

# Sistema de salud de Venezuela

Anabelle Bonvecchio, Lic en Nutr, MSP,<sup>(1)</sup> Victor Becerril-Montekio, Lic en Ec, M en Soc,<sup>(2)</sup>  
 Ángela Carriedo-Lutzenkirchen, Lic en Nutr, M en C,<sup>(1)</sup> Maritza Landaeta-Jiménez, MC, M en Nutr.<sup>(3)</sup>

Bonvecchio A, Becerril-Montekio V,  
 Carriedo-Lutzenkirchen A, Landaeta-Jiménez M.  
 Sistema de salud de Venezuela.  
 Salud Publica Mex 2011;53 supl 2:S275-S286.

## Resumen

En este artículo se describe el sistema de salud de Venezuela, incluyendo su estructura y cobertura, sus fuentes de financiamiento, los recursos humanos y materiales con los que cuenta, y las actividades de rectoría que en él se desarrollan. Este sistema cuenta con un sector público y un sector privado. El sector público está constituido por el Ministerio del Poder Popular para la Salud (MS) y diversas instituciones de seguridad social, dentro de las que destaca el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS). El MS se financia con recursos del gobierno central, estados y municipios. El IVSS se financia con cotizaciones patronales, cotizaciones de los trabajadores y con aportes del gobierno. Ambas instituciones cuentan con su propia red de atención ambulatoria y hospitalaria. El sector privado está constituido por prestadores de servicios que reciben pagos de bolsillo y por compañías aseguradoras. El sistema de salud venezolano atraviesa por un proceso de reforma desde la aprobación de la Constitución de 1999 que plantea la creación de un Sistema Público Nacional de Salud cuya punta de lanza hoy es el programa Barrio Adentro.

Palabras clave: sistema de salud; seguridad social; Venezuela

Bonvecchio A, Becerril-Montekio V,  
 Carriedo-Lutzenkirchen A, Landaeta-Jiménez M.  
 The health system of Venezuela.  
 Salud Publica Mex 2011;53 supl 2:S275-S286.

## Abstract

This paper describes the Venezuelan health system, including its structure and coverage, financial sources, human and material resources and its stewardship functions. This system comprises a public and a private sector. The public sector includes the Ministry of Popular Power for Health (MS) and several social security institutions, salient among them the Venezuelan Institute for Social Security (IVSS). The MH is financed with federal, state and county contributions. The IVSS is financed with employer, employee and government contributions. These two agencies provide services in their own facilities. The private sector includes providers offering services on an out-of-pocket basis and private insurance companies. The Venezuelan health system is undergoing a process of reform since the adoption of the 1999 Constitution which calls for the establishment of a national public health system. The reform process is now headed by the Barrio Adentro program.

Key words: health system; social security; Venezuela

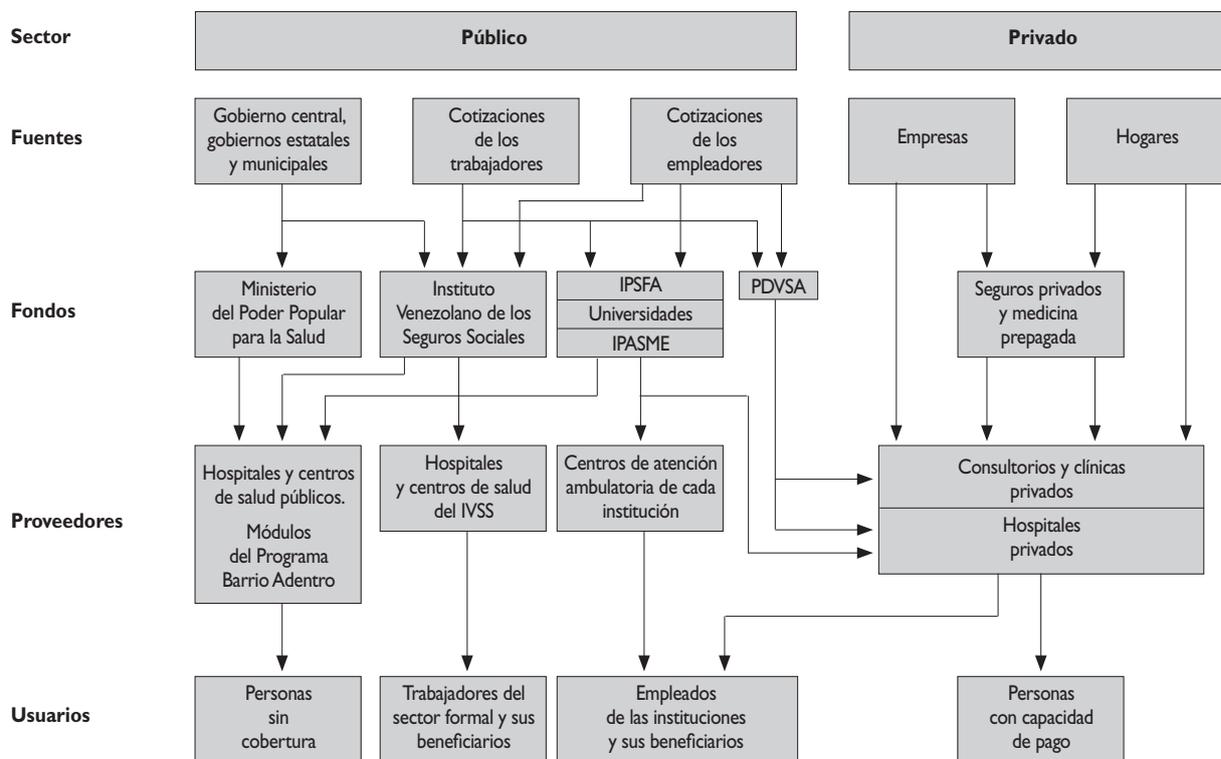
(1) Centro de Investigación en Nutrición y Salud, Instituto Nacional de Salud Pública. México.

