sistema Nacional."[163]

Para 1985 se concluye el documento contentivo de las disposiciones doctrinarias del Sistema Nacional de Salud y se termina el proyecto de Ley Orgánica el cual fue presentado y discutido a nivel de varias instituciones. Fue presentado al Presidente de la República el 27-11-85 y se adelantaron acciones de Atención Primaria de la Salud y de Promoción Social, básicas para la puerta de entrada al Sistema Nacional de Salud. El 23-06-87 el presidente firmó el ejecútese a la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud.

En relación al Sistema Nacional de Salud el Ministro expresa que "la fundación y la implantación del Sistema tiene ciertas interrogantes. Una hábil estrategia puede ser la solución. (...) Lo más importante es la solidez que se logre en las relaciones de las instituciones concurrentes: MSAS, IVSS, IPAS-ME, las empresas locales y la Organización Federal y Municipal. Ellas son las que van a proporcionar todos los

---

162 Ibid., 1984.
163 Ibid.

recursos y sobre todo la colaboración de su elemento humano, factor fundamental y decisivo en el proceso."[164]

La situación en 1988, la pone en evidencia el Ministro Montbrum, el cual expresa en la memoria y cuenta de ese año que "La visión general de la salud en Venezuela, demuestra un panorama de franca conservación de los indicadores alcanzados en años anteriores y mejoría apreciable de muchos de ellos, con la consecuencia de poder aseverar que sus condiciones actuales son de positivo y objetivo progreso hacia las metas de los niveles de salud compatibles con las ambiciones de políticas tendientes a hacer figurar al país como nación de características resaltantes dentro de su área regional y también en el medio internacional.

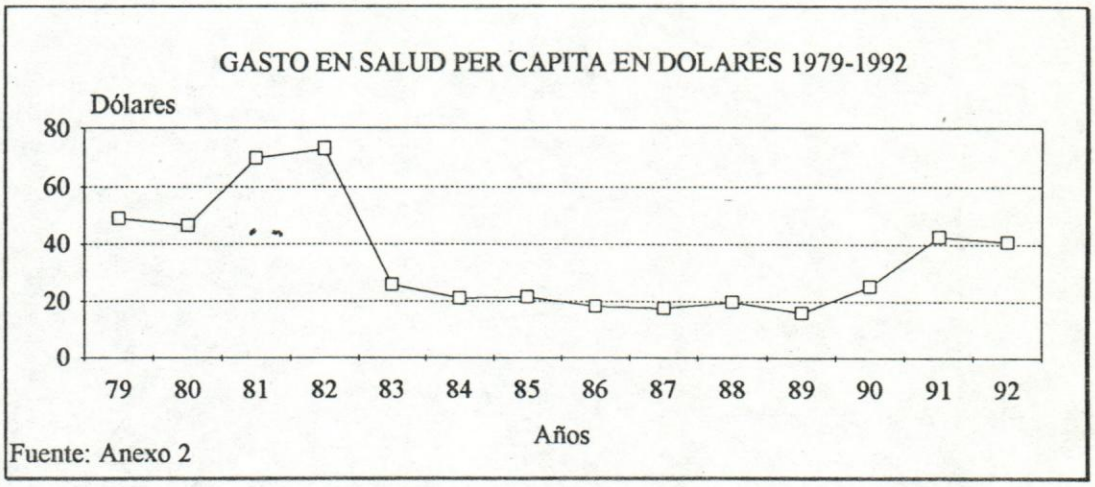
En 1989 Se realizan acciones tendientes a consolidar el Sistema Nacional de Salud, creándose la Junta de Administración del Subsistema Integrado de Atención Médica, estableciéndose su estructura, además de programas de inducción de personal y adiestramiento el desarrollo de experiencias piloto realizada en el estado Anzoátegui. Se continua desarrollando la estrategia de atención primaria en salud en sus aspectos de fortalecimiento de los distritos sanitarios, la participación de la comunidad, la intersectorialidad, la formación de promotores sociales en salud y el desarrollo de los niveles de atención médica.

Con respecto al gasto, a partir de 1983 se comienza a experimentar un significativo descenso de gasto en salud per cápita alcanzando niveles de los años anteriores. Es de notar que la devaluación de la moneda nacional afecta

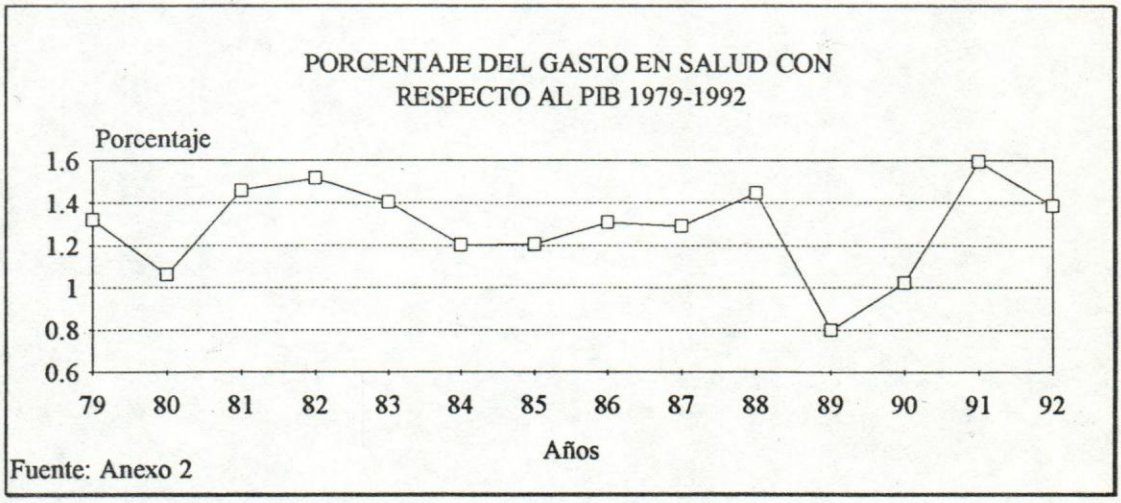
---

[164] MSAS: Memoria y Cuenta, 1988.

considerablemente en la caída del gasto per cápita. Para este año se realizó un gasto per cápita de $ 25,84 a diferencia de 1982 que fue de $ 72,75. Para 1992 es de $ 40,88



Con respecto al PIB, este se mantiene con un promedio de1.30% pero a final del período experimenta un descenso brusco para una rápida recuperación en 1991. Se mantiene el desinterés del Estado con respecto a la inversión en las políticas de salud.



En este período, existen dos leyes que sustentan propuestas organizativas diferente: La Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud y La Ley de Descentralización y Transferencia de Competencias. Hoy en día no se ha resuelto cual de las dos leyes orientará el desarrollo de la política de salud. Desde hace 25 años se ha promovido la idea del Sistema Nacional de Salud como la solución a los problemas que el sector presenta. Luego de las reorientaciones económicas y políticas que fortalecen la descentralización del Estado, específicamente desde la elección de los Gobernadores y Alcaldes, no se tiene muy claro cuál de las dos leyes es la que rige el desarrollo del modelo.

En el proceso de descentralización, "el Congreso de la República aprobó en 1992 y 1993 la transferencia de los servicios de salud del nivel central estadal en los estado Anzoátegui, Carabobo, Bolívar, Zulia, Falcón y Aragua."[165]

Dimensión de Impacto Social

Para los comienzos de la década de los ochenta la mortalidad general, neonanatal, postnatal, infantil y materna, se descenso ha sido lento. "La tasa de mortalidad materna disminuye entre 1970 y 1980, pero se detiene en la década de los 80. Esto podría ser explicado por el hecho de que sus valores han llegado a niveles muy bajos, lo cual dificulta un mayor descenso en las mismas. Sin embargo cuando se compara nuestra tasa alrededor de 60 por cada 100.000 n.v.r., con la de otros países, se encuentra que muchos de éstos -inclusive países en desarrollo- tienen tasas inferiores a la nuestra (entre 2/100.000 n.v.r. y 56/100.000 n.v.r.)"[166].

---

[165] JAEN, María Helena: "La Estrategia de Salud, Nutrición y Saneamiento Ambiental" en **Los Objetivos y Políticas Sociales Dentro de la Estrategia de Salud** Agroplan, 1994, p. 54.

[166] JAÉN, María Helena : **Impacto de la Crisis Socio-Económica sobre la Población: Señales de Alerta,** Fundación Cavendes, Caracas, 1991. p. 53.

En cuanto a la mortalidad infantil, de los niños menores de un año "disminuye progresivamente en la década de los setenta de 49.2 a 32.7 por 1.000 n.v.r; pero a partir de 1980, su reducción es cada vez menor de modo tal que en 1988 es de 23.8 por 1.000 n.v.r. "[167]

La tasa de Mortalidad Neonatal disminuyó entre 1980 y 1988 de 16.7 def/1.000 n.v.r., a 13.8 def/1.000 n.v.r. "Sin embargo para este último año la Tasa de Mortalidad Neonatal, aún representa el 60% de la Mortalidad Infantil."[168]

La Mortalidad Neonatal se compone en su mayoría por procesos patológicos relacionados con la atención del parto y los cuidados iniciales del recién nacido. "El porcentaje prevenible en la Mortalidad Neonatal disminuyó del 9.15% en 1983 al 3.78% en 1988"[169]

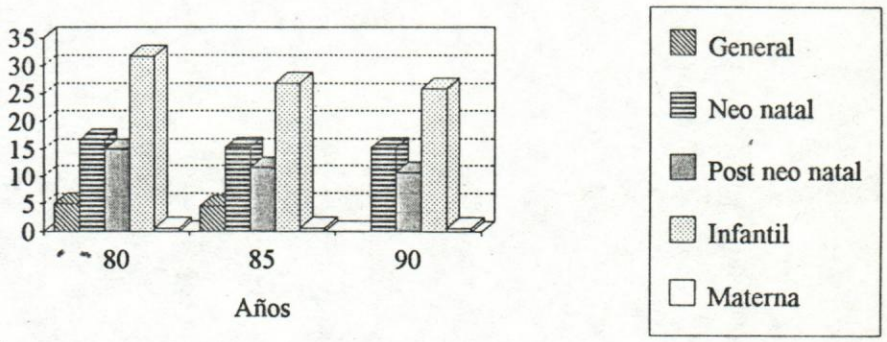
La Mortalidad Materna es "el indicador que ha experimentado la tendencia más estable. En 1980 tenía un valor de 64.7 muertes por cada 100.000 n.v.r., en el 1982 disminuye a 50, para luego ascender a 60 en 1984. De acuerdo a las cifras provisionales en 1983 se llegó a 63.7 muertes maternas por cada 100.000 n.v.r., lo cual equivale a niveles de 1980."[170]

En cuanto a la Mortalidad General, se ha mantenido relativamente estable durante el período, sin embargo se ha podido observar una tendencia de ascenso en los últimos dos años.

---

[167] Ibid.
[168] Comisión Presidencial Por los Derechos del Niño: "Los Niños el compromiso de los Noventa", **Conferencia Nacional sobre los Derechos de el Niño**, Caracas, 26-29 de Agosto, 1991, p. 11.
[169] Ibid.
[170] Ibid.

MORTALIDAD GENERAL, NEONATAL, POSTNEONATAL, INFANTIL Y MATERNA POR 1000 NACIDOS VIVOS REGISTRADOS 1980-1990



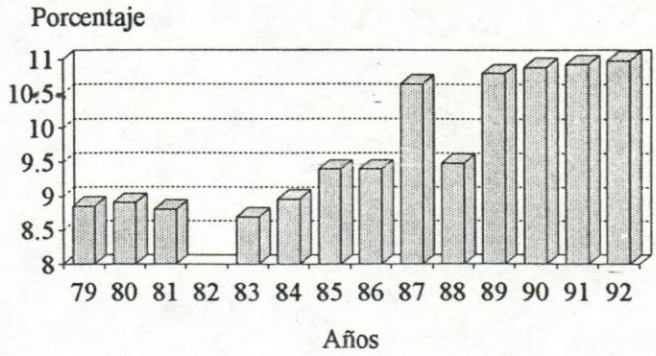
Fuente: Anexo 5

"Los valores de la tasa de bajo peso al nacer para Venezuela entre 1970 y 1978, disminuye hasta 8.96%, tendencia que se rompe en 1987 y 1988 donde aumenta hasta el 9.49%"[171]

"El ritmo de reducción del bajo peso al nacer parecería enlentecerse durante los años ochenta, tal como lo muestra el comportamiento de las TMRA durante el período 1970-1979 en comparación con 1980-1988." Una de las razones de la existencia del bajo peso de los niños al nacer depende del cuidado y alimentación de la madre. Se podría decir que éste se ve afectado por la ausencia de programas preventivos orientados a la educación, como también a la situación económica que impide el consumo adecuado de los alimentos necesarios. Si bien, el Estado ha desarrollado programas compensatorios orientados a las madres y a la población infantil, su impacto es poco visible, ya que estos programas han sido ejecutados bajo una política clientelista por parte de los partidos. Hay que hacer la salvedad que con la implementación de estos programas, en algunos casos, el Estado ha logrado articularse

171 JAEN:op. cit.; p. 53.

con la sociedad a través de convenios con organizaciones comunitarias en la Implementación de los mismos para garantizar su objetivo.



Fuente: Anexo 6

La esperanza de vida se ubica para 1985 en 60.02 años para los hombres y 72.7 para las mujeres, manteniendo el crecimiento que se ha venido dando desde 1950, con un promedio de crecimiento internanual de 3 años. Para 1990 la esperanza de vida en el sexo femenino es de 73.3 años, mientras que en el masculino es de 67 años. Cabe destacar que para principios de la década de los noventa se observa un deterioro en algunos de los factores que intervienen en la esperanza de vida, debido a las tensiones sociales expresadas por un crecimiento de la inseguridad social que vive la población. La esperanza de vida de los venezolanos se puede ver afectada para las próximas generaciones.

