

Evolución histórica del Sistema Nacional de Salud venezolano (1909-2023)

Historical evolution of the Venezuelan National Health System (1909-2023)

Benítez, Gustavo; Garcés, Fátima; Lira, Luis; Núñez, Bárbara; Arias, Sineed



 **Gustavo Benítez**
gbenitezp2009@gmail.com
Universidad Central de Venezuela, Venezuela

 **Fátima Garcés**
mariafatimagarcasdasilva@gmail.com
Universidad Central de Venezuela, Venezuela

 **Luis Lira**
lira4a@gmail.com
Ministerio del Poder Popular para la Salud de Venezuela, Venezuela

 **Bárbara Núñez**
banf781985@gmail.com
Universidad Central de Venezuela, Venezuela

 **Sineed Arias**
ariassineed@gmail.com
Universidad Central de Venezuela, Venezuela

Revista Digital de Postgrado
Universidad Central de Venezuela, Venezuela
ISSN-e: 2244-761X
Periodicidad: Cuatrimestral
vol. 12, núm. 2, e370, 2023
revistadpmeducv@gmail.com

Recepción: 20 Enero 2023
Aprobación: 30 Junio 2023

URL: <http://portal.amelica.org/amei/journal/101/1014218009/>

DOI: <https://doi.org/10.37910/RDP.2023.12.2.e370>

©Los autores, 2023



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional.

Cómo citar: Benitez G, Garcés F, Lira L, Núñez B, Arias, S.
Evolución histórica del Sistema Nacional de Salud venezolano

Resumen: Se hace un análisis de la Evolución Histórica del Sistema Nacional de Salud en Venezuela desde 1909 hasta el año 2023. Se realizó un desglose de seis etapas: etapa "A" o Gomecista (1905 – 1935), etapa "B" o de la Segunda Guerra Mundial (1936- 1945), etapa "C" o de la División de Hospitales (1946-1949), etapa "D" o Perezjimenista (1950 – 1958), etapa "E" o de inicio de la Democracia (1959 – 1963), etapa "F" de Modelo Curativo y de Expansión Hospitalaria (1963 – 1998), etapa "G" de la Revolución Bolivariana (1999 – 2023). Se analizó también el Plan Nacional de Salud 2019 – 2025.

Palabras clave: Sistema Nacional de Salud, Plan Nacional de Salud 2019 – 2025.

Abstract: An analysis of the Historical Evolution of the National Health System in Venezuela is made from 1909 to the year 2023. A breakdown of six stages is made: stage "A" or Gomez (1905 - 1935), stage "B" or Second World War (1936-1945), stage "C" or the Hospital Division (1946-1949), stage "D" or Perezjimenista (1950 - 1958), stage "E" or the beginning of Democracy (1959 - 1963), stage "F" of the Curative Model and Hospital Expansion (1963 - 1998), stage "G" of the Bolivarian Revolution (1999 - 2023). The National Health Plan 2019 - 2025 is also analyzed.

Keywords: National Health System, National Health Plan 2019 – 2025.

INTRODUCCIÓN

Una de las primeras caracterizaciones del Sistema de Salud Venezolano, presentada en 1940, decía que para estudiarlo era necesario conocer primero el contexto histórico, es decir, la vida del hombre en su conjunto: sus costumbres, la sociedad, y el marco legal y ético en que está envuelto.⁽¹⁾ La carencia de estadísticas oficiales en lo que se refiere a muchos de los parámetros definitorios de la situación de salud, conducen a la sustitución por apreciaciones y juicios de valor particulares por parte de los investigadores que lo reseñaron en cada época. Se distinguen siete etapas:

A) Etapa Gomecista (1909 - 1935), B) de la II Guerra Mundial (1936-1945), C) de la División de Hospitales (1946-1949), D) Perezjimenista (1950-1958), E) De Inicios de la Democracia (1959-1963), F) de Modelo Curativo y de Expansión Hospitalaria (1963 - 1998), G) de la Revolución Bolivariana (1999-2023).

DESAROLLO

A) Etapa Gomecista (1909-1935)

En 1909, bajo el régimen del General Juan Vicente Gómez Chacón, con el descubrimiento de grandes yacimientos en el lago de Maracaibo, comienza para Venezuela la era petrolera, desplazando a los tributos por exportaciones de: cacao, café, y demás rentas del agro y la cría, con grandes consecuencias para sus productores; con la fundación de la Compañía Venezolana de Petróleo y el régimen de concesiones, Venezuela se convertiría en un estado monoprodutor, lo cual definiría su estructura económica, y por ende, el desarrollo de todos sus sectores, incluyendo la salud.

Hubo el esfuerzo particular de muchos quienes prestaron sus conocimientos, obtenidos en las mejores universidades francesas y alemanas, entre ellos los Dres. José Gregorio Hernández, Santos Aníbal Dominici y Luis Razetti; algunos de ellos implementaron nuevas Cátedras en la Universidad Central: Clínicas de las Vías Urinarias (1906), Dermatológica (1908) y Ginecológica (1912). Otras como: Medicina Terapéutica y Toxicología, en 1922, Radiodiagnóstico (1925), y Patología Tropical en 1926.⁽²⁾

El paludismo era la primera causa de muerte que anualmente cobraba las vidas de cerca de 10.000 venezolanos e infectaba a más de 1 millón de ellos⁽²⁾; la malaria en 1936, afectaba al 50 % del territorio nacional.⁽³⁾ Otras enfermedades frecuentes eran: disentería, anquilostomiasis, cólera, tuberculosis y polio.

Las primeras campañas de salud se efectuaron en 1930, por el recién fundado Ministerio de Salubridad, Agricultura y Cría, aunque la orientación del mismo era básicamente desarrollar e institucionalizar la investigación agrícola y las ciencias agropecuarias.

