

XXVI Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. Asociación Latinoamericana de Sociología, Guadalajara, 2007.

Política de salud en Venezuela.

Maria Teresa Rincón Becerra.

Cita:

Maria Teresa Rincón Becerra (2007). *Política de salud en Venezuela. XXVI Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. Asociación Latinoamericana de Sociología, Guadalajara.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-066/1515>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

POLÍTICA DE SALUD Y DESARROLLO ENDÓGENO EN VENEZUELA *

Rincón Becerra, María T. **
Rodríguez Colmenares, Isabel ***

RESUMEN

A partir de 1999, se gesta en Venezuela un proceso de transformación erigido en el llamado a formular una nueva Constitución, la cual dio paso a la instauración de una política de salud orientada a fomentar el modelo de Desarrollo Endógeno que se encuentra en un proceso de reciente formación. Este trabajo tiene como propósito explorar de manera documental, la política de salud y su vinculación con la propuesta del modelo de desarrollo endógeno en Venezuela. Se adelantó una investigación de tipo exploratoria y documental. Los hallazgos demuestran: 1) adopción como política de Estado de la Atención Primaria en Salud; 2) participación protagónica concebida por medio de los Consejos Comunales y los Comités de Salud; profundizando dicha política como mecanismo coadyuvante del modelo de desarrollo endógeno. Se afianza la política de salud mediante la educación y la protección del ambiente. Se concluye que dicha política se convierte en un prerequisite del modelo de desarrollo endógeno por cuanto la misma atiende todos los sectores de la población en las áreas de prevención, promoción, curación y rehabilitación; busca crear concienciación sobre los problemas de salud e incentiva la educación en salud y genera responsabilidad por el cuidado de la salud y el medio ambiente.

Palabras Clave: Política de Salud, Comités de Salud, Desarrollo Endógeno

* Este trabajo forma parte de los resultados del proyecto de investigación “Política y Gestión Pública de Salud en Venezuela”, adscrito al Programa Política y Gestión Pública en Venezuela del Centro de Estudios de la Empresa (CEE) de la Facultad de Ciencias Económicas y Sociales (FCES) de la Universidad del Zulia (LUZ).

** Magíster en Dirección y Gestión Pública Local. Docente Investigadora del CEE de la FCES de LUZ. Acreditada en el Programa de Promoción al Investigador (PPI) del FONACIT. E-mail: materinbe2@yahoo.com/
materinbe@hotmail.com.

*** Socióloga. Magíster en Ciencia Política. Investigadora del CEE de la FCES de LUZ. Acreditada en el Programa de Promoción al Investigador (PPI) del FONACIT. E-mail: isarodri47@yahoo.com

1. Introducción

A finales de la década de los noventa, se gesta en Venezuela un proceso de transformación política, promovido por Hugo Chávez Frías, quien asume la presidencia liderizando la bandera electoral de llamar a conformar una Constituyente para formular una nueva Constitución, con la intención de refundar la República para profundizar el proceso democrático y lograr una sociedad más justa, inclusiva, participativa, y, consolidar una economía diversificada con el propósito de alcanzar ciertos niveles de eficiencia en el desempeño de la gestión pública; por lo que en diciembre de 1999, mediante referéndum consultivo se aprueba la nueva Constitución de la República Bolivariana de Venezuela con alto contenido social (Rincón, 2004).

Venezuela ha pasado de un modelo desarrollista a uno neoliberalista. En el primero, se gestaron políticas de tipo universalistas, con grandes subsidios, bajo la responsabilidad por parte de un Estado paternalista y proteccionista. En el segundo de los casos, se dio impulso a la focalización; privatización; inequidad; injusticia social; desregulación, y se promocionó el abandono de las funciones del Estado. Éste modelo conllevó a desequilibrios de tipo social y económico en el país; situación que conllevó a partir de 1999, mediante la aprobación de la Constitución, a un nuevo modelo de desarrollo que trata de generar una ruptura con las viejas prácticas de gestión pública por medio del impulso de la participación ciudadana en los asuntos públicos (Ochoa y Fuenmayor, 2006).

Estas transformación, en el área de lo social han marcado la diferenciación en el desenvolvimiento de las acciones del Ejecutivo Nacional, particularmente en salud ha tendido lugar el emprendimiento del Programa Misión Barrio Adentro, cuyo fundamento esencial es la Atención Primaria en Salud, erigida en la antigua declaración de Alma Ata a finales de los setenta. Dicho programa se esta perfilando como un nuevo modelo de atención y de gestión en salud, que busca contrarrestar la exclusión de los más pobres del Sistema de Salud Pública. Esta misión se conformó de manera paralela a la estructura del aparato del Estado, para su consolidación en todo el país, se crea la Coordinación Nacional de Atención Primaria de Salud del MSDS¹ bajo la adscripción directa del Despacho del Ministro.

¹ El MSDS nace en 1999 con una estructura organizativa conformada por dos viceministerios (el de Salud y Desarrollo Social), y con cuatro direcciones generales (Salud Poblacional; Salud Ambiental; Contraloría Sanitaria; Políticas, Planes, Evaluación y Control) (MSDS, 2001: 4-7).

Barrio Adentro nace como un plan de desarrollo local y se ha convertido en un programa multipropósito que abarca las áreas de salud, educación popular, economía social, consolidación urbana, seguridad alimentaria, recreación, deporte, cultura y comunicación. Con el mismo se busca modificar el Sistema Público Nacional de Salud venezolano, siendo su objetivo general garantizar el acceso a los servicios de salud de la población excluida, mediante un modelo de gestión de salud integral orientado al logro de una mejor calidad de vida, mediante la creación de Consultorios y Clínicas Populares para abarcar un primer nivel de atención Barrio Adentro I, además de los hospitales del pueblo, dentro de las comunidades de poco acceso a los ya existentes. Lo que ha permitido ampliar su radio de atención hacia un segundo y tercer nivel, lo que ha dado paso a la creación de Barrio Adentro II, III Y IV. El lanzamiento de la Misión Barrio Adentro II, busca extender la cobertura brindando una serie de exámenes de laboratorio y paraclínicos, que permiten un mejor diagnóstico, para ello se han creado los Centros de Diagnóstico Integral², Salas de Rehabilitación³, Quirófanos⁴, Hospitalización (con una sala de ingreso en cada CDI) y Centros de Alta Tecnología⁵, los cuales brindan atención de emergencia durante las 24 horas del día; y permitirán que los casos más cotidianos se resuelvan ese mismo nivel, mientras que los más complejos serán referidos a hospitales. Barrio Adentro III incluye el equipamiento y modernización tecnológica de los hospitales; y Barrio Adentro IV, hospitales especializados (Msds, 2006).

Este trabajo tiene como propósito explorar de manera documental, la política de salud y su vinculación con la propuesta del modelo de desarrollo endógeno en Venezuela. Para efectos de este trabajo se trabajó se seleccionó la Misión Barrio Adentro, sin caer en la particularidad de cada uno de sus diversos niveles, aunque la orientación esta dirigida al primer nivel de atención en materia de salud.

La investigación adelantada es de tipo exploratoria y documental, pues

“se pretende dar una visión general y sólo aproximada del objeto de estudio...se realiza por ser un tema poco explorado, y por no haber suficientes estudios previos cuando aún, sobre él, es difícil formular hipótesis precisas o que alcancen cierta generalidad” (Sabino, 2000).

Asimismo, es una investigación documental, Arias (2004: 25) la define como,

² Prestan servicios de rayos x y ultrasonido, endoscopias, laboratorio clínico, emergencias y anatomía patológica.

³ Estas prestan servicios en las áreas de electroterapia y gimnasia pediátrica.

⁴ Uno de cada seis CDI posee uno estos tiene un salón de operaciones, banco de sangre y servicios de transfusiones.

⁵ Esta área garantiza tomografía axial computarizada, resonancia magnética nuclear, ultrasonido tridimensional, laboratorio, video endoscopia, rayos x de alta tecnología y electrocardiograma.

“...un proceso basado en la búsqueda, recuperación, análisis, crítica e interpretación de datos secundarios, es decir, los obtenidos y registrados por otros investigadores en fuentes documentales: impresas, audiovisuales o electrónicas. Como en toda investigación, el propósito de este diseño es el aporte de nuevos conocimientos.”

2. Aproximación al término Desarrollo Endógeno

Desde mediados de la década del ochenta se renueva el interés por los estudios del desarrollo, sobre todo a consecuencia de los fracasos que había experimentado América Latina con la adopción de las políticas de orientación cepalina, que condujeron a muchos teóricos a llamar esos años la “Década Pérdida”, a partir de entonces se registra la presencia de dos líneas de investigación, que van a dar lugar a la formación del paradigma que se conoce como desarrollo endógeno: una de carácter técnico, que busca diseñar acciones públicas para el desarrollo local y regional; y otra empírica, alimentada por la interpretación de los procesos de desarrollo industrial adelantados en las regiones del sur de Europa (Vásquez Barquero, 1999)⁶.

Para Vásquez Barquero (1999), el desarrollo endógeno es una estrategia para la acción, que permite emprender las transformaciones y los cambios en el marco de la globalización. Cada comunidad posee su particularidad, su identidad, su pasado histórico y su manera de explotar el ecosistema, es decir, tiene sus propios mecanismos de acción, su modo de producción. Se trata de una aproximación que valoriza los factores de tipo históricos, se caracteriza por una manera específica de entender la organización del espacio. Posee un vínculo muy particular con su territorio. Antropológicamente hablando es un proceso que se gesta en un espacio donde confluyen la solidaridad, el mito, la idiosincrasia y la territorialidad, además de los factores de tipo económicos.