CARACTERIZACION DEL MODELO DE ATENCION DE LA SALUD VIGENTE EN VENEZUELA

CARACTERIZACION DEL MODELO DE ATENCION DE LA SALUD VIGENTE EN VENEZUELA

En este aparte se expone las características del modelo vigente de la atención de la salud en Venezuela, el cual presenta rasgos que lo definen y permiten establecer un diagnóstico de la realidad de la atención de la salud, a fin de conocer la participación en el modelo actual de las ONGs estudiadas en el sector.

La salud ha sido un tema de reflexión dentro de las relaciones sociales que se han establecido a lo largo de la historia, su desarrollo ha ido desde concepciones unicausales hasta considerarla como parte de una compleja red de factores que la determinan, la cual está estrechamente vinculada con el desarrollo político, económico y cultural de las sociedades.

Para Venezuela en la década de los noventa el modelo imperante de la atención de la salud se presenta como ***Biologicista***, ***Individualista***, ***Curativo***, ***Médico***, ***Asistencial*** y ***Hospitalario***, el cual, a pesar de no ser el único tipo de modelo existente, es el que predomina en el Estado.

Es Biologicista por la individualidad de la relación salud enfermedad, en la cual los problemas de la salud consisten en apartarse de la normalidad biológica, cualquiera que sea el criterio con que ésta se defina. La etiología -parte de la medicina que tiene como objeto el estudio de las causas de las enfermedades- y la patogenia -origen y desarrollo de las enfermedades- agotan la cuestión de la causalidad en la definición del "agente causal". El proceso salud enfermedad se estudia desde una perspectiva monocausal, la cual está orientada a combatir el agente causal de la enfermedad.

El modelo de atención es *Individualista* porque la particularidad representa un factor determinante en el desarrollo de la atención de la salud, orientada hacia hacia el individuo. La enfermedad es atendida de acuerdo al diagnostico específico del individuo que padece la enfermedad. En relación a la atención de salud, es por esta característica, que se desarrolla actividades especializadas en donde el hombre no es concebido como un todo, y como consecuencia de ello, se deshumaniza el proceso de la salud.

El predominio del modelo biologicista, ha fortalecido la atención *Curativa* porque sólo atiende a la enfermedad, "ubicando a la salud fuera del marco de interrelaciones de variables sociales, económicas, culturales psicológicas y de saneamiento ambiental que la determinan."[171] El hecho de que el modelo genere estrategias y políticas en torno a la curación de la enfermedad, limita el desarrollo de actividades de promoción y prevención de la enfermedad, lo que puede inducir a considerar a la salud como un fenómeno no integral que no participa de las relaciones sociales.

El modelo requiere de recurso humano especializado en diversas áreas, el desarrollo de la atención de la salud en Venezuela, se ha orientado a una medicina donde el *Médico* es la figura central. La producción de personal en salud, "en los últimos veinte años, no han cambiado las tendencias en la formación, continúa el predominio de los egresos en la carrera de medicina frente a los de otros profesionales, especialmente enfermeras y nutricionistas. Así mismo, la relación personal técnico y auxiliar versus profesional, sugiere que nuestra red de servicios de salud está operando con el personal más costoso, no obstante que algunas estrategias básicas en salud asociadas a la Atención Primaria de la Salud, requieren especialmente de técnicos y

auxiliares."[172] Como corolario de lo anterior, la mayoría del gasto en salud en el MSAS se concentra en personal; el descenso del presupuesto en los últimos años ha implicado la caída de los salarios reales, siendo en el sector de la salud los mas afectados el personal gerencial y de enfermería, lo que no constituye un incentivo para trabajar en esas áreas.

Es *Asistencial*, porque no se prevé la enfermedad, se asiste cuando ésta aparece descuidando a los factores que intervienen y producen la enfermedad.

El poco énfasis en la prevención y en la atención de primer nivel orientado hacia la curación de la enfermedad, permite que el *hospital* se convierta en el centro de la atención de la enfermedad, lo cual se pone de manifiesto en:

1. La atención ambulatoria en Venezuela ha sido de baja cobertura debido a que la tendencia del modelo ha sido el desarrollo de una medicina curativa; estos servicios no cuentan con los recursos económicos necesarios para responder las demandas de salud de la población.
2. Por la propia práctica de la salud, la red hospitalaria ha tenido más prestigio en la comunidad que los servicios de atención de primer nivel ofrecidos por los ambulatorios.
3. La orientación del gasto en el sector, a partir de 1949 ha estado dirigida fundamentalmente al área curativa, descuidándose progresivamente el área preventiva, es importante destacar que la actividad hospitalaria por naturaleza es más costosa que la preventiva. En 1990, cerca del 71% del total de los fondos del MSAS va a la atención hospitalaria, 12.6% a la atención ambulatoria, 5.6% a la atención del ambiente, 10.7% a epidemiología y 0.3% a promoción social.[173]

Este modelo que caracteriza la atención de la salud en Venezuela, va acompañado por "un deterioro de los indicadores de salud e importantes desigualdades en las condiciones de salud y de nutrición entre las diferentes entidades federales,"[174] pero al mismo tiempo, ha incorporado a grupos de la sociedad en el desarrollo de la búsqueda de la salud, generando estrategias distintas a la planteadas por el modelo. Es por ello que con esta investigación se propone conocer cómo es la relación de las ONGs que se han incorporado al campo de la atención de la salud, con el modelo de salud vigente en Venezuela, a fin de determinar hasta que punto generan respuestas referidas al cambio frente al modelo vigente.

---

171 JAEN, María Helena; "La Estrategia de Salud, Nutrición y Saneamiento Ambiental" en **Los Objetivos y la Políticas Sociales dentro de la Estrategia Gubernamental**, AGROPLAN. Caracas, 1994, p. 60.
172 Ibid., p 69.
173 Ibid.
174 Ibid..., p. 55.

LAS ORGANIZACIONES Y EL MODELO DE ATENCION DE LA SALUD EN VENEZUELA

LAS ORGANIZACIONES Y EL MODELO DE ATENCION DE LA SALUD EN VENEZUELA

La participación de las ONGs en el sector de salud en Venezuela ha surgido como una respuesta a la deficiencia de las infraestructuras, al financiamiento y frente a la baja calidad de la atención de la salud. Esta participación se observa en la creación de organizaciones como fundaciones, comités de salud, juntas socio-hospitalarias, organizaciones de desarrollo, etc., que pueden plantearse entre sus objetivos apoyar y fortalecer al modelo, como también promover el cambio.

La relación de las ONGs y el modelo de salud en Venezuela se ha desarrollado a través de dos modalidades:

"1. Relación voluntaria que se establece entre ambos para desarrollar tareas en conjunto sin que medie ningún vínculo laboral.

2. Relación a través de convenios que formalizan la relación horizontal entre ambos, basado en compromisos jurídicos."[175]

Las políticas adoptadas por el Estado para 1989 intentan incorporar el componente de la participación de la población en los diversos programas sociales compensatorios que se diseñaron para afrontar los desajustes que produjeron las medidas económicas implementadas.[176] Por la experiencia que se ha obtenido para estos momentos, se puede decir que las ventajas de estas relaciones son:

---

[175] CORDIPLAN. **Informe de País Venezuela.** (documento sujeto a revisión) para el Seminario sobre Focalización de Programas de Salud y Nutrición para Madres y Niños de bajos Ingreso en América Latina. OPS-IDE (Banco Mundial). Quito, 1993. p.60.

[176] Para mayor información sobre las medidas económicas de ajuste, consultar el VIII Plan de la Nación.

"1. Mayor cercanía a las necesidades reales y recursos con los que cuenta la población a nivel local, la cual permite obtener mejor conocimiento acerca de los problemas que afectan a la comunidad.

2. Mayor grado de flexibilidad operativa y capacidad de intervención frente a los cambios que ocurren en el comportamiento de los problemas de la comunidad.

3. Mayor legitimidad frente a la comunidad para lograr su movilización y generación de redes de asistencia solidaria entre sus miembros, frente a los problemas individuales y colectivos."[177]

Es importante resaltar que "como consecuencia de los logros y efectividad demostrados por los programas, la cooperación a través de las ONGs y el desarrollo de la participación, han creado un clima favorable para la adopción de modalidades programáticas donde la participación sea instrumento y un objetivo estratégico para la superación de la pobreza"[178]

Dentro de este contexto y de acuerdo a las dimensiones establecidas en el análisis de contenido que se realizó de 145 ONGs, que comprende 302 unidades lingüísticas, analizadas vertical y horizontalmente, se obtuvo los siguientes resultados:

---

[177] CORDIPLAN. op. cit., p.61
[178] Ibid.

Análisis Vertical

Dimensión Ideológica:

Se realizó un primer análisis de los datos de forma vertical, es decir la cantidad de unidades lingüísticas repetidas por categoría en esta dimensión. La que más resaltó fue el ***Modelo multicausal, la salud como cuestión social***, la cual expresó que en un 78%, las organizaciones reflejan en sus objetivos lo social para atender los problemas de la salud. Estas organizaciones que orientan sus proyectos hacia múltiples actividades vinculadas al desarrollo integral de los individuos y de las comunidades, expresados por la caridad, religión, producción, recreación, espiritualidad, formación integral, etc., que incorporan la necesidad de atender la salud dentro de sus actividades, como el caso de la Unión Venezolana de Centros de Educación Popular la cual tiene como objetivo "crear e implementar programas formativos y culturales que permitan aumentar el nivel de vida de las personas en sus comunidades"[179]

También se agrupan en esta categoría, grupos muy específicos de la sociedad relacionados con problemas de la salud como, mujeres, niños, adolescentes, inválidos, desamparados, problemas mentales y de escasos recursos. Es importante resaltar que las poblaciones objetivo que con más frecuencia se repiten en los datos obtenidos son los niños, las madres y los adolescentes, como es el caso de las organizaciones siguientes: Casa Hogar las Fuentes la cual tiene como objetivo "prestar atención asistencial, médica y educativa a niños entre 6 y 18 años en situación de abandono,"[180] Fundación Carla de Asistencia al Niño, donde su objetivo es "brindar

[179] Organización Nro. 146. Base de datos de las Organizaciones No Gubernamentales. Véase anexo.
[180] Organización Nro. 44. Base de datos de las Organizaciones No Gubernamentales. Véase anexo.

atención integral a nivel nacional a niños con problemas del hígado,"[181] y la Asociación Civil Niña Madre que: "atiende a las embarazadas en riesgo social y ayuda a la prevención de este problema a nivel popular."[182]

La categoría del ***Modelo Monocausal con énfasis en lo biológico y en la enfermedad,*** representó el 13.10% de las organizaciones que orientan su proyecto a la intervención en la sociedad en búsqueda de la salud combatiendo a un determinado agente o causa. Principalmente están orientadas a la búsqueda de la solución de enfermedades muy específicas como el cáncer, el sida, el vitiligo, enfermedades del riñón, afecciones cardíacas, etc. Como el caso de la Asociación contra la tuberculosis y enfermedades respiratorias de Caracas, quien tiene como objetivo "Atacar las enfermedades respiratorias y la tuberculosis."[183]

Es importante destacar que en esta dimensión ideológica, la del ***Modelo Monocausal con énfasis en lo biológico y en la enfermedad*** se identifica con la caracterización del modelo de la atención de la salud.

Es de notar que la categoría ***Modelo Ecológico*** que es aquella en donde los objetivos de las ONGs reflejan la intervención en el ambiente para responder y atender los problemas de salud, representó el 2.07%, lo que expresa que las organizaciones dentro de sus objetivos no incorporan al ambiente como factor interventor en el proceso salud enfermedad, es decir, que las organizaciones no perciben significativamente la influencia de lo ecológico en la salud. En la investigación se encontraron tres organizaciones que plantean el Modelo Ecológico, un ejemplo es el caso de la Federación de Asociaciones de Comunidades Urbanas, que se encarga de

---

[181] Organización Nro. 71. Base de datos de las Organizaciones No Gubernamentales. Véase anexo.
[182] Organización Nro. 15. Base de datos de las Organizaciones No Gubernamentales. Véase anexo.
[183] Organización Nro. 18. Base de datos de las Organizaciones No Gubernamentales. Véase anexo.

"lograr una mejor calidad de vida a través de la defensa del urbanismo, servicios y ambiente de la comunidad."[184]

En relación a esta dimensión, se puede concluir que las organizaciones no participan significativamente en el marco ideológico del modelo vigente de atención de la salud en el Estado Venezolano. Los objetivos de las mayoría de las organizaciones reflejan que éstas no se sienten identificadas ideológicamente con la problemática de atención de la salud proyectada por el modelo. A saber, su orientación se identifica más con la teoría multicausal del concepto de salud.

Dimensión de Gestión y Estrategias:

Para esta dimensión en las organizaciones estudiadas, se encontró que sus servicios están ubicados principalmente en la categoría ***Integral*** con un 64.83%, la cual va orientada va orientada la atención de la salud de forma total la cual no está limitada a lo médico asistencial, es decir, son actividades dirigidas a lo recreativo, formativo, divulgativo, etc., las cuales persiguen lograr la atención de la salud por medios relacionados con ella distintos a lo cuartivo-asistencial, como es el caso de la Asociación Benéfica Cristiana Promotora del Desarrollo integral, la que ofrece el "servicio de desarrollo educacional, recreativo y social en el área de salud."[185] Estas organizaciones perciben a la salud como un bien social de orígen multicausal.

Dentro de las organizaciones estudiadas, se dió el caso de loos servicios que prestan son tanto integrales como curativos.

