

# INDICADORES

- Indicadores de Salud  
*María Di Brienza*

- Indicadores sobre política social  
*Lissette González A.*

## INDICADORES DE SALUD

MARÍA DI BRIENZA P.

### MORTALIDAD POR SEXO Y CAUSAS DE MUERTE

Según reporta el Ministerio de Salud y Desarrollo Social (MSDS), entre los años 1992 y 2003 la tasa de mortalidad general en el país se ubicó en torno a 4,5 defunciones por cada mil habitantes. La mortalidad masculina es superior a la femenina. Para el último trienio (2001-2003) en promedio se registraron 5,4 defunciones por cada mil hombres mientras que en el mismo período fallecieron 3,6 mujeres por cada mil, ello indica que en la actualidad el riesgo de morir es 49% mayor para los hombres.

Las enfermedades del corazón se mantienen durante el período 1993-2003 como la principal causa de mortalidad en la población venezolana, seguida por las defunciones debidas al cáncer; para el año 2003 las tasas específicas por estos padecimientos alcanzan a 96 y 67 muertes por cada cien mil habitantes respectivamente. Porcentualmente, la primera causa representa el 20% del total de defunciones registradas mientras que la segunda concentra el 14%.

Entre las muertes por causas externas, aquéllas ocasionadas por accidentes de todo tipo registran cierta disminución de su frecuencia relativa hasta el año 1997, para luego ubicarse entre 32 y 35 defunciones por cada cien mil habitantes. Las muertes por homicidios han mostrado al contrario un notable aumento tanto en términos absolutos como relativos en los últimos años: en 1993 se notificaron 3.093 muertes por homicidios, diez años después esta cifra se incrementó a 8.790, por lo que el riesgo de morir por esta causa pasó de 15 a 34 por cada cien mil habitantes.

Las enfermedades cerebrovasculares y la diabetes se ubican igualmente entre las cinco principales causas de mortalidad. La primera, con una frecuencia que se mantiene en torno 33 defunciones por cada cien mil a lo largo del período, en tanto que las muertes ocasionadas por diabetes mostraron una clara tendencia al aumento. Su tasa específica varió de 17 por cada cien mil en 1993 a 28 en el año 2003, representando un incremento del orden de 65%.

En la población masculina, la mortalidad por enfermedades del corazón registra durante este período un nivel con poca variación, entre 100 y 110 defunciones por cada cien mil hombres, al tiempo que la tasa de muerte por cáncer observa más bien una

propensión al alza: de 57 por cada cien mil en 1993 aumentó a 66 para el año 2003. La incidencia de las defunciones por accidentes disminuye en 21% en el conjunto del período, mientras que la tasa de muertes violentas por homicidios se incrementó 1,4 veces, pasó de 27 por cada cien mil hombres en 1993 a 64 en 2003, para llegar a ocupar el tercer lugar como causal de muerte en este grupo poblacional.

Entre las mujeres el nivel de la tasa de mortalidad por enfermedades del corazón se reduce entre 1993 y 1997, para posteriormente mantenerse alrededor de 80 defunciones por cada mil. Al igual que los hombres la frecuencia de muertes por cáncer ha mostrado una tendencia al aumento, de 58 por cada cien mil en 1993 a 68 para el año 2003. En este grupo poblacional son las enfermedades cerebrovasculares las que ocupan el tercer lugar entre las causas de mortalidad a lo largo del período considerado y con una tasa cuyo nivel muestra poca variación, entre 36 y 33 por cada cien mil mujeres.

Durante estos años la población femenina registra un aumento en la incidencia de las defunciones a consecuencia de la diabetes, superando en importancia a las ocurridas por afecciones de origen perinatal y pasando así a representar en la actualidad la cuarta causa de mortalidad en este grupo. La tasa específica de muerte por esta enfermedad varió de 18 a 28 por cada mil mujeres, lo que significa un incremento de 54%.

## MORTALIDAD EN LA NIÑEZ TEMPRANA<sup>1</sup>

Para los años 1992-1994 la tasa de mortalidad infantil en el país era del orden de 23,5 defunciones por cada mil nacimientos en promedio, para luego registrar una muy leve variación entre 1995 y 1997. Es a partir de este momento cuando parece retomarse cierta tendencia al descenso: en el trienio 1998-2000 la tasa bajó a 19,4 por mil, lo que significa una caída del 16% con relación al trienio anterior. Con el comienzo del nuevo milenio (2001-2003) esta tendencia habría continuado pero con menor intensidad, con un porcentaje de cambio del 7%, la tasa se ubica en 18,1 por cada mil nacimientos.

En estos cambios recientes que se observan en el nivel de la mortalidad infantil han contribuido de forma desigual sus principales componentes. La frecuencia de las defunciones que ocurren durante el primer mes de vida (mortalidad neonatal) bajó de 14,1 por mil nacimientos en 1992-1994 a 11,4 en los años 2001-2003, lo que indica un descenso del 19% en el conjunto del período. En tanto, la tasa de mortalidad registrada entre el mes y el año de edad (posneonatal) mostró porcentajes de reducción más elevados al pasar de 9,4 por mil nacimientos al principio del período que se observa a

---

<sup>1</sup> Es importante aclarar que las estadísticas de defunciones y nacimientos que se utilizan para el cálculo de las tasas de mortalidad que se presentan no han sido evaluadas, por lo tanto no se ha precisado en qué medida los cambios observados pudieran estar afectados por los errores típicos de subregistro.

6,7 en promedio en los años 2001-2003, representando una disminución del 29%. De manera que hoy día de cada 100 decesos infantiles, 63 se registran en la etapa neonatal y 37 en la posneonatal.

La evolución de las principales causas de muerte durante los años 1993 al 2003, evidencian que las ganancias recientes en la sobrevivencia infantil se encuentran ligadas principalmente a la mayor disminución de la frecuencia de decesos por enfermedades infecciosas respiratorias e intestinales y a los ocasionados por accidentes de todo tipo, en 44%, 32% y 31% respectivamente, en tanto que las muertes por afecciones de origen perinatal registran un porcentaje de reducción menor, de 18%. La tasa específica por enfermedades congénitas de más difícil prevención y tratamiento se mantienen con poca variación, pero los decesos por deficiencia de la nutrición más relacionadas con las condiciones de vida han mostrado fluctuaciones durante estos diez años, en 2003 la tasa de muertes por esta causa se ubicó en 8 por cada cien mil nacimientos para pasar del quinto al cuarto lugar.

Entre los niños y niñas de 1 a 4 años de edad la reducción de los niveles de mortalidad ha sido más lenta. En el período 1992-1994 la tasa de muerte se ubicó en 1,2 por cada mil en promedio, luego, durante los años 1998 al 2003 se mantiene en 1,1 por cada mil, lo que señala una disminución del orden del 8% durante el transcurso de estos diez años.

En este grupo poblacional son las causas externas las que producen el mayor número de muertes, no obstante su frecuencia ha registrado una disminución en el orden del 24% en relación con los valores correspondientes al año 1993. Las afecciones intestinales y la neumonía también han venido evidenciado una reducción de su tasa específica, pero en el último año se observa un aumento notable en la notificación de las muertes por estas enfermedades. En el conjunto del período el riesgo de morir por padecimientos congénitos aumentó en 23% mientras que la tasa de muertes por enfermedades debidas a deficiencias nutricionales, luego de alcanzar valores en torno a 11 por cada por cada cien mil niños y niñas se eleva a 16 en el año 2003.

Si se revisa la evolución que ha venido registrando el país en materia de salud de la niñez mediante la tasa de mortalidad de menores de 5 años, se evidencia un comportamiento similar al de la mortalidad infantil, debido a la más alta probabilidad de morir antes de cumplir el primer año de vida, 16 veces mayor que entre los niños y niñas de 1 a 4 años de edad. Por lo tanto, los cambios favorables tendientes a incrementar las ganancias en la sobrevivencia de este grupo poblacional se hacen notar a finales de la década de los 90, con una reducción del orden de 15%. En el último trienio (2001-2003) prosigue el descenso de los niveles de muerte a estas edades pero con un ritmo mucho menor, de 5%.

De acuerdo al sexo y considerando el último trienio (2001-2003), la tasa de mortalidad en los niños menores de 1 año se ubicó en 19,8 por cada mil nacimientos en promedio en tanto que en las niñas fue del orden de 16,3 por cada mil, lo que equivale

a un riesgo de muerte 21% mayor para el sexo masculino. Entre el primer año y antes de cumplir los cinco años de edad se ve disminuido el nivel de sobremortalidad que registran los niños, durante este mismo período su tasa de mortalidad se ubicó en 1,1 por cada mil y en 1,0 entre las niñas, de modo que el exceso de muertes en los primeros fue de 10%.

Las principales causas de muerte en la infancia son las mismas para los niños y las niñas, pero según los datos correspondientes al año 2003 los niños menores de un año presentan un exceso de muertes por todas estas enfermedades. El riesgo de morir por afecciones perinatales, enfermedades infecciosas intestinales y respiratorias y por causas externas, es entre 20% y 26% superior en ellos y se incrementa a 30% en el caso de las enfermedades por deficiencias de la nutrición. En relación con los decesos por enfermedades congénitas, el diferencial entre los sexos se ve reducido a 6%.