Por su parte, Boisier (2001), plantea que el desarrollo endógeno constituye un enfoque humano, que le permite al hombre su transformación, potenciarse a sí mismo para llegar a reconocerse en su propia humanidad. Para este autor el desarrollo endógeno es una fuerza espiritual, es la voluntad de superar las necesidades en un ámbito de encuentros de prácticas y de valores, cuyo principal requerimiento es lo cognitivo, un individuo abierto al cambio permanente. En eso está basado su enfoque en el conocimiento para la acción.

Refiere que el desarrollo no lo hace nadie desde un espacio que le es ajeno, lo hace el hombre en su medio, desde su individualidad y en su sociabilidad, es decir desde lo propio. La

⁶ Según Vásquez Barquero (1999: 12) “Las propuestas de teoría territorial de desarrollo, del desarrollo auto centrado y del desarrollo desde abajo surgen como una reacción a la insatisfacción que generó el agotamiento del modelo de desarrollo desde fuera, que era la propuesta establecida en los años sesenta y setenta”.

configuración de este espacio alternativo con potencial endógeno, debe estar diseñado por los mismos agentes involucrados, esto es el diseño participativo como elemento fundamental en la construcción de una sociedad desde adentro. Por lo tanto participar en el diseño, como paso fundamental, es estimular la toma de decisiones y el respeto a los valores de cada quien.

Asimismo plantea Bosier (2004) que es preciso tener presente en todo momento los principios que orientan el desarrollo endógeno, los cuales son fundamentalmente tres: la integralidad, la inclusión y la polivalencia. La integralidad se proyecta sobre la base de las potencialidades naturales, humanas, tecnológicas y financieras del territorio, aumentando los niveles de calidad de vida de la población. Por su parte, lo inclusivo viene dado por el hecho de tener como centro el desarrollo y los derechos humanos, por lo que este enfoque antepone lo social a lo económico, fundamentándose en la participación protagónica del ciudadano y de los grupos sociales organizados existentes en una sociedad para el logro de tales fines. Y la polivalencia, porque debe estar centrado en la estimulación al máximo de las capacidades productivas internas en el sector agrícola y pecuario; hidrocarburos, petroquímico y minero; manufacturero; turismo y servicios estratégicos a la industria, creando nuevas redes y circuitos socio productivos.

De manera complementaria a los anteriormente planteados, Tünnermann (2005) considera que otro elemento importante en el concepto de desarrollo sostenible es el cultural, el verdadero desarrollo tiene que partir del respeto y la promoción de la cultura. Si la cultura y el desarrollo no marchan en la misma dirección, ambos se condenan mutuamente al fracaso. Es, en última instancia, la cultura la que da firmeza al desarrollo y lo hace realmente duradero. El desarrollo debe estar anclado en la cultura de cada pueblo y diferenciarse de acuerdo con las características de los diversos grupos étnicos y culturales.

El desarrollo sostenible⁷ ha sido incluido entre los llamados «derechos humanos de tercera generación». Se habla así del «derecho al desarrollo sostenible» como uno de los derechos humanos fundamentales del siglo XXI. Este derecho implica el derecho de todo ser humano y de todos los pueblos a una existencia digna en un medio ambiente sano, lo cual se resume en el derecho a la calidad de la vida y el bienestar (Tünnermann, 2005).

⁷ Es un término que la mayoría de los documentos oficiales de las regiones del mundo lo acuñan, pero sus programas y políticas económicas diseñadas para promover el desarrollo sostenible no incorporan explícitamente regulaciones ambientalistas ni consideraciones dirigidas a propiciar mecanismo cónsonos con los saberes autóctonos, ni potenciar los conocimientos que poseen los grupos humano locales para resguardar el ambiente.

Este concepto sobre el desarrollo endógeno, humano y sostenible deviene así en compendio de todos los derechos humanos fundamentales si se le asume como el derecho de cada persona de participar y contribuir a un desarrollo humano pleno que reconcilie al hombre consigo mismo, con la sociedad, con su entorno y con las futuras generaciones (Tünnermann, 2005).

Además es un concepto que comprende los derechos humanos fundamentales como principal objetivo, de manera que se tome al ser humano en su totalidad. Pero, además, busca que los seres humanos se capaciten para: Alcanzar el desarrollo personal y comunitario; Transformar sus propios recursos para producir nuevas fuentes de empleo; Interactuar con la naturaleza y la tecnología; Preservar el medio ambiente y aprovecharlo correctamente; Desarrollar sus regiones y Elevar la calidad de vida (UNESCO, 1995).

Para Lanz (2004), como cientista social orgánico, el Modelo de Desarrollo Endógeno Bolivariano, apunta hacia la transformación social, cultural y económica de nuestra sociedad, basada en la reconquista de las tradiciones, el respeto al medio ambiente y las relaciones equitativas de producción, que nos permita convertir nuestros recursos naturales en productos que se puedan consumir, distribuir y exportar al mundo entero. Es darle poder a las comunidades organizadas para que desarrollen las potencialidades agrícolas, industriales y turísticas de sus regiones. Es incorporar...a los que hasta ahora habían sido excluidos del sistema educativo, económico y social, a todo el proceso para que se beneficien de sus derechos pero cumpliendo con sus responsabilidades. Es construir redes productivas donde todos participen en igualdad de condiciones y accedan fácilmente a la tecnología y el conocimiento. Es poner al servicio de la gente toda la infraestructura del Estado que había sido abandonada (campos industriales, maquinarias, tierras ociosas, entre otros) para generar bienes y servicios. (www.vuelvancararas.gov.ve)

Esta nueva manera permite generar formas de trabajo distintas a las que sólo habían prevalecido en las regiones, abordando y fortaleciendo los sectores agrícolas (prioritario), industria, infraestructura, turismo y servicios, con el objetivo de capacitar a los ciudadanos y generar trabajo. En el caso venezolano se habla de los Núcleos de desarrollo endógeno sustentable que no son mas que espacios territoriales donde confluyen colectivos sociales organizados asociativamente y con vocación productiva, activos o capacidad productiva ociosa, subutilizada o no utilizada, tradición de lucha, acervos culturales y procesos

formativos para promover el desarrollo colectivo, garantizando la sustentabilidad ecológica y la sostenibilidad económica y cultural.

Pero ambos términos "desarrollo sostenible" o "sustentable"⁸ se utilizan para indicar que mediante el uso de la tecnología y el disfrute de todos los recursos, se puede avanzar con el desarrollo pero a la vez preservar el ambiente para las generaciones futuras, y por ende garantizar el futuro económico. Considera Rosene (2003), que la idea del desarrollo sustentable fue radical, lo que dio rápidamente origen a un debate entre ambientalistas y desarrollistas. Por un lado, los ambientalistas argumentaban que el concepto implica alcanzar un desarrollo "ecológicamente sustentable", y para poder alcanzarlo habría que frenar el crecimiento económico, acabar con el consumismo exagerado que promovía el capitalismo, y reformar radicalmente la producción industrial. Los desarrollistas, por su lado, enfatizaron la sustentabilidad de la economía argumentando que el sistema capitalista históricamente era capaz de sostener el crecimiento económico en forma ilimitada.

En función de los planteamientos de los autores anteriormente señalados, se intenta realiza una definición desde nuestra perspectiva de lo que se entiende por Desarrollo Endógeno (económicamente) sustentable y sostenible (ambientalmente), es la estrategia de acción de los individuos organizados colectivamente para la utilización de los recursos productivos propios para satisfacer sus necesidades en su espacio territorial, donde confluyan principios, valores y creencias, que definen una identidad en la cual ellos se reconocen y buscan como fin fomentar su bienestar mediante la potencialización de sus capacidades innovativas, creativas, productivas, políticas y culturales en armonía con el medio ambiente para integralmente generar cambios económicos, político, sociales, demográficos y capacidades que vayan orientadas a mejorar la calidad de vida de las comunidades.

A continuación, se presenta resumidamente en el cuadro No. 1, el núcleo teórico de los aportes que distintos autores han hecho en relación al Desarrollo Endógeno desde la década del setenta, con la finalidad de reivindicar el proceso seguido hasta la configuración de las posturas que se han desarrollado en el tiempo sobre este enfoque.

⁸ El desarrollo sustentable es un término acuñado en 1987, en el informe conocido como Informe Brundtland, y se define como aquel (desarrollo) que satisface las necesidades humanas del presente, sin comprometer la capacidad para que las futuras generaciones puedan satisfacer las que les son propias en cada uno de sus momentos de vida en sociedad.

