

# SITUACIÓN DE SALUD EN VENEZUELA

Informe que se presenta para develar la crítica situación de la salud en el país, y abrir un debate con propuestas para su solución



**SURGENTES**  
COLECTIVO DE DD.HH.

Hacia la construcción  
de un Sistema Público  
Nacional de Salud  
universal, solidario,  
integral, participativo,  
eficiente y de calidad

Marzo 2025

## Preámbulo

Ante la ausencia de información oficial sobre la salud en Venezuela, y la ausencia del tema en el Informe Anual presentado por el Presidente de la República a la Asamblea Nacional a inicios del 2025, un grupo de instituciones, profesionales y técnicos de la salud, asumieron la tarea de elaborar este Informe sobre la situación de salud de Venezuela.

El propósito central del Informe es confrontar la desinformación programada, develar la crítica situación de salud del país, y colocar en la agenda política el debate sobre la necesidad de su reestructuración.

Para su elaboración trabajamos cinco capítulos: uno introductorio, para presentar nuestra concepción de la salud y algunos antecedentes históricos de importancia. Un segundo capítulo sobre la Salud en Venezuela, desde la perspectiva de cómo viven, enferman y mueren los y las venezolanos. Un tercer capítulo, dedicado al Sistema de Salud, cuál es la situación de los hospitales y establecimientos públicos de salud. Un cuarto capítulo, que recoge las voces de los ciudadanos, y presenta experiencias de personas que han usado recientemente el sistema de salud. Y por último un capítulo de cierre, para presentar propuestas concretas sobre el qué hacer ante la crítica situación de la salud en el país y la necesidad de su reconstrucción integral.

La elaboración de este Informe no ha sido sencillo, en primer lugar, por la gran opacidad informativa existente, la información sanitario epidemiológica está secuestrada, la web del Ministerio de Salud sólo contiene propaganda, los datos del Instituto Nacional de Estadísticas no están actualizados, algunas fuentes de información alternas están bloqueadas, pareciera que la salida encontrada ante la crítica situación del país es ocultar la información, lo que llamamos desinformación programada, y difundir un discurso falso que sugiere que el sistema de salud funciona a la perfección, cosa que los trabajadores de la salud y los ciudadanos sabemos que no es así. Al final se presenta un listado de la bibliografía revisada que ha permitido recabar la información presentada. Cada uno de los datos o afirmaciones presentadas tiene su sustento.

Por último, señalamos que este no es un informe académico, ni totalmente acabado. Es un documento para promover la discusión. Es un trabajo colectivo, que recoge diversas voces, muchas de las cuales prefieren estar en el anonimato, ya que el carácter represivo contra todo aquel que contradiga o confronte el discurso oficial, mantiene a un sector de la población atemorizado y prefiere no manifestarse públicamente.

Sin embargo, aquí está el Informe, que aspiramos se convierta en un instrumento para develar la verdadera situación de la salud en Venezuela, pero sobre todo, para abrir un debate nacional sobre qué se puede hacer para confrontar y salir de esta crítica situación. Bienvenido el debate.

## Capítulo 1

### Introducción

#### Concepción de la salud

En el mundo se confrontan diversas concepciones sobre el derecho a la salud. En Venezuela, la Constitución en su artículo 83 establece que la salud es un derecho social fundamental, parte del derecho a la vida, que debe ser garantizado por el Estado, a través de la construcción de un Sistema Público Nacional de Salud (SPNS) que debe promover políticas universales e integrales para la promoción, defensa y recuperación de la salud a nivel individual y colectivo. Se asume que la salud es un proceso socialmente determinado.

Por otro lado, en muchos países prevalece la concepción de la salud como “servicio o bien de mercado” que está regido por las leyes de la oferta y la demanda, interviniendo el Estado sólo para garantizarlo a los más pobres y excluidos de la dinámica social, es decir la salud como mercancía. Ejemplos típicos Estados Unidos y Colombia.

#### Antecedentes

En Venezuela, se creó en 1911 la Oficina de Sanidad Nacional adscrita al Ministerio de Relaciones Interiores, esa Oficina fue dirigida desde 1926 por Thorndike Saville, jefe de la misión de ingeniería sanitaria de la Fundación Rockefeller, lo que evidencia tempranamente la relación entre higiene, salud y explotación petrolera. En 1930 se crea el Ministerio de Salubridad y Agricultura y Cría, y en 1936 se crea el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. Ese Ministerio, y la historia de la salud pública en el país, han estado sometidas a tres grandes ejes de conflicto:

- a) La salud como bien público y responsabilidad del Estado; contra la atención de salud como mercancía, bien privado y responsabilidad individual según las capacidades individuales;
- b) La salud como beneficencia y asistencialismo, básicamente para “pobres” a través de políticas de asistencia social; opuesto a la salud concebida como derecho que debe ser garantizado a toda la población, con políticas y sistemas universales.
- c) La Salud Pública integral, que ve a la salud como una totalidad, en contradicción con una concepción centrada en la enfermedad y restringida a la prevención y atención de algunos problemas sanitarios, a través de programas verticales.

Los avances y retrocesos en estos tres ejes han determinado las políticas de salud en diferentes momentos de nuestra historia. Hay algunas situaciones que ilustran claramente estas contradicciones: en 1936 el primer Ministro de Salud, Enrique Tejera, duró sólo cuatro meses en el cargo y renunció al no estar de acuerdo con la aprobación por el Congreso de la República de una ley Especial de Lucha contra la Malaria impulsada por la Fundación Rockefeller. Confrontó Tejera una visión que priorizaba los programas verticales sobre la

integralidad de la Salud Pública (ver su carta de renuncia en libro de R.J.Velázquez). Su sucesor Santos Dominici, también dura poco en el cargo y renuncia por la aprobación de la Ley del Trabajo, en cuyo articulado se establece la creación del Seguro Social Obligatorio. Señalaba Santos Dominici que la creación de ese seguro iniciaría una fragmentación del sistema de salud, al crear subsistemas que atenderían solo a la población trabajadora asalariada. Así ocurrió. Con la creación del IVSS y luego del Instituto de Previsión y Asistencia Social del Ministerio de Educación (IPASME), se sembró la semilla para el desarrollo de servicios públicos selectivos y segmentados, al margen de un sistema de vocación universal. Se inició la fragmentación y segmentación que caracteriza al sistema de salud, en el cual coexisten decenas de pequeños sub sistemas (fragmentación), dirigidos a determinados sectores de población (segmentación).

En las políticas de salud durante los años 40-50 del siglo XX -al menos en el marco jurídico- hubo un predominio de las concepciones universalistas. Eso puede verse al comparar las Constituciones de los años 47 y 61, el artículo 51 de la Constitución de 1947 señalaba: *“El Estado velará por el mantenimiento de la salud pública. **Todos los habitantes de la República tienen el derecho a la protección de la salud.** El Estado establecerá los servicios necesarios para la prevención y tratamiento de las enfermedades”*. Mientras el Artículo 76 de la Constitución de 1961 señalaba: *“Todos tienen derecho a la protección de la salud. **Las autoridades velarán por el mantenimiento de la salud pública y proveerán los medios de prevención y asistencia a quienes carezcan de ellos**”*. Clara diferencia entre la salud concebida como derecho universal, y una concepción focalizada en donde el estado garantiza atención sólo a los que carecen de recursos.

### **Las políticas neoliberales**

A partir de los años 80 se observa un predominio de las políticas neoliberales que fueron parte de las propuestas de Reforma del Estado generadas a partir del Consenso de Washington y promovidas por los organismos financieros multilaterales (Banco Mundial y BID). Esas propuestas promovieron la disminución del gasto público, la apertura a la participación del sector privado, y la reducción del papel regulador del Estado. Esas políticas se basan en la premisa de que la salud es una responsabilidad individual, que pertenece al ámbito de lo privado y debe resolverse en el marco de la relación entre el individuo, la familia y la iniciativa privada, y que el Estado debe garantizar asistencia mínima sólo a los que fracasan en el mundo del mercado, en otras palabras: colocar la salud en el mercado. En esa época se disminuyó sustancialmente el financiamiento a los servicios públicos de salud, generando lo que se llamó “la muerte lenta” de la salud pública, como paso previo a su privatización. Se promovió el cobro por los servicios a través de lo que se llamó “recuperación de costos”, que condicionaba el acceso a los servicios, al pago de una “colaboración” a veces disfrazada de “autogestión”. Y se plantea que la función de prestación de servicios (atención a la enfermedad) podía transferirse al sector privado. De

hecho, a principio de los años 90, se designó una Junta Reestructuradora del IVSS, presidida por un Directivo de PDVSA, que instauró en los establecimientos del IVSS, Oficinas Recaudadoras de Fondos (cobro a pacientes no asegurados) y presentaron un plan de transferencia de establecimientos de salud al sector privado, donde se establecía el cobro directo a los pacientes no asegurados y la facturación al IVSS, a través de un baremo de precios, por la atención, servicios, procedimientos y estudios realizados, a los asegurados, utilizando las instalaciones, equipos y el personal del IVSS, cuya nómina seguiría siendo pagada por el ente público. Al mismo tiempo, desde el Ministerio de Sanidad se estimuló la descentralización de los servicios en múltiples organismos nacionales, estatales y municipales (Fundaciones y Corporaciones), y se produjo una notable reducción del gasto público.

Esas políticas neoliberales acentuaron las desigualdades y el deterioro de la vida, y tuvieron un impacto nefasto sobre la salud. Se deterioró la calidad de la vida, favoreciendo la aparición de nuevas enfermedades y de otras que habían sido ya erradicadas. El Ministerio de Salud se convirtió en un cascarón vacío sin capacidad de respuesta, con políticas subordinadas a los bancos y a las propuestas de reforma que venían de los ministerios de planificación y finanzas. Los financiamientos para las reformas venían como deuda externa. En resumen, para 1999 teníamos un sistema de salud a las puertas de su privatización total, debilitado, fragmentado y segmentado en múltiples instituciones y esquemas prestacionales sin ningún tipo de coordinación, y existían más de un centenar de organismos del sector público que tenían su propio mecanismo para proveer asistencia, siendo el más corriente la contratación de seguros privados, llamados HCM (seguros de hospitalización, cirugía y maternidad), con los cuales el Estado terminaba financiando a las clínicas privadas.