Entre la población infantil de 1 a 4 años de edad, los datos referidos al mismo año dan cuenta de un riesgo mayor entre los niños de morir a consecuencia de enfermedades relacionadas con carencias nutricionales (19%), neumonía (7%) y por accidentes de todo tipo (6%), pero niños y niñas registraron una tasa específica similar de decesos ocasionados por afecciones intestinales, cáncer y padecimientos congénitos.

## MORTALIDAD MATERNA

Durante los últimos 10 años los niveles de mortalidad materna no han mostrado tendencias favorables de cambio en el país: Entre 1992 y 1997 morían en promedio 62 mujeres por cada cien mil nacimientos, al final de la década la tasa acusa cierta disminución para luego volver a repuntar. De manera, que al inicio del nuevo milenio siguen falleciendo un número importante de mujeres por causas asociadas al embarazo, parto y puerperio que podrían evitarse, en promedio 337 y ello expresa que por cada cien mil niños que nacieron 64 de sus madres murieron.

Según los datos reportados para el año 2003, la principal causa directa de mortalidad materna en el país corresponde a edemas, proteinuria y a los problemas de hipertensión derivados del embarazo, parto y puerperio, estos padecimientos son responsables de casi un tercio del total de los decesos registrados; le siguen las muertes debidas a complicaciones durante el parto (14%), complicaciones del puerperio (12%) y abortos (11%). Las causas indirectas, que son enfermedades que se exacerbaban durante el embarazo o su manejo, concentraron ese año el 21% del total de muertes registradas.

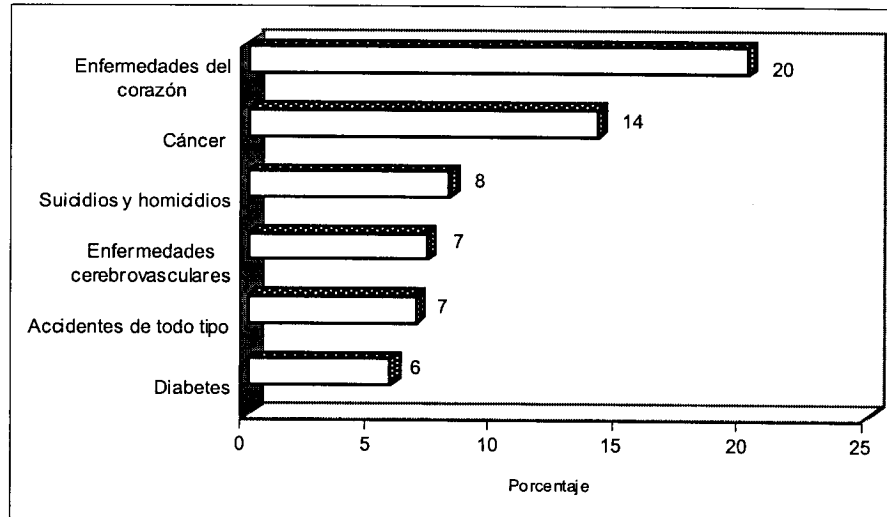
## DEFINICIÓN DE LOS INDICADORES:

- **Tasa de mortalidad infantil:** número anual de defunciones de menores de 1 año de edad por cada 1.000 nacidos vivos registrados en dicho año.
- **Tasa de mortalidad materna:** número anual de muertes de mujeres por causas relacionadas con el embarazo o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, por cada 100.000 nacidos vivos registrados en dicho año.
- **Tasa de mortalidad neonatal:** número anual de defunciones ocurridas antes de cumplir los 28 días por cada 1.000 nacidos vivos registrados en dicho año.
- **Tasa de mortalidad posneonatal:** número anual de defunciones ocurridas entre 1 y 11 meses por cada 1.000 nacidos vivos registrados en dicho año.
- **Tasa de mortalidad de 1 a 4 años:** número anual de defunciones ocurridas entre 1 y 4 años por cada 1.000 niños de ese grupo de edad.
- **Tasa de mortalidad de menores de 5 años:** expresa la probabilidad de morir entre el nacimiento y los cinco años de edad por cada 1.000 nacidos vivos registrados.
- **Tasa de mortalidad por causa:** número anual de muertes atribuibles a una causa específica en un grupo de población determinado por cada 10.000 ó 100.000 personas de ese grupo.
- **Tasa específica de mortalidad por sexo:** número anual de defunciones de uno de los sexos por cada 1.000 personas de ese sexo.

**CUADRO 1****VENEZUELA. TASAS DE MORTALIDAD POR SEXO. 1992-2003**

Años	Tasas de mortalidad (por 1.000)		
	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
1992	4,4	5,1	3,7
1993	4,4	5,2	3,7
1994	4,6	5,3	3,9
1995	4,5	5,1	3,7
1996	4,4	5,1	3,7
1997	4,3	4,9	3,6
1998	4,3	5,0	3,6
1999	4,4	5,1	3,6
2000	4,4	5,2	3,5
2001	4,5	5,3	3,6
2002	4,4	5,2	3,6
2003	4,7	5,7	3,8
1992-1994	4,5	5,2	3,7
1995-1997	4,4	5,1	3,7
1998-2000	4,4	5,1	3,6
2001-2003	4,5	5,4	3,6

Fuentes: MSAS. *Anuario de Epidemiología y Estadística Vital*. MSDS. *Anuario de Mortalidad*. INE. *Anuario Estadístico de Venezuela*. INE. *Estimaciones y Proyecciones de Población*. 2004. Cálculos del Departamento de Estudios Demográficos del IIES-UCAB.

**GRAFICO 1****VENEZUELA. PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD. 2003**

Fuente: Cuadro 2

## CUADRO 2

## VENEZUELA. PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD. 1993-2003

Causas de muerte	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
<b>Defunciones</b>											
Enfermedades del corazón	20.945	21.350	21.694	21.309	20.840	21.606	21.777	22.091	23.251	22.349	24.564
Cáncer	12.065	12.920	13.161	13.620	14.024	14.155	14.892	15.211	15.729	16.391	17.234
Accidentes de todo tipo	8.579	8.583	8.115	6.787	7.066	7.784	7.826	7.933	8.808	8.680	8.298
Enfermedades cerebrovasculares	6.717	7.688	7.371	7.618	7.530	7.607	8.165	8.000	8.317	8.131	8.782
Ciertas afecciones del período perinatal	6.217	6.243	5.620	5.634	5.503	5.241	5.309	5.279	4.937	4.982	5.417
Suicidios y homicidios	4.059	4.442	4.162	4.337	3.939	3.961	5.262	7.633	7.951	8.781	9.940
Homicidios	3.093	3.353	3.130	3.329	2.863	2.817	4.017	6.369	6.568	7.482	8.790
Suicidios	966	1.089	1.032	1.008	1.076	1.144	1.245	1.264	1.383	1.299	1.150
Diabetes	3.511	3.819	4.190	4.450	4.833	4.867	5.724	5.941	6.297	6.234	7.060
<b>Tasas (por 100.000)</b>											
Enfermedades del corazón	99,2	98,9	98,4	94,7	90,8	92,3	91,2	90,9	93,9	88,6	95,7
Cáncer	57,1	59,9	59,7	60,5	61,1	60,5	62,4	62,6	63,5	65,0	67,1
Accidentes de todo tipo	40,6	39,8	36,8	30,2	30,8	33,2	32,8	32,6	35,6	34,4	32,3
Enfermedades cerebrovasculares	31,8	35,6	33,4	33,9	32,8	32,5	34,2	32,9	33,6	32,2	34,2
Ciertas afecciones del período perinatal	29,4	28,9	25,5	25,0	24,0	22,4	22,2	21,7	19,9	19,8	21,1
Suicidios y homicidios	19,2	20,6	18,9	19,3	17,2	16,9	22,0	31,4	32,1	34,8	38,7
Homicidios	14,6	15,5	14,2	14,8	12,5	12,0	16,8	26,2	26,5	29,7	34,2
Suicidios	4,6	5,0	4,7	4,5	4,7	4,9	5,2	5,2	5,6	5,2	4,5
Diabetes	16,6	17,7	19,0	19,8	21,1	20,8	24,0	24,4	25,4	24,7	27,5
<b>Defunciones totales</b>	<b>93.411</b>	<b>98.991</b>	<b>98.136</b>	<b>100.043</b>	<b>98.011</b>	<b>100.963</b>	<b>104.625</b>	<b>105.948</b>	<b>110.672</b>	<b>110.293</b>	<b>121.864</b>

Fuentes: MSAS. *Anuario de Epidemiología y Estadística Vital*. MSDS. *Anuario de Mortalidad*. INE. *Estimaciones y Proyecciones de Población*. 2004. Cálculos del Departamento de Estudios Demográficos del IIES-UCAB.