Inicialmente la información sanitaria fue difundida por medio de afiches, acerca de la sífilis, sarampión y los efectos del tabaquismo y el alcohol. También se promulgaron algunas leyes de alcance nacional, como la primera Ley de Vacunación contra la Viruela, y se iniciaron las inmunizaciones infantiles contra el tífus y el tétanos.⁽²⁾



FIGURA 1.
Juan Vicente Gómez

B) Etapa de La II Guerra Mundial (1936-1945)

1. General José Eleazar López Contreras (1936-1941)

Tras la muerte de Gómez en 1935, bajo el mandato del General Eleazar López Contreras, mediante la Ley de Defensa contra el Paludismo, se iniciaron actividades programadas contra dicho mal, en la cual debían participar las autoridades federales, las estatales y las municipales.⁽³⁾

Los médicos e investigadores venezolanos regresaron al país para implementar los conocimientos y adelantos científicos adquiridos en Francia y fundar las organizaciones de salud más importantes del momento, donde se habrían de articular todos los demás esfuerzos. El experto bacteriólogo Dr. Enrique Tejera París en el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (MSAS), el especialista en pediatría Dr. Pastor Oropeza, fundador del Servicio Nacional de Puericultura y Pediatría (que posteriormente pasaría a llamarse Instituto Nacional de Puericultura). Luego se incorporaron a esta cruzada sanitaria: Dr. José Ignacio Baldó (Tuberculosis), Dr. Arnaldo Gabaldón (Paludismo), Dr. Martín Vegas (Lepra), Dr. Leopoldo García Maldonado (Administración Hospitalaria), Dr. Elías Benarroch (Parasitosis), Dr. Darío Curiel (Estudios Estadísticos y Epidemiológicos), y otros.⁽³⁾

Venezuela entró en un período de fuertes y rápidas transformaciones en el área de la salud, los esfuerzos se concentraron hacia la sanidad y la prevención. En 1936, el Ministro Dr. Enrique Tejera París solicitó apoyo a la División Internacional de Salud (DIS) de la Fundación Rockefeller, en el área de sanitario rural, logrando el reinicio del programa de becas y visitas de consulta con algunos especialistas de dicha división.⁽⁴⁾ El mismo año, el movimiento obrero venezolano, inspirado en la Ley Federal de la República de México, con la cooperación de la Organización Internacional del Trabajo, consiguió fuese aprobada la Ley del Trabajo, la cual preveía la creación del Seguro Social Obligatorio.

El siguiente Titular de la cartera de Salud, Dr. Santos Dominici, y posteriormente el Dr. Rafael López (Ministro de Educación), formularon los basamentos organizativos de una escuela nacional permanente de enfermería, bajo la jurisdicción del Ministerio de Educación, cuya administración y programas fuesen profesionales, es decir, independientes de los cambios gubernamentales; se buscaba crear una escuela tipo internado, en el Hospital Vargas, en la cual se formarían 40 estudiantes.⁴ Como coadyuvante en la atención médica, se incorporaron servicios de Trabajo Social, en el Consejo Venezolano del Niño, mientras, se reconstituyó la Junta de Beneficencia Pública del Distrito Federal, se creó el Instituto Nacional de Puericultura y se inició el programa de Inspección Sanitaria Escolar.⁽³⁾

Con asesoría de la Fundación Rockefeller, en 1939 se formaron las Unidades Sanitarias, las cuales brindaban a la población local atención primaria y preventiva. Las primeras comenzaron a funcionar en Valencia y Villa de Cura, un año después el concepto se había extendido a nivel nacional con 40 Unidades, también se implementaron medicaturas rurales en las cuales trataban enfermedades contagiosas, efectuaban servicios básicos de laboratorio, controlaban embarazos y se llevaban estadísticas.⁽³⁾

En 1940, en Venezuela funcionaban 213 institutos asistenciales, con una capacidad de 14.000 camas con posibilidad de atender 2500 pacientes, entre los cuales se encontraban: el Hospital de Niños, el Hospital Civil de Maracay, el Puesto de Socorro de Caracas, el Hospital de los Andes, la Maternidad Concepción Palacios, el Hospital Policlínico de los Teques, el Hospital Carlos J. Bello de la Cruz Roja, el Instituto de Oncología Luis Razetti, el Hospital Guárico de San Juan de los Morros y el Sanitario Antituberculoso Simón Bolívar.⁽³⁾

En ese mismo año, siguiendo recomendaciones de la Fundación Rockefeller y a fin de garantizar la mejora de la profesionalización de las enfermeras enfocada hacia la Salud Pública a través de su adecuada formación y entrenamiento, el Gobierno Nacional creó la Escuela Nacional de Enfermeras, bajo la dependencia del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. La misma estaría dirigida por un Consejo Directivo ad-honorem formado por personalidades públicas con criterios independientes y otros apuntados por el Gobierno.⁽⁴⁾

2. Isaías Medina Angarita (1941-1945).

La llegada de un nuevo gabinete presidencial en 1941, no modificó la política en salud ya descrita, el presidente Isaías Medina Angarita, intensificó la lucha contra la insalubridad y las enfermedades endémicas. Ello y la introducción masiva del uso de la penicilina, el DDT y la creación en 1944 del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS), transformaron definitivamente el ámbito de la salud en Venezuela, abriendo la puerta a la modernidad.³ Durante el gobierno de Medina, se unificó la Legislación Nacional Petrolera y se promulgó la nueva Ley de Hidrocarburos, cuya regalía se estableció en el 16,66 % de la producción; como consecuencia directa, se profundizó el régimen de concesiones, llegando a repartirse en solo 10 meses, seis y medio millones de hectáreas.⁽⁵⁾



Eleazar López Contreras



Isaías Medina Angarita

FIGURA 2.