### **Las políticas de salud a partir de 1999**

El triunfo de Chávez en 1998 marcó un cambio notable. Las primeras medidas tomadas por su gobierno estuvieron dirigidas a confrontar las políticas neoliberales, y en salud se suspendieron las propuestas privatizadoras, ordenando la eliminación de los cobros en las instituciones públicas, y dando prioridad nacional a la reconstrucción del sistema sanitario. Se convocó a una Constituyente para redactar una nueva constitución, que reconoció la salud como derecho social fundamental, que debe ser garantizado de forma universal, y se establece la creación de un Sistema Público Nacional de Salud (SPNS), bajo los principios de universalidad, solidaridad, integralidad, intersectorialidad, y de carácter descentralizado y con participación popular activa.

Paralelamente al proceso de desarrollo de la nueva Constitución, se desarrolló desde el Ministerio de Salud un modelo de atención integral, centrado en la salud y la comunidad, y dirigido a enfrentar la fragmentación de la atención en los servicios de salud. Se comenzó a

promover la participación social en salud y se elaboró un plan estratégico social de carácter integral e intersectorial, centrado en un modelo promocional de la vida y la salud.

En el 2003 se creó la Misión “Barrio Adentro”, a partir de una experiencia generada desde la Alcaldía de Caracas para llevar servicios médicos a los barrios, pero se crea como estructura paralela al Ministerio de Salud y bajo el comando de la Misión Médica Cubana. Su nacimiento por fuera y al margen del Ministerio de Salud contribuyó más a la fragmentación. El objetivo inicial de Barrio Adentro fue fortalecer el primer nivel de atención y eliminar las barreras de acceso, para ello se abrieron más de 6.000 consultorios populares, que permitieron la inclusión en el sistema de salud cerca de 10 millones de personas que carecían de acceso a los servicios públicos de atención médica, lo que generó una gran aceptación en la población. Sin embargo, ese modelo nació con una debilidad sustancial, tomaba como referencia un modelo de atención que no respondía a las realidades de Venezuela, y continuaba el predominio de un modelo de pensamiento centrado en la enfermedad, en el marco del modelo biomédico hegemónico. Dos ejemplos de esa situación, que luego se traduciría en graves problemas de salud, fue la decisión de que en los consultorios de Barrio Adentro no aplicaban inmunizaciones ni se hacía control prenatal.

También se plantea la construcción de nuevos hospitales y la recuperación de la infraestructura hospitalaria existente, sin embargo, buena parte de esos hospitales nunca se construyeron, se produjeron procesos de corrupción sistémica que en su momento se investigaron, pero nunca se tomaron medidas correctivas ni de castigo a los/as responsables, a pesar de estar claramente identificados. La impunidad ha sido uno de los grandes males del proceso político en el país.

### **Mirada crítica al Sistema de Salud de Venezuela**

Comprender la situación de salud en Venezuela, pasa por entender la existencia de un doble problema: por un lado, el bloqueo y las sanciones generadas por los EEUU contra la economía venezolana; y por otro lado, un gobierno incapaz de resolver los problemas fundamentales del pueblo venezolano.

Sin duda, las sanciones y el bloqueo han incidido en el deterioro de las condiciones de vida y atención, eso es innegable, han propiciado la caída de los stocks estratégicos de medicamentos, insumos y tecnología, han contribuido al deterioro de la infraestructura hospitalaria y otros establecimientos de salud, y han contribuido a las migraciones masivas del personal sanitario; sin embargo, en la crítica situación de la salud un peso muy importante lo tienen las malas políticas, la ignorancia, la improvisación, el desfinanciamiento y la corrupción, que se han adueñado de las estructuras del Sistema Público Nacional de Salud.

Una mirada crítica al sistema de salud actual, parte del reconocimiento de los logros que se obtuvieron en los primeros años del gobierno de Chávez, algunos de las cuales reseñamos a continuación:

- La pobreza descendió de 49.0 % en 1998 a 23.8% en 2009 y se elevó el Índice de Desarrollo Humano (IDH), de 0.64 en 1998 a 0.76 en 2013 y el Coeficiente de Gini (desigualdad del ingreso) descendió de 0.48 a 0.38
- En 1998 había 228.900 personas pensionadas, incrementándose a 2.565.725 en 2014
- La tasa de mortalidad infantil descendió a 16.4 para 2008;
- Las personas que reciben gratuitamente terapia antirretroviral pasaron de 3.165 en el 2000, a 42.223 en 2012.
- La tasa de mortalidad por tuberculosis descendió de 3.35 en 1998 a 1.67 en 2013.
- El porcentaje de lactancia materna exclusiva aumentó de 7 a 27% entre 1990 y 2008.
- Se construyeron 6.712 Consultorios Populares y 562 Centros de Diagnóstico Integral (CDI); 584 Salas de Rehabilitación Integral (SRI), 35 Centros de Alta Tecnología (CAT) y 72 Centros de la Misión Milagro, todos en la Misión Barrio Adentro.

Negar los avances y logros en esos años no tiene sentido. **Pero esos logros han desaparecido.** El retroceso en los últimos años ha sido significativo. Son innegables las enormes deficiencias y errores a nivel gerencial. No pueden las sanciones y el bloqueo explicar por qué no se ha logrado aprobar una Ley de Salud que responda a los mandatos constitucionales, y no se ha logrado construir el Sistema Público Nacional de Salud previsto en la Constitución. Tenemos un incremento enorme de la mortalidad infantil y materna. Los centros asistenciales están en crisis. La Misión Milagro desapareció. Además, ha habido una altísima rotación ministerial, dieciocho ministros en veinticuatro años, algunos de ellos con importantes denuncias de corrupción, que no han sido debidamente investigados y castigados. La complicidad e impunidad son hechos inocultables en la política gubernamental, donde se han impuesto la corrupción y la ignorancia.

Ese deterioro de la situación sanitaria ha generado una importante crisis, que ha tratado de ocultarse prohibiendo la publicación de los Boletines Epidemiológicos, el último fue publicado en diciembre 2016. Ello constituye una aberración imperdonable. En ese Boletín se evidencia una importante alza de la mortalidad materna e infantil, y el resurgimiento de múltiples enfermedades inmunoprevenibles, tales como difteria y sarampión, una epidemia enorme de malaria; incremento de infecciones intrahospitalarias, lo que unido al desabastecimiento de medicamentos esenciales, carencia de reactivos de laboratorio, disfuncionalidad de servicios críticos esenciales, plantean un escenario crítico que analizaremos con mayor detalle en los próximos capítulos.

## Capítulo 2

### ¿Cómo está la salud en Venezuela?

En Salud Colectiva, cuando hablamos de salud, hablamos de dos cosas diferentes pero estrechamente vinculadas:

1. La formas de enfermar y morir de los colectivos humanos, determinadas por sus modos de vida y trabajo, y por las formas como se satisfacen sus necesidades vitales. Esto lo estudia la salud pública y la epidemiología, y debe hacerlo tomando en cuenta no sólo los factores individuales de riesgo, sino la determinación social de la salud, y las diversas dimensiones donde se expresa (lo general, lo particular, lo singular).
2. Las formas como la sociedad y el Estado responden ante esos problemas, y que se expresan en las políticas y sistemas de salud. Para entender las políticas y sistemas de salud y sus determinantes, es indispensable incorporar las categorías del pensamiento crítico, y en particular de la economía política de la salud.

**En este capítulo, vamos a referirnos a cómo está la salud de la población venezolana.**

Para ello, debiéramos recurrir a las estadísticas nacionales, y más específicamente a la información sanitario epidemiológica, pero lamentablemente no está disponible, ya que el gobierno no está publicando esa información. Por lo tanto hemos tenido que realizar estimados a partir de cifras encontradas en las publicaciones de organismos internacionales e investigaciones realizadas por diversas instituciones. Por lo tanto, la información que se presenta no representa la información oficial, que permanece oculta, en el marco de una desinformación planificada.

Utilizando los pocos datos que se consiguen, podemos afirmar que tenemos una situación de salud muy precaria y deteriorada, de las peores del continente, con muchas carencias, y mucha muerte y enfermedad evitable. En la génesis de esa determinación están las desigualdades sociales, las inadecuadas condiciones de vida y trabajo, que incluye acceso a servicios básicos, empleo, alimentación y ambiente sanos, y también a las escasas posibilidades de acceso a buenos servicios de salud. Situación característica de los países de la periferia del sistema mundo capitalista.

En relación a ello, podemos decir que los niveles de pobreza y desnutrición han crecido en forma alarmante en Venezuela. Según la información disponible, más de la mitad de la población está en situación de pobreza, hecho que vivimos diariamente, y podemos constatar al observar las dramáticas condiciones salariales de los pensionados y jubilados. Si utilizáramos los parámetros de pobreza de los organismos internacionales, de definir pobre al que vive con menos de dos dólares diarios, es evidente que la mayoría de los venezolanos somos pobrísimo y estamos sometidos a condiciones de vida y trabajo que acumulan y potencian los procesos que afectan negativamente la salud de la población.

Para mencionar ejemplos concretos: el salario mínimo mensual es de menos de tres dólares mensuales, lo que constituye el monto que se paga mensualmente a los millones de pensionados; las poblaciones que habitan en nuestros populosos barrios, viven hacinados y sin acceso a agua potable; las poblaciones indígenas del arco del Orinoco sometidas a contaminación derivada de la explotación minera, que producen alteraciones irreversibles de la salud y el ambiente.