**CUADRO 3**  
**VENEZUELA. PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD EN LA POBLACION MASCULINA. 1993-2003**

Causas de muerte	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
<b>Defunciones</b>											
Enfermedades del corazón	11.749	11.721	12.028	11.960	11.564	12.411	12.265	12.604	13.289	12.628	13.950
Accidentes de todo tipo	6.529	6.642	6.233	5.313	5.366	5.953	5.962	6.217	6.893	6.531	6.255
Cáncer	6.017	6.402	6.466	6.715	6.986	7.124	7.470	7.691	7.919	8.094	8.569
Suicidios y homicidios	3.693	4.010	3.781	3.938	3.510	3.535	4.760	7.034	7.327	7.899	9.188
Homicidios	2.871	3.120	2.941	3.090	2.623	2.585	3.733	5.956	6.168	6.824	8.255
Suicidios	822	890	840	848	887	950	1.027	1.078	1.159	1.075	933
Enfermedades cerebro vasculares	3.307	3.751	3.604	3.741	3.723	3.826	3.924	3.999	4.075	3.924	4.319
<b>Tasas (por 100.000)</b>											
Enfermedades del corazón	110,3	107,8	108,3	105,5	100,0	105,3	102,1	103,1	106,7	99,6	108,1
Accidentes de todo tipo	61,3	61,1	56,1	46,9	46,4	50,5	49,6	50,8	55,3	51,5	48,5
Cáncer	56,5	58,9	58,2	59,2	60,4	60,4	62,2	62,9	63,6	63,8	66,4
Suicidios y homicidios	34,7	36,9	34,0	34,7	30,4	30,0	39,6	57,5	58,8	62,3	71,2
Homicidios	27,0	28,7	26,5	27,3	22,7	21,9	31,1	48,7	49,5	53,8	64,0
Suicidios	7,7	8,2	7,6	7,5	7,7	8,1	8,6	8,8	9,3	8,5	7,2
Enfermedades cerebro vasculares	31,1	34,5	32,5	33,0	32,2	32,5	32,7	32,7	32,7	31,0	33,5
<b>Defunciones totales</b>	<b>55.020</b>	<b>57.755</b>	<b>57.140</b>	<b>58.206</b>	<b>56.598</b>	<b>59.449</b>	<b>61.503</b>	<b>64.101</b>	<b>66.616</b>	<b>65.573</b>	<b>73.826</b>

Fuentes: MSAS. *Anuario de Epidemiología y Estadística Vital*. MSDS. *Anuario de Mortalidad*. INE. *Estimaciones y Proyecciones de Población*. 2004. Cálculos del Departamento de Estudios Demográficos del IIES-UCAB.

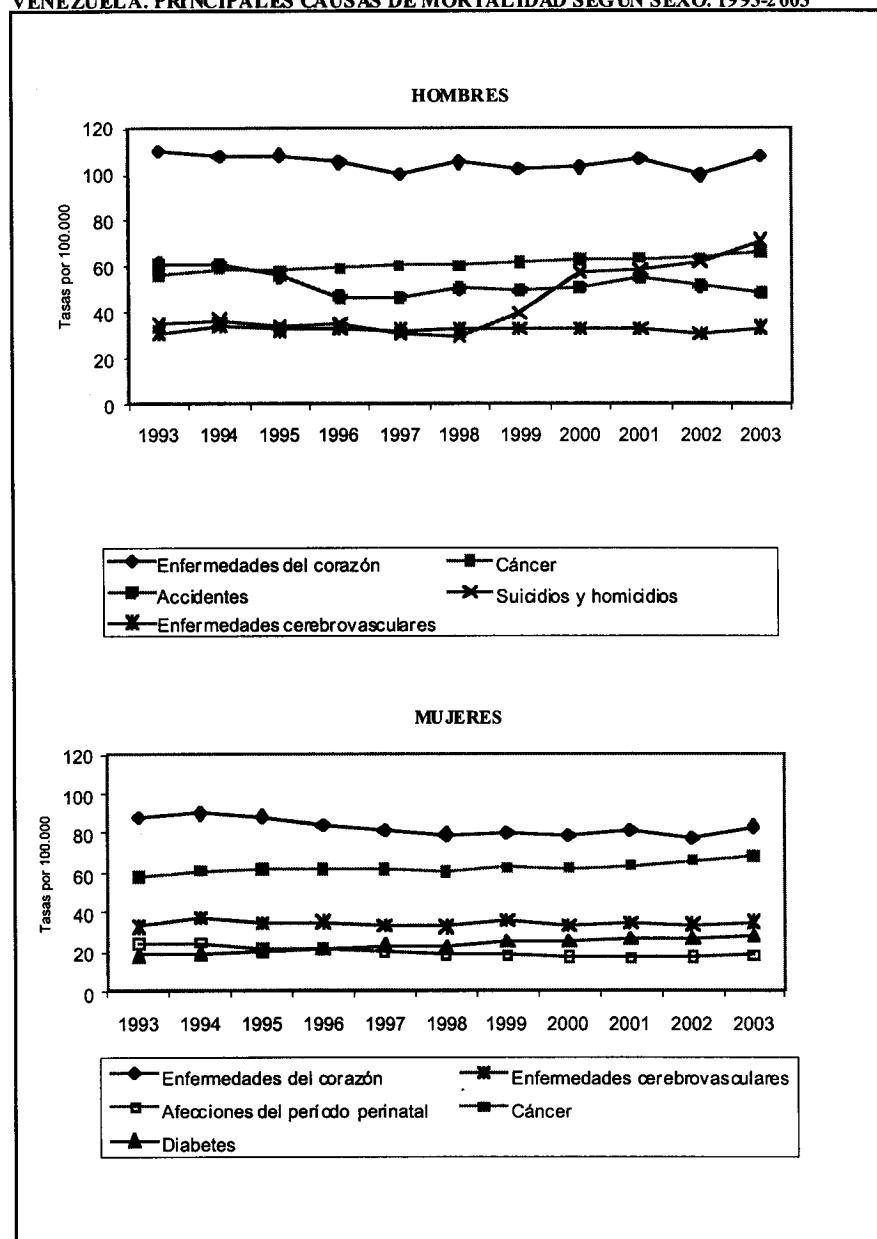
CUADRO 4

## VENEZUELA. PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD EN LA POBLACION FEMENINA 1993-2003

Causas de muerte	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
<b>Defunciones</b>											
Enfermedades del corazón	9.196	9629	9.666	9.349	9.276	9.195	9.512	9.487	9.962	9.721	10.614
Cáncer	6.048	6518	6.695	6.905	7.038	7.031	7.422	7.520	7.810	8.297	8.665
Enfermedades cerebrovasculares	3.410	3937	3.767	3.877	3.807	3.781	4.241	4.001	4.242	4.207	4.463
Afecciones del período perinatal	2.539	2631	2.309	2.369	2.300	2.184	2.165	2.139	2.066	2.157	2.315
Diabetes	1.910	2049	2.244	2.379	2.621	2.593	3.045	3.106	3.256	3.341	3.575
<b>Tasas (por 100.000)</b>											
Enfermedades del corazón	87,8	89,9	88,4	83,7	81,4	79,1	80,2	78,5	80,9	77,5	83,1
Cáncer	57,7	60,9	61,2	61,8	61,7	60,5	62,6	62,2	63,4	66,2	67,8
Enfermedades cerebrovasculares	32,6	36,8	34,4	34,7	33,4	32,5	35,8	33,1	34,5	33,5	34,9
Afecciones del período perinatal	24,2	24,6	21,1	21,2	20,2	18,8	18,3	17,7	16,8	17,2	18,1
Diabetes	18,2	19,1	20,5	21,3	23,0	22,3	25,7	25,7	26,4	26,6	28,0
<b>Defunciones totales</b>	<b>38.391</b>	<b>41.236</b>	<b>40.996</b>	<b>41.837</b>	<b>41.413</b>	<b>41.514</b>	<b>43.122</b>	<b>41.847</b>	<b>44.056</b>	<b>44.720</b>	<b>48.038</b>

Fuentes: MSAS. *Anuario de Epidemiología y Estadística Vital*. MSDS. *Anuario de Mortalidad*. INE. *Estimaciones y Proyecciones de Población*. 2004. Cálculos del Departamento de Estudios Demográficos del IIES-UCAB.

**GRAFICO 2**  
**VENEZUELA. PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD SEGÚN SEXO. 1993-2003**



## CUADRO 5

## VENEZUELA. TASAS DE MORTALIDAD INFANTIL Y DE LA NIÑEZ, 1992-2003

Años	Tasas de mortalidad				Menores de 5 años <sup>1/</sup>
	Infantil <sup>1/</sup>	Neonatal <sup>1/</sup> / Posneonatal <sup>1/</sup>	De 1 a 4 años <sup>2/</sup>	De 5 años <sup>1/</sup>	
1992	22,0	13,5	8,5	1,1	26,3
1993	23,8	14,8	9,0	1,2	28,8
1994	24,8	14,1	10,7	1,3	30,1
1995	23,7	13,5	10,2	1,1	28,4
1996	23,9	13,8	10,1	1,3	29,7
1997	21,4	13,0	8,5	1,1	26,1
1998	21,4	12,4	9,0	1,2	26,5
1999	19,1	11,9	7,3	1,1	23,6
2000	17,7	11,5	6,2	1,0	21,9
2001	17,7	11,0	6,6	1,1	22,1
2002	18,2	11,9	6,2	0,9	22,5
2003	18,5	11,2	7,3	1,2	23,4
1992-1994	23,5	14,1	9,4	1,2	28,4
1995-1997	23,0	13,4	9,6	1,2	28,1
1998-2000	19,4	11,9	7,4	1,1	23,9
2001-2003	18,1	11,4	6,7	1,1	22,7

<sup>1/</sup> Expresada por 1.000 nacidos vivos registrados. <sup>2/</sup> Expresada por 1.000 niños de ese grupo de edad.