Cuadro 1
Principales rasgos de la matriz teórica de Desarrollo Endógeno

AUTOR-OBRA-AÑO	FUNDAMENTACIÓN	SUPUESTO	ESPACIO GEOGRÁFICO PARA EL DESARROLLO
Owaldo Sunkel y Pedro Paz El subdesarrollo latinoamericano y la teoría del desarrollo 1970	El Desarrollo obedece a las capacidades endógenas de crecimiento que existen en la nación.	Se requiere de: - Una unidad política geográfica significativa - Capacidad creadora de un medio ambiente natural tecnológico, cultural y social - De las relaciones con otras unidades políticas y geográficas.	La Nación
Frank Fajnzylber La Industrialización trunca de América Latina 1983	Es un esfuerzo creativo interno que persigue configurar una estructura productiva que sea funcional a las carencias y potencialidades específicas de los individuos	- Parte del supuesto del desarrollo de las industrias consideradas como pilares fundamentales. - Núcleos básicos del proceso de industrialización y de acumulación - Se requiere de la difusión del progreso técnico, esto debe generar núcleos endógenos de dinamización tecnológica	La Nación
Romer M.P Increasing returns and long growth 1986	Ve el desarrollo como el incremento de conocimiento para potenciar el crecimiento, el progreso tecnológico esta influido por el nivel de conocimiento humano acumulado en el tiempo	- Aprendizaje	Territorio
Lucas R. On the mechanics of Economic Development 1988	Teoría del crecimiento endógeno. Ve el desarrollo como el aumento de la productividad por parte de las empresas en donde influye el aumento del capital humano	- Aumento de la calidad del trabajo - Procesos de aprendizaje - Inversiones en capital físico - La Educación - Formación de capital humano	Empresa/Industria Ciudad/Sistema Urbano
De Mattos, Carlos Descentralización y Modernización del Estado 1993	El Desarrollo es local endógeno vinculado al proceso de descentralización y construido a partir de una profunda redistribución del poder con autentica participación popular	Se considera que sin descentralización no puede haber Desarrollo Endógeno	Regiones/Dependencias Federales/Departamentos

<p>Arocena, José Desarrollo Local un desafío contemporáneo 1995</p>	<p>Es un proceso que surge a partir de una relación dinámica con lo territorial en donde el individuo adquiere identidades y sentido</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Reconocimiento de las diferencia - Identidades específicas - Historia - Sistema de Vida - Memoria Colectiva y las creencias 	<p>Comunidad</p>
<p>Sunkel, Oswaldo (Comp) El Desarrollo desde dentro: un enfoque neoestructuralismo para la América Latina 1995</p>	<p>Proceso de transformación que comprende un adecuado nivel de acumulación eficiencia y creatividad para articularse a los mercados, un ambiente de justicia social, oportunidad para el trabajo y disfrute de los derechos humanos y apego a los valores y tradiciones</p>	<p>Se debe producir un cambio radical del estilo de vida, del consumo, uso eficiente de la infraestructura, formas de la organización aprovechamiento de los recursos del medio ambiente y humano y un ejercicio político que legitime el poder y otorguen responsabilidad y asegure la representatividad</p>	<p>La Sociedad</p>
<p>Vásquez Barquero, Antonio Desarrollo, redes e innovación: lecciones sobre desarrollo endógeno 1999</p>	<p>Se concibe como una estrategia para la acción que se registra en una sociedad organizada cuyas formas organizativas y culturales condicionan los procesos de cambios estructurales</p>	<ul style="list-style-type: none"> - La conformación de las redes, - La asociatividad, - Formación de capital social y los procesos de innovación 	<p>Sistema económico Comunidades Regiones Localidades</p>
<p>Tunnermann, Carlos El Desarrollo Endógeno, Humano y Sustentable 2003</p>	<p>Resultante de un proceso de fusión entre los factores de la acción de sustentabilidad y los elementos de la sostenibilidad</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Deben asegurarse el desarrollo de todos los derechos humanos - Anclaje de los factores de tipos culturales - Respeto a al diversidad - Respeto a los grupos étnicos y adecuado nivel de gobernabilidad - Contar con un medio ambiente sano 	<p>Sociedad en un todo</p>
<p>Bosier Desarrollo Endógeno: ¿Para Qué?, ¿Para Quién? (El Humanismo En Una Interpretación Contemporánea Del Desarrollo) 2004</p>	<p>Es un Enfoque Humano con fuerza Espiritual y Principios de Integralidad, Inclusión y Polivalencia</p>	<p>Para del supuesto que lo inclusivo viene dado por el hecho de tener como centro el desarrollo y los derechos humanos, por lo que este enfoque antepone lo social a lo económico</p>	<p>Hombre en su medio</p>

<p>Lanz, Carlos El Desarrollo Endógeno Y La Misión “Vuelvan Caras” Fundamentos conceptuales de la Misión Vuelvan Caras 2004</p>	<p>Se fundamenta en la Transformación Social, Cultural y Económica</p>	<p>Busca la reconquista de las tradiciones, el respeto al medio ambiente y las relaciones equitativas de producción</p>	<p>Las comunidades</p>
---	--	---	------------------------

Fuente: Elaboración Propia (2007)

3. Marco jurídico del Desarrollo Endógeno en Venezuela

Se comparte con Ochoa y Fuenmayor (2006: 185) que

“El Estado Venezolano intenta construir desde el 2003 un modelo de desarrollo que denomina endógeno..., que a pesar de establecerse en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, las bases para el mismo no se alude en ninguno de sus artículos a una definición concreta”. Pero se asume a nivel del gobierno como “la base de un nuevo modelo económico, radicalmente distinto al anterior modelo de desarrollo, que parte de nuestras necesidades y potencialidades reales, en la búsqueda de una economía más democrática, en la que participen y ganen todos por igual. Se trata de no seguir importando lo que podría producirse en el país, ni continuar produciendo lo que no se necesita, sino producir según las realidades y necesidades del país”. (www.constitucion.ve, fecha de consulta 15/04/2007).

Este intento de formación de un nuevo modelo de desarrollo para el país jurídicamente encuentra su asidero en los siguientes artículos de la Constitución 3, 87, 112, 299, 302, 304 y 306.

Art. 3, “El Estado tiene como fines esenciales la defensa y el desarrollo de la persona y el respeto a su dignidad, el ejercicio democrático de la voluntad popular, la construcción de una sociedad justa y amante de la paz, la promoción de la prosperidad y bienestar del pueblo y la garantía del cumplimiento de los principios, derechos y deberes reconocidos y consagrados en esta Constitución. La educación y el trabajo son los procesos fundamentales para alcanzar dichos fines”.

Se evidencia entre los fines del Estado la intención manifiesta del desarrollo armónico del hombre en pro de alcanzar el bienestar social y económico, teniendo como base que los procesos de socialización formal se lo permitan tanto en forma individual como en el contexto de su comunidad. (Asamblea Nacional, 1999)

Art. 87, “Toda persona tiene derecho al trabajo y el deber de trabajar. El Estado garantizará la adopción de las medidas necesarias a los fines de que toda persona pueda obtener ocupación productiva, que le proporcione una existencia digna y decorosa y le garantice el pleno ejercicio de este derecho. Es fin del Estado fomentar el empleo. La ley adoptará medidas tendentes a garantizar el ejercicio de los derechos laborales de los trabajadores y trabajadoras no dependientes. La libertad de trabajo no será sometida a otras restricciones que las que la ley establezca. Todo patrono o patrona garantizará a sus

trabajadores o trabajadoras condiciones de seguridad, higiene y ambiente de trabajo adecuados. El Estado adoptará medidas y creará instituciones que permitan el control y la promoción de estas condiciones”. (Asamblea Nacional, 1999)

Se establece el derecho y el deber de trabajar; se pautan las obligaciones que deben ser cumplidas por parte el Estado; así como las obligaciones de los patronos; se evidencia la intención del fomento del empleo y el diseño de políticas públicas orientadas y adecuadas para que las personas encuentren trabajo adecuado y digno.

Art. 112: “Todas las personas pueden dedicarse libremente a la actividad económica de su preferencia, sin más limitaciones que las previstas en esta Constitución y las que establezcan las leyes, por razones de desarrollo humano, seguridad, sanidad, protección del ambiente u otras de interés social. El Estado promoverá la iniciativa privada, garantizando la creación y justa distribución de la riqueza, así como la producción de bienes y servicios que satisfagan las necesidades de la población, la libertad de trabajo, empresa, comercio, industria, sin perjuicio de su facultad para dictar medidas para planificar, racionalizar y regular la economía e impulsar el desarrollo integral del país”. (Asamblea Nacional, 1999)

Este artículo plantea una serie de libertades que tratan de establecer un equilibrio entre la iniciativa privada y la libertad de empresas; asimismo establece la regulación de la economía para impulsar el desarrollo del país, con lo que se quiere decir que el Estado sólo intervendrá en aquellos asuntos que regulen el comportamiento desmesurado o desmedido de la iniciativa privada cuando va en perjuicio del interés de salud de la población; como por ejemplo la prohibición de fumar en espacios públicos, porque afecta la salud de los no fumadores.

Art. 299. “El régimen socioeconómico de la República Bolivariana de Venezuela se fundamenta en los principios de justicia social, democracia, eficiencia, libre competencia, protección del ambiente⁹, productividad y solidaridad, a los fines de asegurar el desarrollo humano integral y una existencia digna y provechosa para la colectividad...” (Asamblea Nacional, 1999)

El régimen socioeconómico consagrado para el país en la Constitución se afianza en principios y fines que evidencia de manera expresa el enfoque humano e integral en beneficio de la colectividad en pleno.

⁹ La salud y el ambiente en el que se desenvuelve el hombre son un prerrequisito para el desarrollo endógeno sustentable y sostenido. Sin embargo, un problema real en este tipo de desarrollo respecto a salud es que mucha gente piensa que la salud ambiental es competencia del sector salud cuando la realidad es que se trata de un asunto multidisciplinario que compete a todo el mundo. El sector salud no podrá enfrentar los problemas de salud ambiental por sí mismo. La creación de un ambiente para la salud depende de la participación de todos; no solamente en términos de acciones contributivas de todos los miembros, sino de acciones cooperativas entre los sectores de la zona.