El deterioro de la vida, la destrucción del salario, las condiciones inadecuadas de trabajo, los pésimos servicios públicos, el hacinamiento, los sistemas ineficientes de recolección de basuras y desechos, son todos determinantes de la salud. Su deterioro hace que enfermedades que estuvieron controladas en el pasado, reaparezcan y estén aumentando en forma alarmante.

Vale señalar, que el gobierno achaca todos los problemas a la “agresión imperialista”. No negamos las sanciones y el bloqueo, que existen y han incidido en el deterioro de las condiciones de vida y atención, eso es innegable, pero en toda esta situación de destrucción de los servicios públicos, incluidos salud, educación, universidades y ciencia y tecnología, un peso muy importante lo tienen las malas políticas, la ignorancia, la improvisación y la corrupción, responsabilidades del gobierno nacional.

### **Situación de Salud**

Para iniciar esta revisión, podemos señalar que se estima que en Venezuela vivimos unos 28-30 millones de habitantes, y que cada año hay alrededor de 500.000 nacimientos, y mueren unas 220 mil personas. 65 % de la población es económicamente activa, lo que equivale a unas 18 millones de personas. La población mayor de 65 años representaba en 10 % del total, lo que equivale a 2.8 millones de adultos mayores. La esperanza de vida está en 72.5 años.

En relación a indicadores de salud enfermedad, estimamos que la mortalidad infantil es de aproximadamente 25 por 1000, es decir por cada mil niños que nacen mueren 25 en el primer año (eso quiere decir que cada año mueren alrededor de 2.500 niños antes de cumplir un año de edad). La mayor parte de esas muertes derivadas de las malas condiciones de vida y atención. Para comparar, hay países de la región donde la mortalidad infantil es alrededor de 10, lo que quiere decir que en Venezuela tenemos un exceso enorme de muertes infantiles evitables, derivadas del bajo peso infantil, desnutrición, infecciones, y mala atención.

Igual pasa con la mortalidad materna, Venezuela tiene una tasa de mortalidad materna de alrededor de 200 (es decir **mueren 200 mujeres por cada 100 mil nacidos vivos**). Eso implica que en Venezuela mueren cada año aproximadamente 1.000 mujeres por problemas derivados del embarazo o parto. Casi 3 diarias. Esa es una cifra altísima y debida a problemas fácilmente prevenibles derivados de la mala atención obstétrica. Países como

Chile, Cuba o Costa Rica tienen una mortalidad materna menor de 40, contra 200 en Venezuela. Si tuviéramos una mortalidad materna como la de esos países, morirían 200 mujeres, en vez de mil. Un exceso de 800. Eso es sencillamente criminal. En Venezuela parir se ha convertido en un privilegio para las mujeres que pueden pagar por su atención. Para las que no pueden hacerlo, en un viacrucis.

Un tema adicional, pero vinculado a la salud materna, es la elevada cantidad de cesáreas que se realizan, muchas innecesarias. Se estima que cerca del 50 % de los partos terminan en cesáreas, cuando lo esperable sería diez. En algunos hospitales donde se han realizado estudios sobre el tema, se confirman estas cifras y además aparece el dato de una gran cantidad de infecciones hospitalarias, que sin duda son ocasionados por las precarias condiciones de nuestros hospitales, cifras del Observatorio Nacional de Hospitales señalan que la mitad de los hospitales no cuentan con acceso a agua corriente.

Continuando con la mortalidad, se sabe que una de las principales causas de muerte es el cáncer. Se estima que el pasado año murieron unas 30.000 personas de esa enfermedad. Las personas y familiares de quienes padecen esa enfermedad, saben el sufrimiento que implica, no solo por su malignidad, sino sobre todo por la deficiente atención. Los pocos hospitales oncológicos están colapsados. No hay suficientes quirófanos para operar. No funcionan los equipos de radioterapia. La quimioterapia es costosísima. Miles de personas lo sufren a diario.

De las muertes por cáncer, alrededor de 3 mil, son por cáncer de cuello uterino (alrededor de ocho cada día), siendo ese cáncer fácilmente prevenible con procedimientos de diagnóstico precoz y tratamiento oportuno (citología y conización). Pero esos servicios no se están ofreciendo por el deterioro del sistema de salud.

Muy parejo con el cáncer, y siempre disputándose el primero y segundo lugar en mortalidad, están las enfermedades cardiovasculares, se estima que en Venezuela mueren unas 29-30 mil personas cada año de padecimientos del corazón, siendo la diabetes, hipertensión, hipercolesterolemia y obesidad algunos de los factores de riesgo que contribuyen a esa alta mortalidad. Esos padecimientos están inadecuadamente atendidos, cifras del Observatorio Nacional de Hospitales, señalan que en las emergencias de los hospitales públicos se tarda el doble del tiempo necesario para la atención de los pacientes con infartos. Las personas que tienen padecimientos que deben ser resueltos por cateterismo o cirugía cardiovascular no cuentan con esos servicios a nivel público.

Otro serio problema de salud pública son las muertes violentas, y dentro de ellas los accidentes de tránsito. Se estiman cerca de 20.000 muertes violentas cada año. Los accidentes en motos y los arrollamientos constituyen más de la mitad de estas muertes. Si algún sector señala con claridad la anomia que vive la sociedad venezolana, es el tránsito auto motor.

En relación a enfermedades infecto contagiosas, la malaria, que había sido un problema de salud controlado en el siglo pasado, en el 2018 tuvimos más de medio millón de casos cada año, y un estimado de 400 muertes por esa enfermedad.

En cuanto a tuberculosis, en Venezuela se registran 13.000 casos anuales, con 300 muertes asociadas a la enfermedad, lo que representa un importante aumento de la morbi mortalidad, con tasas de alrededor de 40 casos por cada 100.000 habitantes, y una mortalidad de 3 por cada 100.000 habitantes. La prevalencia de esa enfermedad en las personas privadas de libertad es enorme.

En VIH SIDA se estima que alrededor de 100.000 personas viven con VIH y 100 personas mueren anualmente por esa enfermedad. Hay una notable falla en el acceso a los métodos de diagnóstico y tratamiento. Menos del 70 % la población seropositiva recibe tratamiento anti retro viral.

La sífilis es un problema de salud pública, se producen 12 millones de infecciones anuales en el mundo. En Venezuela se reportan 40 casos de sífilis por cada 100.000 habitantes, con un alarmante incremento de la infección en embarazadas

En relación al sarampión, Venezuela es uno de los países que tiene peor cobertura de vacunación, por lo que estemos propensos a una epidemia que puede ser mortal sobre todo para niños desnutridos. Para proteger a nuestra población infantil debiéramos tener vacunado por lo menos al 95 % de la población infantil, pero apenas tenemos vacunados 68 de cada 100 y con segunda dosis 37, lo cual es bajísimo y habla muy mal de la eficiencia del sistema de salud.

### **Situación de la alimentación y nutrición**

En Venezuela no se publican estadísticas nacionales del estado nutricional de nuestra población adulta e infanto-juvenil desde el 2009. Pero es evidente que se ha producido un gran deterioro de las condiciones de salud y nutrición de la población. En el Reporte Mundial sobre las Crisis Alimentarias 2020, Venezuela ocupó el cuarto puesto como peor situación alimentaria del mundo, reportando más de 9 millones de venezolanos en situación de inseguridad alimentaria en el 2019.

Los temas alimentario y nutricional, son cruciales para la salud y calidad de vida. De allí que un componente fundamental de las políticas debe ser la SOBERANÍA Y SEGURIDAD ALIMENTARIA, para garantizar el acceso adecuado de toda la población a los alimentos. A toda la población debe garantizársele una nutrición adecuada que, entre otras cosas, reduzca la malnutrición por déficit (desnutrición) y por exceso (obesidad).

En nuestro país, no hay una política nutricional y ni siquiera el Estado tiene conocimiento adecuado del problema de la desnutrición infantil en el país. Siguen viéndose muchos niños con desnutrición grave no atendidos o atendidos inadecuadamente, no digamos lo que se

refiere al déficit nutricional leve y moderado, que genera serias dificultades al desarrollo de nuestros niños y niñas.

A continuación damos algunos estimados de la situación de la desnutrición infantil

- La Desnutrición Aguda Global (moderada y severa) sobrepasa el 10.1%, alcanzando el umbral de crisis de salud pública (10%).
- En 2019, 30% de los menores de 5 años padecía desnutrición crónica o retardo del crecimiento. En 2022 la desnutrición infantil en Venezuela habría aumentado al 33%
- Para finales del 2021, Caritas reportó desnutrición aguda global en 40% de niños menores de 2 años, periodo de la vida donde los efectos de la desnutrición son más graves e irreversibles.
- Las cifras de desnutrición infantil se han mantenido en ascenso progresivo en los últimos 5 años y no se ha iniciado un plan de intervención apropiada para estos grupos afectados.

### **Salud Mental**

La situación de la Salud Mental en Venezuela es crítica, con una gran carga de enfermedad y discapacidad. La situación es compleja y está influenciada por la crisis económica y social del país, y la enorme migración. La población se enfrenta a un contexto económico complejo, con hiperinflación, inestabilidad laboral, deterioro del salario y la capacidad adquisitiva, violencia, precarización de los servicios básicos, de salud y educación, que desde hace algunos años compromete su condición de vida. En Venezuela no se cuenta con una Política de Salud Mental, ni de planes en esta materia, no hay una ley de Salud Mental. Según PSICODATA 2024 de la Universidad Católica Andrés Bello, el 20% de la población sufre niveles moderados o altos de ansiedad y depresión, y se evidencia altos niveles de miedo difuso colectivo, desesperanza y desconfianza, ansiedad y depresión; además de estresores como la situación económica y de salud, se cuentan entre los factores que están impactando negativamente a la población.

Además, se observa un notable incremento de la “religiosidad” y del papel de las organizaciones religiosas en la vida política y social, cuyos efectos en la salud mental de la población ya han sido descritos en otros países.