Fuentes: MSAS. *Anuario de Epidemiología y Estadística Vital*. MSDS. *Anuario de Mortalidad*. INE. *Anuario Estadístico de Venezuela*. INE. *Estimaciones y Proyecciones de Población*. 2004. Cálculos del Departamento de Estudios Demográficos del IIES-UCAB.

## CUADRO 6

## VENEZUELA. TASAS DE MORTALIDAD INFANTIL Y DE LA NIÑEZ SEGUN SEXO, 2001-2003

Años	Tasas de mortalidad				Menores de 5 años <sup>1/</sup>
	Infantil <sup>1/</sup>	Neonatal <sup>1/</sup> / Posneonatal <sup>1/</sup>	De 1 a 4 años <sup>2/</sup>	De 5 años <sup>1/</sup>	
Ambos sexos	18,1	11,4	6,7	1,1	22,7
Niños	19,8	12,5	7,3	1,1	24,5
Niñas	16,3	10,2	6,1	1,0	20,6
Relación niños/niñas	1,21	1,23	1,20	1,10	1,19

<sup>1/</sup> Expresada por 1.000 nacidos vivos registrados. <sup>2/</sup> Expresada por 1.000 niños de ese grupo de edad.

Fuentes: MSAS. *Anuario de Epidemiología y Estadística Vital*. MSDS. *Anuario de Mortalidad*. INE. *Anuario Estadístico de Venezuela*. INE. *Estimaciones y Proyecciones de Población*. 2004. Cálculos del Departamento de Estudios Demográficos del IIES-UCAB.

CUADRO 7

## VENEZUELA. PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD INFANTIL. 1993-2003

Causas de muerte	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
<b>Defunciones</b>											
Afecciones del período perinatal	6.214	6.240	5.606	5.617	5.498	5.241	5.301	5.276	4.936	4.982	5.415
Enteritis y otras enfermedades diarreicas	1.587	2.319	1.974	1.778	1.380	1.382	1.055	895	863	768	1.148
Anomalías congénitas	1.471	1.515	1.379	1.342	1.386	1.307	1.400	1.413	1.460	1.470	1.419
Neumonías	864	923	843	602	599	625	522	430	510	347	509
Accidentes de todo tipo	475	475	482	362	395	396	369	320	323	335	349
Deficiencias de la nutrición	282	379	411	581	376	416	321	280	300	316	448
<b>Tasas (por 10.000 n.v.r)</b>											
Afecciones del período perinatal	118,5	113,9	107,7	112,8	106,4	104,4	100,4	96,9	93,2	101,1	97,5
Enteritis y otras enfermedades diarreicas	30,3	42,3	37,9	35,7	26,7	27,5	20,0	16,4	16,3	15,6	20,7
Anomalías congénitas	28,1	27,7	26,5	26,9	26,8	26,0	26,5	26,0	27,6	29,8	25,5
Neumonías	16,5	16,8	16,2	12,1	11,6	12,5	9,9	7,9	9,6	7,0	9,2
Accidentes de todo tipo	9,1	8,7	9,3	7,3	7,6	7,9	7,0	5,9	6,1	6,8	6,3
Deficiencias de la nutrición	5,4	6,9	7,9	11,7	7,3	8,3	6,1	5,1	5,7	6,4	8,1
<b>Defunciones totales</b>	<b>12.494</b>	<b>13.577</b>	<b>12.352</b>	<b>11.913</b>	<b>11.069</b>	<b>10.721</b>	<b>10.108</b>	<b>9.649</b>	<b>9.353</b>	<b>8.949</b>	<b>10.276</b>

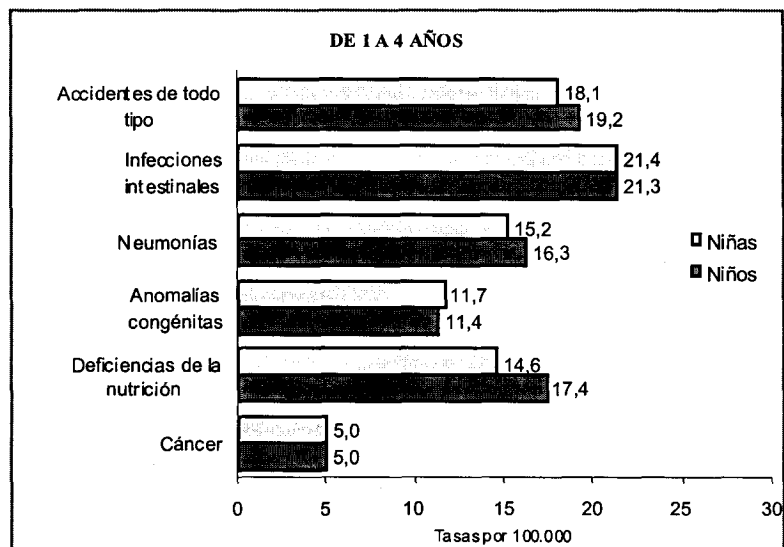
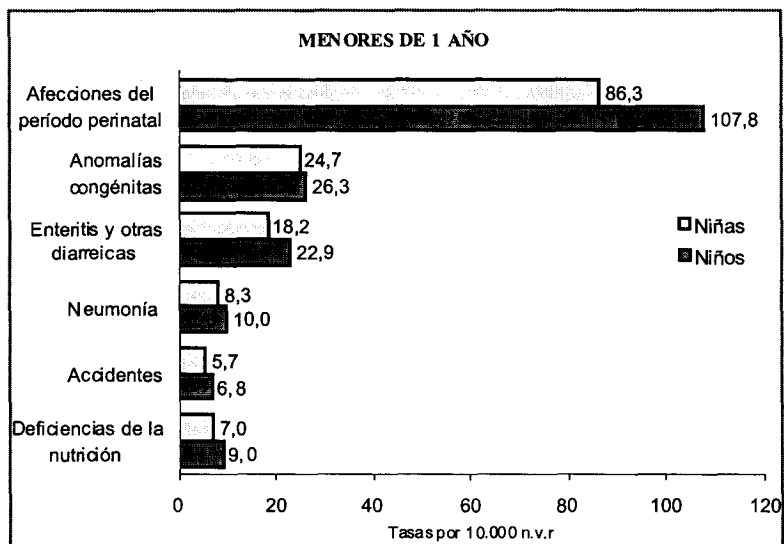
Fuentes: MSAS. *Anuario de Epidemiología y Estadística Vital*. MSDS. *Anuario de Mortalidad*. INE. *Anuario Estadístico de Venezuela*. Cálculos del Departamento de Estudios Demográficos del IIES-UCAB.

**CUADRO 8**  
**VENEZUELA. PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD EN NIÑOS Y NIÑAS DE 1 A 4 AÑOS. 1993-2003**

Causas de muerte	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
<b>Defunciones</b>											
Accidentes de todo tipo	537	476	450	401	402	473	431	361	400	423	418
Enteritis y otras enfermedades diarreicas	419	611	383	538	374	424	342	283	284	273	478
Neumonías	323	358	268	267	263	314	258	228	294	237	352
Anomalías congénitas	205	202	224	208	199	211	217	247	267	244	258
Deficiencias de la nutrición	144	215	205	337	196	261	220	249	258	242	359
Cáncer	111	122	112	135	109	105	97	119	136	100	112
<b>Tasas (por 100.000 niños y niñas)</b>											
Accidentes de todo tipo	24,5	21,7	20,5	18,2	18,2	21,4	19,5	16,3	18,0	19,0	18,7
Enteritis y otras enfermedades diarreicas	19,1	27,9	17,4	24,4	17,0	19,2	15,5	12,8	12,8	12,2	21,4
Neumonías	14,8	16,3	12,2	12,1	11,9	14,2	11,7	10,3	13,2	10,6	15,7
Anomalías congénitas	9,4	9,2	10,2	9,4	9,0	9,6	9,8	11,2	12,0	10,9	11,5
Deficiencias de la nutrición	6,6	9,8	9,3	15,3	8,9	11,8	10,0	11,3	11,6	10,9	16,0
Cáncer	5,1	5,6	5,1	6,1	4,9	4,8	4,4	5,4	6,1	4,5	5,0
<b>Defunciones totales</b>	<b>2.616</b>	<b>2.897</b>	<b>2.447</b>	<b>2.896</b>	<b>2.391</b>	<b>2.566</b>	<b>2.353</b>	<b>2.258</b>	<b>2.338</b>	<b>2.114</b>	<b>2.713</b>

Fuentes: MSAS. *Anuario de Epidemiología y Estadística Vital*. MSDS. *Anuario de Mortalidad*. INE. *Estimaciones y Proyecciones de Población*. 2004. Cálculos del Departamento de Estudios Demográficos del IIES-UCAB.

**GRAFICO 3**  
**VENEZUELA. PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD INFANTIL Y**  
**DE 1 A 4 AÑOS POR SEXO. 2003**



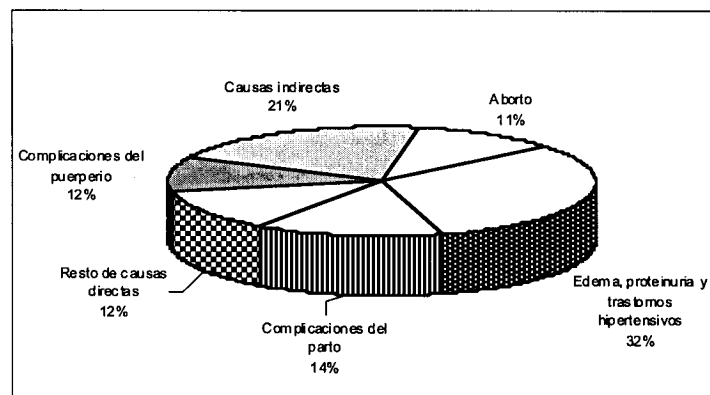
Fuentes: MSDS. *Anuario de Mortalidad*. INE. *Anuario Estadístico de Venezuela*. INE. *Estimaciones y Proyecciones de Población*. 2004. Cálculos del Departamento de Estudios Demográficos del IIES-UCAB.