(2) Centro de Investigaciones en Sistemas de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública. México.

(3) Fundación Bengoa, Venezuela.

**Fecha de aceptado:** 31 de enero de 2011

Solicitud de sobretiros: Anabelle Bonvecchio. Centro de Investigación en Nutrición y Salud, Instituto Nacional de Salud Pública.  
 Av. Universidad 655, Col. Santa María Ahuacatlán. 62100 Cuernavaca, Morelos, México.  
 Correo electrónico: bonvecchio@insp.mx



IVSS: Instituto Venezolano de los Seguros Sociales

IPASME: Instituto de Previsión y Asistencia Social del Ministerio de Educación, Cultura y Deportes

IPSFA: Instituto de Prevención Social de las Fuerzas Armadas

PDVSA: Petróleos de Venezuela

El sistema de salud de Venezuela está conformado por un sector público y un sector privado. El sector público está constituido por el Ministerio del Poder Popular para la Salud (MS), los organismos de salud descentralizados y las instituciones de la seguridad social, principalmente el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS), el Instituto de Previsión Social de las Fuerzas Armadas (IPSFA), el Instituto de Previsión y Asistencia Social del Ministerio de Educación, Cultura y Deportes (IPASME), Petróleos de Venezuela (PDVSA) y universidades. El sector privado está constituido por quienes prestan sus servicios a cambio de pago directo y por compañías de seguros de salud. El MS se financia con recursos del gobierno central, estados y municipios. El IVSS se financia con cotizaciones patronales, cotizaciones de los trabajadores y con aportes del gobierno. Ambas instituciones cuentan con su propia red de atención ambulatoria y hospitalaria. El IPASME, IPSFA y 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 cuenta con su red de hospitales. Las empresas públicas como Petróleos de Venezuela (PDVSA) contratan servicios privados de 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 seguros de salud. La atención se ofrece en consultorios y clínicas privadas.

## Contexto

### Demografía

Venezuela cuenta con una población de 27 934 783 habitantes, con una relación de casi uno a uno entre mujeres y hombres.<sup>1</sup> Aproximadamente 39% de la población tiene menos de 15 años y 8.3 % tiene 60 años o más.<sup>1</sup> Venezuela presenta un ritmo moderado de crecimiento, baja densidad poblacional y una tasa de migración negativa. En 2008 poco más del 93% de la población se

concentraba en zonas urbanas y sólo 2.3% de la población era indígena.

Tres fenómenos han marcado el desarrollo demográfico de Venezuela: la disminución de la natalidad, el descenso de la mortalidad general y el incremento de la esperanza de vida. La tasa de natalidad se redujo de 36.0 en 1940 a 22.3 en 2004, mientras que la tasa de mortalidad general disminuyó de 16.3 en 1940 a 5.1 en 2007.<sup>2</sup> La esperanza de vida se ha incrementado desde mediados del siglo pasado, cuando era de apenas 48 años, llegando a 75 años en 2008. Estos y otros factores han contribuido al envejecimiento

poblacional. En 1950, 3,7% de la población era mayor de 65 años; hoy, esta población concentra 5,42% de la población total y en 2015 concentrará 7%.<sup>2</sup> En el cuadro I se presentan los indicadores generales de Venezuela para 2008.