### **Desinformación programada. Sobre la información epidemiológica.**

No se puede permitir que se siga ocultando la información sanitario epidemiológica, que es un bien público fundamental para la planificación en salud. El último boletín epidemiológico fue publicado en diciembre del año 2016, a partir de esa fecha se prohibió su publicación, lo que constituye una enorme violación al derecho a la información.

En una política de desinformación programada, los boletines epidemiológicos no se publican y la información permanece oculta, para no mostrar la triste realidad del retroceso

sanitario. La página web del Ministerio de Salud está vacía de información y llena de propaganda, que por cierto expresa lo erróneas que son las acciones de salud del estado venezolano, llenas de *operativos ocasionales* con claro contenido demagógico y propagandístico, pero con poco impacto real sobre las necesidades de salud del pueblo venezolano; y además, se promocionan múltiples “reparaciones de infraestructura”, que sin dejar de ser una necesidad, se han convertido en un negocio por estar orientadas hacia contratistas afines y ser hechas sin una adecuada planificación.

Una exigencia al gobierno nacional, que debería convertirse en un clamor de la salud pública, es que la información deje de mantenerse oculta. Debemos exigir la publicación regular de la información epidemiológica. Esa información debe ser considerada un bien público y estar accesible a quien lo requiera.

Para concluir este capítulo, señalamos que hay mucha enfermedad y muerte prevenible debida al deterioro de las condiciones de vida, al colapso del sistema de salud, y a las malas políticas, ignorancia, improvisación, y corrupción, que se han adueñado de las estructuras del Sistema Público Nacional de Salud. Eso es un crimen contra el pueblo.

## Capítulo 3

### El Sistema Público Nacional de Salud

Comenzamos recordando que un Sistema Público de Salud (SPS) es la respuesta que construye el Estado para responder a la situación de salud enfermedad de la población, y a sus formas de enfermar y morir. La función fundamental del SPS debe ser garantizar el derecho a la salud de la población, para ello uno de sus objetivos debe ser promover la salud, no pensar solamente en la enfermedad. **Mantener a la población lo más sana posible.** Evitar que la población enferme y muera de enfermedades evitables, actuando sobre los procesos tanto individuales como colectivos que protegen o afectan la salud. Por supuesto, el SPS tiene la función de atender y curar la enfermedad y rehabilitar sus secuelas. En resumen, las funciones de un sistema de salud son: promover la salud, prevenir, atender y curar la enfermedad, rehabilitar y limitar el daño, y proporcionar los cuidados paliativos y terminales para garantizar una muerte digna cuando no haya otra salida.

Desde esa perspectiva, en Venezuela la situación es crítica. No se ha logrado construir el sistema público nacional de salud previsto en la Constitución, y no se está garantizando el derecho a la salud de la población. El artículo 84 de la Constitución dice que, para garantizar el derecho a la salud, el Estado debe construir un **Sistema Público Nacional de Salud (SPNS)** universal, integral y gratuito. Eso no se ha hecho adecuadamente.

En este capítulo comentaremos como está el sistema público de salud y cómo responde a las necesidades de la población, y al final, mencionaremos algunos aspectos claves para comprender la situación del sistema de salud.

#### **Situación de los Hospitales.**

Ante la carencia de datos oficiales, vamos a comentar la situación de los hospitales a partir de los hallazgos de una investigación en curso sobre la salud en Venezuela, que se basa en las voces de sus protagonistas, y en la Encuesta Nacional de Hospitales, que publicó su informe anual 2024 sobre la situación de los 40 hospitales más grandes del país. De esas fuentes extraemos la siguiente información:

- El 75 % de los quirófanos no están operativos. El tiempo de espera para una intervención electiva es muy largo, lo cual para algunas enfermedades, como el cáncer, puede ser fatal. El 30 % de los casos de cáncer de próstata deben esperar más de seis meses, y los de cáncer de mama, que la norma dice que no deberían esperar más de 8 semanas, en la gran mayoría de los casos tiene esperas superiores a los tres meses. La gente se muere esperando.
- Los hospitales están desabastecidos. Medicamentos fundamentales para atender una emergencia están ausentes. La carencia de esos medicamentos generan muertes que pudieran evitarse.

- El paciente debe comprar todos los insumos para su atención, y es usual que al paciente se le entregue una lista de los equipos y medicamentos que debe comprar. Por ejemplo, para una cesárea esa lista supera los 200 dólares.
- En muchos hospitales se solicitan pagos “extra oficiales”, totalmente irregulares e ilícitos, generalmente en efectivo, para agilizar los procesos y en muchos casos para pagar “honorarios”.
- No funcionan los servicios de apoyo diagnóstico. Mucha de la tecnología necesaria para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad no está disponible. El 59 % de los hospitales no tienen servicios de laboratorio operativos. Todos los exámenes de laboratorio deben realizarse fuera del hospital, incrementando los gastos que debe realizar el paciente.
- El 30 % de los hospitales no tiene servicios de radiología operativos, y mucho menos de tomografía y resonancia. Exigiendo a los pacientes que esos métodos diagnósticos se realicen en el sector privado.
- Ante la falta de equipos de laboratorio, material médico quirúrgico, medicamentos y hasta papelería para las historias médicas y los récipes, ha surgido en los alrededores de los centros hospitalarios una proliferación de “mercadeo” donde se ofrecen servicios de apoyo médico, laboratorios, estudios de imágenes, medicamentos, material médico quirúrgico, incluyendo hasta la papelería, convirtiéndose en algunos casos, en centros de reciclamiento de materiales, insumos y medicamentos sustraídos de los almacenes hospitalarios.
- El Estado venezolano hizo una gran inversión y compró muchos equipos: tomógrafos, resonadores, aceleradores lineales, etc. pero no están funcionando. Sin duda, debido a la improvisación y corrupción en su compra, y a la ausencia de políticas de mantenimiento. Algunos ni siquiera llegaron a instalarse y permanecen en los depósitos y almacenes.
- El 50 % de los hospitales no tienen servicio de agua permanente, y la mayoría se abastece a través de camiones cisternas. Este es uno de los factores que produce un alto número de infecciones intra hospitalarias.
- Hay fallas en el funcionamiento y mantenimiento de las plantas eléctricas de emergencia hospitalarias, faltando muchas veces el combustible para su adecuado arranque y funcionamiento, ante las frecuentes fallas eléctricas
- No hay estadísticas de infecciones nosocomiales, pero la experiencia señala que son altísimas. Una investigación no publicada demuestra que más del 50 % de las cesáreas terminan con abscesos de pared.
- En el país hay alrededor de 7.500 personas en diálisis, pero los programas de trasplante no funcionan. Eso es crítico para los niños, que conforman el 10 % de la población en diálisis y tienen pocas esperanzas de ser trasplantados.

- Los servicios de alimentación no están funcionales, el paciente y sus familiares deben llevar la alimentación de los pacientes hospitalizados.
- Hay severas deficiencias de personal, sobre todo de especialistas y de enfermería, lo que hace que la calidad de la atención sea deficiente. La propia familia es la que cuida del paciente hospitalizado.
- Otro elemento que se ha hecho presente en nuestros hospitales, producto del déficit de personal, es la contratación por parte de los pacientes, de servicios de enfermería y atención médica, que buscan complementar la deficiencias en la atención a los pacientes hospitalizados, ya que al no tener otra opción, para garantizar la oportuna y necesaria atención y cuidado del paciente, los familiares se ven obligados a contratar a ese personal, que por lo general labora en el centro, donde está recluido el paciente, recibiendo por ello, un pago extra por parte de los familiares.
- Muchas veces el paciente y su familia se sienten maltratados por el personal, y en muchas ocasiones el personal puede ser agredido.
- Más del 50 % de los hospitales tienen problemas con los ascensores, por lo que no se garantiza el adecuado traslado interno de los pacientes y el personal. Muchas veces el problema de los ascensores, se transforma en un problema sanitario, ya que en el ascensor para transportar pacientes y personal de salud, se utiliza también, para transportar los desechos y residuos hospitalarios contaminados, constituyéndose en un foco infeccioso permanente
- En el interior del país, el funcionamiento es más deficitario aún, lo usual es que los casos más graves deben ser referidos a Caracas.

Otra de los problemas es el déficit de camas. Se estima que un país para atender adecuadamente la enfermedad de su población debe tener por lo menos tres camas de hospitalización por cada mil habitantes. En Venezuela hay 0.9, menos de una cama por cada 1000 habitantes. Un déficit tremendo. Esa es una de las causas del colapso de los hospitales. No hay suficientes camas de hospitalización.

Esa información permite afirmar con claridad que los hospitales están en crisis y eso trae como consecuencia gran cantidad de sufrimiento y muerte evitable. Los largos periodos de espera se traducen en muertes, eso pasa con frecuencia con los traumatismos graves y los infartos. Otro ejemplo de muertes evitables, lo tenemos en la elevada cantidad de mujeres que fallecen en los hospitales por problemas derivados del parto, más de tres muertes diarias, lo que hace que Venezuela tenga una de las mortalidades maternas más elevadas del continente.

### **Situación de la Red Comunal (antiguo Primer Nivel de Atención)**

Debemos enfatizar que no solo los hospitales están en crisis. La crisis afecta a la totalidad del Sistema Público de Salud: la Red Comunal, conocida como Barrio Adentro, tampoco funciona adecuadamente.

Barrio Adentro fue un éxito como mecanismo de inclusión social en salud, llevando consultas médicas a sitios que nunca habían disfrutado de esos servicios, para lo cual se crearon alrededor de seis mil consultorios populares, 600 centros de Diagnóstico Integral (CDI) y 600 Salas de Rehabilitación Integral (SRI), que conformaron un nuevo nivel de atención: la Red Comunal. Sin embargo ese modelo siguió una estrategia de ampliación de coberturas biomédicas asistenciales centradas en la enfermedad. Ese Barrio Adentro está en crisis, se ha deteriorado y la atención es muy deficiente. Están plagados de problemas administrativos, infraestructura y personal. La gran mayoría de los consultorios populares están cerrados, y cuando abren se limitan a actividades de consulta individual, olvidando lo más importante que es el modelo de atención integral, la visita a la familia y el trabajo directo con la comunidad. Y cuando la Red Comunal no funciona, la gente se ve obligada a ir directamente a los hospitales, sobrecargándolos de trabajo asistencial.