**CUADRO 9**  
**VENEZUELA. MORTALIDAD MATERNA. 1992-2003**

Años	Defunciones	Tasa (Por 100.000 n.v.r.)
1992	299	53,4
1993	331	63,1
1994	383	69,9
1995	345	66,3
1996	301	60,4
1997	308	59,6
1998	256	51,0
1999	313	59,3
2000	327	60,1
2001	356	67,2
2002	335	68,0
2003	321	57,8
1992-1994	338	62,1
1995-1997	318	62,1
1998-2000	299	56,9
2001-2003	337	64,1

Fuentes: MSAS. *Anuario de Epidemiología y Estadística Vital*. MSDS. *Anuario de Mortalidad*. INE. *Anuario Estadístico de Venezuela*.  
 Cálculos del Departamento de Estudios Demográficos del IIES-UCAB.

**GRAFICO 4**  
**VENEZUELA. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS CAUSAS DE MORTALIDAD MATERNA. 2003**



Fuente: MSDS. *Anuario de Mortalidad*. 2003



## INDICADORES SOBRE POLÍTICA SOCIAL

LISSETTE GONZÁLEZ A.

Desde el año 1999 el Ejecutivo Nacional inició la ejecución de nuevas estrategias de acción en materia social que dejaban a un lado el énfasis en la focalización y la compensación que caracterizó la política social durante los años '90. Sin embargo, iniciativas como el Fondo Único Social (FUS) y el Plan Bolívar 2000 no constituían una estrategia integral con posibilidad de sustituir la batería de programas de la década precedente.

A partir del año 2003 se ha emprendido una serie de nuevos programas en el área social que han sido denominados «misiones». En éstas sí puede reconocerse una estrategia integral<sup>1</sup> orientada a disminuir las brechas de atención en sectores prioritarios como salud y educación, así como la constitución de una red de promoción de los grupos desfavorecidos mediante el impulso a la economía popular. A continuación se presentan los indicadores que han podido obtenerse sobre la ejecución de estos programas en las distintas áreas de acción, acompañados por una breve descripción de la orientación predominante en cada una de ellas. Si bien la política social de la actual administración no consiste únicamente en las Misiones, el presente trabajo se centra en ellas por presentar los mayores vacíos de información al estar aún fuera de las fuentes tradicionales de estadísticas oficiales del sector social.

### 1. EDUCACIÓN

La política social actual ha introducido tres cambios de énfasis notorios en relación con la política educativa:

- La inversión en el sector no se dirige exclusivamente a la población infantil y juvenil, quienes eran los principales beneficiarios tanto del sistema formal de enseñanza

---

1 No es objetivo del presente trabajo presentar detalladamente la orientación teórica que subyace a las misiones, ni en qué medida dicha orientación se refleja en las políticas ejecutadas; para ello se puede consultar: Alvarado (2003), Gómez y Alarcón (2003) y D'Elía, Lacruz y Maingón (2004).

(educación pre-escolar, básica y media), como de la educación no formal<sup>2</sup> (programas del INCE o Capacitación y Empleo Joven, iniciado en la década de los 90). Con las Misiones, la política educativa no tiene restricciones de edad y su objetivo deja de ser la calidad de vida de las generaciones futuras, para pasar a atender los déficit o brechas del presente, resultado de la exclusión de las políticas educativas tradicionales.

- El sistema escolar formal deja de ser el actor privilegiado de las políticas educativas, para dar mayor espacio y relevancia a estrategias pedagógicas no convencionales en los diferentes niveles de instrucción, más adecuados a las necesidades de la población adulta.
- El propio sistema de educación formal deja de concebirse bajo una orientación de política integral con la creación de una red distintiva, formada por las Escuelas Bolivarianas, Liceos Bolivarianos y Escuelas Técnicas Robinsonianas.

A continuación se presenta una breve descripción de las distintas misiones, junto con la información estadística que hasta el momento ha sido posible recopilar sobre su gestión, así como algunas conclusiones generales.

La Misión Robinson se inicia en el año 2003 con la finalidad de emprender un agresivo plan de alfabetización de la población adulta en un corto período de tiempo, utilizando para ello el método «Yo sí puedo», que consta de tres etapas: adiestramiento, lecto-escritura y consolidación<sup>3</sup>. La meta del programa era erradicar el analfabetismo en un año. Si bien no se han publicado estimaciones oficiales del impacto del programa a fin de verificar si esta meta se ha cumplido luego de casi dos años de ejecución, los ejecutores oficiales evalúan que la primera etapa de la misión ha sido un éxito (FEGS, 2004: 5). En función de los logros de esta etapa, se ha diseñado la Misión Robinson II a través de la cual se busca continuar la formación de la población alfabetizada hasta completar las dos primeras etapas de la educación básica (1<sup>o</sup> a 6<sup>o</sup> grado). Se prevé el logro de este objetivo mediante un curso con duración de 10 meses.

Un elemento central en la estrategia de la misión es acercar los ambientes de formación a las comunidades, así como aprovechar la experiencia cotidiana de los alfabetizandos en su proceso de formación.

---

2 Si bien tradicionalmente han existido programas de educación de adultos en el Ministerio de Educación, éstos no fueron un área de alta prioridad dentro del sistema.

3 Para detalles sobre la metodología de la Misión Robinson, ver: <http://www.misionrobinson.gov.ve/>

**Cuadro 1**  
**Venezuela 2002-2003: Comparación de la Matricula en las Misión Robinson con los**  
**Programas de Educación de Adultos**

Entidad Federal	Robinson I	Alfabetización MED	Incremento (%)	Robinson II	Básica Ed. Adultos	Incremento (%)
<i>Venezuela</i>	<i>1.203.314</i>	<i>122.015</i>	<i>986</i>	<i>697.192</i>	<i>249.463</i>	<i>279</i>
Amazonas	11.549	482	2.396	7.741	1.715	451
Anzoátegui	60.892	6.940	877	21.201	13.878	153
Apure	45.276	1.833	2.470	27.854	6.229	447
Aragua	42.800	9.285	461	30.015	18.424	163
Barinas	44.445	4.013	1.108	21.167	9.859	215
Bolívar	46.895	5.834	804	29.821	6.658	448
Carabobo	74.306	12.311	604	33.106	23.787	139
Cojedes	25.544	1.395	1.831	12.230	2.928	418
Delta Amacuro	16.583	309	5.367	7.375	1.223	603
Dtto Capital	30.822	18.576	166	18.768	32.773	57
Falcón	45.762	3.330	1.374	30.571	6.362	481
Guarico	49.729	2.961	1.679	24.719	7.368	335
Lara	99.553	2.706	3.679	72.090	4.768	1.512
Mérida	40.345	3.416	1.181	30.871	10.852	284
Miranda	70.700	7.167	986	38.206	11.812	323
Monagas	37.167	4.212	882	17.622	10.056	175
Nueva Esparta	18.930	3.257	581	7.349	4.843	152
Portuguesa	69.507	3.237	2.147	32.133	7.167	448
Sucre	65.120	4.301	1.514	34.280	14.235	241
Táchira	54.901	5.813	944	33.234	11.829	281
Trujillo	54.930	3.304	1.663	40.196	6.115	657
Vargas	11.967	1.757	681	5.940	3.655	163
Yaracuy	38.292	3.285	1.166	27.583	6.759	408
Zulia	147.299	12.291	1.198	93.120	26.168	356

Fuente: Matricula Misión Robinson: [http://www.gerenciasocial.org.ve/bases\\_datos/gerenciasocial/Index.htm#](http://www.gerenciasocial.org.ve/bases_datos/gerenciasocial/Index.htm#)

Matricula Educación Adultos: Base de Datos MECD.