Art. 302. “El Estado se reserva... por razones de conveniencia nacional, la actividad petrolera y otras industrias, explotaciones, servicios y bienes de interés público y de carácter estratégico. El Estado promoverá la manufactura nacional de materias primas provenientes de la explotación de los recursos naturales no renovables, con el fin de asimilar, crear e innovar tecnologías, generar empleo y crecimiento económico, y crear riqueza y bienestar para el pueblo”. (Asamblea Nacional, 1999)

Este artículo refleja la búsqueda por parte del Estado del bienestar colectivo en función del uso de tecnologías que permitan la permanencia y la generación de nuevos empleos en función de crear mayores riquezas que beneficien a un colectivo en general y no a un minúsculo grupo de individuos.

Art. 304. Todas las aguas son bienes de dominio público de la Nación, insustituibles para la vida y el desarrollo. La ley establecerá las disposiciones necesarias a fin de garantizar su protección, aprovechamiento y recuperación, respetando las fases del ciclo hidrológico y los criterios de ordenación del territorio. Al respecto, el Estado ha creado la figura de las mesas técnicas de agua, apoyado en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, la Ley Orgánica para la Prestación de los Servicios de Agua Potable y Saneamiento, la Ley Especial de Cooperativas, esto dio paso a la incorporación de participación de las comunidades¹⁰ en la gestión pública para la satisfacción de sus propias necesidades.

Art. 306. “El Estado promoverá las condiciones para el desarrollo rural integral, con el propósito de generar empleo y garantizar a la población campesina un nivel adecuado de bienestar, así como su incorporación al desarrollo nacional. Igualmente fomentará la actividad agrícola y el uso óptimo de la tierra mediante la dotación de las obras de infraestructura, insumos, créditos, servicios de capacitación y asistencia técnica.” (Asamblea Nacional, 1999)

Con el fomento de la protección de las condiciones ambientales, económicas, de infraestructura y tecnología, el Estado busca brindar al productor un ambiente capaz de promover el crecimiento desde adentro, como fomento de una nueva política de crecimiento económico y social que busca el beneficio del colectivo.

El intento de formación de un nuevo modelo de desarrollo, es planteado en el Decreto Nº 3.895 sobre Desarrollo endógeno y empresas de producción social, de septiembre de 2005, en el cual establece en su art. 3, las Empresa de Producción Social son unidades de producción

¹⁰ Las modalidades de participación van desde Cooperativas de Servicios, Asociaciones Civiles, las propias Mesas Técnicas del Agua, Hidrocomités, Microempresas comunitarias, entre otras. La mesa técnica era sencillamente el lanzamiento a todas las comunidades de un esquema no solamente diferente en cuanto a la comprensión del problema sino a la búsqueda de la solución compartida con respecto al suministro de agua y al resguardo de las cuencas (Arconada, 2006)

comunitaria, constituidas bajo la figura jurídica que corresponda, tiene como objetivo fundamental generar bienes y servicios que satisfagan las necesidades básicas y esenciales de la comunidad y su entorno, Incorporando hombres y mujeres de las misiones, privilegiando los valores de solidaridad, cooperación, complementariedad, reciprocidad, equidad y sustentabilidad, ante el valor de rentabilidad o de ganancia. En todo caso, esas unidades económicas deben mantener el equilibrio financiero que permita seguir invirtiendo en el mencionado entorno socio-ambiental, en forma sustentable y sostenible.

Para dar impulso en materia de salud a la formación del intento de Desarrollo para el país, se han impulsado los denominados Comités de Salud, los cuales serán abordados en el siguiente apartado. Sin embargo no puede dejar de mencionarse que éstos son parte del órgano ejecutivo de los Consejos Comunales¹¹, los cuales persiguen como "... objetivos articular la organizaciones de base de la comunidad, elaborar proyectos de los planes requeridos para resolver los problemas de la comunidad, y controlar las actividades estatales y comunitarios..." (Rodríguez y Lerner, 2007).

4.- Marco Jurídico de salud en Venezuela

Las políticas, su diseño y desarrollo no son un tranquilo y neutro espacio jurídico o administrativo, sino una arena política en la que convergen, luchan y conciertan las fuerzas políticas, las arenas de políticas o de actividad gubernamental constituyen arenas reales de poder, cada una tiende a desarrollar su propia estructura política, su proceso político, sus élites y sus relaciones de grupo (Aguilar, 1992).

Las mismas políticas no implican una secuencia lineal y estable de eventos bajo la dirección de diseñadores racionales; hay una gran inestabilidad y gran cantidad de variables que no son controladas por un solo tipo de actor, pues las políticas se adaptan a un contexto cambiante; pues no son solamente un proceso de solución racional de problemas, sino de interacción entre múltiples actores con intereses, valores y visiones divergentes.

En este sentido, la formulación y aprobación de la Constitución de 1999¹², se llevó a cabo dentro de un proceso que batalló con vicios del estilo populista de hacer política y en un

¹¹ Estos no forman parte de nuestro objeto de estudio.

¹² Como uno de los antecedentes se tiene que en 1999, bajo la Coordinación del Dr. Gilberto Rodríguez¹², quién actuó como coordinador de la Subcomisión de Salud, designó a un equipo de trabajo la responsabilidad de formular una propuesta de Ley Orgánica que garantizara la salud de los venezolanos. Uno de los rasgos más resaltantes del trabajo realizado se erigió sobre la apertura pública, interna e internacional. Se proponía darle un giro respecto a la antigua concepción de asistencialista, biologicista y curativa de la salud, la cual debía ser

clima de tensiones ideológicas que planteó entre sus discusiones la concepción de la salud, la cual se erigió hacia dos corrientes de pensamiento, una de predominio neoliberal y otra prevaleciente de naturaleza progresista, al considerar que la salud esta asociada a la condición humana y a la vida, constituyéndose en un derecho a ser garantizado por el Estado (Feo y Cursio, 2004), para de ésta manera detener el avance privatizador que ha venido prevalecido en el sector salud a raíz del proceso de descentralización político territorial.

Sostienen Feo y Cursio (2004), que fueron diversos los actores que participaron en la elaboración de la política de salud, formalmente correspondía la responsabilidad a la Comisión de Derechos Sociales y de la Familia, la cual asignó a la subcomisión de salud, la responsabilidad de redactar los artículos que iban a formar parte del texto constitucional en esta materia, dicha subcomisión abrió el proceso a la participación de actores no formales, representados por ciudadanos comunes y organizaciones no gubernamentales, mediante un programa denominado de participación abierta y el programa de consultas, en los cuales intervinieron expertos internacionales; representantes del sector gubernamental; no gubernamental y académicos; “muchas de las ideas y planteamientos de las propuestas...fueron incorporadas al texto constitucional...las propuestas que no eran de índole constitucional fueron consideradas para ser agregadas en leyes y reglamentos a posteriori” (Feo y Cursio, 2004).

La subcomisión consideró el predominio de la corriente progresista en virtud del reconocimiento de que “era necesario rescatar el valor de la solidaridad y la dignidad humana, reafirmando el carácter de la salud como derecho social y el papel del Estado como su garante...existió consenso en relación con la salud como derecho social” (Feo y Cursio, 2004: 7), y es bajo ésta perspectiva que se reafirma el papel del Estado.

desplazada para ser asumida como un derecho social y humano, con garantía para los ciudadanos (Camacaro, 2006). Esta propuesta fue desestimada por la Dra. María Urbaneja quien al asumir las riendas del Ministerio, designa un nuevo equipo para trabajar, y se nombra a una nueva Subcomisión de Salud para la Asamblea Nacional, la cual fue la responsable de definir la corriente de pensamiento y de principios que regirían el intento del nuevo Sistema de Salud Público Nacional (Armada, 2005). Esta Comisión revisó y estudió todas las anteriores propuestas formuladas, y se consideraron principalmente las propuestas establecidas por la Subcomisión que había sido liderada por Gilberto Rodríguez y la inclusión de la vieja propuesta los derechos de los pueblos indígenas, planteada por el Movimiento Electoral del Pueblo (MEP) en 1987.

La política de salud¹³ fue resultado de situaciones y oportunidades que debieron ser aprovechadas por los actores interesados en impulsar una nueva propuesta de política y ponerla en marcha, para ello se valieron de la argumentación, aspecto clave al cual alude Majone (1997) en la discusión sobre la concepción de la política de salud, en el caso venezolano llevo a consagrar de manera formal una política que descansa en un conjunto de artículos, que serán resumidos brevemente destacando su importancia en relación a la materia en cuestión,

El **Art. 83** señala que “la salud es un derecho social fundamental, obligación del Estado, que lo garantizará como parte del derecho a la vida. El Estado promoverá y desarrollará políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios. Todas las personas tienen derecho a la protección de la salud, así como el deber de participar activamente en su promoción y defensa, y el de cumplir con las medidas sanitarias y de saneamiento que establezca la ley, de conformidad con los tratados y convenios internacionales suscritos y ratificados por la República” (Asamblea Nacional, 1999).

En el **Art 84**. Para garantizar el derecho a la salud, el Estado creará, ejercerá la rectoría y gestionará un sistema público nacional de salud, de carácter intersectorial, descentralizado y participativo, integrado al sistema de seguridad social, regido por los principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, integración social y solidaridad. El sistema público de salud dará prioridad a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades, garantizando tratamiento oportuno y rehabilitación de calidad. Los bienes y servicios públicos de salud son propiedad del Estado y no podrán ser privatizados. La comunidad organizada tiene el derecho y el deber de participar en la toma de decisiones sobre la planificación, ejecución y control de la política específica en las instituciones públicas de salud (Asamblea Nacional, 1999).