### **Acceso a Medicamentos**

En relación a medicamentos, una de las características centrales ha sido la dependencia de la gran industria farmacéutica. A pesar de algunos esfuerzos realizados en diversas épocas (SEFAR, INHRR, Quimbiotec, Espromed Bio, Farmapatria, etc.), nunca se logró el desarrollo una potente industria nacional que produjera los insumos y tecnologías necesarios para la salud de la población. Siempre fuimos muy dependientes de las agencias tecnologías del norte global, y de los organismos internacionales.

El Estado ha invertido en los últimos años millones de dólares para impulsar la producción de medicamentos y vacunas. Venezuela tiene la fábrica de vacunas más grande de Suramérica, y allí no se produce, solo se envasa y etiqueta. Varias fábricas de medicamentos están desde hace años por arrancar, pero siempre hay algo que falla. Lo que todo el mundo sabe, es que en los hospitales públicos no hay medicamentos y los pacientes tienen que comprarlos. El incremento de los precios de los medicamentos ha sido brutal, en su mayoría se han hecho inaccesibles para la población.

### **Situación de los trabajadores de la salud**

Ha habido un masivo éxodo que ha expulsado del país a más de seis millones de compatriotas. En el campo sanitario, se estima que mucho más de cien mil trabajadores de la salud han migrado por las inadecuadas condiciones de salario y trabajo que afectan a los trabajadores venezolanos. Esa migración masiva ha disminuido cualitativa y cuantitativamente la capacidad de respuesta del sistema de salud. El éxodo masivo de trabajadores profesionales y técnicos es uno de los procesos más nocivos y que ha impactado negativamente la salud de la población.

La Federación Médica Venezolana estima que alrededor de cuarenta mil médicos han salido al exterior en los últimos años. Solamente en tres países del continente, Chile, Perú y Argentina, hay cerca de diez mil médicos venezolanos registrados. En cuanto a enfermeras

no hay cifras oficiales, pero se estima que hay más de cien mil en el exterior desarrollando actividades de diverso tipo.

Dos ejemplos de los cuales hay evidencia por investigaciones puntuales realizadas:

- En una institución dedicada a la docencia e investigación, más del 50 % del personal se ha ido al exterior, la mayoría docentes e investigadores de alto nivel, que han migrado para sobrevivir. Casi todo el cuerpo docente con nivel de doctorado y maestría ha sido víctima de esa terrible diáspora que azota al país.
- En un Hospital docente, había hace veinte años alrededor de mil enfermeras, hoy quedan menos de cuatrocientas, lo que expresa una pérdida superior al 60 % de las enfermeras, indispensables para desarrollar las múltiples actividades, algunas de gran nivel de especialización.

En ambos casos con serias dificultades para ser reemplazados, no solo por las inadecuadas condiciones salariales y de trabajo que se ofrecen, sino también porque formar a un profesional de la salud requiere muchos años de trabajo y esfuerzo. Para formar un médico o enfermera, con algún nivel de especialización, se requieren alrededor de diez años.

Esa destrucción de la fuerza de trabajo en salud es una determinante de peso en las inadecuadas condiciones que se manifiestan en la crisis y colapso de nuestros centros asistenciales. Recuperar la fuerza de trabajo en salud debe ser una de las prioridades del gobierno de reconstrucción nacional que sin duda alguna pronto vendrá.

Además, no puede dejar de mencionarse el impacto de la pandemia sobre los trabajadores de salud. Informaciones no oficiales reportan que aproximadamente un 20 % de la mortalidad por COVID es en médicos y otros trabajadores de la salud. Hubo un inexplicable silencio oficial ante esa situación.

### **Nuevas formas de privatizar**

Hay modalidades privatizadoras están siendo implementadas desde muchas gobernaciones y entes regionales de salud, quienes tratando de superar la fallas existentes, intentan enfrentar la crisis asistencial instaurando un modelo de atención y gestión privada en algunos servicios, tales como Rx, imagenología, laboratorio, entre otros, los cuales pasan a ser administrados por empresas privadas, utilizando, personal y equipos de los establecimientos de salud pública y recibiendo mediante un contrato, pagos por los servicios y estudios realizados a los pacientes, lo cual evidentemente le confiere un carácter privado a la gestión de salud en los referidos establecimientos, por supuesto con el aval del Ministerio de Salud

Es así, como el deterioro y crisis asistencial, han ido prefigurando ese perverso modelo de salud mercantilista, basado en la onda neoliberal, que recorrió y fracasó en muchos países de América Latina, durante los años 80 y 90, impulsando de esta manera, un modelo de salud privatizador, desvinculado y violando flagrantemente, los mandatos constitucionales.

## **Causas de la crisis**

Basado en estos elementos, podemos afirmar que no hay un Ministerio de Salud que asuma su papel rector en el diseño de políticas y la planificación de un modelo de atención y gestión, centrado en el cuidado integral de la salud, que se coloque por encima de intereses políticos, económicos y negociados. Es preocupante que estos modelos se presenten como ejemplo a seguir para resolver la crisis de salud en el Estado Venezolano.

El gobierno justifica esta crisis por las sanciones y el bloqueo, que a pesar de que existen, y generan importantes problemas, no son ni la única ni la más importante causa de la crisis.

Para comprender las sanciones y el bloqueo hay que revisar la orden ejecutiva 13692 del Gobierno de los EE.UU donde se declara a Venezuela una “inusual y extraordinaria amenaza a la seguridad nacional y política exterior de Estados Unidos”. (USA-FR, 2015). Además, en enero 2019 el gobierno de EE.UU reconoció un “gobierno paralelo” al que entregó el manejo de cuantiosos recursos de Venezuela en el exterior. Esa situación implicó un secuestro e incautación de activos y cuentas del gobierno venezolano en el sistema financiero internacional, que se unió a la prohibición a entes financieros y comerciales de realizar operaciones con Venezuela. Las consecuencias de esas medidas económicas del gobierno de los EE.UU han tenido un impacto importante en la vida nacional y en el sistema de salud. La más evidente, la dificultad para la adquisición de insumos esenciales, medicamentos y alimentos, que dada nuestra extrema dependencia no son producidos en el país.

Pero la crítica situación de la salud no sólo se debe a los efectos del bloqueo, sino sobre todo, a las inadecuadas políticas para el sector salud, a la ignorancia gerencial, a la improvisación y a la corrupción.

## **El sistema de salud y la corrupción**

En el mundo, la salud se ha convertido en un espacio de acumulación de capital, donde se hacen muchos negocios y hay mucha corrupción. Hay investigaciones que demuestran que la industria que más ganancia produce en el mundo es la vinculada a la salud, y que los sectores con mayor crecimiento de la riqueza a nivel mundial son el farmacéutico y los seguros médicos. Por lo tanto, hay un poderoso sector económico que hace sus negocios y ganancias en el sector salud: el complejo médico industrial farmacéutico, constituido por la industria farmacéutica, la industria tecno médica, la producción de servicios de atención a la enfermedad (hospitales y clínicas privados), y la industria aseguradora. Esas industrias cuentan con múltiples mecanismos de presión para vender sus productos, y están estrechamente ligadas a la política y la corrupción. Comprar y vender medicamentos, vacunas, equipos o insumos para la salud se ha convertido en un gran negocio. Es difícil concebir una compra o contrato donde no estén presentes las presiones, los favores políticos, y las “comisiones” para favorecer a los que toman las decisiones. Diversas

investigaciones demuestran que 20-25 % del presupuesto dedicado a la salud se pierde en prácticas y compras malsanas y corruptas. Venezuela no es una excepción. Aquí se han dedicado muchísimos recursos al sector salud, pero buena parte se lo han apropiado indebidamente. Hay que decirlo con claridad: se robaron el dinero destinado a hacer nuevos hospitales, y a comprar equipos y medicamentos. No ha sido solamente el bloqueo imperialista, ha sido también el saqueo de las finanzas públicas por empresas y funcionarios sin ética. En Venezuela tenemos muchos ejemplos, uno de ellos, el más fácil de demostrar el de un General, que fue once años presidente del Seguro Social y administraba los recursos para la compra de los medicamentos de alto costo. Ese militar manejó cientos de millones de dólares, se lucró y contrató siempre a empresas relacionadas, y luego se alejó del gobierno y vive en el exterior rodeado de lujos. ¿De dónde sacó dinero para comprar apartamentos de lujo en el exterior? ¿Quiénes lo protegían? Y mientras ese general se enriquecía, los pacientes con cáncer y otras enfermedades, sufrían para conseguir los medicamentos. <https://transparenciave.org/diputado-winston-flores-denuncia-desvio-de-100-millones-de-dolares-en-el-ivss-por-corrupcion/>

Otro ejemplo, una ministra de salud, que durante años habló públicamente de la construcción de una docena de hospitales, que fueron presupuestados y pagados, pero que nunca se construyeron. ¿A dónde fue a para ese dinero? Se estima que más de 1500 millones de dólares fueron dilapidados en ese periodo, por lo cual fue imputada, pero nunca castigada. Dos ejemplos cercanos, el cardiológico de adultos de Montalbán, y el oncológico en Miranda, ampliamente promocionados, pero nunca construidos. Sin embargo, los que administraron ese dinero, hoy viven en el exterior, rodeado de lujo. La impunidad ha sido otra de las lacras de esta administración. <https://contrapodernews.com/localizada-la-corrupta-de-eugenia-sader/>

Debido a la opacidad informativa, es difícil calcular las cantidades malversadas en salud, eso le correspondería a la Contraloría, pero evidente esa no ha sido su preocupación. Hay un concepto que debería usarse: riqueza presunta, que es aquella riqueza que se ostenta, pero que no puede demostrarse de donde viene. Algunos ex funcionarios de salud son claro ejemplo de ello. Ante una denuncia de esta magnitud, es necesario señalar, que hubo ministros que fueron honestos en sus gestiones, pero o no tuvieron instrumentos para enfrentar la corrupción, o cuando trataron de hacerlo, sencillamente los sacaron del cargo. La corrupción no tiene ideología, está presente en la derecha y en la izquierda, en los militares y en los civiles, y ataca a aquellas personas con poca solidez moral, y muchas ganas de tener y acumular bienes, es como un virus que infecta y permite que el corrupto se deje llevar por las prebendas y facilidades que produce el poder. Pero la base de todo es la acumulación de bienes y de dinero. El querer tener más de lo que sus ingresos regulares le permiten. Y donde hay un gerente corrupto, hay una empresa privada que promueve y permite la corrupción.