**Cuadro 2**  
**Venezuela 2003: Relación Alumnos/Facilitador, Alumnos/Ambiente y Tasa de Egreso en la Misión Robinson**

Entidad Federal	Misión Robinson I			Misión Robinson II	
	Alumno/Facilitador	Alumno/Ambiente	Tasa Egreso	Alumno/Facilitador	Alumno/Ambiente
Venezuela	10,5	15,1	83,2	16,6	14,6
Amazonas	12,4	18,4	86,6	13,2	14,2
Anzoátegui	10,0	12,0	91,1	17,9	15,2
Apure	10,7	11,8	80,6	14,4	14,4
Aragua	10,1	16,2	88,8	16,7	13,2
Barinas	11,0	18,0	65,8	14,8	13,2
Bolívar	11,3	19,9	73,9	16,3	15,8
Carabobo	10,3	14,2	70,4	18,9	14,9
Cojedes	10,0	20,0	92,2	16,3	14,4
Delta Amacuro	12,5	23,8	81,8	16,7	11,6
Dtto Capital	10,6	13,4	95,4	16,0	13,5
Falcón	10,4	22,5	87,1	15,1	15,1
Guarico	10,6	18,1	89,5	26,8	13,4
Lara	10,3	20,2	93,1	24,0	14,2
Mérida	11,1	13,2	89,0	14,4	14,4
Miranda	11,1	17,8	80,6	16,8	14,0
Monagas	11,2	22,9	83,7	13,5	10,8
Nueva Esparta	11,4	19,5	77,0	13,1	12,0
Portuguesa	10,8	16,4	79,5	19,5	14,8
Sucre	10,3	17,8	90,3	11,8	21,8
Táchira	10,7	12,6	78,4	18,3	14,5
Trujillo	9,6	15,2	90,0	16,4	15,4
Vargas	6,1	9,8	83,1	12,2	12,1
Yaracuy	10,9	17,8	84,3	16,4	16,9
Zulia	10,5	10,0	77,4	15,6	15,2

Fuente: Matrícula Misión Robinson: [http://www.gerenciasocial.org.ve/bases\\_datos/gerenciasocial/Index.htm#](http://www.gerenciasocial.org.ve/bases_datos/gerenciasocial/Index.htm#)

Cálculos propios.

Los indicadores disponibles muestran que la cobertura de la Misión Robinson ha significado un importante incremento de la oferta en materia de educación de adultos, la matrícula en cursos de esta naturaleza se ha multiplicado casi por 10 en el caso de los programas de alfabetización y por 3 en el caso de los cursos de las primeras etapas de básica.

Se reporta también una razonablemente alta tasa de egreso, aunque ésta presenta variaciones entre entidades federales. Por último cabe destacar que los indicadores de recursos del programa sugieren una atención muy cercana dado el bajo número de alumnos por facilitador que se reporta: 10,5 en Robinson I (alfabetización) y 16,6 en Robinson II (1° y 2° etapa de básica).

La Misión Ribas se inscribe en una óptica y mecanismos de intervención semejantes a los de la Misión Robinson, sólo que destinada a la población que no completó la tercera etapa de básica o la educación media. En esta estrategia se incluye también la Misión Sucre, orientada a los bachilleres excluidos de la educación superior.

**Cuadro 3**  
**Venezuela 2002-2004: Comparación de la Matrícula en la Misión**  
**Ribas con los Programas de Educación Media**

Entidad Federal	Misión Ribas <sup>(1)</sup>	Educación Media <sup>(2)</sup>			Misión / Media	Alumnos / Facilitador	Alumnos / Plantel
		Regular	Adultos	Total			
<i>Venezuela</i>	722.465	512.371	123.967	636.338	1,14	28,04	89,95
Amazonas	3.000	2.865	658	3.523	0,85	25,00	143,25
Anzoátegui	45.461	24.594	6.940	31.534	1,44	26,38	84,52
Apure	10.798	7.952	1.833	9.785	1,10	28,12	96,98
Aragua	43.916	38.974	10.135	49.109	0,89	30,04	154,66
Barinas	31.015	13.140	4.013	17.153	1,81	31,55	98,80
Bolívar	26.423	30.644	5.834	36.478	0,72	28,38	106,40
Carabobo	48.600	46.033	12.311	58.344	0,83	30,70	287,71
Cojedes	10.000	5.459	1.395	6.854	1,46	30,21	94,12
Delta Amacuro	4.750	2.301	315	2.616	1,82	25,96	41,09
Dtto Capital	64.502	35.662	18.576	54.238	1,19	29,75	157,10
Falcón	18.473	19.255	3.483	22.738	0,81	26,20	60,93
Guarico	22.761	13.392	2.961	16.353	1,39	28,74	178,56
Lara	46.334	30.691	2.768	33.459	1,38	28,18	60,06
Mérida	22.897	19.115	3.416	22.531	1,02	25,99	49,27
Miranda	63.767	37.890	7.788	45.678	1,40	26,24	77,17
Monagas	38.699	16.796	4.212	21.008	1,84	26,74	85,69
Nueva Esparta	11.092	7.969	3.257	11.226	0,99	29,50	89,54
Portuguesa	22.303	14.383	3.237	17.620	1,27	25,46	48,59
Sucre	31.213	18.338	4.375	22.713	1,37	29,81	53,62
Táchira	33.783	26.014	5.813	31.827	1,06	22,81	65,36
Trujillo	25.461	15.210	3.304	18.514	1,38	28,54	47,68
Vargas	10.091	6.905	1.757	8.662	1,16	27,50	80,29
Yaracuy	16.358	12.283	3.285	15.568	1,05	26,47	56,60
Zulia	70.768	66.506	12.301	78.807	0,90	30,17	164,21

Notas:

(1) Esta información está referida a junio del 2004.

(2) Año escolar 2002-2003.

Fuente: Matrícula Misión Ribas: [http://www.gerenciasocial.org.ve/bases\\_datos/gerenciasocial/Index.htm#](http://www.gerenciasocial.org.ve/bases_datos/gerenciasocial/Index.htm#)

Matrícula en Educación Media: Base de datos MECD. Cálculos propios.

También en el caso de la Misión Ribas se aprecia la gran importancia del programa en términos de su cobertura, ya que la cantidad de inscritos es superior a los inscritos en educación media, incluso sumándoles aquéllos que cursan en la modalidad de educación de adultos. En el promedio nacional, hay 1,14 estudiantes en la Misión Ribas por cada estudiante de los programas de educación media tradicionales, aunque hay entidades donde los estudiantes de media son más: Amazonas, Aragua, Bolívar, Carabobo, Falcón, Nueva Esparta y Zulia.

La relación de alumnos por facilitador es más alta que en la Misión Robinson, con un promedio nacional de 28,04 lo cual podría explicarse por un mayor nivel requerido para asumir el rol de facilitador a este nivel.

A continuación se presentan los indicadores obtenidos con respecto a la Misión Sucre, sin embargo la comparación con la magnitud de nuevos inscritos en el sistema de educación superior sólo puede hacerse con el total nacional, ya que no fue posible obtener cifras por entidades federales.

**Cuadro 4**  
**Venezuela 2004: Indicadores de Ejecución de la Misión Sucre**

Entidad Federal	Asignados	Incorporados	Porcentaje Incorporados
<i>Venezuela</i>	96.581	72.144	74,7
Amazonas	598	545	91,1
Anzoátegui	4.978	3.802	76,4
Apure	1.385	1.233	89,0
Aragua	6.847	5.145	75,1
Barinas	2.404	1.200	49,9
Bolívar	3.682	2.099	57,0
Carabobo	7.826	5.766	73,7
Cojedes	1.307	1.304	99,8
Delta Amacuro	528	507	96,0
Dtto Capital	11.211	7.406	66,1
Falcón	4.250	3.895	91,6
Guarico	3.165	1.775	56,1
Lara	6.780	5.311	78,3
Mérida	3.867	2.730	70,6
Miranda	7.906	5.920	74,9
Monagas	3.365	2.678	79,6
Nueva Esparta	1.302	1.308	100,5
Portuguesa	2.305	2.212	96,0
Sucre	2.949	3.925	133,1
Táchira	6.289	3.105	49,4
Trujillo	2.664	2.329	87,4
Vargas	1.771	1.381	78,0
Yaracuy	1.919	1.593	83,0
Zulia	7.283	4.975	68,3

Fuente: [http://www.gerenciasocial.org.ve/bases\\_datos/gerenciasocial/Index.htm#](http://www.gerenciasocial.org.ve/bases_datos/gerenciasocial/Index.htm#)

La cobertura del presente programa aparece como menos extensa que la de otras misiones educativas, ya que sólo incorpora 72.000 bachilleres a nivel nacional (lo cual representa apenas un 33% de los nuevos inscritos en el sistema de educación superior en 2002<sup>4</sup>). Este resultado probablemente puede explicarse por la duplicidad de progra-

4 Comparando con los datos publicados en el Anuario Estadístico de Venezuela 2002.

mas con un mismo objetivo, ya que la Universidad Bolivariana de Venezuela también se propone la inclusión en la educación superior de los bachilleres tradicionalmente excluidos y ambas estrategias funcionan de forma independiente. Por lo anterior, para conocer el número de jóvenes que han ingresado a nuevas alternativas de formación a nivel superior sería necesario incluir también a los inscritos en esta institución, pero no se ha encontrado estadísticas disponibles en este sentido.

Para cerrar esta sección vale la pena resaltar algunos elementos comunes de la estrategia de las diferentes misiones educativas:

- Su ejecución no está asignada a un solo organismo, sino que participan diversas instituciones gubernamentales centrales y regionales, junto con empresas públicas (PDVSA, CADAFE) y organizaciones sociales<sup>5</sup> (FECS, 2004; Chirinos, 2004). Esta dispersión de las responsabilidades es uno de los principales elementos que dificulta la obtención de estadísticas, especialmente en cuanto al presupuesto ejecutado.
- Para promover el ingreso y la permanencia de los beneficiarios en los cursos de formación, la estrategia contempla la asignación de becas y microcréditos a los participantes y egresados.
- Aunque las estadísticas de ejecución disponibles muestran una amplia cobertura, no se ha partido de un diagnóstico inicial y hasta el momento no se han conocido propuestas de medición del impacto en términos de los resultados laborales y de ingresos que obtienen los egresados de los distintos programas.