C. Etapa de la División de Hospitales (1946-1950)

En 1946 se creó la División de Hospitales (posteriormente el Instituto Nacional de Hospitales) y se retomó el compromiso de desarrollar una red pública hospitalaria. En la Constitución de 1947, se consagró por primera vez el derecho a la salud y su responsabilidad por parte del Estado.⁽⁶⁾

D. Etapa del General Marcos Pérez Jiménez (1950-1958)

Para 1950, Caracas contaba con 675.000 habitantes, entre 1941 y 1950, pues la población se incrementó en un 24 % y la tasa de mortalidad disminuyó al 1.4 %, la esperanza de vida se calculaba en 53 años para los hombres y 55 años para las mujeres; un patrón similar se observaba en el resto del territorio nacional, con un colosal crecimiento poblacional.⁽⁴⁾ Durante su mandato hubo contribuciones notables en la salud pública, ejecutando múltiples construcciones (y dotaciones en insumos y personal), de centros hospitalarios en el país, tales como: J.M. de los Ríos, Rísquez, El Valle, Catia, Maiquetía, Clínica Santa Ana, J.M. España, Eudoro González, Centro Pediátrico de El Valle, Centro Pediátrico de Salas, Pediátrico de Catia, Vargas y el Banco de Sangre, además culminar la construcción del Hospital Universitario de Caracas (1954), adscrito al Ministerio de Sanidad, iniciada por el Presidente Eleazar López Contreras en 1943.



FIGURA 3.
Marcos Pérez Jiménez

E. Etapa de Inicios de La Democracia (1959-1964). Rómulo Betancourt Bello

En 1958, se modificó la Ley de Impuesto Sobre la Renta incrementándose el porcentaje de ganancia petrolera para el Estado, además, se estableció un Organismo Central para la Planificación Estatal (CORDIPLAN) para la organización integral de la economía.

Se desarrollaron entre otros, el Programa de Vivienda Rural en la lucha contra el Mal de Chagas, y la campaña antipalúdica con Arnaldo Gabaldón. Estos esfuerzos dieron sus frutos, ya que Venezuela se convirtió en referente mundial de la lucha contra la malaria.



FIGURA 4.
Rómulo Betancourt Bello

F. El Modelo Curativo. Expansión Hospitalaria (1963-1998)

Comenzaron a multiplicarse las clínicas y hospitales, tanto en el sector público como el privado se invirtió grandes sumas en la adquisición de equipos y tecnología de última generación. La prevención y el saneamiento pasaron a un segundo plano. El 6 de abril del año 1967, se promulgó la nueva Ley de Seguro Social Obligatorio, la cual a partir de entonces regularía “las contingencias de enfermedad y accidentes, maternidad, invalidez, vejez, sobreviviente y paro forzoso”.⁽⁷⁾

En la década de los 80 se intentaría un viraje sustentado en un cambio económico, determinado por el pago de la deuda externa, a la cual se destinaba el 43 % del presupuesto nacional. La situación de desigualdad social se agravó en el país, incrementándose las muertes infantiles y sus enfermedades prevenibles, muchas debidas a la desnutrición. Reaparecieron enfermedades como la malaria, que repuntó en los 90`s, debido al ingreso de un nuevo tipo, asociada a la actividad minera no controlada, lo cual causó estragos entre la población indígena, siendo los estados más afectados: Bolívar, Sucre y Amazonas; y el dengue recrudesció. Tratando de solucionar la crisis de salud que se profundizó en los años 90, se inició un proceso de descentralización cuyos ejes se basaban en la democratización de la salud, y en la transferencia de competencias del poder público.



FIGURA 5.

Presidentes: Raúl Leoni, Rafael Caldera, Carlos Pérez, Luis Herrera, Jaime Lusinchi

G. Etapa de La Revolución Bolivariana (1999-2023)

1. Primera Etapa: Hugo Chávez Frías (1999- 2013).

Posterior a las elecciones Presidenciales en 1999, se convocó a una Asamblea Nacional Constituyente, y un año después, la Corte Suprema de Justicia le otorgó al Presidente, poderes especiales para gobernar.

A los efectos del Sistema Público Nacional de Salud, se designó una Comisión Presidencial para recoger el consenso de las más de 40 instituciones involucradas, apareció como necesaria la reforma del Sistema de Salud. Esta Comisión Presidencial tenía como finalidad: desarrollar y hacer efectivo el mandato constitucional de garantizar la salud como derecho fundamental, regular todo lo relacionado con la salud integral de la persona y la colectividad, y regular la organización, funcionamiento y financiamiento del Sector Salud.

En término de los arreglos institucionales del sector, estas propuestas estaban planteando, implícitas o explícitamente, la desaparición del IVSS, considerado como una de las instituciones más corruptas del país que en el pasado había hecho manejos dolosos de los fondos de pensiones y atención médica con una enorme deuda interna y una gran incapacidad operativa. Ello implicaba al mismo tiempo, un cambio radical en la concepción de la Seguridad Social, virtualmente inexistente en el país. Los “Seguros Sociales” habían venido funcionando solo para los trabajadores formales, en forma esencial curativa y rehabilitadora y con discutibles niveles de efectividad y calidad.⁽⁸⁾

La Constitución de 1999, en sus artículos del 83 al 86 reconoce la salud como un derecho y señala la obligación del Estado de garantizarlo, previniendo la creación del Sistema Público Nacional de Salud. Veintitrés (23) años después, la Ley Orgánica que sustentaría al Sistema Público Nacional

de Salud, no ha sido aprobada, y Venezuela continúa carente de una normativa legal que enmarque y regule la prestación de los servicios de salud.