## **La fragmentación del sistema de salud**

Por otro lado, el SPNS está extremadamente fragmentado, hay múltiples instituciones financiadas por el Estado, por un lado, el Ministerio de Salud, por otro el IVSS, el IPASme, PDVSA, y cada poder público, ministerio, gobernación o alcaldía tiene su propio sistema de "aseguramiento" y "ayudas", por cierto, uno de los más costosos y exclusivos es el de la Asamblea Nacional.

Quien gana con todo este desorden: el sector privado de la salud, que termina siendo financiado por el Estado. Las instituciones públicas sin presupuesto y desfinanciadas. Y el sector privado enriqueciéndose. ¿Por qué no se resuelve este problema y se integran todas en el SPNS? por los feudos de poder y negocios existentes en cada una de esas instituciones. Una investigación realizada en 2017 señalaba que el Estado Venezolano gastaba más en financiamiento de las clínicas privadas, que la totalidad del presupuesto del Ministerio de Salud.

## **Sobre el financiamiento de la salud**

No existe información oficial sobre el financiamiento de la salud en Venezuela, y al revisar diversas fuentes internacionales se consigue una gran variabilidad de la data, sin embargo, se pudiera estimar que Venezuela tiene un gasto en salud de alrededor de 160 dólares por cápita y dedica menos del 3 % del PIB a salud. Es usual señalar que un país debe invertir por lo menos 5 % del PIB en salud si quiere tener un sistema de salud adecuado y funcional, así mismo, un per cápita de 160 dólares persona año es bajísimo, si lo comparamos con países como Argentina 895, Brasil 705 o México 610 respectivamente. Además, se estima que Venezuela tiene un gasto de bolsillo superior al 60 %, el más alto del continente, lo que se compagina con el hecho ya señalado de que las personas deben comprar todos los insumos necesarios para su atención.

Podemos resumir que hay cinco grandes problemas, el primero, como ya hemos visto, **desfinanciamiento**; el segundo, la **ineficiencia del gasto**, además de tener poco presupuesto, el gasto es muy ineficiente, y esta permeado por la improvisación y la **corrupción**, que representa el tercer gran problema. Un cuarto problema es la **fragmentación** del financiamiento, que se dispersa en múltiples instituciones que con financiamiento del fisco nacional prestan servicios de salud a diversos segmentos de la población, muchas veces desviando esos recursos hacia el sector privado, por la vía de los seguros y las "ayudas". Y por último, la **centralización** de los recursos, ya que el nivel central del ministerio, los pocos recursos que recibe los concentra, y no realiza las transferencias necesarias para el funcionamiento de las direcciones estatales y los establecimientos.

**Conclusión**, en Venezuela hay una crisis multi dimensional, que ha destruido progresivamente todos los servicios públicos: está en crisis no solo la salud, también la educación, la ciencia, las universidades, los servicios públicos, todos los aspectos de la vida.

La mayor expresión de ese deterioro es el salario: el más bajo del mundo. Ese deterioro de las condiciones de vida y salario hace que la gente esté menos sana y más propensa a enfermarse.

Una propuesta sería de rescate y reconstrucción de nuestro Sistema Público de Salud, requiere de una fuerte dosis de un doble componente, un Estado que no dé tregua en la lucha contra la corrupción y practique la tolerancia cero, y una formación moral y ciudadana que inculque valores y principios en los gerentes y servidores públicos.

Otro tema de vital importancia es la ignorancia que se ha apropiado de las instituciones sanitarias. Ya no hacen falta conocimientos y destrezas gerenciales, ahora basta con el compromiso político y la adhesión sin crítica a las decisiones superiores. Esa ignorancia conduce a improvisación, que es una de las características más evidentes de las acciones de salud. Hoy el Ministerio de Salud se reduce a organizar jornadas y operativos que nada tienen que ver con las necesidades reales de la población. Los Directores de Salud de los Estados no tienen nivel técnico gerencial, son operadores políticos al servicio de los intereses de la gobernación.

Es indispensable colocar la salud en la agenda política nacional y luchar por mejorar las condiciones de trabajo y atención. La reconstrucción del sistema público de salud, construido en redes integradas debe ser parte de la reconstrucción del país, y requiere de un gobierno honesto y eficiente que luche contra la corrupción, la ignorancia y la improvisación que caracterizan al actual sistema de salud. Debemos luchar por recuperar la función fundamental del sistema público de salud, que es promover la salud, prevenir la enfermedad, y contar con hospitales que funcionen cuando la población los necesite. Para reconstruir el país hay que hacer que se cumpla lo que dice la Constitución.

## Capítulo 4

### HABLAN LOS CIUDADANOS

En este capítulo, escucharemos las voces de personas, pacientes o familiares, que han acudido a establecimientos de salud solicitando atención por alguna dolencia o enfermedad. **Vamos a compartir lo que dicen, piensan y sienten los pacientes y sus familiares, a partir de ocho (8) de las experiencias narradas.**

Las experiencias que se narran son producto de una investigación en marcha, sobre la situación del sistema de salud en Venezuela, a partir de las voces de sus protagonistas.

La investigación se llama **HABLAN LOS PROTAGONISTAS**, y se escucha las voces de:

- a) Los pacientes y sus familiares,
- b) Médicos y enfermeras que están en atención directa al paciente,
- c) Cuadros directivos de centros asistenciales.

La metodología utilizada tiene dos vertientes, por un lado, grupos focales sobre la situación del sistema de salud en Venezuela, y en segundo lugar, sesiones de clases sobre la salud en Venezuela, dirigidas a grupos de universitarios de ciencias de la salud, a los cuales se les solicitó que expresaran por escrito su vivencia, respondiendo la pregunta: ***¿podría Ud. narrar su experiencia más reciente en el sistema público nacional de salud (SPNS)?***

**Caso 1:** un adulto de mediana edad que acudió a un hospital de la capital presentando un fuerte dolor en el pecho. Nos cuenta el familiar que lo acompañaba **“lo dejaron por varias horas tirado en la sala de emergencia”**, sólo después de mucho tiempo de espera lo acostaron en una camilla y le pusieron oxígeno. “A la mañana siguiente murió sin que lo hubiesen atendido, pensamos que fue un infarto”.

**Caso 2:** una señora que necesitaba una operación de histerectomía. Nos cuenta la hija que la llevaba al hospital que la atención era muy lenta, y que después de varios meses de espera para su hospitalización e intervención, “la médica que la atendía sugirió que la llevaran a su consulta privada para hacer las cosas más rápidas”, lo hicieron, y dice que con las consultas pagas se aligeró un poco y le fijaron fecha de operación. Al fin la operaron pero “tuve que comprar todos los insumos y dar una colaboración al personal del hospital”.

**Caso 3:** un adulto joven con un cólico nefrítico. “pasé horas para que me atendieran” a pesar de que el dolor era muy fuerte no me daban nada, cuando me atendieron, el médico fue amable, pero me mandó a hacer unos exámenes, “que como no se hacían en el hospital, tuve que hacérmelos de pago por fuera”. No me pudieron hospitalizar, porque no había cama”.

**Caso 4:** joven que tuvo un accidente y una herida cortante en un pie. Nos dice: “Tardaron mucho tiempo en atenderme y cuando lo hicieron no había material para sutura, tuve que mandar a comprar todo afuera. Al final me cosieron y me mandaron para mi casa”.

**Caso 5:** Niño con crisis asmática. Cuenta un familiar cercano, que una madrugada el niño tuvo una crisis severa de asma, y la madre lo llevó a un hospital y no lo atendieron porque la emergencia estaba full, la mandaron a otro hospital, y tampoco consiguió atención, decidió irse al hospital de niños, pero cuando llegó, ya el niño estaba sin signos vitales. Murió sin que lo atendieran.

**Caso 6:** cuenta una joven, que su mamá tuvo un fuerte dolor abdominal y la llevaron al hospital, donde le diagnosticaron colecistitis y la ingresaron para operarla. Sin embargo, el quirófano siempre estaba ocupado atendiendo accidentes y traumatizados. A la semana, como mejoró la mandaron para su casa sin operarla. Dice el familiar que el tiempo que estuvo hospitalizada nunca tuvo alimentación, y la comida tenía que llevarse de la casa.

**Caso 7:** un adulto mayor, docente jubilado, que en una jornada para despistaje de cáncer de próstata, le salió elevado el antígeno prostático, y lo refieren al hospital de la localidad. Allí comienza el viacrucis. Va a la consulta de urología, y le mandan a hacerse varios exámenes, incluido un eco transrectal y biopsia, los cuales no los están haciendo en el hospital, y se los debe hacer todos fuera, con un costo superior a los 400 dólares. Mientras reúnen el dinero pasa un mes y consiguen un sitio en Caracas donde se hace un poco más económico. Se confirma el diagnóstico de cáncer de próstata y regresa al hospital. Ya han pasado dos meses de la consulta inicial. Ahora le piden un estudio para saber si el cáncer está extendido a los huesos. Comienza de nuevo la búsqueda de dinero. Al mes le hacen el examen y da positivo, el cáncer ya está en los huesos. Le indican radioterapia pero el equipo del hospital no está funcionando y en privado le sale muy caro... mientras tanto su salud se va deteriorando. Muere a los seis meses del diagnóstico inicial sin haber logrado hacerse el tratamiento indicado.