#### Condiciones de salud

Venezuela pasa por un proceso de transición epidemiológica caracterizado por una disminución de las enfermedades infecciosas y un incremento de las enfermedades no transmisibles y las lesiones. Según el último anuario de mortalidad disponible, las cinco principales causas de mortalidad en mujeres son el infarto al miocardio, la diabetes, los tumores de órganos digestivos, los tumores de órganos genitales y la enfermedad cardíaca hipertensiva (cuadro II). Las principales causas de muerte entre los hombres son el infarto al miocardio, los homicidios, los accidentes de vehículo de motor, la diabetes y los tumores de órganos digestivos (cuadro III). Llama la atención en particular el número de muertes por homicidios, que convierte a Venezuela en uno de los países latinoamericanos con mayores problemas de violencia.

La mortalidad infantil ha mostrado una tendencia a la disminución desde finales de los años cincuenta, aunque el ritmo de descenso se ha reducido en los últimos años, y entre 2001 y 2003 hubo incluso incrementos. En 2008 la tasa de mortalidad infantil fue de 15,8 por 1000 nacidos vivos.<sup>4</sup> La mortalidad en menores de 5 años fue de 23.<sup>4,9,10</sup> Entre las causas más frecuentes de mortalidad infantil se encuentran las afecciones del periodo perinatal, las anomalías congénitas, las infecciones intestinales y las neumonías. La mortalidad en menores de 5 años

**Cuadro I**  
**INDICADORES BÁSICOS, VENEZUELA, 2008**

Población total	27 934 783
Esperanza de vida al nacer	75
Esperanza de vida a los 60 años	22
Tasa de mortalidad general	5.9
Tasa de mortalidad infantil	15.8
Razón de mortalidad materna	60
Prevalencia de diabetes en adultos (población urbana región central (%) (1997)	4.5
Prevalencia de hipertensión arterial en adultos (población urbana región central (%) (1997)	28.2
Proporción de partos atendidos por personal calificado	95
Cobertura de vacunación	
sarampión en < 1 año	82
DPT3 en < 1 año	92
Población cubierta por la seguridad social (%)	65
Población atendida por el Ministerio de Salud (%)	35
Gasto total en salud como porcentaje del PIB	5.2
Gasto total en salud per cápita*	681
Gasto público en salud como porcentaje del gasto total en salud	44.9

Fuente: Referencias 1, 2, 3-8

\* Dólares PPA (paridad de poder adquisitivo)

se debe sobre todo a accidentes, infecciones intestinales, neumonías y deficiencias de la nutrición.<sup>11</sup>

La mortalidad materna sigue siendo uno de los problemas más importantes de salud pública del país. A pesar de que a partir de los años cincuenta se dio un sostenido

**Cuadro II**  
**DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE EN MUJERES, VENEZUELA, 2007**

	Número	Tasa*	%
1. Infarto agudo al miocardio	6 163	45.0	16.2
2. Diabetes mellitus	3 996	29.2	10.5
3. Tumores malignos de los órganos digestivos	2 449	17.9	6.4
4. Tumores malignos de los órganos genitales	2 144	15.6	5.6
5. Enfermedad cardíaca hipertensiva	1 472	10.7	3.8
6. Tumor maligno de mama	1 465	10.7	3.8
7. Neumonía	1 453	10.6	3.8
8. Accidentes de tráfico de vehículos de motor	1 429	10.4	3.7
9. Hemorragia intraencefálica	1 396	10.2	3.6
10. Otras enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	1 362	9.9	3.6

\*Tasa por 100 000 mujeres

Fuente: Referencia 5

**Cuadro III**  
**DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE EN HOMBRES, VENEZUELA, 2007**

	Número	Tasa*	%
1. Infarto agudo al miocardio	10 173	73.8	12.8
2. Homicidios	8 987	65.2	11.3
3. Accidentes de tráfico de vehículo de motor	6 032	43.7	7.6
4. Diabetes mellitus	3 827	27.7	4.8
5. Tumores malignos de los órganos digestivos	2 970	21.5	3.7
6. Otros accidentes	2 269	16.5	2.8
7. Tumores malignos de los órganos respiratorios e intratorácicos	2 166	15.7	2.7
8. Tumores malignos de los órganos genitales masculinos	1 969	14.3	2.5
9. Cirrosis y fibrosis hepática	1 692	12.3	2.1
10. Hemorragia intraencefálica	1 665	12.1	2.1

\*Tasa por 100 000 hombres  
 Fuente: Referencia 5

descenso, desde los ochenta se ha mantenido constante, incluso con tendencias al aumento. En 1998 la razón de mortalidad materna fue de 51 muertes por 100 000 nacidos vivos y ascendió a 57 en 2005 y 60.5 en 2008.<sup>12,13</sup> Las principales causas de muerte materna son las sepsis, las hemorragias y la hipertensión durante el embarazo.