2. Segunda Etapa: Nicolás Maduro Moros 2013-2023

En las elecciones presidenciales del 2012, fue reelecto Chávez Frías y se estimaba que asumiera el cargo el 10 de enero de 2013, sin embargo, su deteriorada condición de salud le imposibilitó asumir el mandato, aun cuando estuvo al frente hasta su fallecimiento oficial el 5 de marzo de 2013.

En este segundo Plan de la Patria, el Presidente Maduro reafirmó los objetivos y metas inicialmente propuestas en el Proyecto Nacional Simón Bolívar, los cuales se basan en la ideología del socialismo del siglo XXI.



Hugo Chávez Frías



Nicolás Maduro Moros

FIGURA 6.

Desarrollo Paralelo de la Atención Primaria

Desde el año 2003, surgió el modelo de la Misión Barrio Adentro (MBA), el Gobierno Nacional creó el Ministerio del Poder Popular Para la Salud (MPPS), fusionando o eliminando algunos departamentos u organizaciones conexas, involucrando a instituciones como: Ministerio de la Familia, Comisión Nacional de la Mujer (CONAMU) y la Fundación Centro de Estudios sobre el Crecimiento y el Desarrollo de la Población Venezolana (FUNDACREDESA).

Internamente se dividió en cuatro Direcciones Generales, una Dirección General del Despacho, Direcciones Estadales de Salud y Desarrollo Social, y dos viceministros, uno de Salud y otro de Desarrollo Social. El Viceministro de Salud, cuenta con dos direcciones, una dirigida a la Salud Poblacional y la otra a la Salud Ambiental y Contraloría Sanitaria, más una oficina de Educación e Investigación, se eliminó la Dirección de Malariología y Saneamiento Ambiental. El Viceministerio de Desarrollo Social, se dividió en otras dos direcciones, la de Políticas y Planes y la de Evaluación y Control.

El Acuerdo Marco de Cooperación Cuba- Venezuela, establece en su artículo IV, que la República de Cuba ofrecerá a la República Bolivariana de Venezuela servicios médicos, especialistas y técnicos de la salud para prestar servicio en lugares donde no se disponga de ese personal, a cambio de recibir suministro de petróleo y sus derivados a precios solidarios con plazos e intereses preferenciales de pago. A partir de entonces, personal cubano en grandes cantidades, se instalaron en las barriadas populares a fin de ofrecer atención gratuita a sus pobladores, quienes tendrían el deber de organizarse y en muchos casos, proveerles de alojamiento.

Pese a la enorme inversión y promoción, las necesidades continúan y ciertamente los alcances de Barrio Adentro I, II y III, quedan cortas ante las necesidades sanitarias de la población o por cierre de la mayoría de las instalaciones. Se fue conformando una trilogía, integrada por el MPPS, SPNS y Misión Barrio Adentro donde esta última, se convertiría en la punta de lanza del Sistema Público Nacional, mientras que el MPPS los gerenciaban a ambos.

Características del Sistema Público Nacional de Salud

De acuerdo a las cifras publicadas por el Instituto Nacional de Estadísticas (INE), la proyección de la población para el año 2023 es de 33.728.624 habitantes, desglosándose de la siguiente manera: hombres: 16.897.773 y mujeres: 16.830.851; mientras que la esperanza de vida total es de 76,34. Sin embargo, las estadísticas del 2022 demuestran todo lo contrario, debido a que existe una variedad de factores que impiden el crecimiento demográfico de la población;⁽⁹⁾ según los datos señalados por el Instituto de Investigaciones Económicas y Sociales de la Universidad Católica Andrés Bello, indican que el crecimiento de la población en el último quinquenio fue negativo con una cifra de -1,1 %.

Entre estos factores se encuentra: éxodo masivo de jóvenes en edad fértil, violencia, enfermedades crónicas como VIH/SIDA, mortalidad infantil, enfermedades de tipo vectorial y reemergentes. La ONG Médicos Unidos de Venezuela señaló en enero de 2022, que el 92 % de la red de ambulatorios de la MBA no están prestando servicio, y que las comunidades asisten a centros de salud hospitalarios por “emergencias” que podrían ser solventadas a nivel de atención primaria (CDI, ambulatorios).⁽¹⁰⁾

El sector privado sanitario está constituido por empresas prestatarias de salud y por compañías aseguradoras. Las empresas públicas como PDVSA, contratan servicios privados de la salud. El sector privado se financia con el pago directo de los usuarios al momento de recibir los servicios o a través del pago de primas de seguro de salud. La atención se ofrece en consultorios y clínicas privadas.

El MPPS, recibe financiamiento directo del Gobierno Nacional, Estado y municipio. Cuenta con una Junta Ministerial y tres Viceministerios, que responden a: Redes de Servicios de la Salud, Redes de Salud Colectiva y Redes de Recursos para la Salud. Además, cuenta con direcciones Estatales de Salud, entre las cuales se encuentran 14 entes adscritos.

El IVSS se financia con cotizaciones patronales, cotizaciones de los trabajadores y con aporte del gobierno. Esta institución cuenta con su propia red de atención ambulatoria y hospitalaria. El IPASME, IPSFA y los servicios de salud de las universidades, se financian con aportaciones de los empleadores y de los trabajadores. También cuentan con su propia red de establecimientos para atención ambulatoria pero contratan los servicios de hospitalización principalmente con el sector privado, a excepción del IPSFA que cuentan con su red de hospitales.⁽¹¹⁾ Desde hace una década, tanto el IVSS como IPASME y servicios de salud de ministerios, que tienen aportes de empleados, se han visto obligados a recibir a toda la población que acuda a los mismos, lo cual ha agotado los insumos y personal que les correspondería para su atención.