**Caso 8:** adulto mayor que tiene un seguro y va a una consulta privada por presentar palpitaciones. Le diagnostican una enfermedad del corazón que requiere una operación de corazón abierto, que no hacen en la ciudad donde vive. Va a una clínica privada en Caracas, donde confirman que tiene que operarse y le dan un presupuesto que supera los 50 mil dólares. Su seguro cubre solamente 20.000. Explora la posibilidad de operarse en un hospital público, pero los tiempos de espera son muy largos y no hay seguridad de que puedan operarlo. Mientras tanto la enfermedad avanza.

### **¿Qué es lo común de esos casos?**

Lo más frecuente, los largos tiempos de espera y la carencia de insumos básicos, que en tres casos terminan en la muerte del paciente. En uno de esos casos se ve el “ruleteo”, que es la necesidad de ir a varios hospitales, ya que de uno lo mandan a otro, y en ninguno hay

condiciones para atenderlos. Lamentablemente en esa situación murió un niño, muerte injusta que pudo ser evitada. En otro caso, un paciente con un posible infarto que murió sin que lo atendieran después de muchas horas de espera y de dolor. El tercero, un paciente con cáncer de próstata que luego de meses de espera murió sin lograr acceder al tratamiento indicado. En ocho casos analizados: tres muertes evitables. Sufrimiento, dolor e impotencia expresan los familiares.

En segundo lugar, se evidencia la carencia total de insumos, reactivos, y procedimientos de apoyo diagnóstico. Esta situación hace que el paciente tenga que comprar todo y realizarse los exámenes fuera del hospital asumiendo su costo.

En el caso de los que se llama “enfermedades de alto costo” o “enfermedades catastróficas”, al paciente y su familia se les hace difícil conseguir los recursos necesarios para cubrir los tratamientos, y recurren a múltiples recursos, que van desde rifas, colectas en redes sociales o en las calles, solicitud a diversos entes oficiales. Es muy frecuente conseguir solicitudes de este tipo en las diversas redes sociales, de tal forma que han surgido mecanismos especiales para realizar esas colectas.

En un caso se ven dos perversiones frecuentes, el desvío del paciente a la atención privada, para cobrarle y acelerar los trámites, y la solicitud de colaboraciones (peajes) para poder realizar los procedimientos en el hospital público. Ambas son injustificables y expresan mercantilización de la atención.

Ante la crisis surgen vicios y esquemas de corrupción, que rompen con la ética y la moral de los médicos, ya que algunos de ellos basados en esta crisis, han comenzado a negociar el pago de intervenciones quirúrgicas, materiales de síntesis y la utilización de equipos médicos, que pertenecen a estos mercaderes y estafadores de la salud del pueblo Venezolano

Se observa en los dos últimos casos, la ausencia en los servicios públicos de determinados tipos de procedimientos diagnósticos y de tratamiento, para los cuales la única salida es recurrir al sector privado, con las repercusiones económicas que ello tiene.

Una queja también frecuente del paciente y sus familiares es el maltrato y la mala atención, derivada muchas veces de la sobrecarga e inadecuadas condiciones de trabajo del personal de salud. Además, los pacientes se quejan de que les solicitan muchos exámenes que tienen que hacerse fuera del hospital, sin antes haberlos escuchado y examinado a profundidad.

Otra situación, que hemos observado en algunos casos, es la mala praxis, donde diagnósticos o tratamientos errados ocasionan severos problemas en el paciente.

**En conclusión, este capítulo confirma que estamos ante una grave incapacidad del sistema de salud para atender y resolver las demandas y necesidades de la gente.** No es justo que la gente tenga que sufrir y morirse de mengua por el mal estado en que se encuentran los hospitales, y las élites dirigentes se atiendan en clínicas privadas del país o del exterior.

## Capítulo 5

### PROPUESTAS PARA LA RECONSTRUCCIÓN INTEGRAL DEL SISTEMA DE SALUD

En los capítulos anteriores hemos tratado de demostrar que la salud del venezolano se ha deteriorado; y que el sistema de salud está desfinanciado, colapsado y no garantiza el derecho a la salud de la población. Hay mucha enfermedad y muerte evitable.

Anta la crítica situación de la salud y el SPNS, se plantea con urgencia su **RECONSTRUCCIÓN INTEGRAL**. Para ello, necesitamos una nueva forma de ver y hacer salud, que piense no sólo en la enfermedad, sino sobre todo en salud, e incorpore la determinación social de la salud y la vida para actuar sobre los procesos que en las comunidades y territorios afectan la salud y producen enfermedad y destrucción del ambiente. Esta propuesta está alineada en el ámbito más general de la vida, con un nuevo patrón civilizatorio que detenga la destrucción del planeta.

Proponemos:

1. El propósito fundamental de las políticas de salud debe ser **MANTENER A LA POBLACIÓN SANA Y SALUDABLE. Es decir: Políticas promocionales de la salud y la vida.** No solo atender la enfermedad. El determinante fundamental de la salud son las condiciones de vida y trabajo. El principal objetivo de las políticas de salud debe ser mantener a la población sana y saludable, por lo tanto, para que haya buena salud hay que mejorar las **condiciones de vida y trabajo**, incluido el salario y las pensiones del adulto mayor. Esto solo será posible si insertamos las políticas de salud en el marco de políticas sociales integradas y estrechamente vinculadas a una política económica de redistribución de la riqueza social, que implica políticas de justicia tributaria. Para que haya buena salud son necesarias adecuadas condiciones de vida y trabajo. Promover la salud y prevenir y atender adecuadamente la salud enfermedad de la población implica una organización en redes integradas que parten del territorio social, que es el espacio donde se vive, se trabaja, y se construye socialmente la salud y la vida. En ese espacio se desarrolla la **Red Comunal** donde se debe planificar, ejecutar y controlar la gestión en salud, en estrecho contacto y con la participación real, de las comunidades organizadas en salud. De allí parte la Política Promocional de la Vida y la Salud, que actúa sobre los modos colectivos de vida y sobre los procesos que deterioran la salud. El centro de la salud es el territorio, no el hospital. Ello implica una nueva forma de organizar el trabajo, donde comunidades y trabajadores de salud se encuentren y estén en contacto permanente, y cuente con mecanismos eficientes de referencia para aquellos problemas que a nivel del territorio no se pueden resolver, y requieren atención especializada u hospitalaria. **Un modelo de atención basado en el cuidado integral de la vida, el ambiente y la salud.**
2. En segundo lugar, las políticas deben priorizar la **PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD**. Conocer bien los procesos que afectan o protegen la salud, tanto individual, como colectivamente. Estamos acostumbrados a hablar de estilos individuales de vida y factores de riesgo, pero debemos incorporar la categoría los **modos colectivos de vida** y los procesos comunitarios y sociales que deterioran o mejoran la salud. Prevenir la enfermedad implica conocer bien los

procesos que la determinan, y aplicar una visión interseccional e intersectorial, que actúe sobre las desigualdades de clase, etnia, género y territorio social.

Es indispensable diseñar estrategias para el diagnóstico lo más precozmente posible de la enfermedad, para garantizar un tratamiento oportuno y el control de los daños que la enfermedad pueda ocasionar. Para ello debe existir una red de diagnóstico especializado que acompañe y complemente la red comunal. Ambulatorios especializados conectados en red y con capacidad resolutoria, con laboratorios, servicios de imagenología, especialistas disponibles. Con una red de emergencias funcional, y con hospitales eficientes y de calidad, con todos los recursos e insumos para garantizar atención gratuita y de calidad a toda la población. Si fuese así, se descongestionarían los hospitales, a donde solo debe llegar el que realmente lo necesite. El 80 % de las situaciones de salud se resuelven fuera del hospital, en la red comunal y en la red ambulatoria especializada.

3. Por supuesto, es indispensable garantizar una **atención integral, oportuna y de calidad a la enfermedad** individual. Para ello el SPNS debe contar con una red hospitalaria interconectada y con alta capacidad resolutoria que permita atender la enfermedad en forma oportuna, con calidad y eficiencia.

Bajo esta premisa se concibe el Hospital en redes, pero con autonomía de gestión administrativa, con una estructura física humanizada, con talento humano capacitado en el área de su competencia; con equipamiento de alta tecnología, que funcione como un centro de enseñanza y capacitación de profesionales, técnicos y de investigación. Un hospital que sea parte de una red de atención integral, que presta atenciones de salud en forma articulada.

4. Además, es necesario contar con la tecnología y los recursos necesarios para una salud integral. Para la promoción de la salud, y para la prevención, la atención y rehabilitación de la enfermedad. Estamos en una época de grandes transformaciones científico tecnológicas de la salud y la medicina. Es indispensable incorporar adecuadamente esa tecnología a nivel diagnóstico y terapéutico.
5. Otro obstáculo a resolver son las graves carencias de personal calificado, producidas por el enorme éxodo de trabajadores de la salud que han migrado en busca de mejores condiciones de vida y trabajo. Hacen falta muchos trabajadores de salud capacitados y comprometidos. Para ello es indispensable un plan de **“regreso a la patria”** que sin demagogias y afanes proselitistas, permita a los trabajadores de salud que han migrado regresar al país. Ello implica una fuerte inversión para **mejorar la infraestructura y las condiciones de trabajo y remuneración**. Es urgente un llamado para incorporar profesionales y técnicos al sistema de salud. No será posible reconstruir el sistema de salud si no se garantiza el personal y los recursos técnicos y de financiamiento necesarios.
6. Es indispensable evaluar los planes de formación de personal de salud que se vienen realizando. Los médicos y enfermeras que se han venido formando para el trabajo comunitario, terminan haciendo postgrados clínicos, para los cuales no han sido formados. Es urgente un gran Plan Nacional de Formación de Personal de Salud, que responda de manera rápida efectiva y planificada a las necesidades urgentes del sistema de salud.