Este artículo evidencia, los mecanismos y principios por medio de los cuales, en lo sucesivo y de manera formal, intenta hacer del sistema un todo conjugado por las propiedades de la intersectorialidad, descentralización y participativo, regido por los principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, integración social y solidaridad, intentando de esta manera construir una política que garantice el respecto y ejercicio de este derecho por

¹³ La política de salud, ha sido definida por la Organización Panamericana de la Salud (1991), como el conjunto de decisiones que se toman en un ente público –gobierno- para formular y ejecutar acciones específicas destinadas al fomento y protección de la salud, así como al tipo, volumen y distribución de los recursos destinados y organizados de acuerdo a los niveles y estructuras del Sistema de salud.

La Red Colombiana de Investigación en Políticas y Sistemas de Salud (2005) define la Política de Salud, en un sentido restringido “como el curso de acción que afecta al conjunto de instituciones, organizaciones, servicios y condiciones financieras del sistema de atención sanitaria; mientras que en un sentido amplio, se define “como aquellas directrices emanadas del sistema político, que se imponen de forma específica a la práctica social con el carácter de norma para el colectivo y que directa o indirectamente afectan su salud, no solo favorable sino desfavorablemente.”

parte del Estado. Por otra parte, se manifiesta que la política debe estar interrelacionada entre sus elementos, como son promoción, prevención, tratamiento (curación) y rehabilitación, permitiendo la reinserción social de los discapacitados.

El Art. 85, del financiamiento del Sistema Público Nacional de Salud, “es obligación del Estado, que integrará los recursos fiscales, las cotizaciones obligatorias de la seguridad social y cualquier otra fuente de financiamiento que determine la Ley. El Estado garantizará un presupuesto para la salud que permita cumplir con los objetivos de la política sanitaria ...” (Asamblea Nacional, 1999)

Sin embargo, a pesar de concretarse de manera formal la política de salud en la Constitución, aún se adolece de la aprobación del anteproyecto de Ley Orgánica de Salud, la cual tuvo su segunda revisión por parte de la subcomisión de salud de la Asamblea Nacional, en agosto del dos mil dos. Pero esto no se ha constituido en un obstáculo para el establecimiento de cursos de acción en dicha materia. En este sentido, se adelanta una política real de salud fuera de las esferas de la administración pública del Estado, la cual comenzó a ser aplicada a partir del dos mil tres, afincada en la conformación de “...un modelo de desarrollo donde la inclusión y el bienestar social son criterios transversales...” (Ochoa y Fuenmayor, 2006: 158-159).

Por ello el gobierno venezolano ha promovido el nuevo programa que ha sido denominado Misión Barrio Adentro, el cual intenta dar promoción al desarrollo endógeno sostenible y sustentable conjuntamente con otra serie de misiones tales como: Milagro (Oftalmología); Simoncito (Educación preescolar) Robinsón, Ribas, Sucre y Vuelvan Cara (Educación/trabajo); Zamora-Plan Zarao (Plan Zarao/agricultura); Guaicaipuro (tierras indígenas); Cultura (manifestaciones culturales); Habitat (vivienda); Identidad (documento de identidad); Negra Hipólita (cero personas en situación de calle); Mercal (abastecimiento de alimentos); Ciencia (masificación uso de tecnología); Pae (alimentación para la población escolar); Piar (aprovechamiento racional de los recursos); Barrio Adentro Deporte (fomento de deportes en los barrios), éstas en su conjunto se constituyen en la base para alcanzar una estrategia de inclusión social, la cual no puede ser concebida desde una sola arista sino que es el resultado de la imbricación entre el logro de los objetivos de cada unas de estas misiones, de allí la importancia específica de cada una de estas misiones para conquistar la calidad de vida de todos los sectores que fueron excluidos.

5. Barrio Adentro: un intento de promoción al Desarrollo Endógeno

En materia de salud encontramos la creación del Plan Barrio Adentro a nivel del Municipio Libertador del Distrito Capital, con el apoyo del gobierno cubano en el marco del Convenio de Cooperación Técnica. Éste se constituye en un Plan Integral de Desarrollo Local¹⁴ que conjuga una serie de políticas sociales orientadas a mejorar la calidad de vida¹⁵, promoviendo la organización y participación social de los sectores populares. El auge del programa emana en virtud del impacto generado en la respuesta a los problemas de salud presentados a raíz del desastre natural¹⁶ ocurrido en 1999, en el Estado Vargas, constituyéndose en el antecedente primordial que conllevó a implementar la experiencia en los barrios de Caracas donde se encuentran las clases más desposeídas.

Este programa fue irradiado a nivel nacional, por mandato presidencial, pasando a denominarse Misión Barrio Adentro. Éste ha sido puesto en ejecución con el propósito de garantizar el derecho a la salud por parte del Estado. Con el mismo se busca reivindicar la relación entre el Estado-Individuo y Sociedad, para garantizar la calidad de vida de las personas que habitan en el país de manera conjunta. Es necesario, precisar que el concepto de calidad de vida, lleva implícito una concepción pluridimensional de elementos y factores de los cuales depende la acción humana, por lo cual ésta se presenta como un derecho producto de garantías sociales, económicas y políticas en el sentido del logro de consensos plurales y de compromiso de los ciudadanos. Esta concepción implica la articulación de elementos físico, mental, social, cultural y ambiental, con lo que se busca desplazar la vieja concepción de salud basado en lo biomédico, para asumir otra de tipo integral, fincada en la vieja propuesta de Alma Ata (OPS/OMS, 1978) de Atención Primaria en Salud¹⁷, donde uno de los puntos

¹⁴ Como iniciativa local, se crea el Instituto para el Desarrollo Local (IDEL) adscrito a la Alcaldía del Municipio Libertador, con el objetivo de: fomentar el desarrollo local mediante el diseño, evaluación, impulso y ejecución de políticas públicas dirigidas al mejoramiento de la calidad de vida de los pobladores del Municipio (www.mpps.gov.ve).

¹⁵ Según Enzo del Bufalo (1996), “Ningún indicador de crecimiento económico constituye una buena aproximación a la calidad de vida”, por que el concepto de calidad de vida reviste una mayor capacidad integradora de las necesidades humanas y un mayor alcance para formular visiones alternativas con respecto a los problemas sociales a los que hoy nos enfrentamos (D’ Elia y De Negri, 2006). Para autores como Broca (1998) ésta perspectiva tiene que incluir además los componentes de tipo éticos, no sólo en el proceso de toma de decisión de la definición de la política, sino también en la instrumentación de las políticas que van dirigidas a su consecución.

¹⁶ Su causa original fue por las fuertes lluvias, lo que originó un conjunto de deslaves, corrimientos de tierras e inundaciones en las costas caribeñas de Venezuela en diciembre de 1999, y especialmente trágica en el estado Vargas, de donde recibe la denominación, pero que afecta a otras regiones del país, como Falcón y Zulia. Éste ha sido considerado el peor desastre natural ocurrido en Venezuela y Suramérica en el pasado siglo XX.

¹⁷ La reunión donde se planteó la estrategia de la Atención Primaria de Salud para resolver los problemas de la atención se llevó a cabo en Alma-Ata, capital de la República Socialista Soviética de Kazakstán, bajo el

centrales fue que la mejora de la Salud no era cometido del individuo, como responsable único de su propio destino sino del conjunto de personas de una comunidad de manera conjunta con instituciones del Estado, donde se previeran las condiciones para alcanzar un mejor nivel de vida, para ello era necesario el abastecimiento de agua potable, la alimentación, las instalaciones sanitarias, o la situación habitacional y laboral también debían ser consideradas.

Entonces, a partir de allí se entiende la Atención Primaria en Salud como "la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundados y socialmente aceptados, puesta 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 puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación" (OMS, 1980: 106).

La declaración de Alma-Ata señalaba que la atención primaria era la base para alcanzar un nivel adecuado de salud para toda la población y recomendaba la aplicación de programas de salud coherentes con la planificación sanitaria como instrumento para el logro del objetivo global (OMS, 1978).

La Atención Primaria en Salud, esta dirigida hacia la resolución de las necesidades y problemas de salud concretos de cada comunidad, que deben ser abordados a partir de actividades coordinadas de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, potenciando al mismo tiempo la autorresponsabilidad y la participación comunitaria.

A partir de Barrio Adentro emerge en el país el esfuerzo por implementar la Atención Primaria, como estrategia que contribuye al fomento del desarrollo endógeno al perseguir la inclusión, calidad de vida, bienestar colectivo y el acceso a los servicios, esto revela una política para la justicia, igualdad e inclusión de los más humildes, fuera de la ideología neoliberal. Esta política de salud materializada a partir de este programa tiene contenidos de naturaleza redistributiva, pues tiene que ver con el modo en que se distribuye la riqueza, la renta nacional en este caso en las políticas de salud, trata de generar beneficios a amplios sectores de la sociedad. En función de ello se hacen esfuerzos por consolidar un proceso de atención en salud orientado a "...dará prioridad a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades...", sin descuidar la parte curativa y rehabilitadora.

patrocinio de la OMS y la UNICEF en 1978, con la participación de 134 países que firmaron el acuerdo (Sutcliffe et al, 1993).