Las organizaciones que realizan actividades que se agrupan en la categoría ***Curativo-Asistencial***, representan un 51.03%. Estas ofrecer servicios orientados a la

---

[184] Organización Nro. 64. Base de datos de las Organizaciones No Gubernamentales. Véase anexo.
[185] Organización Nro. 8. Base de datos de las Organizaciones No Gubernamentales. Véase anexo

curación de la enfermedad atendida por médicos con un énfasis asistencial, representada por dispensarios, consultorios médicos, centros de rehabilitación investigación, etc., como es el caso de la Asociación Civil Posada del Peregrino que ofrece el servicio de "asistencia social, medicina interna servicio de enfermería y rehabilitación integral."[186] Organizaciones que prestan este tipo de servicio se identifican con el modelo de salud imperante.

De este primer análisis se puede concluir que los objetivos de las ONGs están vinculados al área de salud con una concepción que responde a una visión integral del proceso de salud y su entorno, en donde los servicios que ofrecen están orientados a la satisfacción de las necesidades del individuo, haciendo mayor énfasis en la atención integral del mismo para lograr la salud.

Análisis Horizontal

Para dar respuesta al problema de esta investigación, en el sentido de determinar cómo se comportan las organizaciones civiles en relación al modelo de atención de la salud predominante en Venezuela, a fin de describir si las ONGs son promotoras de cambio en el sector; se realizó un análisis horizontal de las categorías que combinan los objetivos con los servicios que prestan en relación a la atención de la salud, lo cual permitió establecer ocho tipos diferentes de organizaciones, las cuales son:

El primer tipo, son las organizaciones que tienen como objetivo el ***Modelo Multicausal con énfasis en lo social*** y realizan actividades ***Integrales***. Estas

[186] Organización Nro. 17. Base de datos de las Organizaciones No Gubernamentales. Véase anexo.

representan el 38.19% de la organizaciones estudiadas y son aquellas organizaciones cuyos objetivos están orientados hacia múltiples actividades dirigidas al desarrollo integral de los individuos, ofreciendo en el área de la atención de la salud, actividades relacionadas con la comunidad y las relaciones interpersonales. Tal como es el caso de la organización Ama a tu prójimo, la cual tiene como objetivo "realizar una serie de actividades educativas y espirituales por medio de la aplicación de la metafísica" y ofrece como servicio la promoción de la salud integral."[187]

El segundo tipo, son las organizaciones del ***Modelo Multicausal con énfasis en lo social*** que realizan actividades ***Curativas-Asistenciales*** el cual agrupa organizaciones que tienen objetivos que reflejan la intervención en la sociedad para atender los problemas de la salud desde una perspectiva social, ofreciendo servicios que están orientados a actividades asociadas al proceso curativo asistencial, como es el caso de la Asociación Venezolana para una Educación Alternativa, que tiene por objetivos, "capacitar, educar, investigar y prestar servicios en el área de la sexualidad específicamente en ginecología general."[188]

Las organizaciones que se identifican con el ***Modelo Multicausal con énfasis en los social*** prestan servicios tanto ***Curativos- Asistenciales*** como ***Integrales***, y representan un 18.06%; ellas desarrollan actividades en función de la intervención en lo social, conjuntamente con actividades curativas e integrales, como es el caso de la Asociación Civil Centenario San José de Tarbes, que tiene por objetivos "activar el espíritu de las tarbesianas para la acción social, la promoción humana, especialmente

---

[187] Organización Nro. 6. Base de datos de las Organizaciones No Gubernamentales. Véase anexo.
[188] Organización Nro. 39. Base de datos de las Organizaciones No Gubernamentales. Véase anexo

de las clases populares" y ofrece los servicios de atención médica, primeros auxilios y orientación familiar."[189]

Seguido se encuentran las organizaciones que se identifican con el ***Modelo Monocausal con énfasis en lo biológico y en la enfermedad*** que prestan servicios ***Curativos-Asistenciales***. Estas representan el 5.56% y son aquellas organizaciones cuyo objetivos reflejan la intervención en la sociedad en búsqueda de la salud combatiendo a una determinada causa; prestan servicios orientados a la atención curativa, médico y asistencial, como es el caso de la Asociación Contra la Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias de Caracas, que tiene por objetivo "atacar las enfermedades respiratorias y la tuberculosis" y ofrece servicios en "prevención, tratamiento para la tuberculosis y enfermedades respiratorias."[190]

Las organizaciones que se identifican con el ***Modelo Monocausal con énfasis en lo biológico y en la enfermedad,*** y prestan servicios ***Curativos-Asistenciales*** y además ***Integrales***, representan un 4.17%. Son aquellas organizaciones que en sus objetivos plantean combatir la lucha contra una determida enfermedad, a través de servicios curativos y preventivos. Tal es el caso de la Asociación Civil de Ayuda a los Servicios de Cirugía Plástica y Reconstrucción, que tiene por objetivos "promover, mejorar, desarrollar y ayudar al servicio de cirugía plástica y reconstructiva del hospital de niños J.M. de los Ríos" y que ofrece los servicios de "suministrar medicamentos y la educación integral de los niños impedidos."[191]

Las organizaciones ***Monocausal con énfasis en lo biológico y en la enfermedad***, y que ofrecen servicios ***Integrales*** representan un 3.47%. Estas son

---

[189] Organización Nro. 11. Base de datos de las Organizaciones No Gubernamentales. Véase anexo.
[190] Organización Nro. 18. Base de datos de las Organizaciones No Gubernamentales. Véase anexo
[191] Organización Nro. 12. Base de datos de las Organizaciones No Gubernamentales. Véase anexo

aquellas organizaciones que cuentan con servicios integrales para cumplir los objetivos de combatir a través de actividades integrales, a la causa de la enfermedad, como es el caso de la organización Asociación Venezolana de Laringectomizados, que tiene por objetivos "fomentar la rehabilitación integral de los laringectomizados a través del desarrollo de programas de capacitación especial es voz ericmofónica a terapistas y a laringectomizados."[192]

Hay una organización que se identifica con el ***Modelo Ecológico, Integral Curativa-Asistencial*** y otra con el ***Modelo Ecológico*** y ***Curativo-Asistencial,*** las cuales representan el 0.69% cada una. Ambas tienen dentro de sus objetivos la intervención en el ambiente y realizan respectivamente actividades curativas e integrales, una de ellas es la Sociedad Venezolana de la Cruz Roja-Barquisimeto, que tiene por objetivo, "coadyuvar a través de los organismos competentes a satisfacer las necesidades sanitarias a través de la atención integral para la comunidad como tratamientos ambulatorios y servicios de implementos médicos."[193] La otra es la Fundación de Mejoramiento Ambiental y Bienestar Social de Sector de Caricuao, que tiene por objetivo "programar la organización y participación de la comunidad de Caricuao a fin de mejorar sus condiciones de vida y lograr un mayor desarrollo individual y familiar, a través de la atención médico asistencial."[194]

Dimensión "No Presenta Información"

En esta dimensión se encontró el 6.90% de las organizaciones ya que no presentaron información. Estas 10 organizaciones están registradas en las bases como

---

[192] Organización Nro. 34. Base de datos de las Organizaciones No Gubernamentales. Véase anexo
[193] Organización Nro. 141. Base de datos de las Organizaciones No Gubernamentales. Véase anexo
[194] Organización Nro. 81. Base de datos de las Organizaciones No Gubernamentales. Véase anexo

organizaciones que realizan actividades en salud pero no tienen el registro necesario para el análisis.

Para concluir este análisis se puede establecer dos grupos:

1. Agrupa las organizaciones que ideológica y estrategicamente se identifican con el modelo de salud imperante en Venezuela, como son el Modelo Monocausal con énfasis en lo biológico y en la enfermedad y que prestan servicios integrales y curativos; y las organizaciones que se identifican con el Modelo Ecológico y que prestan servicios en el área curativa; representan el 13.8% de las organizaciones.
2. El 78% de las organizaciones, que comprende aquellas que se identifican ideológicamente y estratégicamente con el Modelo Multicausal con énfasis en los social que prestan servicios tanto curativos como integrales, y las organizaciones que se identifican con el Modelo Ecológico que presten servicios curativos e integrales, difieren en sus objetivos en el modelo de atención de la salud predominante en Venezuela.

LAS ONGs COMO PROMOTORAS DE CAMBIO DEL MODELO DE ATENCION DE SALUD VIGENTE EN VENEZUELA

LAS ONGs COMO PROMOTORAS DE CAMBIO DEL MODELO DE ATENCION DE SALUD VIGENTE EN VENEZUELA

La dinámica de las relaciones sociales que se establece entre los actores de la sociedad, se presenta como un consenso en torno a un proyecto de sociedad que se desarrolla a través del tiempo. La realidad cambiante en donde se dan estas relaciones genera la gestación de nuevas propuestas sobre el proyecto modernizador imperante.

El surgimiento de estas nuevas propuestas puede ser generado, en algunos casos, por el debilitamiento de las estructuras establecidas, produciendo una crisis que se expresa cuando las estructuras no pueden más con la dinámica de las relaciones que se establecen en el sistema, lo que implica, que su debilitamiento propone la sustitución del proyecto imperante por uno distinto, que sea reflejo de la realidad cambiante y de las nuevas relaciones sociales. Es entonces cuando se produce el cambio, el cual significa el paso de un tipo de sociedad a otro que involucra la transformación de la organización social, lo cual supone la modernización.

Esta dinámica de las relaciones sociales se puede observar en sistemas específicos de la sociedad, para este estudio se observó la relación de las dinámicas sociales que se establecen en el sector salud entre las ONGs y el modelo de atención de la salud vigente en Venezuela.

En este estudio se observó que el 78% de las organizaciones estudiadas presentan una propuesta alternativa, es decir, difiere con el modelo de atención de la salud vigente. Esto implica que hay una propuesta diferente en las relaciones sociales que se establecen en el sistema de salud.

¿Qué Significa que las ONGs Sean Promotoras de Cambio del Modelo de Atención de Salud Vigente en Venezuela?

Del análisis de contenido realizado, se refleja que las organizaciones estudiadas son promotoras de cambio porque sus actividades presentan una alternativa distinta a la propuesta por el modelo vigente. Estas ONGs consideran a la salud como uno de los componentes de las relaciones sociales que se dan en torno a la búsqueda del bienestar social.

También se observó que no se consideran políticamente, como portadoras de una propuesta alternativa, su intención es desarrollar actividades que respondan las necesidades generadas por el debilitamiento del modelo de atención. Es necesario aclarar, que a pesar de que particularmente su intención no es sustituir al modelo imperante, en la práctica, si éstas se observan como un todo, se descubre que las propuestas particulares responden a un problema común, por lo tanto, podrían convertirse en una propuesta de cambio.

Del análisis, fundamentalmente, se determinó que las ONGs son promotoras y no agentes de cambio por desconocimiento de la capacidad política de su propuesta. Ellas podrían promover con el trabajo que realizan reflexiones mas profundas dentro del sector, que permitirían el desarrollo de una propuesta que refleje la necesidad de tomar conciencia sobre la complejidad de los problemas y sus soluciones en el sistema de salud.

De lo anterior, es necesario resaltar que las organizaciones no se consideran sujetos políticos, de ser así, ellas tuvieran la posibilidad de articular la multiplicidad de intereses que las caracterizan y participar en la relaciones políticas.

La propuesta de las ONGs, es producto de aciertos y desaciertos en las iniciativas puestas en marcha para dar respuesta a su realidad. Con respecto al modelo de salud, ellas se presentan como promotoras de cambio, porque ante la crisis que vive el modelo ellas aparecen como un aliado de la población en relación al sector salud, promueven a través de la práctica, actividades que permiten ensayar nuevas propuestas.

Actualmente el sistema de servicios de salud venezolano y fundamentalmente el MSAS requiere de la participación de las organizaciones para satisfacer las necesidades de la población, del trabajo comunitario solidario; lo cual representa una alternativa para el modelo con el fin de fortalecer sus estructuras. La importancia de estas nuevas relaciones recae en la pérdida de poder del mismo en la medida en que las organizaciones se consideren como sujetos políticos y alcancen el grado de madurez necesario para convertirse en agentes de cambio.

Las organizaciones no pueden asumir los costos de una medicina curativa, como la ofrecida por el modelo, lo cual ha traído como consecuencia que los mismos hayan desarrollado de estrategias preventivas de la salud Esto podría se una de las razones por las cuales se podría considerar a la salud de origen multicausal, en donde intervienen diversos factores que pueden ser advertidos e intervenidos de forma integral. Esto hace que aparentemente no haya competencia entre el modelo y la propuesta de las organizaciones.

La necesidad de rescatar la salud en las actividades cotidianas de la sociedad ha generado la realidad de que la atención salud debe salir de las orientación hospitalaria imperante. La educación y la promoción de la salud a través del trabajo comunitario se presenta como una alternativa de realizar actividades preventivas, sin la necesidad de

la participación exclusiva de los médicos. Su incorporación a este tipo de actividad es fundamental pero no indispensable.

¿Qué Implica la Promoción de Propuestas Alternativas en el Modelo de Atención de la Salud?

El desarrollo de actividades como las que proponen las ONGs, ante la crisis del modelo de atención de la salud, representa una oportunidad de orientar y formar a grupos de la sociedad que tengan la capacidad de desarrollar una estrategia de atención que pueda resolver la problemática existente.

Las ONGs que fueron estudiadas tienen un grado de organización y de experiencia sencillo, el cual no permite actualmente proponerse como agentes de cambio en el sector. Estas deben fortalecer sus estructuras para construir los espacios que preparen y capaciten a los nuevos actores que participaran en el desarrollo de propuestas que permitirán alcanzar el bienestar social.

El sistema de atención vigente de la salud, entre una de sus propuestas tiene el desarrollo de actividades con las comunidades en relación al desarrollo de la medicina de primer nivel de atención. Esta tiene dos aspectos fundamentales:

> Uno, el que la incorporación de las comunidades en el modelo de salud, está orientado hacia un cambio en la actitud de la población frente a los servicios que se prestan actualmente, que se han caracterizado por tener una participación pasiva, que solamente se realiza en forma individual en la medida en que se presenta la enfermedad, es decir, no se percibe la posibilidad de concebir la salud en términos colectivos.