De igual manera es necesario revisar y establecer planes y programas para formar y capacitar, con las herramientas necesarias, al personal que se encarga de administrar y dirigir los organismos y establecimientos de salud

7. Acabar con la deshumanización, la baja calidad y la mercantilización de la salud. Un trato humano, con calidad y calidez es indispensable. Hoy los servicios están profundamente deshumanizados y mercantilizados. Es necesario recuperar la mística y la solidaridad. Acabar con el maltrato y el ruleteo. Promover una relación más afectiva y solidaria de los trabajadores de la salud y las comunidades y ciudadanos. Que la gente se siente satisfecha y bien atendida.
8. Para la reconstrucción del Sistema Público de Salud, además del modelo de atención integral ya descrito, es indispensable un nuevo modelo de gestión, descentralizado y participativo, donde el Estado genere participativamente las políticas y las normas, garantiza el financiamiento, y da autonomía a las instituciones, a sus equipos de dirección y a las comunidades.
9. Un elemento central es la **lucha contra la corrupción**. El mal manejo de los fondos públicos y su utilización para el lucro personal, ha vaciado los presupuestos dedicados a la adquisición de equipos y la construcción de hospitales. Honestidad, transparencia, conocimientos y eficiencia son fundamentales. Hoy reinan la improvisación y la ignorancia. Hay que cambiar radicalmente esa situación.
10. Hace falta transparencia informativa, hoy inexistente. Una tarea ineludible es la recuperación y publicación de la información epidemiológica y sanitaria y publicar regularmente los anuarios de salud y los boletines epidemiológicos. Contar con una página web que permita conocer el presupuesto de salud y su distribución. Así como toda la información relacionada a licitaciones, compras y reparaciones.
11. En relación al financiamiento, el SPNS debe ser universal, público y gratuito, con financiamiento fiscal, sin cobros al ciudadano que acude a los servicios, y garantizando los insumos y suministros necesarios. La refundación y reconstrucción del sistema de salud no podrá hacerse con privatizaciones ni curas milagrosas, es necesario garantizar el financiamiento necesario para lograrlo. Mejorar las condiciones de infraestructura, tecnología, condiciones de trabajo y remuneración requieren un amplio financiamiento, que permita el retorno del personal y la recuperación de la infraestructura, garantizando la tecnología necesaria. El gobierno debe garantizar ese financiamiento con honestidad y transparencia. Además, es necesario revisar la cuantiosa inversión que el estado hace en seguros privados de salud y en ayudas individuales, que terminan fortaleciendo al subsistema privado de salud.
12. Recuperar la idea de una **descentralización** ordenada y funcional, donde gobernaciones y alcaldías asumen las responsabilidades previstas en la constitución, y se les transfieren los recursos e instalaciones para cumplirlas, en el marco de un **plan nacional de salud**, que construido colectivamente sea la guía que direcciona el SPNS. Ello implica acabar con el desorden, anarquía y partidización existentes, donde cada estado hace lo que mejor le parece y no existe un Ministerio de Salud que supervise y garantice su funcionamiento. con un Ministerio de Salud, como ente rector de las políticas de salud, donde los Ministros tengan la trayectoria y preparación académica y política que les permita cumplir cabal y eficientemente, con las políticas de salud establecidas por el estado venezolano
13. Todo esto requiere participación y consenso. La reconstrucción del sistema de salud y la construcción del **PLAN NACIONAL DE SALUD 2025-2030** debe ser colocada como política de Estado que trasciende un gobierno particular. Debe sacarse el tema salud de la diatriba política "cotidiana", que será muy intensa en los próximos años. Ello implica un **amplio consenso y participación**. Mucho conocimiento, compromiso y honestidad. Sacar a la salud de los negociados y contrataciones para amigos o colaboradores. Invitar a todos los sectores a

participar: a los trabajadores de salud y sus gremios y colegios. A las Academias y organizaciones científicas, a las Universidades. A los movimientos sociales y ciudadanos, que tienen el deber de participar en la construcción de un sistema de salud integral para todos y todas.

14. En relación a la legislación, actualmente no hay una Ley vigente que ordene y norme el SS, es urgente crear **y aprobar una nueva Ley de salud, que incluya la creación del SPNS** indicado en la CRBV. Esto implica acabar con la fragmentación existente, y hacer confluir e integrar a todos los entes prestadores de salud con financiamiento del Estado. Esto exigiría estrategias para vencer las resistencias existentes en los micro poderes de cada una de las instituciones que desde el Estado realizan prestación de servicios de salud, tales como el IVSS, IPASME, sector militar, ministerios, gobernaciones, alcaldías, etc.
15. Definir una política para el relacionamiento del SPNS con el sub sistema privado de salud. Hay que evitar una política de confrontación y buscar un acuerdo que de paso a una relación armónica y productiva, que no promueve la privatización de la salud, pero que asume responsablemente la relación y regulación del sector privado.

Estos planteamientos van dirigidos a recuperar la visión de la Constitución Nacional, que considera a la salud como un derecho social fundamental que debe ser garantizado por el Estado a través de un Sistema Público Nacional de Salud universal, público, gratuito, eficiente, oportuno, de calidad, descentralizado, participativo, y que se dedique al **CUIDADO INTEGRAL DE LA SALUD** con políticas promocionales de la salud y la vida.

## **Bibliografía revisada**

**ACNUR Situación de Venezuela.** <https://www.acnur.org/emergencias/situacion-de-venezuela>

**Alvarado, C y col (2008)** Cambio social y política de salud en Venezuela. Rev. Medicina Social Vol 3 Nº 2

**Armada, F.** (2005). Logros del Programa de Salud de la República Bolivariana de Venezuela. En: Informe Alternativo sobre la Salud en América Latina, 193-199. Quito: CEAS.

**Banco Mundial. Venezuela data.** Disponible en: <https://datos.bancomundial.org/pais/venezuela>

**Carquéz, F. y León, J.** (1995). La crisis sanitario-asistencial venezolana. Los proyectos privatizadores y las políticas del Estado. Valencia, Venezuela: Universidad de Carabobo.

**Carrillo, A** (2018) Sistema de salud en Venezuela: ¿un paciente sin remedio? Cad. Saúde Pública 2018; 34 (3): e00058517

**Constitución de los Estados Unidos de Venezuela (1947) (1961) (1999)**

**Curcio, P** (2012) Evaluación de la Misión Barrio Adentro Venezuela (2003-2009) Rev. Politeia vol. 35, núm. 48, enero-junio

**Curcio, Pasqualina** (2019). Impacto de la guerra económica contra el pueblo de Venezuela. Publicado en América Latina en movimiento <https://www.alainet.org/es/print/198760>

**Datos Macro.** Financiamiento de la Salud en Venezuela. Disponible en: <https://datosmacro.expansion.com/estado/gasto/salud/venezuela>

**Encuesta Nacional de Hospitales.** Reporte semi anual 2024 Disponible en: <https://www.encuestanacionaldehospitales.com> (se encuentra bloqueado).

**Federal Register** (2015) Presidential document 13.692 publicado 11 marzo 2015 USA

**Feo, O.** (2003). Repensando la salud. Propuestas para salir de la crisis. Análisis de la experiencia venezolana. Maracay: Universidad de Carabobo.

**Feo Istúriz, O; León U, J** (2020) Avances y contradicciones en Salud Pública en la Venezuela Bolivariana. Publicado en el libro: Refundación de los Sistemas de Salud en América Latina. CLACSO

**Misión Verdad** (2018) Sanciones y bloqueo, Crimen de lesa humanidad contra Venezuela. Ediciones Gobierno de Venezuela

**Melo, Luisana** (2014) El Sistema Público Nacional de Salud: un camino hacia el socialismo. La rosa roja cooperativa editorial. Caracas 2014

**Ministerio de Salud y Desarrollo Social** (2002) Plan Estratégico de Salud y Desarrollo Social (3era. Versión). Ed. MSDS, Caracas

**MPPS.** Plan Nacional de Salud 2013-2019

**MPPS** 2016 Boletín Epidemiológico Semana 52 Dic. 2016

**Muntaner, C y otros.** (2008). “Barrio Adentro” en Venezuela: democracia participativa, cooperación sur-sur y salud para todos. Medicina Social, 3(4), 306-322, noviembre.

**Organización Panamericana de la Salud** (2006). Barrio Adentro: derecho a la salud e inclusión social en Venezuela. Caracas: OPS.

**Organización Panamericana de la Salud** (2018) 162ª Sesión del Comité Ejecutivo 18-22 de junio 2018 Washington DC Respuesta de OPS para mantener la cooperación técnica en Venezuela.

**Organización Panamericana de la Salud** (2024). Venezuela. Perfil de país. Disponible en: Disponible en: <https://hia.paho.org/es/perfiles-de-pais/venezuela>

**Organización Panamericana de la Salud** Alerta epidemiológico por sarampión 8 de febrero 2023 Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/alerta-epidemiologica-sarampion-8-febrero-2023>

**PNUD Venezuela** Boletín Informativo Salud y Desarrollo Enero-Junio 2024. Disponible en: [PNUD https://www.undp.org/sites/g/files/zskgke326/files/2024-10/2024.q1\\_boletin\\_informativo\\_segunda\\_parte\\_resultados\\_obtenidos.pdf](https://www.undp.org/sites/g/files/zskgke326/files/2024-10/2024.q1_boletin_informativo_segunda_parte_resultados_obtenidos.pdf)

**Velázquez R.J** (2004) Memorias del Siglo XX Biblioteca Ultimas Noticias Caracas