## 2. SALUD

Así como en el sector educación, también la política de salud muestra dos orientaciones diferentes: en primer lugar, se mantienen la mayor parte de los programas tradicionales del sector orientados a mejorar la atención a ciertos subgrupos poblacionales con necesidades específicas (niños y niñas, mujeres embarazadas y en período de lactancia, población de la tercera edad) desde la red de atención primaria o la red hospitalaria. Pero, adicionalmente, se ha creado una estrategia novedosa de atención en salud que pretende acercar la atención médica a la población de barrios y áreas rurales, para aumentar su calidad de vida con un servicio de salud cercano y permanente. Es el programa “Barrio Adentro”, que se propone la consolidación de una nueva red de atención primaria, emplazada en las propias comunidades.

---

5 En el caso de la misión sucre, la variedad en las instituciones participantes se refiere sólo a instituciones de educación superior (Quijada, 2004).

En un primer momento, podría parecer que esta iniciativa compite con la red de ambulatorios urbanos y rurales que tradicionalmente formó parte de los servicios públicos de salud. Sin embargo, esta red cuenta con fuertes problemas, que fueron diagnosticados desde la década de los '90: incumplimiento del horario establecido, recursos humanos sin capacitación suficiente, ausencia de los servicios establecidos en la normativa (España, 1997: 68). Si a lo anterior se suman las constantes dificultades para el equipamiento que enfrenta el sector, la necesidad de implantar políticas orientadas a garantizar el acceso a la salud de la población más vulnerable está más que justificada.

Barrio Adentro no se concibe únicamente como un programa de atención primaria en salud y suministro de medicamentos. En diversos documentos se presenta como un programa integral de atención a las comunidades o la “misión de misiones” (Alcaldía de Caracas, 2003; FECS, 2004; Contreras, 2004). Retomando la integralidad que se propone como guía de las políticas públicas, incluye otros componentes de la calidad de vida como la educación, el ambiente y la cultura. Se convierte así en el eje alrededor del cual se pretende orientar la intervención en las comunidades.

Cabe resaltar que con el paso del tiempo a esta estrategia se ha ido añadiendo nuevos componentes, para dejar de ser una política de salud dirigida únicamente a la atención primaria y convertirse en una política integral orientada a la transformación del sector salud. La Misión Barrio Adentro 2 ha tenido como meta la creación de Centros de Diagnóstico Integral (CDI), Centros de Rehabilitación y de Alta Tecnología que fortalezcan la red ampliando su oferta de servicios. Por último, Barrio Adentro 3 se propone la intervención sobre la red hospitalaria para mejorar su infraestructura y equipamiento a fin de que puedan brindar a la población venezolana un servicio de calidad. Sobre estas dos nuevas estrategias no se cuenta aún con información estadística, ya que su formulación y puesta en práctica han comenzado durante el año 2005.

Al igual que en las misiones educativas, son múltiples los organismos que intervienen en la ejecución de la Misión Barrio Adentro. Pero, además, éste presenta una característica adicional: el personal médico es en buena parte extranjero y no depende directamente del MSDS, lo cual dificulta que se mantenga a través de esta red las normativas y programas que deben guiar la atención primaria en salud a los distintos grupos de población<sup>6</sup>.

También en este programa existen importantes vacíos en la información sobre los costos de operación y las características de los beneficiarios de las consultas (edad y

---

6 Sin embargo, estas restricciones han ido disminuyendo con la consolidación del programa y ya en los reportes epidemiológicos se cuenta con información de la morbilidad registrada en estas consultas.



sexo, especialmente). La estimación de la importancia de Barrio Adentro en las regiones del país sólo puede hacerse con base en el personal médico y en qué proporción éste se ha incrementado gracias a los recursos de este programa. Los resultados se presentan a continuación.

**Cuadro 5**  
**Venezuela 2000-2004: Recursos Humanos del Sector Salud y Misión Barrio Adentro**

Entidad Federal	Salud (2000)		Barrio Adentro (2004)		Incremento oferta (%)	
	Médicos	Odontólogos	Médicos	Odontólogos	Médicos	Odontólogos
Venezuela	48.300	1.612	12.884	2.702	26,7	167,6
Amazonas	168	7	79	0	47,0	0,0
Anzoátegui	2.468	62	651	131	26,4	211,3
Apure	577	37	228	31	39,5	83,8
Aragua	2.731	60	737	42	27,0	70,0
Barinas	936	53	296	44	31,6	83,0
Bolívar	2.115	48	736	208	34,8	433,3
Carabobo	4.961	81	1.289	403	26,0	497,5
Cojedes	470	20	149	31	31,7	155,0
Delta Amacuro	169	14	99	16	58,6	114,3
Dtto Capital	8.343	226	1.010	275	12,1	121,7
Falcón	1.452	42	379	58	26,1	138,1
Guarico	827	39	323	10	39,1	25,6
Lara	3.393	88	608	134	17,9	152,3
Mérida	2.627	97	408	46	15,5	47,4
Miranda	2.602	77	1.844	354	70,9	459,7
Monagas	964	55	390	86	40,5	156,4
Nueva Esparta	819	34	141	15	17,2	44,1
Portuguesa	1.114	47	350	43	31,4	91,5
Sucre	950	58	342	72	36,0	124,1
Táchira	1.533	63	195	50	12,7	79,4
Trujillo	1.207	92	339	31	28,1	33,7
Vargas	413	*	189	7	45,8 *	
Yaracuy	828	37	362	92	43,7	248,6
Zulia	6.633	275	1.740	523	26,2	190,2

Fuente: Barrio Adentro: [http://www.gerenciasocial.org.ve/bases\\_datos/gerenciasocial/Index.htm#](http://www.gerenciasocial.org.ve/bases_datos/gerenciasocial/Index.htm#)  
Ministerio de Salud: Anuario Estadístico de Venezuela (2002).

El cuadro 5 muestra la gran importancia que en términos de recursos ha significado el programa, que ha ampliado de forma importante el personal dedicado a atención primaria: 26,7% ha aumentado la disponibilidad de médicos (en algunas entidades federales llega incluso a más de 70%) y 167,6% ha aumentado la oferta de odontólogos. Si bien la disponibilidad de atención primaria en comunidades que tradicionalmente han estado excluidas de los servicios de salud es un elemento positivo, las críticas a Barrio Adentro se han centrado en los problemas de infraestructura y dotación del servicio, sin los cuales es imposible resolver las necesidades de la población. Sin embargo, una

exitosa ampliación de Barrio Adentro 2 y Barrio Adentro 3 podría mejorar estos déficit estructurales del sector salud. Éste debería ser uno de los elementos a evaluar en el futuro con respecto a la ejecución del programa.

Otro tema de importancia en el actual esquema de las políticas sociales es el acceso a alimentos de bajo costo para la población con menores recursos económicos como forma de incidir en la situación nutricional de la población. El objetivo de la Misión Mercal es acercar a las comunidades nuevas formas de comercialización de los alimentos y en virtud de la inexistencia (o disminución) de los intermediarios, lograr precios más accesibles para la población. La Misión Mercal incluye establecimientos de diverso tipo: centros de acopio, mercales tipo I y tipo II, bodegas fijas y móviles. Este programa cuenta, además, con comedores populares bolivarianos que brindan alimentación gratuita junto con servicios de higiene, educación y salud a fin de ofrecer una atención integral (FECS, 2004).

Como podemos concluir con base en lo anterior, también en el sector salud la política está orientada a atender a la población más excluida, mediante la creación de nuevas redes y es preciso para dar sustentabilidad a los logros, pensar sobre la forma en que estas nuevas estrategias van a institucionalizarse y consolidarse en el tiempo, utilizando para ello la experiencia acumulada en la gestión tradicional del sector.

### 3. ECONOMÍA POPULAR

El impulso de procesos de desarrollo mediante nuevas formas de participación económica constituye uno de los aspectos centrales dentro de la orientación actual de la política social. El concepto de economía popular ya estaba presente en la política nacional<sup>7</sup>, pero en la actualidad tiene una importancia mucho mayor no sólo por el aumento de las instituciones que operan en el área y el monto de los recursos asignados, sino por la mayor relevancia estratégica asignada a este sector. Adicionalmente, se ha desarrollado una nueva concepción teórica sobre los objetivos del sector microfinanciero: mientras en el pasado se entendía como la forma de crear y mantener empleos dentro de una estrategia sustentable para superar la pobreza, en la actualidad se concibe como el mecanismo de promoción de un nuevo paradigma de desarrollo, el “desarrollo endógeno”.

Si bien las acciones dentro de esta área se inician desde 1999 con la creación del Banco del Pueblo, no es sino con el inicio de la Misión Vuelvan Caras que las diversas

---

7 En el año 1989 dentro del Programa de Enfrentamiento a la Pobreza se incluyó un Programa de Apoyo a la Economía Popular cuyo objetivo era ofrecer créditos a microempresas y cooperativas operando o en formación (España, 1997: 84).