El otro aspecto es el que estudia la posibilidad de articular a las organizaciones comunitarias en el sector por medio de convenios, que permitan realizar actividades orientadas a la búsqueda de la salud. Esta actividad se propone fundamentalmente por la necesidad de buscar legitimar al Estado en su función de distribuidor de la renta a través de los servicios que presta en salud.

Esta propuesta podría ser la mas viable en cuanto a la realidad, porque el modelo tiene la oportunidad de incorporar a sus actividades la estructura organizativa de las comunidades, aprovechar la inmadurez de sus estructuras y formarlas para desarrollar estrategias que permitan el mantenimiento del modelo. Sin embargo, por ser la orientación principalmente biologicista, médico, asistencial y hospitalaria, se dificulta el desarrollar estrategias que permitan una gestión conjunta en función de un fin común, que es la salud.

A pesar de que el sistema de servicios de salud presenta un debilitamiento de sus estructuras, lo cual se ve reflejado en el deterioro de los servicios y en su incapacidad para dar respuestas a las necesidades de la población, éste continua vigente y condiciona las actividades que desarrollan las ONGs, porque el sistema de salud está determinado por el modelo imperante. Hasta tanto estas organizaciones no se identifiquen como sujetos políticos, no podrán convertirse en agentes que propongan y lleven adelante un cambio en el sector salud.

La posibilidad de un cambio se plantea desde dos puntos de vista:

- El primero se basa en que las organizaciones desarrollen una estrategia política distinta a la planteada por el modelo, la cual superaría y sustituiría el modelo imperante. Esto podría ser posible

desde y a partir de las ONGs en la medida en que se definan como sujeto político, al mismo tiempo que se agrupan, desarrollan y concientizan una problemática común en búsqueda de la salud.

- El segundo comprendería un replanteamiento del modelo sustentado en una reflexión en cuanto a sus características, a la realidad del deterioro de los servicios y acerca de la ineficiencia del mismo para dar respuesta a las necesidades de la población. Bajo esta opción, para que se de un cambio, es necesario que el modelo genere espacios que permitan el desarrollo de iniciativas promovidas por organizaciones que realicen actividades en el sector.

Valdría la pena, en un futuro, investigar tanto la posibilidad de las ONGs de convertirse en sujetos políticos, como también la capacidad de gestión del modelo de atención de la salud para generar espacios que permitan un replanteamiento de las relaciones sociales que se generan a fin de darle respuesta a las necesidades de salud de la población venezolana.

BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFIA

ARRIECHE, Adela y otros: **Evaluación de las Experiencias de Descentralización y Desconcentración del Sector Salud en Venezuela,** Caracas, ILDIS, 1993.

Asociación Latinoamericana de Medicina Social: **II Taller Latinoamericano de Medicina Social**, Marzo 1991, Caracas, Ediciones del Rectorado de la U.C.V., 1991.

Asociación Latinoamericana de Medicina Social: **V Congreso Latinoamericano de Medicina Social**, Marzo 1991, Caracas, Ediciones del Rectorado de la U.C.V., 1991.

Asociación Pro Calidad de Vida: **Data Social, Directorio de Asociaciones de ayuda Comunitaria en Venezuela**. PDVSA, IBM. 1992.

BOBBIO, Norberto y otros: **Sociedad Civil en los Jusnaturalistas**, en Diccionario de Política, Siglo XXI, Tomo II, 1980.

BRIONES, Guillermo: **Métodos y Técnicas de Investigación para las Ciencias Sociales**, México, Trillas, 1990.

CARCAVALLO, Rodolfo y Ana Plencovich: **Los Ecólogos de la Salud,** Caracas, Monte Avila Editores, 1975.

CARTAYA, Vanessa: **El Personal de Salud en Venezuela,** Caracas, Banco Mundial, 1991.

CARTAYA, Vanessa (Coordinadora): **Alternativas No Convencionales de Prestación de Servicios de Seguridad Social en el Area Metrpolitana.** (Versión Preliminar), Caracas, ILDIS, 1993.

Centro de Investigación y Extensión de la Facultad de Ciencias de Salud: **Perspectiva, Proceso Salud Enfermedad**, Vol 4, Nro 1 y 2, Bogotá, 1988.

Comisión Presidencial para la Reforma del Estado (COPRE): **La Descentralización, Una Oportunidad Para La Democracia,** Caracas, Volumen 4, 1989.

Comisión Presidencial para los Derechos del Niño: **Los Niños: El Compromiso de los Noventa**, Caracas, 1991.

Congreso Nacional de la República de Venezuela: **Ley Orgánica de Descentralización y Transferencias de Competencia del Poder Público,** Gaceta Nro 4153 Extraordinario, 28-12-1989.

Congreso Nacional de la República de Venezuela: **Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud en Venezuela,** Gaceta Nro 33745, 23-6-1987.

DE LACRUZ, Rafael: **Descentralización, Gobernabilidad, Democracia**, Caracas, COPRE, PNUD, Nueva Sociedad, 1992.

Diccionario Médico Salvat, México, 1992.

ECO, Umberto: **Cómo se Hace una Tesis**, Argentina, Gedisa, 1982.

Editirial Revista SIC: "Sociedad Civil y Las Elecciones Locales", en **Rev. SIC**. Noviembre, Nro 519, Caracas, 1989.

ESPAÑA, Luis Pedro: **Democracia y Renta Petrolera**, Caracas, UCAB, 1989.

ESPINOZA, Antonio: **Concepto Ecológico de la Salud y la Enfermedad**. **La Epidemiología Como Ecología Médica**, M.S.A.S.

FARZAM, Arbad: **Organizaciones No Gubernamentales de Desarrollo: Informe de un Proyecto de Aprendizaje**, Colombia, Celater, PACT, 1989.

FERNANDEZ, Ruben: "Las Organizaciones No Gubernamentales, Una Nueva Realidad en America Latina", **Seminario Preparatorio de la III Consulta Internacional de la CMCH, AD**, Rio de Janeiro, 1985.

FOCAULT, Michel: **Historia de la Medicalización,** Educación Médica y Salud, 1977.

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. UNICEF: **Estado Mundial de la Infancia,** España, varios años.

Fundación Cavendes: **Impacto de la Crisis Socio-Económica sobre la Población: Señales de Alerta Venezuela 1989,** Caracas, 1991.

GARCIA, Haydée: **El Gasto Público Social en Venezuela,** Caracas, ILDIS, 1988.

GARCIA, Haydée: **Política Social en Venezuela: Antes y Después del Ajuste**, Caracas, PNUD UNICEF, 1993.

GARCIA, Haydée: **Comportamiento Financiero del Sector Público de Salud**, Caracas, Min Familia, Banco Mundial, 1991.

GARCIA S., José: **Indicadores de Gestión para Establecimientos de Atención Médica**, Caracas, Disinlimed, 1993.

GOMEZ C., David (Editor): **Políticas de Salud en América Latina, Aspectos Institucionales de su Formulación Implementación y Evaluación,** Caracas, Organización Panamericana de la Salud OPS; C.L.A.D., 1988.

GONZALEZ, Marino: **Fundamentación y Propuesta Metodológica para el Desarrollo del Sistema de Indicadores de Salud de la Región Centro Occidental de Venezuela,** Caracas, ILDIS, 1988.

GONZALEZ, Marino: "Análisis de la Viabilidad Política y Administrativa del Sistema Nacional de Salud" en **Coloquio Sobre el Sistema Nacional de Salud,** Caracas, ILDIS, 1987.

HOCHMAN, Elena; Maritza Montero: **Técnicas de Investigación Documental**, México, Trillas, 1986.

HURTADO, Samuel: **Dinámicas Comunales y Procesos de Articulación Social.** Caracas, Fondo Editorial Tropykos, Caracas, 1991.

INFANTE, Rodrigo: "Venezuela. Evolución de la Política de Salud (1936-1988)", en **Cuadernos de la Escuela de Salud Pública**, Nro 52,Caracas, U.C.V. 1988.

Instituto Nacional de Nutición, INN: "Nutrición y Salud" **VI Congreso Venezolano de Salud Pública,** Barquisimeto, 1981.

International Association of Health Policy, Asociación Latinoamericana de Medicina Social, y otros: "Estado, Trabajo y Condiciones de Salud", **IV Congreso Latinoamericano y V Congreso de Medicina Social**, Colombia, Agosto 1987.

JAEN, María Helena, Auristela Pérez I.: "Descentralización de la Salud: por una atención de calidad, Propuestas y escenarios" en CASANOVA y otros: **Descentralización de la Educación, la Salud y las Fronteras, La Distribución del Poder**, Caracas, Copre, PNUD, Nueva Sociedad, 1993.

JAEN, María Helena: **Estructura de Poder en Salud y Atención Ambulatoria Pública en Venezuela,** Caracas, CENDES, 1989.

JAEN, María Helena, Tirsis Quezada: **Ciencias Sociales, Medicina Preventiva y Formación Médica en la Escuela de Medicina Luis Razetti. (U.C.V.): Situación Actual,** Caracas, CENDES, 1985.

JAEN María Helena: "La Estrategia de Salud, Nutrición y Saneamiento Ambiental" en **Los Objetivos y Políticas Sociales Dentro de la Estrategia Gubernamental,** Agroplan, 1994.

JAEN María Helena, Francisco Irureta: **Los Establecimientos Ambulatorios en Venezuela: Organización, Funcionamiento y Situación Actual 1985,** Caracas, AVEDIS, 1988.

MACMAHON, Brian y Thomas Pugh: **Principios y Métodos de Epidemiología,** México, La Prensa Médica Mexicana, 1984.

MAINGON, Thaís: **Agenda Social de los 90, Proposiciones para una Política de Salud y Nutrición para Venezuela,** Caracas, ILDIS, COPRE, 1993.

MALAGA, Hernán: "Necesidad de la Descentralización del Sector Salud", en **Seminario Hacia la Reforma del Sector Salud en Venezuela,** Caracas, ILDIS, 1993.

MARTINEZ, Santiago: "Las ONGD En La Región Andina", en el **Taller Evaluación de Programas de Promoción Social de la Región Andina,** CESAP, DESCO, FICONG, Caracas, 1993.

MAX-NEEF, Manfred y otros: **Sociedad Civil y Cultura Democrática, Mensajes y Paradojas,** Chile, Cepaur, 1989.

McNALL, Edward: **Civilizaciones de Occidente,** Buenos Aires, Siglo Veinte, 1982.

Ministerio de Estado para la Participación de la Mujer en el Desarrollo: **Venezuela, Biografía Inacabada. Evolución Social 1936-1983,** Caracas, Banco Central de Venezuela, 1983.

Ministerio de Sanidad y Asistencia Social MSAS: **Políticas de Salud en Venezuela,** Caracas, 1992.

Ministerio de Sanidad y Asistencia Social MSAS: "Evolución de la Atención Médica en el Ministerio de Sanidad, Reseña Histórica", **VII Congreso Venezolano dc Salud Pública,** Caracas, 1986.

Ministerio de Sanidad y Asistencia Social MSAS: "Evolución de los Gastos en Salud del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social en Venezuela 1936-1985", **VII Congreso Venezolano de Salud Pública,** Caracas, 1986.

Ministerio de Sanidad y Asistencia Social MSAS: "Acta Final", **VII Congreso Venezolano de Salud Pública**, Caracas, 1986.

Ministerio de Sanidad y Asistencia Social MSAS: "Evolución de las Condiciones de Salud 1936-1986", **VII Congreso Venezolano de Salud Pública**, Caracas, 1986.

Ministerio de Sanidad y Asistencia Social MSAS: "Población de Venezuela su dinámica y Correlaciones con la Salud pública", **VII Congreso Venezolano de Salud Pública**, Caracas, 1986.

Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. MSAS: **Principales Causas de Muerte en Venezuela 1984-1988,** Caracas, 1989.

Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. MSAS: **VII Congreso Venezolano de Salud Pública**, Tomo VI, Caracas, 1987.

NAIM, Moises, Ramón Piñango (Coordinadores): **El Caso Venezuela, Una Ilusión de Armonía**, Caracas, IESA, 1986.

NAVARRO, Juán Carlos: **La Toma de Decisiones Gerenciales: El diseño y la Evaluación de Programas de Salud.** Caracas, Ediciones IESA, 1993.

Oficina Central de Coordinación y Palanificación de la Presidencia de la República. CORDIPLAN: "Informe de País, Venezuela", en el **Seminario sobre Focalización de Programas de Salud y Nutrición para Madres y Niños de Bajos Ingresos en América Latina**, OPS, IDE, Quito, 1993.

Oficina Central de Coordinación y Palanificación de la Presidencia de la República: **Informe Social 3**, Caracas, CORDIPLAN, 1986.

Oficina Central de Estadisticas e Informatica, O.C.E.I: **Anuario Estadístico de Venezuela**, Caracas, varios años.

Oficina Central de Estadisticas e Informatica O.C.E.I: **Estimaciones y Proyecciones de Población 1950-2025**, Caracas, 1990.

Oficina Central de Estadisticas e Informatica O.C.E.I: **Proyección de la Población de Venezuela, Entidades Federales y Municipios 1990-1995**, Caracas, 1992.

PARDINAS, Felipe: **Metodología y Técnicas de Investigación en Ciencias Sociales**, México, Siglo XXI, 1982.

QUINTERO, Inés: " La Quimera de la Sociedad Civil en Venezuela", en **Rev. SIC**. Noviembre, Nro 519, Caracas, 1989.

RITCHEY V., Marion: **El Arte de Asociarse: Las ONG y la Sociedad Civil en Colombia**, E.E.U.U., I.A.F., 1992.