Signo- Sintomatología del Sistema Nacional de Salud 2022

Es poli-fragmentado, monosectorial y poco integrado a la Seguridad Social.

Sus mecanismos para la asignación de recursos económicos provienen de criterios políticos, sin planificación y voluntad presidencial.

Limítrofe y limitado acceso de la población a los servicios de salud.

Minusválida calidad de los servicios en general.

El Sistema Nacional de Salud actual adolece de: ubicándonos en 2022

Ley de Organización de Salud actualizada. Contraloría efectiva y mecanismos de rendición de cuentas, revisión y evaluación. Mecanismos de control integrados. Políticas que garanticen el uso apropiado de sistemas de información y su apropiada utilización. Políticas de incentivos para el personal médico, enfermería, nutricionistas, laboratorio, técnico.

El sistema presenta, actualmente:

Ausencia de Marco Legal. Gerencia de salud deficiente. Problemática grave a la emigración de personal médico. Emigración paramédica y enfermería. Migración de talento en el área científica y de investigación. Demográficos y en el perfil poblacional totalmente modificable. Patrón epidemiológico totalmente cambiante.

MBA: separándolo de los demás sectores nacionales, consolidándose a través del tiempo como un sistema paralelo de atención de salud, cuyo financiamiento y gerencia no cumplen con los criterios de transparencia que exige el mundo actual.⁽¹²⁾ De acuerdo con la doctrina internacional sobre los derechos humanos y las disposiciones contenidas en más de 70 tratados y convenios internacionales, en su mayoría suscritos por el Estado venezolano, la atención sanitaria presenta avances significativos en materia normativa pero estancamiento en los procesos institucionales necesarios para llevar a práctica estas normas.⁽¹³⁾

A tal sentido varias instituciones nacionales se han pronunciado, sobre lo que consideran una situación de alto riesgo, entre ellas la Red de Sociedades Científicas Médicas de Venezuela, cuya Comisión de Epidemiología, observa¹⁴: En 2010, contempla el deterioro del estado de salud de la población, el impacto creciente de nuevos problemas y retos. Cómo la violencia en todas sus formas y los accidentes afecta a toda la población. Las enfermedades crónicas y degenerativas muestran tasas crecientes. Persisten problemas y enfermedades infecciosas que han sido controladas en otros países, junto a nuevas amenazas por la presencia de enfermedades emergentes y reemergentes como el VIH-SIDA, entre otros. Las enfermedades endémicas como Dengue y Paludismo que habían sido controladas, presentaron epidemias desde 2010-2019, la primera, la más importante en 31 años en números de casos totales, casos hemorrágicos, graves y fallecidos, mientras que el paludismo aportó las cifras más elevadas en los últimos 5 años. Hay una deuda no saldada de desnutrición a la que se agrega malnutrición, en un gran porcentaje de la población. La mortalidad infantil ascendió 12,8 % en el último año y las cifras de mortalidad materna, madres fallecidas por causas obstétricas, indican muy pobres avances en los cuidados de la salud de las madres y de los niños. El incremento de los casos de sífilis congénita es indicador de que no se está cumpliendo un adecuado control prenatal.⁽¹⁴⁾

Es importante señalar que muchas de las causas de las enfermedades antes mencionadas se deben a: La débil capacidad de respuesta institucional y la resolución a estos problemas. El sistema de salud se ha fragmentado y segmentado aún más, su dirección y liderazgo se ha dispersado; muchas de sus funciones sustantivas se han entregado a la MBA. Se ha estimulado un sistema paralelo de salud que compite con el MPPS por los recursos, por el poder de decisión, no cumple las normativas nacionales en salud y ha resultado costoso, asistencialista e inauditable. El MPPS aparece como una estructura ineficiente, incapaz de conducir y diseñar políticas, con escasa planificación y transparencia en su gestión; se ha soslayado el rigor técnico y científico de las decisiones, el ministerio no ha sido capaz de dar respuestas suficientes, sustentadas en la vigilancia epidemiológica, no brinda a la población y a los profesionales de la salud la información epidemiológica oportuna y necesaria. La recentralización de funciones en los dos últimos años ha acentuado su ineficiencia. El saneamiento ambiental, la calidad y la distribución del agua potable, los servicios de disposición de basura y desechos sólidos no llegan a todas las comunidades y el control de vectores resulta insuficiente e intermitente. Durante el período, 2010-2019 la Red Pública de Hospitales, ha acentuado su ineficiencia y con sueldos ínfimos, produciendo la renuncia y el éxodo de numerosos profesionales de la salud altamente calificados. Por lo tanto, la conformación de los equipos de profesionales de la salud se ve obstaculizada y con ello, la oferta de servicios integrales de calidad.⁽¹³⁾

La ley en la cual se basa la creación del SPNS, el proyecto de Ley Orgánica de Salud, fue aprobado en primera discusión por la Asamblea Nacional, y actualmente se encuentra en la Comisión de Salud de la misma.¹⁵ El proceso ya lleva 15 años sin aprobarse, sin embargo, desde el 2008, por decreto, el Gobierno Nacional ha procedido a centralizar progresivamente la Red Pública de Establecimientos de Salud.