Para lograr fomentar ello se ha requerido del desarrollo de una nueva concepción de educación en salud, donde las comunidades asumen el rol protagónico de participación directa para la solución de sus problemas prioritarios, lo que ha hecho necesario promover todo un proceso educativo en salud integral, con el propósito de generar capacidad de apropiación por parte de la comunidades de los espacios en los cuales habita. Desde el Instituto de Altos Estudios “Dr. Arnaldo Gabaldón”, como órgano ejecutor de la política de formación de Recursos Humanos en Salud, se impulsa el programa Capacitación de Líderes Comunitarios en Salud y Desarrollo Social, con el fin de desarrollar la participación protagónica de la comunidad organizada, en la promoción de salud y calidad de vida.

Para la implementación de esta estrategia se ha dado la constitución de los Comités de Salud, los cuales asumen una organización del trabajo contraria a lo tradicionalmente establecida (de arriba hacia abajo), sino que por el contrario, es una configuración desde las bases de las comunidades; (de abajo hacia arriba), que facilita la participación de la población en la planificación, ejecución y evaluación de las actividades de salud y calidad de vida. Son organizaciones comunitaria líderes y transformadoras de la realidad, que buscan la creación de espacios territoriales¹⁸ de concertación, comunicación, fortalecimiento del sentido de pertenencia (identidad propia), participación, Justicia social y equidad, que impulsan la organización y la participación en la promoción y prevención en materia de salud integral, en función de obtener un desarrollo humano endógeno sustentable y sostenido (Alayon, 2003). Estas son organizaciones que gestan procesos de cogobierno y corresponsabilidad para mejorar e incrementar la asistencia médica y las condiciones de salud y las ambientales, mediante la promoción de actividades preventivas, tales como: alfabetización; saneamiento ambiental; aprovechamiento del agua y tratamiento de las residuales; disposición de excretas; entre otras, pertenecientes a las diversas misiones.

Estos comités pueden ser promovidos desde los Consultorios, Clínicas Populares, Centros de Diagnostico Integral (CDI), Salas de Rehabilitación Integral (SRI), Centros de Alta Tecnología (CAT) y los Hospitales del Pueblo¹⁹ y por propia iniciativa de los vecinos, en función del desarrollo integral de las personas en el ámbito ciudadano y colectivo. Esta

¹⁸ “Los territorios sociales permiten articular las capacidades políticas, técnicas y económicas para concretar las estrategias promocionales de calidad de vida y alcanzar sus productos y resultados (OPS, 2006: 67).

¹⁹ Hasta ahora el nuevo sistema comprende 216 Centros de Diagnóstico Integral, 303 Salas de Rehabilitación Integral y 6 Centros de Alta Tecnología y 1907 Consultorios populares, que suman 472 Centros de Salud nuevos correspondientes a Barrio Adentro I, II y III (MPPS, 2007).

organización comunitaria tiene como propósito integrar a los miembros de las comunidades en torno al desarrollo de estrategias de prevención y promoción de salud para la búsqueda de alternativas que den respuestas a las necesidades sociales más urgentes de su territorio, en interacción con los gobiernos municipales y regionales.

La organización del trabajo de los comités de salud de Barrio Adentro, han permitido la configuración de Coordinaciones a nivel regional las cuales se constituyen en la máxima expresión de organización comunitaria, dónde no sólo se tratan temas de salud, sino otros relacionados con áreas de seguridad, recreación, cultura, deporte, servicios públicos. Cada comité de salud cuenta con un organigrama funcional; están integrado por un Coordinador general, un adjunto, salud, contraloría social, planificación y proyectos, educación, deporte, cultura, saneamiento ambiental, alimentación, participación ciudadana, seguridad y defensa, niño y adolescente, mujer y anciano, secretario de actas. Vale destacar, que la forma de constitución de los comités de salud, invierten la tradicional pirámide jerárquica, es decir, su conformación inicia desde la base de las comunidades, las cuales seleccionan al coordinador del comité de salud por sectores, luego entre los designados se selecciona al coordinador parroquial, a su vez entre ellos designan al coordinador municipal, y finalmente deberían designar al coordinador de los comités de la región, sin embargo esto queda hasta este nivel, pues en algunos casos como el estado Zulia, la máxima autoridad de Barrio Adentro designa de manera político clientelar al coordinador regional de los comités, evidenciándose un proceso de cooptación en el proceso de participación.

Las funciones de la coordinación de los comités de salud, es básicamente, llevar una evaluación y control de esos comités y promover que se formen procesos educativos orientados al desarrollo de actividades de prevención y promoción. En la medida en que se fomente la creación de comités de salud, aumenta la organización de las comunidades lo que repercute en la mejora de los parámetros en el área de la salud, e incluso en las áreas socioeconómicas por que cuentan con herramientas e instrumentos para superarse como comunidad.

Esta política se ha implantado en las parroquias y los municipios²⁰ de cada Estado del País, especialmente en las zonas populares, prestando beneficios mediante la atención médica

²⁰ Para el año 2003 en el municipio Maracaibo se han establecido 220 consultorios con 424 médicos Cubanos, posteriormente incorporándose 220 médicos de nuestro país para dar cobertura a todas las parroquias del Municipio Maracaibo, este programa a su vez busca garantizar una cobertura a toda la población y su instrumentación establece que cada médico atenderá a 250 familias (Bianco, 2003).

gratuita²¹, suministro gratuito de medicinas²², servicio las 24 horas del día y atención domiciliaria por médicos cubanos esencialmente y en mi poca proporción por médicos venezolanos (odontología; oftalmología) la idea es que el recurso médico esté ubicado en el lugar y disponible para hacerle frente a una emergencia de salud menor o a un diagnóstico rápido antes de que la situación se complique.

A partir de los comités de salud se da el fomento a las denominadas Redes²³ sociales, las cuales están estructuradas bajo diversas formas de trabajo cooperativo en un ámbito, tiempo y área específica, a través de una organización solidaria e interactiva, constituida por personas naturales y/o jurídicas, de carácter público, privado o mixto, con responsabilidades individuales y compartidas, relaciones definidas y objetivos concertados para la producción de bienes y servicios, generación, asimilación y transferencia de conocimientos y tecnologías en el marco de la conveniencia nacional, soberanía económica, política y estrategia de Estado.

Estos Comités, se constituyen en el primer nivel de atención que fomenta la promoción de la calidad de vida: “más allá de la atención de la enfermedad, se propicia todo lo que tiene que ver con los ejes estructurales de la Misión..., es decir, alrededor de ese núcleo de atención, de ese consultorio popular, se ayuda a que funcione todo lo relacionado con la alimentación estratégica, con la cultura popular, con cooperativas y microfinanzas, para ayudar a la gente a educarse en salud y aprender a prevenir, mejorando su forma de comer, de beber, de vivir” (Lira, 2005: 7).

La “Misión Barrio Adentro” consiste en brindar asistencia integral en salud, mediante la participación de médicos cubanos (en su mayoría) y venezolanos que se integran con las comunidades en labores preventivas, de diagnóstico y trabajo social, aunque además del desarrollo de la salud, busca promover la educación, cultura y deporte en las comunidades más deprimidas, fomentando el logro de la identidad, el sentido de pertenencia del espacio local, elevar la conciencia que se tiene sobre los problemas del barrio y de las posibilidades que tienen las mismas comunidades para superarlos con la cooperación solidaria (www.barrioadentro.gov.ve-consultado:02-12-.03, citada por Alvarado).

²¹ Algunas de las especialidades aplicadas de este programa son: medicina general, pediatría, ginecología, odontología, entre otros

²² Los medicamentos suministrados son: antibióticos, antihipertensivos, antipiréticos, antiparasitarios, terapias respiratorias, kit de sutura entre otros.

²³ Entendida como un sistema de relaciones o comunicaciones de grupos orientadas al intercambio y de trabajo mutuo

a) Política de promoción de la salud

La promoción de la salud en la XIII Conferencia Sanitaria Panamericana (1990), fue definida como “la suma de las acciones que realiza la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias y otros sectores sociales- productivos, encaminados al desarrollo de mejores condiciones de salud individual y colectiva”. Según los planteamientos anteriores, entendemos que la política de promoción de la salud trasciende la idea restringida de salud, va hacia la conquista de formas de vida sanas; por tanto, la promoción de la salud no concierne exclusivamente a la administración pública de salud sino que va más allá, pues involucra otros actores económicos, sociales, políticos, comunitarios, entre otros.

En este sentido, la estrategia de promoción de la salud representa una combinación de actividades de diversos tipos: ambientales, sociales, políticas, educacionales, económicas, recreacionales, deportivas y culturales, que permiten el desarrollo de un estado saludable e impiden la aparición de enfermedades tanto en el individuo como en el colectivo. Esas actividades incluyen condiciones de trabajo, nutrición, vivienda, educación y recreación, entre otras, en los distintos grupos de individuos en su relación con el ambiente (Castillo y Navarro, 1987). Para alcanzar una adecuada política se intenta formularse, desarrollar estrategias y acciones de tipo colectivas orientadas de acuerdo a la cultura y a la realidad socioeconómica y política del país o a cada una de sus regiones. Por ello, los medios de acción están siendo promovidos hacia la participación activa de las comunidades a través de los Comités de Salud en la promoción de la salud a través de: a) creación de ambientes favorables; b) desarrollo de las actitudes personales; c) reforzamiento de la acción comunitaria; y d) reorientación de los servicios sanitarios.