SALAMANCA, Luis: "Sociedad Civil, Estado y Política Social", ponencia presentada en el **Foro Nacional de Política Social, Democracia y Desarrollo**, Caracas, 1991.

Sociedad Venezolana de Planificación: **Planificación de Salud,** Caracas, Nro 156-158, 1982.

SONNTAG, Heinz y Thaís Maingón: **Venezuela: 4-F 1992. Un análisis Socio Político.** Caracas, Nueva Sociedad, 1992.

SOSA, Arturo "Prospectiva del Sistema Político Venezolano" en CABALLERO, Manuel y otros: **Las Elecciones Presidenciales (La Ultima Oportunidad o La Primera).** Caracas, Grijalbo, 1989.

SOSA, Arturo: "La Sociedad Civil: del Mito a la Realidad" en Conferencia Episcopal Venezolana y Universidad Católica Andrés Bello: **Encuentro y Alternativas**. en el Encuentro Nacional de la Sociedad Civil, Caracas, UCAB, tomo 1 y 2, 1994.

SOSA, Arturo y otros: **Gómez, Gomecismo y Antogomecismo**, Caracas, Fondo Editorial Tropykos; Fondo Editorial de Humanidades y Educación U.C.V., 1987.

SOSA, Arturo: "Modernización" en **Diccionario de Historia de Venezuela**, Fundación Polar, Caracas, tomo 2, 1988.

Taller de Cooperación al Desarrollo: **Una Puerta que se Abre, Los Organismos No Gubernamentales en la Cooperación al Desarrollo**, Chile, Servicio Editorial, s.f.

TESTA, Mario y otros: **Estructura de Poder en el Sector Salud,** Caracas, CENDES, 1982.

TESTA, Mario: **Pensar en Salud,** Buenos Aires, Lugar, 1989.

TIMIO, Mario: **Clases Sociales y Enfermedad (Introducción a una Epidemiología Diferencial)**, México, MELO, s.f.

TOURAINE, Alain: **América Latina, Política y Sociedad**. España, Espasa Calpe, 1989.

Universidad Central de Venezuela.UCV: **Proyectos Políticos y Alternativas de Salud en América Latina**, Caracas, Ediciones del Rectorado, 1991.

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua. **Salud y Sociedad.** Mimeo, s.f.

VANCE, Mario: **El Arte de Asociarse: Las ONG y la Sociedad Civil en Colombia,** Serie de Estudios de Paises, Fundación Interamericana, EE.UU., 1992.

World Bank: **Venezuela Health Sector Review**, Washigton, Volúmenes I y II, 1992.

YEPEZ CASTILLO, Aureo: **Grecia y Roma,** Caracas, AYECE, 1982.

ANEXOS

Anexo 1

ORIENTACION DEL GASTO EN SALUD POR AREA DE SERVICIO

Anos	Presupuesto MSAS	Medicina Preventiva	%	Medicina Curativa	%	Malariologia y Saneamiento A.	%
36	12140810	3175180	26	4052350	33	3429300	28
37	13457410	4554820	34	4537970	34	2764000	21
38	18956400	6027816	32	6737216	36	2732020	14
39	19959752	8566449	43	6283565	31	2081280	10
40	17959752	5189074	29	5254568	29	3292359	18
41	14941971	5469127	37	4631407	31	2385780	16
42	16815794	6571706	39	4717766	28	3039260	18
43	20870382	7196186	34	5920494	28	5273900	25
44	22643686	7547020	33	5763452	25	6103496	27
45	28850136	9414880	33	7320280	25	8065888	28
46	55295773	21405943	39	11491662	21	14710190	27
47	86403092	24697850	29	22611697	26	21061860	24
48	109929359	26011874	24	33392876	30	23430671	21
49	107705288	31161199	29	36443197	34	13155328	12
50	122553719	29544641	24	44587062	36	16992560	14
51	139475918	34366548	25	45086676	32	18218540	13
52	156736643	32239838	21	63351579	40	23815980	15
53	161236643	33469760	21	64767900	40	23668652	15
54	165300000	33017974	20	68035404	41	21742852	13
55	177023065	35849940	20	78232456	44	23099984	13
56	184118768	36191760	20	82187009	45	23100984	13
57	197440644	37351188	19	88200837	45	23165200	12
58	365297562	61383784	17	133580676	37	53482433	15
59	468550441	59275384	13	168791495	36	86127785	18
60	474791460	55524250	12	189236103	40	74638777	16
61	429744600	56736800	13	165894800	39	67974600	16
62	430211513	56305313	13	155209027	36	75094918	17
63	494475046	60145872	12	171611987	35	109289003	22
64	527023091	58068271	11	206961729	39	97476503	18
65	625258000	95093062	15	222739310	36	124697522	20
66	685449780	87587391	13	256327225	37	139750454	20
67	733950297	93475221	13	276790501	38	144810021	20
68	771184193	97862140	13	319879201	41	132566790	17
69	802468089	98452071	12	338838363	42	133219095	17
70	879735464	115949206	13	326883862	37	126741880	14
71	906600501	93678774	10	390908299	43	118060339	13
72	1034387330	95578400	9	446863600	43	129863600	13
73	981345164	10844400	1	481743500	49	128225200	13
74	1007664157	81571200	8	527933700	52	131865100	13
75	1715117022	139093300	8	901243000	53	207884100	12
76	2175316323	189148700	9	1174250400	54	248707300	11
77	2632578011	234721900	9	1395881600	53	253946200	10
78	2846625641	272114400	10	1536727500	54	248209000	9

ORIENTACION DEL GASTO EN SALUD POR AREA DE SERVICIO

Anos	Presupuesto MSAS	Medicina Preventiva	%	Medicina Curativa	%	Malariologia y Saneamiento A.	%
79	3065016835	295936300	10	1717091800	56	246209000	8
80	3001603783	228355300	8	1729774100	58	226604400	8
81	4648753632	422829700	9	2460244000	53	257551500	6
82	4999725000	567959500	11	2790771000	56	293450500	6
83	4583902907	468220400	10	2543009000	55	271994000	6
84	4718336300	480107000	10	2607048600	55	279015600	6
85	5235566984	539646000	10	2864081400	55	334076600	6

FUENTE: Pedro luis Castellanos: Notas Sobre el estado de Salud en venezuela, en Cuadernos de la Sociedad de Planificacion, Caracas.

Anexo 2

PORCENTAJE DEL GASTO EN SALUD
CON RESPECTO AL PIB.

Anos	PIB miles	Presupuesto MSAS	P/1000000	PIB/P.MSAS
36	2505	12140810	12	0.5
37	3088	13457410	13	0.4
38	3230	18956400	19	0.6
39	3417	19959752	20	0.6
40	3239	17959752	18	0.6
41	3248	14941971	15	0.5
42	3006	16815794	17	0.6
43	3402	20870382	21	0.6
44	4431	22643686	23	0.5
45	5905	28850136	29	0.5
46	7536	55295773	55	0.7
47	10617	86403092	86	0.8
48	12831	109929359	110	0.9
49	13706	107705288	108	0.8
50	13784	122553719	123	0.9
51	14759	139475918	139	0.9
52	16176	156736643	157	1.0
53	17865	161236643	161	0.9
54	19888	165300000	165	0.8
55	22140	177023065	177	0.8
56	24188	184118768	184	0.8
57	28823	197440644	197	0.7
58	29176	365297562	365	1.3
59	30899	468550441	469	1.5
60	31798	474791460	475	1.5
61	31466	429800000	430	1.4
62	32856	430211513	430	1.3
63	34680	494475046	494	1.4
64	39195	527023091	527	1.3
65	42170	625258000	625	1.5
66	43530	685449780	685	1.6
67	46302	733950297	734	1.6
68	49811	771184193	771	1.5
69	52070	802468089	802	1.5
70	56686	879735464	880	1.6
71	62588	906600501	907	1.4
72	67728	1034387330	1034	1.5
73	80507	981345164	981	1.2
74	120923	1007664157	1008	0.8 *
75	129439	1715117022	1715	1.3
76	150424	2175316323	2175	1.4
77	176322	2632578011	2633	1.5
78	192028	2846625641	2847	1.5

PORCENTAJE DEL GASTO EN SALUD
CON RESPECTO AL PIB.

Anos	PIB miles	Presupuesto MSAS	P/1000000	PIB/P.MSAS
79	231908	3065016835	3065	1.3
80	282566	3001603783	3002	1.1
81	318151	4648753632	4649	1.5
82	329649	4999725000	5000	1.5
83	326295	4583902907	4584	1.4
84	391826	4718336300	4718	1.2
85	433600	5235566984	5236	1.2
86	493765	6472185969	6472	1.3
87	696421	8991889596	8992	1.3
88	873283	12638258099	12638	1.4
89	1510361	12080470962	12080	0.8
90	2279261	23303502332	23304	1.0
91	3037492	48428349588	48428	1.6
92	4132307	57262100000	57262	1.4

FUENTE: PIB: Asdrubal Batista: Bases Cuantitativas
de la Economia Venezolana 1830 - 1989, Di Mase, Caracas, 1991.

MSAS: Evolucion de los Gastos en Salud del Minsiterios de Sanidad y Asistencia Social
en Venezuela, 1936 - 1985.

Anexo 3

PORCENTAJE DEL PRESUPUESTO NACIONAL DESTINADO AL MSAS Y PARTICIPACION PER CAPITA EN DOLARES

Anos	Presupuesto Nacional	Presupuesto MSAS	MSAS / P.Nacional	Poblacion	P.MSAS/ Poblacion	Dolares Per capita (1)
36	215860786	12140810	6	3509618	3	1
37	254632356	13457410	5	3565014	4	1
38	335261000	18956400	6	3623302	5	2
39	361324398	19959752	6	3699042	5	2
40	334515000	17959752	5	3783780	5	1
41	303535000	14941971	5	3857666	4	1
42	320248000	16815794	5	3934429	4	1
43	384500700	20870382	5	4019937	5	2
44	370944000	22643686	6	4114006	6	2
45	495376195	28850136	6	4223014	7	2
46	787109000	55295773	7	4346854	13	4
47	1214057309	86403092	7	4485785	19	6
48	1651546638	109929359	7	4655655	24	7
49	1610400000	107705288	7	4843395	22	7
50	1631000000	122553719	8	5009006	24	7
51	1951000000	139475918	7	5213262	27	8
52	2300000000	156736643	7	5431733	29	9
53	2362680000	161236643	7	5662005	28	9
54	2380000000	165300000	7	5901665	28	8
55	2550000000	177023065	7	6148303	29	9
56	2670000000	184118768	7	6403525	29	9
57	2800000000	197440644	7	6668941	30	9
58	5818400000	365297562	6	6942137	53	16
59	5068900000	468550441	9	7220702	65	19
60	5500000000	474791460	9	7502222	63	19
61	5685200000	429800000	8	7785870	55	16
62	5942000000	430211513	7	8073255	53	12
63	6225000000	494475046	8	8365618	59	14
64	6349400000	527023091	8	8664200	61	14
65	7260178000	625258000	9	8970241	70	16
66	7852000000	685449780	9	9279558	74	17
67	8186000000	733950297	9	9591323	77	18
68	8965000000	771184193	9	9911812	78	18
69	9280000000	802468089	9	10247303	78	18
70	9885500000	879735464	9	10604071	83	19
71	10987503750	906600501	8	10984195	83	19
72	13411506380	1034387330	8	11383490	91	21
73	13857653522	981345164	7	11798839	83	19
74	14584506000	1007664157	7	12227127	82	19
75	41526379300	1715117022	4	12665236	135	31
76	33167131000	2175316323	7	13118979	166	39
77	35836015000	2632578011	7	13590433	194	45
78	44479700000	2846625641	6	14070880	202	47

PORCENTAJE DEL PRESUPUESTO NACIONAL DESTINADO AL MSAS Y PARTICIPACION PER CAPITA EN DOLARES

Anos	Presupuesto Nacional	Presupuesto MSAS	MSAS / P.Nacional	Poblacion	P.MSAS/ Poblacion	Dolares Per capita (1)
79	46540800000	3065016835	7	14551602	211	49
80	57076800000	3001603783	5	15023880	200	46
81	76205250000	4648753632	6	15484656	300	70
82	87434000000	4999725000	6	15939740	314	73
83	76756960000	4583902907	6	16393726	280	26
84	77477000000	4718336300	6	16851195	280	21
85	103405900000	5235566984	5	17316738	302	22
86	122830890000	6472185969	5	17791411	364	18
87	158720751060	8991889596	6	18272157	492	18
88	186318550000	12638258099	7	18757389	674	20
89	183318550000	12080470962	7	19245521	628	16
90	443718130000	23303502332	5	19325222	1206	25
91	713429620000	48428349588	7	19786504	2448	43
92		57262100000	8	20248826	2828	41

JENTE: Presupuesto: MSAS

oblacion: hasta 1950 Asdrubal Batista: Bases Cuantitativas de la Economia Venezolana

50 - 1989: OCEI: Estimaciones y Proyecciones de Poblacion, 1950 - 2025

89 - 1992: OCEI: Proyeccion de la Poblacion en Venezuela 1990-95.

1) ver cuadro de los dolares

Anexo 4

ESPERANZA DE VIDA AL NACER

SEGUN SEXO

Anos	Hombres	Mujeres
1950-1955	53.83	56.61
1955-1960	56.58	59.62
1960-1965	59.25	62.79
1965-1970	61.48	66.13
1970-1975	63.5	69.1
1975-1980	64.85	70.7
1980-1985	66.02	72.07

FUENTE: CORDIPLAN: Diasper, Caracas, 1986.