Esa Ley Orgánica tiene como meta integrar “en un Sistema Único de Salud a todos los centros prestadores de este servicio en Venezuela que estén financiados parcial o totalmente por la vía fiscal, con la finalidad de articular una efectiva red sanitaria que abarque desde la prevención hasta la curación de las dolencias propias de cada región del país”.⁽¹⁵⁾

Contempla “propiciar la participación ciudadana y la contraloría social a través de lo Comité de Salud, afrontando el problema de fragmentación en este sector, donde coexisten las políticas definidas los hospitales

del Seguro Social, los del Ministerio de Salud y Desarrollo Social, los centros de salud fundados por gobernaciones y alcaldías, a los que se agregan la red del IPASME y los servicios populares a cargo de las instituciones benéficas”.⁽¹⁵⁾

¿Cuáles son los retos y perspectivas que se planean responder con el SPNS?

Resolver el problema de fragmentación del financiamiento y la presentación de servicios. Resolver la escasez de médicos y enfermeras del país, que se han acrecentado con la presencia de personal de salud de otros países. Crear “Un sistema donde exista una interrelación de políticas desde el nivel central que pase por el estatal, municipal, parroquial, niveles que se articulan a través de una política de salud nacional que tome en cuenta cada zona o región sanitaria con la finalidad de atender la morbilidad que cada región tenga como problema”.⁽¹⁵⁾

Plan Nacional de Salud (2009-2018)

Las directrices para la acción del MPPS, se encuentran en el Plan de Desarrollo Económico y Social de la Nación (2007-2013) “Plan Simón Bolívar - Primer Plan Socialista”, bajo los principios de: gratitud, universalidad, integridad, equidad, integración social y solidaridad establecidos en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, en este sentido el MPPS, direccionará esfuerzos en la integración del Sistema Público Nacional de Salud, considerando la unificación del sistema como estrategia para articular esfuerzos y evitar la dispersión de recursos, asumiendo el fortalecimiento de la capacidad rectora del Ministerio en la estructuración, organización y financiamiento de la red de servicios.⁽¹⁶⁾

Hasta los momentos, la mayoría de los Planes del Gobierno Nacional se encuentran en fase prospectiva, y no existen estudios que permitan evaluar el espacio de las reformas en el sector sobre las condiciones de salud de la población. Se sabe, sin embargo, que la mortalidad materna ha aumentado, mientras que la mortalidad infantil no ha disminuido.

Todas las limitaciones del gasto público en salud, generan inequidad en cuanto al financiamiento y hacen que la cobertura universal de atención sanitaria sea insuficiente, entonces, el acceso a esta depende de la capacidad de pago de las personas, en consecuencia, se puede inferir que el sistema público de salud actual no garantiza la concreción plena del derecho a la salud y el acceso total a los servicios. Estos, se encuentran cada vez más deteriorados e ineficientes desde el punto de vista institucional y financiero, y contribuyen de esta forma a la expansión de la atención privada y del consecuente gasto privado.⁽⁸⁾ Visto en un conjunto, la generación de un sistema paralelo de salud no ofrece respuesta a las grandes carencias estructurales que en materia de organización y gerencia presenta el sistema venezolano, y que, en vez de ayudar, ha contribuido a agravar la situación.

Este sistema paralelo de salud, el cual es un convenio de Venezuela - Cuba, sin el aval de facultades de Medicina, Academia Nacional de Medicina, cuerpos colegiados y federativos, iniciado en el 2003 muestra en el 2009, un fracaso de MBA. Hasta el día de hoy, no se sabe a ciencia cierta la inversión de capital transinstitucional y la calidad académica de los cooperantes de Cuba los cuales nunca presentaron Baremo curricular de formación o especialización.

El Estado ha demostrado una gran lentitud en cuanto a la sinergia entre el sistema sanitario habitual y el nuevo, además de los cambios profundamente sociales que implica la instauración y completo funcionamiento del SPNS.

Vale la pena preguntarse si el desarrollo de Misión Barrio Adentro no resulta en la profundización del modelo biomédico más allá de los avances que representa en términos de rescate y revalorización de los diferentes niveles de atención y del Sistema Público Nacional de Salud como un todo.⁽¹³⁾

Dentro de un panorama marcado por la incertidumbre, la eficiencia del Sistema de Salud en Venezuela está en tela de juicio, y mucho podría hacerse diseñando, proponiendo y aplicando correctivos en el área gerencial.

III Plan Nacional Socialista de Salud 2019-2025

a) Políticas Estructurantes

Garantía y acceso a la salud al 100 % de la población. Ampliación, recuperación y mantenimiento de operatividad en el sistema público de salud. Desarrollar capacidades científicas y tecnológicas, especialización de los y las profesionales de la salud. Sistema logístico para la dirección, control y seguimiento de los procesos de adquisición, almacenamiento y distribución de los medicamentos. Garantizar la atención primaria de salud. Aumentar la producción de medicamentos e insumos médicos.⁽¹⁷⁾

b) Metas

Esperanza de vida al nacer (años): A 76 años en general al 2025; a 80 años para las mujeres en 2025 y a 73 años para los hombres en 2025. Reducción a 10,6 de la tasa de mortalidad infantil en menores de 5 años, por cada mil nacidos vivos (15 puntos inferior a lo establecido en los ODS, de 25 por cada mil nacidos vivos al 2030). 100 % de cobertura de vacunación a menores de un año al 2025. Reducción a 5 por cada mil la proporción de recién nacidos con bajo peso al nacer al 2025. Alcanzar los máximos parámetros del hemisferio en el número de médicos por cada 1.000 habitantes al 2025. 80 % de mujeres practicando lactancia materna al 2025.⁽¹⁷⁾