**Cuadro 6**  
**Venezuela 2004: Indicadores de Ejecución de la Misión Mercal**

Entidad Federal	Establecimientos				Ventas (Abril 2004)			
	Módulo Tipo 1	Módulo Tipo 2	Mercalito	Centro acopio	Ton. Métricas	Millones Bs.	Beneficiarios	
<i>Venezuela</i>	207	305	5336	55	17.560,9	27.938,6	2.762.743	
Amazonas	1		30	1				
Anzoátegui	8			2	898,4	1.510,6	113.110	
Apure	1	4	57	2	218,5	358,7	158.696	
Aragua	22	55	732	4	1.993,8	3.340,4	235.838	
Barinas	3	3	177	2	155,1	217,4	28.898	
Bolívar	8		110	1	1.099,4	1.968,3	167.162	
Carabobo	17		625	5	958,6	1.628,4	201.381	
Cojedes	1		15	1	73,6	115,8	12.658	
Delta Amacuro	1			1	91,6	153,6	17.375	
Dtto Capital	31	76	486	5	2.523,2	3.872,4	415.231	
Falcón	2	3	80	1	195,7	283,4	33.861	
Guarico	3	1	12	1	194,5	356,3	36.133	
Lara	10	5	666	2	818,8	1.423,3	171.216	
Mérida	2	5	110	2	435,9	641,7	64.042	
Miranda	28	45	682	3	2.080,3	2.991,5	288.422	
Monagas	5		176	2	392,4	629,1	54.344	
Nueva Esparta	2	2	50	1	71,3	132,8	21.192	
Portuguesa	2	44	187	2	1.821,2	2.420,9	169.268	
Sucre	11	3	226	3	727,9	1.288,3	143.243	
Táchira	8	1	168	2	760,7	1.280,4	126.633	
Trujillo	4	1	120	3	341,0	572,5	51.418	
Vargas	6	2	70	1				
Yaracuy	1	3	127	1	617,0	1.012,9	34.394	
Zulia	30	52	430	7	1.092,3	1.739,9	218.228	

Fuente: [http://www.gerenciasocial.org.ve/bases\\_datos/gerenciasocial/index.htm#](http://www.gerenciasocial.org.ve/bases_datos/gerenciasocial/index.htm#)

iniciativas que se emprendieron desde los inicios de la actual administración van a verse agrupadas bajo el gran objetivo de promover un nuevo estilo de desarrollo, con una economía solidaria.

La Misión Vueltas Caras se propone como una estrategia novedosa de formación para el trabajo, orientada no únicamente a la capacitación en oficios (esta misión se ejecuta desde el INCE, que tradicionalmente había cumplido ese objetivo), sino que incluye además una orientación para que el estudiante sea capaz de crear sus propias alternativas de trabajo no dependiente, bajo un esquema principalmente cooperativo. Adicionalmente, la misión se propone crear “núcleos de desarrollo endógeno” en diversos emplazamientos del territorio nacional. Estos núcleos deben basarse en las potencialidades de las distintas comunidades y ofrecer alternativas de desarrollo autónomo. El programa se encuentra en la actualidad enlazado con las otras misiones educativas, y se ha convertido en la referencia orientadora de todo el sistema de microfinanzas.

Esta misión reporta en abril de 2005 264.720 egresados, 314.173 en proceso de formación y 205 núcleos de desarrollo endógeno (FEGS, “indicadores de la política social”). Adicionalmente se reporta información sobre la actividad crediticia, que se presenta en el cuadro a continuación.

#### Venezuela 2004: Indicadores del Sistema Microfinanciero

Institución	Créditos (Millones Bs.)	Empleos Generados	Costo por empleo
Fondemi	5.908	13.047	452.824,40
Banco de la Mujer	25.870	77.610	333.333,33
Banco del Pueblo/ Bandes / Inapesca	18.174	-	
Banco Industrial	2.003	16.024	125.000,00

Fuente: FEGS (2004). Cálculos propios.

El sector de microfinanzas lleva una contabilidad que permite acercarnos al impacto de esta inversión al estimar el número de puestos de trabajo creados a partir de los créditos otorgados a microempresas y cooperativas. Adicionalmente se puede calcular cuánto ha invertido cada uno de los organismos del sector para lograr la creación de un empleo, donde se constata que es el Banco Industrial el que logra un mayor impacto en este sentido sobre los recursos que dedica a créditos de esta naturaleza. Si bien estos datos muestran un panorama relativamente positivo, para una evaluación de la estrategia haría falta en primer lugar qué proporción de estos créditos son efectivamente pagados

a las distintos organismos, así como medir la permanencia y la productividad de las microempresas y cooperativas beneficiarias en el tiempo.

Dentro del área de la economía popular hemos listado también otros programas orientados al desarrollo rural en diversas formas (Misión Zamora, PERA, PRODECOP) así como la Misión Piar, orientada a mejorar de la calidad de vida en las zonas mineras del Estado Bolívar. Estos programas se entender como aproximaciones concretas al desarrollo local desde las necesidades específicas de ciertas comunidades.

A lo largo del presente artículo se ha mostrado un panorama general sobre la orientación y los indicadores disponibles sobre las misiones que constituyen el eje de la política social actual. Si bien no se cuenta con información suficiente para emitir juicios sobre el impacto de los distintos programas que se ejecutan en la actualidad, sí podemos cerrar con una breve reflexión sobre la situación institucional del sector.

En primer lugar es importante resaltar la magnitud del esfuerzo realizado en el sector social: se han impulsado múltiples programas que han incrementado de forma notable la oferta de servicios a las comunidades más pobres, anteriormente excluidas tanto de las redes tradicionales de atención en educación y salud, como de los programas compensatorios (cuya ejecución estaba en la mayor parte de los casos ligada estrechamente a dichas redes).

Sin embargo, la multiplicidad de actores involucrados en la ejecución y el financiamiento, la construcción de redes alternativas de atención en casi todas las áreas, el intento de ofrecer atención integral (entendida como la prestación de múltiples servicios al beneficiario) desde distintos programas y estructuras aumenta uno de los principales problemas del sector social: la atomización del sector, la duplicidad de esfuerzos y la dificultad para establecer políticas estructuradas y coherentes (González, 1996). En el pasado reciente, con la finalidad de atacar estas mismas dificultades se integró en el MSDS todas las responsabilidades del área y para intentar centralizar la asignación del gasto se creó el Fondo Único Social (FUS). Ante la dificultad de impulsar programas de alto impacto en esta estructura altamente centralizada, la tendencia 6 años más tarde ha sido multiplicar organizaciones y estructuras, aún más que en la década de los '90. Esta situación podría tener en el futuro consecuencias negativas sobre la gobernabilidad y la eficiencia en el sector.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alcaldía de Caracas (2003): *Barrio Adentro: Políticas transversales para el desarrollo socio-político de las barriadas caraqueñas*, Caracas.
- Alvarado Chacín, Neritza (2003): "La atención a la pobreza en Venezuela. Del 'Gran Viraje' a la 'V República'", *Revista Venezolana de Análisis de Coyuntura*, Vol. IX N°2, 111-150.
- Chirinos, Armando (2004): "Misión Rivas", Ponencia en el Panel "Presentación de Experiencias: Nuevos Sujetos, Nuevas Institucionalidad y Gestión Social". *Seminario Nacional de Política Social: ¿Un nuevo paradigma?*. Consultado en: [http://www.gerenciasocial.org.ve/bsocial/bs\\_03/bs\\_03\\_pdf\\_doc/jueves/mision\\_rivas.pdf](http://www.gerenciasocial.org.ve/bsocial/bs_03/bs_03_pdf_doc/jueves/mision_rivas.pdf)
- Contreras, Juana (2004): "Misión Barrio Adentro", Ponencia en el Panel "Presentación de Experiencias: Nuevos Sujetos, Nuevas Institucionalidad y Gestión Social". *Seminario Nacional de Política Social: ¿Un nuevo paradigma?*. Consultado en: [http://www.gerenciasocial.org.ve/bsocial/bs\\_03/bs\\_03\\_pdf\\_doc/jueves/mision\\_barrio\\_adentro.pdf](http://www.gerenciasocial.org.ve/bsocial/bs_03/bs_03_pdf_doc/jueves/mision_barrio_adentro.pdf)
- D'Elía, Yolanda, Lacruz, Tito y Maingon, Thaís (2004): "Aspectos críticos de la política social actual", ILDIS: *Informe Social 9*, Caracas, pp. 11-17.
- España, Luis Pedro (1997): *El programa de enfrentamiento a la pobreza 1989-1993: recomendaciones para su reforma*, Cuadernos de Investigación N° 19, Caracas: Fundación Escuela de Gerencia Social.
- Fundación Escuela de Gerencia Social (2004): *La Revolución Bolivariana sorprende al mundo: Las misiones sociales venezolanas promueven la inclusión y la equidad*, Caracas: FECS.
- Gómez, Irely y Alarcón, Luis (2003): "Los nudos críticos de la política social venezolana", *Revista Venezolana de Economía y Ciencias Sociales*, Vol. 9 N°2, 13-35.
- González, Lissette (1996): *La política social en Venezuela*, Curso de Formación Socio-Política N° 35, Caracas: Centro Gumilla.
- Quijada, Fabio (2004): "Misión Sucre", Ponencia en el Panel "Presentación de Experiencias: Nuevos Sujetos, Nuevas Institucionalidad y Gestión Social". *Seminario Nacional de Política Social: ¿Un nuevo paradigma?*. Consultado en: [http://www.gerenciasocial.org.ve/bsocial/bs\\_03/bs\\_03\\_pdf\\_doc/jueves/mision\\_sucre.pdf](http://www.gerenciasocial.org.ve/bsocial/bs_03/bs_03_pdf_doc/jueves/mision_sucre.pdf)