Anexo 5

MORTALIDAD EN VENEZUELA

Anos	General	Neonatal	Postneonatal	Infantil	Materna
40	16.6	44.8	76.9	121.7	3.3
45	14.8	38.3	60.3	98.6	2.1
50	10.9	35.3	44.4	79.7	1.9
55	9.6	29.9	39.9	69.8	1.4
60	7.5	25	27.9	52.9	1
65	6.9	22.8	23.6	46.4	1.1
70	6.6	23.4	26	49.2	0.9
75	6.4	21.7	22.1	43.8	0.7
80	5.1	16.7	15	31.7	0.6
85	4.6	15.3	11.6	26.9	0.6
90		15.2	10.7	25.9	0.6

MSAS: Evolucion de Las Condiciones de Salud 1936 - 1986, Caracas, 1986.

Anexo 6

BAJO PESO AL NACER

Ano	Tasa
1970	10.01
1971	10.19
1972	10.9
1973	11.04
1974	10.53
1975	10.11
1976	
1977	9.29
1978	9.28
1979	8.86
1980	8.91
1981	8.81
1982	
1983	8.7
1984	8.96
1985	9.4
1986	9.4
1987	10.64
1988	9.49
1989	10.8
1990	10.89
1991	10.93
1992	10.98

FUENTE: 1970 - 1984: Maria H. Jaen: "Impacto de la Crisis Socio - Economica sobre la Poblacion: Señales de Alerta. Caracas, Fundacion Cavendes, 1990

1984 - 1992: Proyecciones de: Comision Presidencial por los Derechos del Niño: Los Niños el Compromiso de los Noventa, Carcas, 1991.

Anexo 7

GASTOS DE PERSONAL

Ano	Presupuesto MSAS	Gasto de Personal	%
68	771184193	393237400	51
69	802468089	418545200	52
70	879735464	461374500	52
71	906600501	499042700	55
72	1034387330	533576900	52
73	981345164	551881600	56
74	1007664157	578409500	57
75	1715117022	975989600	57
76	2175316323	1116777900	51
77	2632578011	1202340900	46
78	2846625641	1398956700	49
79	3065016835	1459011400	48
80	3001603783	1597888600	53
81	4648753632	2471748700	53
82	4999725000	2850237100	57
83	4583902907	2815353500	61
84	4718336300	2920687800	62
85	5235566984	3257154200	62
86	12080470962	6254600000	52
87	23303502332	9305600000	40
88	48428349588	13254600000	27
89	57262100000	19732700000	34

FUENTE: Hasta 1988: MSAS. VII Congreso Venezolano de Salud Publica. Evolucion de los gastos en Salud del MSAS en Venezuela. Caracas. 1986.

1989 - 1992: Ministerio de Hacienda: Leyes de Presupuesto.

Anexo 8

BASE DE DATOS DE LAS ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES

No.	Organizaciones No Gubernamentales (ONGs)	Fuent
1	ACCION ECUMENICA	DATA
2	ACCION VOLUNTARIA DE HOSPITALES	DATA
3	AGRUPACION PRO CALIDAD DE VIDA	DATA
4	ALCOHOLICOS ANONIMOS	DATA
5	ALDEAS INFANTILES DE VENEZUELA	DATA
6	AMA A TU PROJIMO	DVC
7	AMIGOS POR LA VIDA	DVC
8	ASOCIACION BENEFICA CRISTIANA PROMOTORA DEL DESARROLLO INTEGRAL	DATA
9	ASOCIACION BENEFICA DE AYUDA AL NIÑO SIN ASISTENCIA MI REFUGIO	DVC
10	ASOCIACION BENEFICA CRISTIANA PROMOTORA DEL DESARROLLO INTEGRAL DEL SER HUMANO	DVC
11	ASOCIACION CIVIL CENTENARIO SAN JOSE DE TARBES	DATA
12	ASOCIACION CIVIL DE AYUDA A LOS SERVICIOS DE CIRUGÍA PLASTICA Y RECONSTRUCCIÓN	DATA
13	ASOCIACION CIVIL GENTE CLAVE	DVC
14	ASOCIACION CIVIL IGLESIA EVANGELICA PENTECOSTAL BTHEL	DVC
15	ASOCIACION CIVIL NIÑA MADRE	DATA
16	ASOCIACION CIVIL PARA EL ESTUDIO DE LAS ENFERMEDADES GASTROENTERALES DE LA INFANCIA	DATA
17	ASOCIACION CIVIL POSADA DEL PEREGRINO	DATA
18	ASOCIACION CONTRA LA TUBERCULOSIS Y ENFERMEDADES RESPIRATORIAS DE CARACAS	DVC
19	ASOCIACION DE DAMAS SALESIANAS	DATA
20	ASOCIACION DE LOS AMIGOS CONTRA EL VITILIGO	DVC
21	ASOCIACION DE TRABAJADORES DE MARAVEN	DATA
22	ASOCIACION FE Y ALEGRIA	DATA
23	ASOCIACION FEMENINA DE EDUCACION POPULAR	DATA
24	ASOCIACION MISIONERAS DE CRISTO REY	DATA
25	ASOCIACION NACIONAL CONTRA LA PARALISIS CEREBRAL	DVC
26	ASOCIACION PLANIFICACION FAMILIAR	DATA
27	ASOCIACION PROVIVE DE VENEZUELA	DATA
28	ASOCIACION VENEZOLANA DE AYUDA AL NIÑO HIDROCEFALICO	DATA
29	ASOCIACION VENEZOLANA DE CONCIERTOS	DATA
30	ASOCIACION VENEZOLANA DE DIABETES	DVC
31	ASOCIACION VENEZOLANA DE EDUCACION Y ACCION SOCIAL	DATA
32	ASOCIACION VENEZOLANA DE IMPEDIDOS NANDO NUNCIATA	DATA
33	ASOCIACION VENEZOLANA DE LA AMISTAD	DATA
34	ASOCIACION VENEZOLANA DE LARINGECTOMIZADOS	DATA
35	ASOCIACION VENEZOLANA DE MUJERES	DATA
36	ASOCIACION VENEZOLANA DE PADRES Y AMIGOS DE NIÑOS EXCEPCIONALES	DATA
37	ASOCIACION VENEZOLANA DEL RIÑON	DATA
38	ASOCIACION VENEZOLANA PARA EL SINDROME DE DAWN	DVC

BASE DE DATOS DE LAS ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES

No.	Organizaciones No Gubernamentales (ONGs)	Fuente
39	ASOCIACION VENEZOLANA PARA UNA EDUCACION ALTERNATIVA	DATA
40	BANCO DE SILLAS DE RUEDAS	DATA
41	BUEN NACER	DVC
42	CARDIOAMIGOS	DVC
43	CASA HOGAR BARSENAS	DVC
44	CASA HOGAR LAS FUENTES	DVC
45	CASA HOGAR PARAISO	DVC
46	CASA HOGAR SANTA MONICA	DVC
47	CENTRO AL SERVICIO DE LA ACCION POPULAR	DATA
48	CENTRO COMUNAL CHAPELLIN	DATA
49	CENTRO COMUNAL SAN EDMUNDO	DATA
50	CENTRO DE ANIMACION JUVENIL	DATA
51	CENTRO DE ESTIMULACION PARA EL DESARROLLO INTEGRAL	DVC
52	CENTRO DE ESTUDIOS BIOLOGICOS SOBRE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DE LA POBLACION VENEZOLA	DATA
53	CENTRO DE ESTUDIOS DE LA COOPERACION	DATA
54	CENTRO DE INVESTIGACIONES PARA EL DESARROLLO INTEGRAL HUMANO A TRAVES DE LA COMUNIDAI	DATA
55	CENTRO DE REHABILITAMIENTO RETO A LA JUVENTUD	DATA
56	CESAP- CATIA PRIMERO	DATA
57	CLUB KIWANIS DE MARACAIBO	DATA
58	CONGREGACIÓN HERMANAS DE ANGEL DE LA GUARDA	DATA
59	COOPERATIVA METROPOLITANA DE CARACAS	DVC
60	CRUZ ROJA VENEZOLANA	DVC
61	CHARITAS DE VENEZUELA	DATA
62	DISPENSARIO SAN MIGUEL ARCANGEL	DVC
63	ESPACIO ABIERTO INVESTIGADORES ASOCIADOS	DATA
64	FEDERACION DE ASOCIACIONES DE COMUNIDADES URBANAS	DATA
65	FUNDACION PARA LA INVESTIGACION MATERNO INFANTIL	DVC
66	FUNDACION ALZHEIMER DE VENEZUELA	DVC
67	FUNDACION ANA JULIA ROJAS DE GIMENEZ	DATA
68	FUNDACION ANTIDIURÉTICA	DATA
69	FUNDACION AUXILIARES	DATA
70	FUNDACION BORREGALES	DATA
71	FUNDACION CARLA DE ASISTENCIA AL NIÑO	DATA
72	FUNDACION CAVENDES	DATA
73	FUNDACION CENTRO MEDICO	DVC
74	FUNDACION COLEGIO EXPERIMENTAL DE AGRICULTURA DEL MUNDO UNIDO SIMON BOLIVAR	DATA
75	FUNDACION CONTRA EL HABITO DE NO FUMAR	DVC
76	FUNDACION DE AMIGOS CON CANCER	DATA
77	FUNDACION DE AMIGOS DEL BANCO DE SANGRE	DATA

BASE DE DATOS DE LAS ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES

No.	Organizaciones No Gubernamentales (ONGs)	Fuente
78	FUNDACION DE ATENCION AL DIABETICO	DATA
79	FUNDACION DE AYUDA AL NIÑO CON RETARDO MENTAL	DVC
80	FUNDACION DE CARDIOLOGIA	DATA
81	FUNDACION DE MEJORAMIENTO AMBIENTAL Y BIENESTAR SOCIAL DEL SECTOR DE CARICUAO	DATA
82	FUNDACION DE REHABILITACION PARA TODOS	DVC
83	FUNDACION DE SERVICIO A LA COMUNIDAD	DATA
84	FUNDACION DE TODO CORAZON	DATA
85	FUNDACION DESARROLLO INTEGRAL DEL AUTISTA	DATA
86	FUNDACION ENCUENTRO DE PADRES DEL SUJETO CON NECESIDADES ESPECIALES	DVC
87	FUNDACION GINECOLOGICA HOSPITAL VARGAS	DATA
88	FUNDACION GREGORIO ANTONIO FOLLO	DATA
89	FUNDACION INTERNACIONAL DE LUCHA CONTRA EL SIDA EN VENEZUELA	DVC
90	FUNDACION JOSE FELIX RIVAS	DATA
91	FUNDACION LIBRE DE DROGAS	DATA
92	FUNDACION OFTALMOLOGICA VENEZOLANA	DATA
93	FUNDACION HOSPITALI ORTOPEDICO INFANTIL	DATA
94	FUNDACION PARA EL DESARROLLO DEL DEPORTE Y LA CULTURA	DATA
95	FUNDACION PARA EL MANTENIMIENTO DE LA INFRESTRUCTURA MEDICA ASISTENCIAL	DATA
96	FUNDACION PARA LA FAMILIA CAMPESINA E INDIGENA	DVC
97	FUNDACION PARA LA INVESTIGACION MATERNO INFANTIL	DATA
98	FUNDACION PARA LA PLANIFICACION Y DESARROLLO DE CENTROS DE CAPACITACION INDUSTRIAL	DATA
99	FUNDACION PARA LA PREVENCION DEL SIDA	DVC
100	FUNDACION PARA LA PREVENCION Y EL TRATAMIENTO DE AFECCIONES RENALES	DVC
101	FUNDACION PARA LA SALUD MIGUEL PEREZ CARREÑO	DATA
102	FUNDACION PARA MAESTROS CON CANCER	DVC
103	FUNDACION PARA NIÑOS CON PARALISIS CEREBRAL	DATA
104	FUNDACION PARA PREVENCION DE CUIDADOS CORONARIOS	DATA
105	FUNDACION PATRONATO HOSPITAL DE NIÑOS J.M DE LOS RIOS	DATA
106	FUNDACION PROSALUD	DATA
107	FUNDACION PROYECTO PARIA	DATA
108	FUNDACION REHABILITACIÓN PARA TODOS	DATA
109	FUNDACION ROJAS ESPINAL	DVC
110	FUNDACION SERVICIO EDUCACION, HOGAR Y SALUD	DVC
111	FUNDACION VENEZOLANA CONTRA LA PARALISIS INFANTIL	DATA
112	FUNDACION VENEZOLANA DE APOYO AL INDIGENA	DATA
113	FUNDACION VENEZOLANA DE LA AUDICION Y DEL LENGUAJE	DATA
114	FUNDACION VENEZOLANA DE OTOLOGIA	DATA
115	FUNDACION VENEZOLANA DEL HIGADO	DATA
116	FUNDACION VENEZOLANA PARA LA PREVENCION DEL SIDA	DATA