c) Programas estructurantes

Sistema Logístico de Almacenamiento (conservación y distribución nacional de medicamentos, insumos y equipos médicos). Plan Quirúrgico Nacional (atención integral médico-quirúrgica a la población con patologías de alto costo a nivel nacional). Red Única de Servicios del Sistema Público Nacional de Salud. Sistema Público Nacional de Salud para el control y tratamiento de enfermedades endémicas, metaxénicas y emergentes. Áreas de salud integral comunitarias y desarrollo del modo de atención de gestión del Sistema Público Nacional de Salud, mediante la articulación de los diferentes niveles. Programa de ampliación, remodelación y modernización de las redes hospitalarias en los hospitales tipo I, II, III y IV, y ambulatoria especializada (CDI, SRI, CAT) a nivel nacional. Atención integral y continua basada en 100 % Barrio Adentro, con subsistemas de gestión desconcentrados y articulados a través de las Áreas de Salud Integral Comunitarias. Programa de prevención de los factores de riesgo, diagnóstico precoz, atención integral y control de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT). Promoción de la salud sexual y reproductiva por ciclos de vida. Programa de lactancia materna. Programa de Parto Humanizado.⁽¹⁷⁾

Al inicio de Barrio Adentro, en las zonas más vulnerables se crearon alianzas entre los pobladores que permitieron el acceso de este plan en sus diferentes etapas, actualmente muchos de estos ambulatorios y CDI han sido abandonados, producto de la falta de insumos, personal calificado, migración de médicos cubanos a otros países, y la delincuencia, por lo que muchas de las localidades más afectadas, ya no cuentan con la atención médica primaria y el acceso a las medicinas gratuitas que se le otorgaba a la población.⁽¹⁸⁾

Al no tener el poder adquisitivo para el control médico necesario, y no poseer acceso a las medicinas, la salud de la población se ha visto afectada de manera considerable. A esto se le suma, la falta de una buena alimentación, debido a las limitaciones económicas.⁽¹⁸⁾

También existen factores determinantes que no los puede controlar el Gobierno Bolivariano, y que repercuten de manera directa en la salud de la población como lo es la pandemia por COVID-19 que, aunque inició en el año 2020, aún sigue causando efectos secundarios en el mundo entero; no solo a nivel económico, sino también en la salud física y mental de los pobladores. Aunque para marzo 2021 la Alcaldía de Caracas y el Ministerio del Poder Popular para la Salud, solicitaron la reparación de 736 octagonales de la Misión Barrio Adentro en Caracas, para la atención de casos de COVID-19,

el presidente de la Corporación de Servicio de la Municipalidad, indicó que solo era posible para el momento la recuperación de 115 módulos en un lapso de 3 meses.⁽¹⁸⁾

En septiembre del mismo año, el Presidente volvió a solicitar a las autoridades competentes, la recuperación de los ambulatorios, CDI y módulos de Barrio Adentro, “todos los ambulatorios tienen que estar abiertos, con un médico de familia, con una enfermera”. Orden presidencial que hasta la fecha no se ha cumplido, lo que conlleva a la acumulación de exigencias en cuanto a la falta de insumos médicos y personal asistencial calificado; vulnerando de esta forma el Derecho a la Salud, consagrado en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (CRBV).

Aunque el deterioro del sistema de salud se ha evidenciado incluso antes de la pandemia por COVID-19, las estadísticas de la pandemia en Venezuela no fueron alarmantes, “hasta el 29 de abril del 2021, día 410 del inicio de la pandemia, se habían reportado oficialmente 196.386 casos y 2.117 muertes, para una incidencia de 690 casos por cada cien mil habitantes y una letalidad del 1 %. Del total de casos, se reporta que el 60 % han sido asintomáticos, el 30 % casos leves, y el 10 % requieren hospitalización. Por cada cien casos reportados hay una muerte”.¹⁹ Lo insólito fue que casi el 20 % de los fallecidos fueron personal de salud, 80 % médicos.

Entre junio y julio de 2022 se registró un aumento en los casos de COVID-19; luego en agosto nuevamente se observó una disminución la cual mantuvo su tendencia hasta finales del mes de octubre; sin embargo, se mantenían las acciones de control y prevención para evitar el crecimiento de los casos y prestar la atención hospitalaria a las personas que así lo requirieran. Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios de las Naciones Unidas (OCHA).⁽²⁰⁾

Sin embargo, de acuerdo a los datos suministrados por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) Venezuela ha recibido al menos 53.830.796 vacunas contra el COVID-19, equivalentes al 40 % de la población, datos que la administración nacional no les ofrecen a los ciudadanos de manera detallada y solo se limitan a dar un porcentaje, ya que indicaron que, para enero de 2022, el 96 % de los ciudadanos se encontraban vacunados, lo que se contradice según la información publicada por la OPS.

Asimismo, la Vicepresidenta Delcy Rodríguez, en su último balance el 2 de febrero del año 2023, sobre el COVID-19 señaló que hasta la fecha el total de registros de pacientes era de 551.612, con una cifra de recuperados de 545.003, y fallecidos 5.845.⁽²¹⁾

Otro factor que ha interferido en los últimos años, especialmente en 2021, han sido los desastres naturales, que han traído consigo una cantidad importante de pérdidas humanas y pérdidas monetarias no solo en los afectados, sino también al Estado, ya que, de alguna manera, los fondos que ya estaban predestinados a otros rubros, deben desviarse para solventar las contingencias generadas por estas incidencias.