La política hacia la promoción de la salud abarca múltiples aspectos, que puede incidir tanto en la salud física, mental, ambiental, y en el medio social; por ejemplo, se debe promover la creación de hábitos de vida saludable, entornos sanos, para reducir así los riesgos y amenazas a la salud (Provea, 1999). Además, se hace necesario un conjunto de actividades que estén orientadas al diagnóstico e identificación de necesidades; definición de programas o planes de acción; ejecución; administración; supervisión y evaluación de los resultados en función de la identificación de cada una de las necesidades de cada comunidad, esto conllevaría a irradiar las actitudes de la población en su propia territorio hacia la administración de salud, decisiones, acciones legales que están relacionadas con la política de

salud y la determinación de las prioridades. Para ello se promueven programas de capacitación directa a la comunidad en materia de planificación estratégica, como estrategia metodológica que permite la identificación, explicación y diseño de alternativas de solución a los problemas que ellos consideren amerita una intervención por parte del Estado pero con el apoyo de los miembros de las comunidades; por ello, la comunidad es formada en esta área para que sea participe de manera activa en la identificación y formulación de políticas públicas proclives al beneficio de su medio ambiente y por ende de su salud, para así irradiar beneficios de manera generalizado a la colectividad. La participación de la comunidad, es el componente de la política de promoción que alude al desempeño estratégico que la comunidad, se constituye en un apoyo fundamental para que la promoción sea eficaz, eficiente y sostenible en el tiempo.

Para la política de promoción de salud como uno de los vértices esenciales para el desarrollo, se considera básico implementar de manera simultánea estrategias de educación sociosanitaria, socioambiental, socioeducativa, sociocomunitaria; por lo que la promoción de la salud debe comenzar desde el hogar para que los nuevos integrantes vayan siendo socializados con patrones dirigidos a la conservación del medio ambiente, a la mitigación de los riesgos y al resguardo hacia su propia salud y continuar a lo largo de todo el proceso de educación formal para crear hábitos de vida saludable que potencie los valores culturales en pro de una cultura de vida sana.

b) Política de Prevención en salud

En relación a la política de prevención en salud se centra en evitar la presencia de la enfermedad, para lo cual no solamente debe conocerse la historia natural de la misma y su incidencia epidemiológica. De aquí que resulte la política de prevención la mas compleja, pues debe atender simultáneamente multitud de factores para generar distintos tipos de intervención. Siguiendo a Maya (2000), la prevención de la salud, consiste en un conjunto de acciones realizadas por un equipo de profesionales, que tienen como objetivo disminuir el sufrimiento humano y el mantenimiento de la salud de los individuos. Con énfasis en la importancia de la prevención, desde el punto de vista de la educación en salud se procura enseñar a los beneficiarios cómo controlar la propagación de algunas enfermedades, trabajando con los vecinos en los denominados clubes de abuelos, embarazadas, adolescentes, entre otros (Alvarado,

Las políticas de promoción y prevención constituyen el eje central del programa Barrio Adentro en sus tres niveles, pero es en el nivel primario, es decir en los consultorios populares donde se expresan con mayor empuje éstas políticas en las comunidades. Actualmente existen en el país 1602 consultorios, en los cuales se han desarrollado, para el mes de julio de 2006 un total de 1.050.643 consultas, de las cuales 513.562 fueron realizadas en las propias casas de los pacientes, a raíz de las visitas realizadas por los médicos. Y entre las actividades de educación efectuadas en diversas áreas alcanzaron un total de 742.531 (MPPS, 2007).

c) Política de atención curativa y rehabilitación

La política de atención curativa es parte de las actividades propias de la medicina y se encarga del ataque y estudio de la enfermedad, es decir, la enfermedad como un evento real, asentado en un organismo biológico. Es preciso destacar que aún en los servicios curativos subyace una intención preventiva, puesto que ella debe buscar romper con la secuencia nociva y evitar daños subsiguientes. En este sentido, podemos precisar que la política de salud desde el punto de vista real, es la ejecución de un conjunto de procedimientos orientados hacia la identificación de las características de la enfermedad a través del diagnóstico y la aplicación de estrategias terapéuticas que persiguen, sanar a los individuos o minimizar el daño.

Al respecto, señala Abad (1999) que la curación es la resolución de los problemas de salud de forma específica de acuerdo al órgano, aparato o sistema afectado; se realiza específicamente para recuperar o rehabilitar tanto la forma como las funciones del órgano o sistema orgánico afectado en el individuo. Para el cumplimiento de esta función, los recursos humanos se forman con los conocimientos y habilidades para resolver los problemas de cada sistema (Abad, 1999).

La búsqueda de prioridad de las acciones curativas no solamente está asociada al fenómeno de desarrollo, sino también a la influencia que ejerce la ciencia médica en la configuración de una forma de atención que está fundamentalmente dirigida a proveer curación. La curación de los enfermos requiere procedimientos diagnósticos y terapéuticos especiales en el diagnóstico precoz y el tratamiento inmediato de la lesión a fin de limitar el daño y reintegrar nuevamente al individuo a su ambiente social (Abad, 1999).

Se ha evolucionado hacia la búsqueda de soluciones creativas en el área de cirugía, traumatología, fisioterapéutica, entre otras que buscan solucionar los problemas que representa la incapacidad parcial o temporal que limita las actividades de trabajo de un grupo poblacional

importante. Lo que se busca en consecuencia, es que los individuos puedan incorporarse lo más rápido posible a algunas actividades de la vida social y productiva.

Cuando no ha sido posible prevenir las enfermedades o accidentes son necesarias medidas que disminuyan los efectos del daño y que apunten a lograr la mayor recuperación de los afectados. A través de los programas de rehabilitación es posible lograr que una persona se reinserte en la sociedad de manera útil, por lo que es importante que estos programas existan de manera permanente. Con la implementación de estas políticas se ha hecho que los ciudadanos pertenecientes a las clases más desposeídas, comenzaran a tener conciencia de sus procesos de salud, lo que ha hecho que comiencen a construir sus forma de vida y a construir sus propias respuestas para la satisfacción de las necesidades, de allí mismo donde nacen, crecen, residen y construyen sus propias viviendas y conforman comunidades territoriales con potencialidades específicas, es lo que en palabras de Vasquez Barquero (1993) se produce un proceso de crecimiento económico y cambio estructural liderado por las comunidades, aprovechando sus ventajas competitivas.

Comentarios Finales

En ningunas de las propuestas teóricas que se han construido sobre el Desarrollo fue considerado la calidad de vida, la protección al medio ambiente y mucho menos las consideraciones sobre salud, por lo que si consideramos claves para los propósitos de darle respuesta a calidad de vida, disminución de la pobreza y resguardo de los factores del medio ambiente. La propuesta teórica relacionada con las políticas de desarrollo endógeno, no deben abandonar las condiciones sobre los factores del desarrollo económico dado que ellos cumplen una función relevante en el proceso global de desarrollo, puesto que actúan como catalizadores de los mecanismos de interacción a través de las iniciativas locales, facilitando el desarrollo empresarial o el micro desarrollo y la creación de redes de empresas que fomentan la difusión de las innovaciones y el conocimiento, mejoran la diversidad urbana y estimulan el desarrollo del tejido institucional (Vásquez Barquero, 2005: 153) tanto público como privado.

Pero simultáneamente se considera el desarrollo social, afincado en una serie de políticas encaminadas a superar los problemas de exclusión, desigualdad e injusticia social, mediante la adaptación abierta y flexible de modelos de gestión en donde se propicie la participación de la comunidad, la constitución de redes, la profundización de mecanismos de horizontalización y de redistribución del poder.

Se asiste a la emergencia de un nuevo estilo de desarrollo, en el cual se trata de armonizar lo económico con lo social, en aras de fortalecer su dimensión humana y garantizar la gobernabilidad democrática. Se percibe una tendencia encaminada a restituir el lugar que debe asumir lo social y particularmente la salud, garantizando la centralidad que le corresponde en todo esfuerzo integral por alcanzar el desarrollo endógeno, sostenido y sustentable.

Por ello al considerar otras fuerzas propulsoras del desarrollo se miran las instituciones y a las organizaciones sociales no solo como instancias de producción de bienes y servicios sino como entes en los cuales los individuos actúan generando estilos de comportamiento, normas, valores ritos, en síntesis modos de hacer y pensar propios que definen reglas de juego que estructuran y determinan las relaciones, bien sean económicas, sociales y políticas (Vásquez Barquero, 2005: 119), para difundir preservar o funcionar a su interno y con respecto al resto del conglomerado social. En este sentido, este enfoque descubre otras formas de ser y pensar que están ancladas en las comunidades, en los grupos sociales, culturales deportivos, entre otros y que pueden tanto generar actividades económicas y simultáneamente propender a desarrollar otras actividades que faciliten su presencia en la sociedad.

Es con la puesta en práctica de las políticas de desarrollo endógeno es que se abre una posibilidad real a la equidad. Según Cárdenas (2002: 53) “durante mucho tiempo la equidad se consideró un tema marginal o secundario dentro de los grandes debates sobre el desarrollo” al aparecer solo servía para completar “la retórica y la justificación filosófica”, por no contar con estrategias expresas ni políticas específicas integrales con relación a las de tipo económicas. En el caso del desarrollo endógeno se trata de armonizar lo económico, social educativo y la participación por cuanto se reconoce que la actividad económica en general se encuentra inmersa en un conjunto de estructuras sociales, culturales y políticas que pueden favorecer o entorpecer la dinámica económica” (Vásquez Barquero, 2005: 119). Por lo que se trata de establecer políticas que respondan simultáneamente apotenciar lo económico pero interconectadas con lo social, cultural, educativo, salud, habitacional, entre otras, lo que en su conjunto contribuyen al mejoramiento de la calidad de vida y que guardan correspondencia con el ambiente natural. En síntesis lo que da la idea de un efecto de inter-retroacción dinámica entre los distintos factores que comprenden la vida del ser humano.