BASE DE DATOS DE LAS ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES

No.	Organizaciones No Gubernamentales (ONGs)	Fuente
117	GRUPO DE RESCATE DE VALENCIA	DATA
118	GRUPO DE RESCATE DE VENEZUELA	DATA
119	INSTITUTO DE ACCION SOLIDARIA	DATA
120	INSTITUTO DE CAPACITACION INTEGRAL PARA LA FAMILIA	DATA
121	INSTITUTO DE PREVENCION DEL NIÑO	DATA
122	INSTITUTO EXPERIMENTAL PARA EL DESARROLLO DE NIÑO CON DIFICULTADES DE APRENDIZAJE	DATA
123	INSTITUTO MARIA PAEZ	DATA
124	INSTITUTO SOCIAL AMA A TU PROJIMO	DATA
125	INSTITUTO VENEZOLANO PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DEL NIÑO	DATA
126	JUVENTUD VENEZOLANA	DATA
127	LIGA VENEZOLANA DE HIGIENE MENTAL	DATA
128	MISIONERAS DE MARIA INMACULADA Y SANTA CATALINA DE SENA	DATA
129	OBRA PRO NIÑO DEL PARAMO	DATA
130	OBRA SOCIAL DE LA MADRE Y EL NIÑO	DATA
131	ORDEN HOSPITALARIA DE SAN JUAN DE DIOS HERMANOS HOSPITALARIOS	DATA
132	ORGANIZACION SOCIAL CATOLICA SAN IGNACIO	DATA
133	PEQUEÑO COTTOLENGO DON ORIONDE	DATA
134	RESURREXIT	DATA
135	SOCIEDAD AMIGOS DE LOS CIEGOS	DATA
136	SOCIEDAD ANTICANCEROSA DE VENEZUELA	DATA
137	SOCIEDAD BENEFICA DE ACCION SOCIAL	DATA
138	SOCIEDAD DE AMIGOS DE LA INVESTIGACION QUIRURGICA DEL HOSPITAL VARGAS	DATA
139	SOCIEDAD DE AYUDA A LOS ANCIANOS DESAMPARADO HOGAR SAN JOSE	DATA
140	SOCIEDAD VENEZOLANA DELA CRUZ ROJA- BARQUISIMETO	DATA
141	SOCIEDAD VENEZOLANA DE CIRUGIA DE LA MANO	DATA
142	SOCIEDAD VENEZOLANA DE CIRUGIA PLASTICA RECONSTRUCTIVA ESTETICA Y MAXILOFACIAL	DATA
143	SOCIEDAD VENEZOLANA PARA NIÑOS Y ADULTOS AUTISTAS	DATA
144	UNION CAMPESINA PALO VERDE	DATA
145	UNION VENEZOLANA DE CENTROS DE EDUCACION POPULAR	DATA

Anexo 9

DIMENSIONES

		IDEOLOGICA		GESTION		SIN INFORM
No.	Ecologico	multi-causal	mono-causal	Curativa	Integral	S.I.
1	0	1	0	1	0	0
2	0	1	0	1	0	0
3	0	1	0	0	1	0
4	0	1	0	0	1	0
5	0	1	0	0	1	0
6	0	1	0	0	1	0
7	0	0	0	0	0	1
8	0	1	0	0	1	0
9	0	1	0	0	1	0
10	0	0	0	0	0	1
11	0	1	0	1	1	0
12	0	0	1	1	1	0
13	0	1	0	0	1	0
14	0	1	0	1	1	0
15	0	1	0	0	1	0
16	0	0	1	1	1	0
17	0	1	0	1	0	0
18	0	0	1	1	0	0
19	0	1	0	1	1	0
20	0	0	0	0	0	1
21	0	1	0	1	1	0
22	0	1	0	0	1	0
23	0	1	0	0	1	0
24	0	1	0	0	1	0
25	0	0	1	1	0	0
26	0	1	0	1	0	0
27	0	1	0	0	1	0
28	0	0	1	0	1	0
29	0	1	0	0	1	0
30	0	0	0	0	0	1
31	0	1	0	1	1	0
32	0	1	0	0	1	0
33	0	1	0	0	1	0
34	0	0	1	0	1	0
35	0	1	0	1	1	0
36	0	1	0	1	1	0
37	0	0	1	1	1	0
38	0	1	0	0	1	0
39	0	1	0	1	1	0
40	0	1	0	1	1	0
41	0	1	0	1	0	0
42	0	0	1	1	0	0
43	0	1	0	1	1	0
44	0	1	0	1	1	0

DIMENSIONES

	IDEOLOGICA			GESTION		SIN INFORM
No.	Ecologico	multi-causal	mono-causal	Curativa	Integral	S.I.
45	0	1	0	1	1	0
46	0	1	0	1	1	0
47	0	1	0	0	1	0
48	0	1	0	1	0	0
49	0	1	0	1	0	0
50	0	1	0	0	1	0
51	0	0	0	0	0	1
52	0	1	0	0	1	0
53	0	1	0	1	1	0
54	0	1	0	1	1	0
55	0	0	1	1	1	0
56	0	1	0	0	1	0
57	0	1	0	1	0	0
58	0	1	0	0	1	0
59	0	1	0	1	1	0
60	0	1	0	1	1	0
61	0	1	0	0	1	0
62	0	1	0	1	0	0
63	0	1	0	0	1	0
64	1	0	0	0	1	0
65	0	0	0	0	0	1
66	0	0	1	0	1	0
67	0	1	0	0	1	0
68	0	1	0	1	1	0
69	0	1	0	0	1	0
70	0	1	0	0	1	0
71	0	0	1	1	1	0
72	0	1	0	0	1	0
73	0	0	0	0	0	1
74	0	1	0	0	1	0
75	0	1	0	0	1	0
76	0	1	0	1	1	0
77	0	1	0	1	0	0
78	0	0	1	0	1	0
79	0	1	0	0	1	0
80	0	0	1	1	1	0
81	1	0	0	1	0	0
82	0	0	0	0	0	1
83	0	1	0	1	0	0
84	0	1	0	1	0	0
85	0	1	0	0	1	0
86	0	1	0	0	1	0
87	0	1	0	1	0	0
88	0	1	0	0	1	0
89	0	0	1	1	0	0

DIMENSIONES

		IDEOLOGICA		GESTION		SIN INFORM
No.	Ecologico	multi-causal	mono-causal	Curativa	Integral	S.I.
90	0	0	1	0	1	0
91	0	1	0	0	1	0
92	0	1	0	0	1	0
93	0	0	1	1	0	0
94	0	1	0	0	1	0
95	0	1	0	1	0	0
96	0	1	0	0	1	0
97	0	1	0	1	0	0
98	0	1	0	1	0	0
99	0	1	0	0	1	0
100	0	0	0	0	0	1
101	0	1	0	0	1	0
102	0	1	0	0	1	0
103	0	1	0	0	1	0
104	0	0	1	1	0	0
105	0	1	0	1	0	0
106	0	1	0	0	1	0
107	0	1	0	0	1	0
108	0	1	0	0	1	0
109	0	1	0	0	1	0
110	0	1	0	0	1	0
111	0	0	1	1	0	0
112	0	1	0	1	0	0
113	0	1	0	1	0	0
114	0	1	0	1	0	0
115	0	0	0	0	0	1
116	0	1	0	0	1	0
117	0	1	0	1	0	0
118	0	1	0	0	1	0
119	0	1	0	1	1	0
120	0	1	0	1	1	0
121	0	1	0	1	0	0
122	0	1	0	1	1	0
123	0	1	0	1	0	0
124	0	1	0	1	1	0
125	0	1	0	1	1	0
126	0	1	0	1	0	0
127	0	1	0	0	1	0
128	0	1	0	0	1	0
129	0	1	0	1	0	0
130	0	1	0	1	0	0
131	0	0	1	1	0	0
132	0	1	0	1	0	0
133	0	1	0	0	1	0
134	0	1	0	0	1	0

DIMENSIONES

	IDEOLOGICA			GESTION		SIN INFORM
No.	Ecologico	multi-causal	mono-causal	Curativa	Integral	S.I.
135	0	1	0	1	0	0
136	0	1	0	1	1	0
137	0	1	0	0	1	0
138	0	1	0	1	0	0
139	0	1	0	1	0	0
140	1	0	0	1	1	0
141	0	1	0	1	0	0
142	0	1	0	1	0	0
143	0	1	0	1	1	0
144	0	1	0	0	1	0
145	0	1	0	0	1	0

Anexo 10

DIMENSION			
	IDEOLOGICA		
No.	Modelo ecológico	Multi-Causal	Mono-Causal
1		desarrollar el trabajo con base en la accion social, pastoral estudiantil, comuniaciones y reflexion teologia	
2		prestar ayuda voluntaria a las instituciones hospitalarias en todo lo relativo a la atención integral del paciente	
3		promover y acelerar el proceso de vivir en sociedad	
4		llegar al alcohólico que aun sufre y desconoce que hay solución	
5		Brindar protección integral a los menores en situación de abandono	
6		Realiza una serie de actividades de orientación educativas y espirituales por medio de la aplicación de la metafisica	
7			
8		promocionar el desarrollo de la persona, hombre, mujer, adulto niño, atendiendo su doble vertiente constituida por lo material y los espiritual	
9		Brindar ayuda, proyección, educación y orientación a la infancia abandonada sin asistencia hasta los 14 anos	
10			
11		activar el espíritu de las tarbesianas para la acción social, la promoción humana... especialmente de las clase populares	
12			Promover, mejorar, desarrollar y ayudar al servicio de cirugía plástica y reconstructiva del hospital de niños J M de los Ríos.
13		Organización de jornadas de malician legal	
14		Prestar servicios a la comunidad en general	
15		atender a la embarazada adolecenteste en riesgo social y ayudar a la prevención de este problema a nivel popular	
16			promover y apoyar la investigación de las enfermedades gastroenterales en el niño
17		atender a los pobres abandonados e indigentes que deambulan por las calles, ofreciéndoles asistencia humanitaria	
18			Atacar las enfermedades respiratorias y la tuberculosis

19		rescatar y formar a la mujer moderna sin distinción de clase para la ación social	
20			
21		elevar el nivel de salud, educación y cívico de las comunidades de bajos recursos mediante la autogestión	
22		promover y crear centros de toda índolel, cetros recreativos asistenciales, vocacionales que contribuyan al desarrollo social y espiritual del individuo	
23		promover, mantener o crear actividades educacionales o benéficas o de asistencia social que respondan a una necesidad real de la comunidad venezolana	
24		anunciar el evangelio a todos los hombres, compartiendo con ellos su cultura, costumbres y su vida desde un seguimiento radical de Jesucristo	
25			atender a los niños con parálisis cerebral
26		dar a conocer la planificación familiar como un derecho humano fundamental y una necesidad para preservar y proteger la salud integrado de padre e hijos	
27		implementar un conjunto de medidas preventivas, curativas y reeducativas en el campo biosicosocial, que motoricen los cambios significativos en mujeres que se encuentren en procesos de gestación	
28			facilitar la adquisición de válvulas y realización de topografías de menor costo para pacientes de escasos recursos económicos
29		fomentar las actividades culturales de Venezuela	
30			
31		enseñar y educar en todas sus fases y aspectos, así como promocionar, desarrollar y mantener obras benéficas y sociales	
32		prestar la atención y asistencia socioeconómica a personas que presenten alguna incapacidad física	
33		proporcionar a sus miembros uno o mas centros de recreo y fomentar actividades culturales y benéficas	
34			fomentar la rehabilitación integral de los laringectomizados
35		proporcionar protección integral a la madre soltera y su hijo, y a nonos preescolares de escasos recursos	
36		formar los recursos humanos requeridos por la sociedad venezolana a nivel superior en el área de educación especial	

37			mejorar los tratamientos de las enfermedades renales y apoyar el transplante. ofrecer apoyo a las unidades de diálisis
38		prestar apoyo a todas aquellas personas involucradas en la problemática del retardo mental, especificamente el síndrome de Dawn	
39		capacitar, educar, investigar y prestar servicios en el área de la sexualidad	
40		suministrar a las personas de escasos recursos económicos e incapacitados fisicamente una silla de ruedas	
41		prestar atención a la mujer y a su pareja, parto y postparto	
42			facilitar la asistencia medica en el área especifica de la cardiología
43		prestar atención asistencial medica y educativa a jóvenes de 14 anos en situación de abandono	
44		prestar atención medica y moral y educativa a nonas entre 6 y 18 anos en situación de abandono	
45		asistencia medica, moral y educativa a niños en situación de abandono	
46		asistencia medica, moral y educativa a niños en situación de abandono	
47		fortalecer la participación socio política de los sectores, populares promoviendo su formación organización a través de proyectos alternativos	
48		fortalecer la participación socio política de los sectores, populares promoviendo su formación organización a través de proyectos alternativos	
49		fomentar y realizar cualquier actividad licita que contribuya al desarrollo cultural, económico y vocacional	
50		realizar y o auspiciar servicios y planes para lograr una mayor fuerza y partcipación de los sectores populares en el conjunto de la sociedad	
51			
52		diseño de prioridades en programas dirigidos a un mejor desarrollo fisico, mental, y social de la población venezolana	
53		promover proyectos económicos educativos dentro de la concepción cooperativa	
54		promover cambios profundos y sustanciales que transformen la sociedad, desarrollar planes de salud y nutrición	
55			rehabilitar a las personas que tienen problemas de dependencia de drogas y alcohol

56		promover y articular las organizaciones comunitarias del sector de catia	
57		desarrollar una ciudadanía mas intelligente, emprendedora y servicial	
58		educar a los sectores populares y promocionar a la salud preventiva	
59		ejecutar proyectos económicos educativos dentro del concepto cooperativo en el área de consumo de alimentos la concepción cooperativa	
60		promoción de la salud y prevención de las enfermedades	
61		promover el desarrollo y la capacitación, a través del desarrollo integral de la persona humana	
62		promocionar asistencia medica en la parroquia san Miguel	
63		investigar la realidad social en la medida que sus resultados nos permitan aportar soluciones científicas a los problemas que caracterizan dicha realidad	
64	lograr una mejor calidad de vida a través de la defensa del urbanismo, servicios y ambiente de la comunidad		
65			
66			promover actividades relacionadas con el alzheimer
67		fomentar y estimular las actividades culturales, sociales y deportivas para elevar el nivel educativo y técnico de la juventud de falcon	
68		brindar apoyo medico y educación integral al diabético	
69		auxiliar, socorrer y mantener locales, instalaciones como dispensarios clínicas, hospitales, sanatorios y en general prestar ayuda sociales que alivien las cargas de tales instituciones	
70		brindar bienestar a las colectividad	
71			brindar atención integral a nivel nacional a niños con problemas de hígado
72		contribuir al mejoramiento de la nutrición de la población mediante al promoción de estudios	
73			
74		estimular el acercamiento internacional entre jóvenes y desarrollar en forma integral de las comunidades rurales.	
75		instalar sanos hábitos de vida en la población	
76		pretor ayuda económica a los niños que padecen de cáncer y a sus familiares dentro y fuera del ámbito hospitalario	