Este tipo de desastres naturales, en conjunto con el deterioro de los servicios básicos como el agua, la electricidad y la movilidad, influyen de manera sustantiva en la aparición de enfermedades, sus complicaciones y la capacidad de prevenirlas.⁽²²⁾

REFERENCIAS

1. Bengoa JM. Sanare... hace 50 años: Medicina social en el medio rural venezolano (Colección Temas y Autores Sanareños No.5. Tercera edición). Caracas, Cavendes; 1940.
2. De Oliveira C. Historia de la pediatría en Venezuela (1era. parte) [Internet]. Ucv.ve. [citado el 19 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://caibco.ucv.ve/caibco/vitae/VitaeDiecinueve/MedicinaenelTiempo/PediatricaPrimeraParte.pdf>

3. Buttó LA. Síntesis histórica de los cambios ocurridos en el índice de desarrollo humano en Venezuela entre 1936 y 1945. *Investig Posgrado* [Internet]. 2002 [citado el 19 de febrero de 2023];17(2):113–40. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1316-00872002000200005
4. Vessuri HMC. Enfermería de salud pública, modernización y cooperación internacional: El proyecto de la Escuela Nacional de Enfermeras de Venezuela, 1936-1950. *Hist Cienc Saude Manguinhos* [Internet]. 2001 [citado el 19 de febrero de 2023];8(3):507–39. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/BPMqbMvdYVqKqWKn4TrwgtH/?lang=es>
5. Rodríguez PA. Petróleo en Venezuela ayer, hoy y mañana: cinco décadas de historia económica venezolana [Internet]. *EconBiz*. Caracas#: Los Libros de El Nacional; [citado el 19 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://www.econbiz.de/Record/petr%C3%B3leo-en-venezuela-ayer-hoy-y-ma%C3%B1ana-cinco-d%C3%A9cadas-de-historia-econ%C3%B3mica-venezolana-rod%C3%ADguez-policarpo/10003425331>
6. Ministerio del Poder Popular para La Salud (MPPS) Ministerio del Poder Popular para la Planificación y Desarrollo (MPPPD, 2007). Caracas, Venezuela: MPPS;
7. Venezuela (República Bolivariana de - Ley del seguro social [Internet]. *Ilo.org*. [citado el 19 de febrero de 2023]. Disponible en: https://www.ilo.org/dyn/natlex/natlex4.detail?p_lang=es&p_isn=20914
8. Polanco JD. Institucionalización y reinstitucionalización de la salud: Salud y hegemonía en Venezuela [Internet]. *Hal.science*. [citado 19 de febrero de 2023]. Disponible en: https://shs.hal.science/file/index/docid/103938/filename/Diaz_Polanco.pdf
9. Instituto Nacional de Estadística. República Bolivariana de Venezuela [Internet]. Caracas: Ministerio del Poder Popular de Planificación; [citado 19 de febrero de 2023]. Disponible en: <http://www.ine.gob.ve>
10. González A. La pirámide de población en Venezuela será similar a la de los países en guerra [Internet]. *Runrun.es*; 2022 [citado 19 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://runrun.es/noticias/488204/encovi-2022-la-piramide-de-poblacion-en-venezuela-sera-similar-a-la-de-los-paises-en-guerra/>
11. Moreno M. Aseguran que más del 90% de los ambulatorios de Barrio Adentro están cerrados [Internet]. *puntodecorte.net*; 2022 [citado 19 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://puntodecorte.net/ambulatorios-barrio-adentro-cerrados/>
12. Bonvecchio A, Becerril-Montekio V, Carriedo-Lutzenkirchen Á, et al. Sistema de salud de Venezuela [Internet]. *Salud Publica Mex* 2011;53 suppl 2:S275-S286. [citado 19 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/spm/2011.v53suppl2/s275-s286>
13. Benítez Pérez G. Análisis del Sistema Público Nacional de Salud en Venezuela. 2009. [citado 19 de febrero de 2023]. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10872/21659>
14. Red de Sociedades Científicas Médicas de Venezuela. Comisión de Epidemiología; 2011. Balance del Sector Salud de Venezuela 2010. Caracas: Red Sociedades Científicas Médicas de Venezuela.
15. Proyecto de la Ley Orgánica de Salud. Proyecto de la Ley Orgánica de Salud: República Bolivariana de Venezuela; 2004.
16. Ministerio del Poder Popular para la Salud. 54 Plan de Desarrollo Económico y Social Simón Bolívar. Caracas; 2007.
17. Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela, N° 6.446 extraordinario. Proyecto Nacional Simón Bolívar, Tercer Plan Socialista de Desarrollo Económico y Social de la Nación 2019-2025. [citado 19 de febrero de 2023]. Disponible en: https://siteal.iiiep.unesco.org/sites/default/files/sit_accion_files/10215.pdf
18. Varela C. Módulos y CDI de Barrio Adentro: una misión incompleta. Programa Venezolano de Educación Acción en Derechos Humanos (PROVEA); 2022 [citado 19 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://provea.org/actualidad/especial-modulos-y-cdi-de-barrio-adentro-una-mision-incompleta/>
19. Istúriz O. El Sistema Público Nacional de Salud y el manejo de la pandemia. Una mirada desde la salud colectiva. *Territorios Comunes* [Internet]. 2021 [citado 19 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://ecopoliticavenezuela.org/2021/11/17/el-sistema-publico-nacional-de-salud-y-el-manejo-de-la-pandemia-una-mirada-desde-la-salud-colectiva/>

20. Oficina de Naciones Unidas para la Coordinación de Asuntos Humanitarios (OCHA). Estatus del Clúster, salud Venezuela; Septiembre-octubre 2022 [Internet]. [citado 19 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://report.s.unocha.org/es/country/venezuela-bolivarian-republic-of/card/4nANPbkK6o/>
21. COVID19 en Venezuela [Internet]. Org.ve. COVID-19 en Venezuela; [citado 19 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://covid19.patria.org.ve/>
22. González G. La Crisis del Sistema de Salud en Venezuela. *Salus*, [Internet] 2018 [citado 19 de febrero de 2023]; volumen 22 (1): 6-7. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/3759/375956270002/html/index.html>