En Venezuela avanza hacia su propio modelo de desarrollo endógeno sustentable y sostenido, basado en una configuración normativa que apunta hacia la integración aspectos tales como lo económico, social, territorialidad, ambientales y organizacionales. Barrio Adentro como programa de salud esta orientado a fomentar el desarrollo endógeno, sostenible y sustentable del país, mediante la configuración de un nuevo sistema de organización de las comunidades, las cuales impulsan desde sus propios espacios territoriales y comunitarios actividades arraigadas en la prevención y promoción de la salud, como estrategias claves para lograr alcanzar mejores niveles de calidad de vida y por ende de inclusión social, sin desvalorizar las actividades de tipo curativa y rehabilitadoras.

Para cerrar y a manera de ilustración, es preciso mencionar que la imagen y la forma de gestión que tiene el Programa Misión Barrio Adentro, lo coloca en ventaja competitiva con los tradicionales centros asistenciales; por un lado, su carácter de innovación en cuanto a la prestación del servicio, la cual se efectúa directamente en las comunidades; por otro lado, cuenta con una gran debilidad que no ha logrado superar y quizás le cueste rebasar, y es lo relacionado al manejo de los indicadores de salud y a la disponibilidad de la información. Con respecto a este último problema puede inferirse que han privado mas razones de tipo política, que aquellas provenientes de la ausencia del diseño de instrumentos para el registro de la información epidemiológica, ya que al ser atacado el programa tan fuertemente por la Federación Médica Venezolana se ha venido bloqueando el acceso directo a la información disponible al público en general, por lo que entonces surgen algunas inquietudes con respecto al impacto que dicho programa irradiará hacia la sociedad.

Referencias Bibliográficas

- Aguilar, Luis (1992). La Hechura de las Políticas. Miguel Ángel Porrúa. México
- Alayon, Rubén (2003). Barrio Adentro. Derrotando la pobreza, Superando ka exclusión y profundizando la democracia.
- Alvarado, Neritza Pobreza y Exclusión en Venezuela a la luz de las nuevas misiones sociales:¿está cambiando la política social?. En <http://www.iiij.derecho.ucr.ac.cr/archivos/documentacion/inv%20otras%20entidades/alegcpol/panel8/PobrezaVenezuela.pdf>
- Arconada, Santiago (2006). Mesas Técnicas de Agua y Consejos Comunitarios de Agua. En Revista Venezolana de Economía y Ciencias Sociales. Vol. 2 No. 2. Venezuela
- Arias, Fidas G. (2004). El Proyecto de Investigación. Introducción a la metodología científica. 4ta. Edición. Editorial Episteme. Caracas – Venezuela.

- Armada, Francisco (2005). <http://www.mci.gob.ve/doc/misionbarrioadentro.pdf>
- Arocena, José (1995) Desarrollo Local un desafío contemporáneo. Centro Latinoamericano de Economía Humana. Nueva Sociedad. Universidad Católica del Uruguay.
- Asamblea Nacional Constituyente. Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. Gaceta Oficial Gaceta Oficial No. 5.453, de fecha 24 de marzo de 2000. Caracas
- Bianco, Fernando (2003). “Barrio Adentro atendió a más de 700 mil personas en menos de seis meses” En Radio Nacional Venezolana www.rnv.gov.ve, fecha de consulta 13-05-2004.
- Bosier, Sergio (2004). Desarrollo Endógeno: ¿Para Qué?, ¿Para Quién? (El Humanismo En Una Interpretación Contemporánea Del Desarrollo). En www.redelaldia.org/IMG/pdf/boisier.pdf
- Camacaro, Daisy (2006). Gilberto Rodríguez Ochoa. La construcción como filosofía de vida. IAES “Dr. Arnaldo Gabaldón”. Maracay. Venezuela.
- Castellanos, Hercilio (2005). La Planificación de Desarrollo Sostenible. Cendes, Venezuela
- Castillo, S. y Navarro, C. (1987). Health promotion as an area of priority in health policy formulation. En Measurement in health promotion and protection. USA.
- De Mattos, Carlos (1993) Descentralización, participación y democratización ¿Una relación causal?. En I Congreso Iberoamericano de Ciencia Política. Chile
- Del Bufalo, Enzo (1996). “Estado, Sociedad y pobreza en América Latina. Hacia una nueva articulación de la política económica y social”, En Del Bufalo, Enzo. Desarrollo con equidad. Hacia una nueva articulación de políticas económicas y sociales en América Latina y el Caribe. CEPAL/Clad/Sela. Nueva Sociedad
- Feo, Oscar y Curcio, Pasqualina (2004). “La salud en el proceso constituyente venezolano” En Revista Cubana Salud Pública. [online]. abr.-jun. Vol.30, No.2. Disponible en <http://scielo.sld.cu/scielo.php>
- Frank Fajnzylber (1983). La Industrialización trunca de América Latina. Nueva Imagen. México
- Lanz, Carlos (2004) El Desarrollo Endógeno y La Misión “Vuelvan Caras” Fundamentos conceptuales de la Misión Vuelvan Caras
- Lanz, Carlos (2004). Misión Vuelvan Caracas. En www.vuelvancaracas.gov.ve, fecha de consulta, 05/05/2007
- Lira, Luis (2005). Una red de salud para Venezuela. Publicación del Ministerio de Comunicación e Información. En www.alopresidente.gob.ve/component?option=com_docman/
- Lucas R. (1988) On the mechanics of Economic Development
- Majone, Giandomenico. (1997). “Análisis de las políticas y deliberación pública. En: Giandomenico Majone. Evidencia, argumentación y persuasión en la formulación de políticas. Colegio Nacional de Ciencias Políticas y administración Pública, A. C. y Fondo de Cultura Económica. México

Maya, José (2000). “Políticas Internacionales de Salud”. En RESTREPO, José y MAYA José (Edit.). Fundamentos de Salud Públicas. Tomo I. Primer Edición. Corporación para Investigaciones Biológicas. Colombia.

MPPS (2007). Resumen constructivo Barrio Adentro I y II Agosto 2006. En http://embavenez-us.org/_spanish/misiones/mision_barrio_adentro.htm

Noack H., y Abelin, T. (1988). Conceptual and methodological aspects of measurement in health and health promotion. En Measurement in health promotion and protection. No. 22. New York. USA.

Ochoa, Haydée y Fuenmayor, Jennifer (2006). Ni Tecnocracia ni populismo: Hacia una gestión pública para la transformación en Venezuela. Centro de Estudios de la Empresa. Facultad de Ciencias Económicas y Sociales. Universidad del Zulia. Venezuela

OMS (1980). “Estrategia de Salud para todos en el año 2000”. Washington D.C

OPS (1991). Programa de Análisis de la Situación de Salud y sus Tendencias. Sistemas Nacionales de Vigilancia de la Situación de Salud según condiciones de vida y del impacto de las acciones de salud y bienestar. Washington , D.C. (Mimografiado).

OPS (2006). Barrio Adentro: Derecho a la salud e inclusión social en Venezuela. OPS-OMS. Caracas, Venezuela.

OPS/OMS (1978). Salud para todos en el año 2000. Plan de Acción para la instrumentalización de las estrategias regionales. Washington, D.C. Estados Unidos.

PROVEA (1999). La Salud es un derecho Humano. Segunda Edición. Caracas, Venezuela.

Red Colombiana de Investigación en Políticas y Sistemas de Salud (2005). Lineamientos de política Nacional para la gestión del conocimiento en salud pública. Elaborado para Colciencias. Colombia

Rincón Becerra, María T. (2004). Modelos de gestión de los servicios de salud promovidos por las gobernaciones venezolanas (1989-2003). Trabajo final del programa de investigador novel (CEE-LUZ-FONACIT).

Rodríguez, Carlos y Lerner, Josh (2007). Los Consejos Comunales y el Sistema Nacional de Planificación en Venezuela. Dossier. En SIC. Año LXX No. 663. Venezuela

Romer M.P (1986). Increasing returns and long growth

Rosene, Chris (2003). Desarrollo Sustentable y Salud Pública. Relación entre salud y desarrollo sustentable, No. 1, Vol. 1. En http://www.revistafuturos.info/futuro_1/chris3.htm

Sabino, Carlos (2000). El Proceso de Investigación. Una introducción teórico-práctica. Nueva edición actualizada. Editorial Panapo – Caracas.

Sunkel, Oswaldo (Comp) (1995) El Desarrollo desde dentro: un enfoque neoestructuralismo para la América Latina. Fondo de Cultura Económica.

Sunkel, Oswaldo y Paz, Pedro (1970). El subdesarrollo latinoamericano y la teoría del desarrollo. Siglo Veintiuno Editores. México

Sutcliffe, F. y Duin, N. 1993. Historia de la Medicina. Natural, S.A. Barcelona, España.

Tünnermann, Carlos (2003). El Desarrollo Endógeno, Humano y Sustentable. En <http://endogeno.fundacite.arg.gov.ve/admin/documental/archivos/4460e7d1b99f6.pdf>

Vásquez Barquero, Antonio (1999). Desarrollo, Redes e Innovación. Lecciones sobre Desarrollo Endógeno. Ediciones Pirámides. España

Vásquez Barquero, Antonio (2005). Las Nuevas fuerzas del desarrollo. Antonio Bosch Editor. España.