77		promover la consecución de los recursos necesarios para la realización de campanas de promoción voluntaria de la sangre en la comunidad	
78			proyectar y orientar acerca de la diabetes MELLITUS
79		dar apoyo a niños con retardo mental	
80			promover y desarrollar los problemas cardiovasculares en la población infantil
81	Programar la organización y participación de la comunidad de caricuao a fin de mejorar sus condiciones de vida y lograr un mayor desarrollo individual y familiar.		
82			
83		prestar a comunidades y vecinos servicios de toda indole que estos requieran	
84		recaudar fondos para [proporcionar apoyo a personas necesitadas de asistencia quirúrgica por afecciones cardiacas	
85		fomentar y asistir a niños con problemas de educación de del autista	
86		apoyar los encuentros de padres y niños con necesidades especiales	
87		promover la investigación para el conocimiento de las enfermedades que afectan los órganos femeniños	
88		paliar el déficit alimentario de los niños marginales de nuestras ciudades	
89			Atender y rehabilitar a niños que padecen de afecciones del sistema locomotor.
90			promover la rehabilitación del los infectados con sida
91		ejecutar programas para la prevención del uso indebido de estupefacientes y psicotropicos	
92		prevenir el trafico y uso indebido de drogas a través de programas que permitan el buen uso del tiempo libre	
93			atender oportunamente y con plenitud de recursos técnicos a pacientes con enfermedades oculares
94		promover y apoyar a nivel de comunidad actividades culturales y deportivas para evitar el consumo de droga	
95		sistematizar a nivel operativo las funciones de equipamiento de las instalaciones medico asistenciales del estado venezolano	
96		fortalecimiento de la estructura familiar campesina indígena	

97		propulsar el desarrollo de la investigación medica materno infantil	
98		Programar y construir centros de capacitación industrial	
99		prevenir, educar y concientizar al individuo que adquiere el HIV	
100			
101		auspiciar y desarrollar programas científicos sociales y culturales, promover proyectos que van en beneficio de la familia, investigaciones de la problemática hospitalaria	
102		recoger fondos para la ayuda de enfermos de leucemia en el gremio docente	
103		lograr el nivel máximo de capacitación de niños con parálisis cerebral y otras deficiencias motoras	
104			crear servicios de medicina critica y unidades de cuidados coronarios en los hospitales de cuidados coronarios
105		mejorar la atención integral de los pacientes ambulatorios en internados del hospital	
106		fomentar el desarrollo en el área de la salud publica a través de su programa social sobre el conocimiento de uso de anticonceptivos	
107		Promover el desarrollo de paria. estado sucre	
108		introducir la rehabilitación gratuita a nivel de la comunidad para personas impedidas fisicamente	
109		atención integral a la madre ubicada en sectores ,marginales	
110		enseñanza del evangelio cristiano en Venezuela	
111			luchar contra la invalidez de la parálisis infantil
112		difundir, proteger, asistir y mejorar las condiciones de vida de la población indígena del país	
113		promover y dirigir instituciones destinadas a la evaluación, diagnostico y rehabilitación de personas con problemas de audición, voz y lenguaje	
114		promover el desarrollo científico y educacional de la ontología	
115			
116		prevenir, educar y concientizar al individuo que adquiere sida	
117		intervenir activa y patrióticamente en pro del bien de la comunidad capacitar personas en todas la áreas de atención y prevención en caso de emergencia apoya a organismos públicos y privados	

118		presentar ayuda efectiva en cualquier actividad de rescate	
119		socorrer a personas en sus requerimientos por su condición social de bajos recursos	
120		prestar atención integral a la familia de escasos recursos con un enfoque Multi disciplinario	
121		proporcionar el mejoramiento de las condiciones sociales, intelectuales, fisicas, morales y ambientales del niño	
122		desarrollar e incrementar la educación especial en Venezuela para niños con dificultades en el aprendizaje	
123		asistir a los pobres, enfermos y desvalidos	
124		Realizar actividades de orientación[educativas y espirituales	
125		Detectar precozmente las limitaciones del proceso de desarrollo del niño que sea suceptible de prevención	
126		Utilizar el alimento como vehículo para el desarrollo de las comunidades, fomentar la salud e higiene a los miembros de las familias venezolanas.	
127		promover conservar y defender la salud mental del pueblo venezolano	
128		fomentar el evangelio entre los indígenas y marginados	
129		prestar ayuda moral y material a las familias pobres de las zonas frías del país, en particular a los niños necesitados por medio de diversas campanas..	
130		Proporcionar asistencia integral a la madre soltera menor de edad, y al niño, contribuyendo a su rehabilitación, alimentación y educación	
131			Curar y atender a los enfermos de escasos recursos
132		Prestar servicios socioeducativos en las comunidades populares.	
133		Prestar asistencia integral a niños, jóvenes y adultos impedidos física y mentalmente.	
134		Proporcionar servicios asistenciales a personas afectadas por el sida	
135		Proporcionar atención integral al ciego	
136		Luchar en todas las formas y maneras contra el cáncer.	
137		Contribuir a la formación integral de los educados en las faces de adaptación social	
138		Mantener y administrar todas las instalaciones quirúrgicas del hospital Vargas, propiciar intercambios científicos, formación.	

139		Prestar atención integral a los ancianos desamparados	
140	Coadyuvar, a través de los organismos competente a satisfacer las necesidades sanitarias asistenciales de la población		
141		Establecer y mantener un elevado nivel en el ejercicio, la enseñanza y divulgación de los principios de la cirugía de la mano en el país.	
142		Implementar el estudio y la difusión de la cirugía plástica y reconstructiva en el país.	
143		Promover la educación, recreación y bienestar de los niños autista en su hogar, comunidad e instituciones.	
144		Realizar y agrupar y apoyar servicios y planes tendientes a lograr mejores condiciones de vida de la familia campesina.	
145		Crear e implementar programas formativos y culturales que permitan aumentar el nivel de vida de las personas y sus comunidades.	

	GESTION Y ESTRATEGIAS	
No.	**Curativa**	**Integral**
1	laboratorio clínico y consultas de medicina general	
2	prestar servicio voluntario a los enfermos	
3		mejoramiento de los servicios públicos del medio ambiente, elevación de la calidad de vida del medio rural y la felicidad de niños y ancianos, concientizacion ciudadana.
4		reuniones de información publica a organizaciones y grupos institucionales, hospitales y cárceles
5		consulta externa, servicio sociológico y sico pedagogo
6		salud integral
7		
8		desarrollo educacional recreativo social y en el área de salud
9		Asistencia integral y rehabilitación por maltrato y drogadicción.
10		
11	atención medica	primero auxilios y orientación familiar
12	suministrar medicamentos	educación integral a niños impedidos.
13		Charlas y foros.
14	servicio medico	servicio educativo
15		talleres de formación integral: salud, familia, autoestima, cuidado del embarazo y del niño
16	atención medica a niños del hospital J.M de los Ríos	brinda educación sanitaria a la población
17	asistencia social, medicina interna, servicio de enfermería y rehabilitación integral	
18	Prevención y tratamiento para la tuberculosis y enfermedades respiratorias	
19	medicina general y de especialidades, cursos de auxiliares de enfermería	curso de auxiliares de enfermería
20		
21	creación de dispensarios	apoyo a los ancianatos, orfanatos y centros de atención al niño
22		nutrición

23		asistencia en el área de salud y nutrición a los indígenas del pueblo Rafael de barranca en Guayana
24		promoción de la salud
25	proporcionar tratamientos para niños con parálisis cerebral	
26	clínicas de planificación familiar, consultas ambulatorias, realización de conferencia, charla y cursos	
27		brindar información a la población
28		recaudar fondos para pagar el diagnósticos de niños hidrocefalicos
29		actualización de estudios de módulos de atención medica y oftalmología para la comunidad
30		
31	medicina general, odontología	promoción familiar
32		asistencia socio económica, dotación de medicinas y aparatos ortopédicos
33		salud
34		desarrolla programas de capacitación especial en voz erigmofonica a terapistas y laringectomizados
35	asistencia medica	atención integral a la madre y al niño
36	asistencia medico social	formación de personal docente en el área de retardo mental
37	promoción de transplantes	capacitación de donantes voluntarios, ayuda al enfermo organizar actividades científicas
38		formativa y divulgativo
39	ginecología general	educación sexual comunitaria, planificación sexual, atención a las víctimas de la violencia sexual
40	medicina general dermatología, ginecología, oftalmología, pediatría, traumatologia, fisioterapia y laboratorio	fabrica de sillas, suministro de implementos
41	atención especializada al niño en sus primeros meses de vida	
42	tratamiento de las enfermedades cardiovascualares	
43	medicina general	formación
44	atención medica	educativa y formativa
45	asistencia medica	formativa y moral
46	asistencia medica	formativa y moral
47		talleres sobre salud
48	atención medica	

49	medicina general	
50		programas de educación para la salud
51		
52		Estudio nacional sobre condiciones de vida del venezolano
53	consultorios médicos	investigación sobre el área de consumo de alimentos, promoción de la salud
54	atención prenatal y neonatal	asesoría a las madres sobre estipulación del bebe
55	tratamiento y rehabilitación	terapias ocupoacionales
56		promover la participación activa de la comunidad para fortalecer el establecimiento de ambulatorios y juntas socio sanitarias
57	jornadas medico odontológicas y nutricionales	
58		promocionar la salud preventiva en áreas populares
59	consultorios médicos	formación y divulgación
60	servicio medico hospitalario	formación y divulgación
61		cursos de primeros auxilios
62	servicios médicos	
63		diseño y ejecución de investigaciones en la salud
64		apoyo a la comunidad en el área de salud
65		
66		promover la asistencia especializada de los pacientes
67		atención integral al niño en salud, alimentación y nutrición
68	asistencia medica general, suministro de insulina	charlas educativas sobre la nutrición y dietética
69		promover apoyo a instituciones que realizan labores sociales
70		brindar apoyo a los ancianos marginales
71	atención medica integral	estimular el bienestar sicosocial y socioeconómicos de niños con problemas hepáticos
72		propiciar la incorporación de la nutrición en proyectos de indole social
73		
74		desarrollo rural integrado en las áreas de salud.
75		educación y divulgación
76	apoyo directo a instituciones hospitalarias en materia de dotación física y de recursos humanos	tratamiento integral del niño con cáncer, suministro de medicamentos
77	recaudar fondos para el mantenimiento de equipos especializados	

78		programas de concientizacion sobre la diabetes MIELLITUS
79		formación integral a la familia
80	consulta externa, hospitalización, cirugía, terapia intensiva, servicio de laboratorio, servicio de profesionales	orientación familiar
81	atención medico-asistencial.	
82		
83	atención medica general	
84	atención de cirugía infantil a niños de bajos recursos	
85		educación y rehabilitación
86		formación y divulgación
87	atención medica y capacitación de profesionales	
88		sala de recuperación nutricional
89	atención medico asistencial y capacitación en profesionales.	
90		terapia sicosocial, medicina preventiva
91		asistencia integral al grupo familiar
92		investigación en materia de drogas, actividades recreativas y culturales
93	adiestramiento formal para médicos	
94		programas educativos
95	mantenimiento y recuperación de equipos médicos	
96		atención integral
97	consultas medicas y formación del personal medico	
98	donaciones al banco de sangre.	
99		talleres de educación sexual y prevención del sida
100		
101		promoción de actividades culturales, congresos científicos
102		recaudar fondos para medicamentos
103		atención integral, rehabilitación y educación especial
104	capacitación de personal e investigaciones cardiologicas	
105	suministrar material y equipos	
106		capacitación a través de seminarios
107		apoyo a la salud
108		promover la rehabilitación comunitaria

109		educación para la salud, ,planificación familiar
110		conservación de la salud física y moral
111	campanas de vacunación contra la poleomelitis, mantenimiento del hospital ortopédico infantil	
112	asistencia medica odontológica	
113	rehabilitación de niños sordos y formación de técnicos superiores	
114	apoyar la formación de médicos en el área de la ontología	
115		
116		talleres de educación sexual y prevención
117	capacitación de sus integrantes con pasantías hospitalarias	
118		capacitación de primeros auxilios
119	asistencia medica	educación para la salud
120	asistencia medica odontológica	formación integral
121	medicina integral	
122	atención medica	educación integral
123	asistencia m[edita integral y religiosa	
124	servicio de medicina general, homeopática, cardiología, medicina interna, psiquiatría, pediatría y odontología	cursos de primeros auxilios
125	diagnósticos	pedagogía terapéutica, estipulación temprana, trabajo social y familiar.
126	consultas medicas	
127		terapias de lenguaje.
128		promoción integral de la mujer y de la salud
129	asistencia a medicaturas	
130	control prenatal, posnatal, ginecología, pediatría, odontología, laboratorio y psicología.	
131	Asistencia medica quirúrgica, rehabilitación, ortopedia, cirugía estética, oftalmología, otorrinolaringología y odontología.	
132	Atención odontológica	
133		atención integral
134		Apoyo emocional a personas contagiadas, educación.
135	Clínica oftalmología	

136	Clínicas de prevención y pesquisas del cáncer, tratamiento del cáncer en todos sus estado.	campanas de educación y divulgación
137		Realizar campanas de nutrición, aseo, limpieza e higiene mental.
138	Actividades de formación e investigación en el hospital Varas	
139	Servicio medico y odontológico	
140	Tratamiento ambulatorio y de observación, servicios de implementos médicos	Atención integral para la comunidad
141	Educación profesional a nivel nacional.	
142	Formación especializada a profesionales	
143	Centro de diagnostico y tratamiento para niños.	Programas de enseñanza para los padres.
144		Promoción a través de talleres de medicina preventiva y natural
145		Talleres sobre alimentación, nutrición y salud.