Las mayores pérdidas de años de vida saludables (AVISA) se deben a lesiones intencionales y no intencionales, accidentes de tráfico, enfermedades neuropsiquiátricas, diarreas y enfermedades cardiovasculares.<sup>14</sup>

Por lo que se refiere a la morbilidad, hay una coexistencia de enfermedades crónicas degenerativas con enfermedades infecciosas. Desafortunadamente, el país no cuenta con un registro confiable que permita obtener cifras actualizadas de prevalencia de diabetes e hipertensión arterial, aun cuando estas dos enfermedades son una de las principales causas de daños a la salud. Asimismo, la disponibilidad de información sobre la situación epidemiológica en el país es crítica, entre otras razones porque los boletines epidemiológicos oficiales no han sido publicados en el portal del Ministerio del Poder Popular para la Salud (MS) desde 2006 y hasta la fecha en que se escribió este artículo.<sup>15</sup>

Según boletines extraoficiales y un boletín epidemiológico del Ministerio de Salud Pública de Cuba, Venezuela atraviesa por una epidemia de dengue, enfermedad que ha afectado a 41 573 personas durante lo que va de 2010; 9.9% de los casos han sido de tipo hemorrágico.<sup>16</sup> Estas cifras revelan un incremento de 141% en los casos de dengue con respecto al mismo periodo en 2009 (12 220 personas afectadas).

De igual forma, la infección por paludismo ha aumentando considerablemente en los últimos años, alcanzando en 2004 la cifra de 46 244 casos, la segunda cifra

más alta desde 1937.<sup>17</sup> Según el boletín epidemiológico del Ministerio de Salud Pública Cubano, los primeros cinco meses de 2010 se registraron 22 880 casos de paludismo, la mayoría concentrados en el Estado Bolívar, al sur del país. Estas cifras son un reflejo de la precaria situación de las condiciones sanitarias y ambientales que enfrenta el país.<sup>17</sup>

Venezuela presenta una epidemia concentrada de VIH/SIDA, dado que la prevalencia en la población general es menor de 1%, pero superior a 5% en los grupos de población más vulnerables.<sup>18</sup> Según el reporte 2010 de ONUSIDA, 104 860 personas viven con VIH/SIDA en el país. La prevalencia varía entre 1.62% en el área metropolitana de Caracas y 0.08% en Cojedes y Delta Amacuro.<sup>19</sup>

### Estructura y cobertura

El sistema de salud de Venezuela se encuentra en un proceso de cambio desde 1999, fecha en la que se aprobó la nueva Constitución de la República Bolivariana de Venezuela.<sup>20</sup> A partir de esta fecha, el MS se planteó la reestructuración del nivel central para implementar un modelo de atención integral a la población y la creación de un Sistema Público Nacional de Salud (SPNS) con el objetivo de garantizar el derecho a la salud de todos los venezolanos. Dicho SPNS estaría regido por los principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, integración social y corresponsabilidad social, y su financiamiento y gestión serían responsabilidad del Estado. Sin embargo, el proceso de creación SPNS ha sido lento y aún no se ha concretado, principalmente porque no se ha promulgado la Ley Orgánica de Salud (LOS) correspondiente, que debe ser consistente con el

espíritu y los cambios establecidos en la nueva constitución. Hasta que no se cuente con dicha ley se mantiene la estructura del sistema de salud venezolano tradicional, altamente fragmentada en un conjunto de subsistemas y con una forma de organización inequitativa, sin universalidad de acceso a los servicios.<sup>21</sup>

El sector público está constituido por el MS, las Direcciones Estatales de Salud y Desarrollo Social (instancias descentralizadas del MS), el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS), el Instituto de Previsión Social de las Fuerzas Armadas (IPSA) y el Instituto de Previsión y Asistencia Social del Ministerio de Educación, Cultura y Deportes (IPASME). Además existen empresas del estado, como Petróleos de Venezuela (PDVSA), que ofrecen seguro de salud a sus trabajadores.

En la década de los noventa se inició un proceso de descentralización de los servicios de salud a los estados (17 de 23 estados de la República están descentralizados) que ha contribuido a la fragmentación del sistema.<sup>22</sup> A esto se suma la creación de la "Misión Barrio Adentro" en 2003, que da inicio al proceso de transformación de la red sanitaria-asistencial y sienta las bases del Modelo de Atención Integral.<sup>23</sup> Barrio Adentro también ha contribuido a la fragmentación del financiamiento y la prestación de servicios en el sistema, que se asocia a un uso ineficiente de los recursos.<sup>12</sup>

El sector privado está constituido por prestadores de servicios y compañías aseguradoras de salud. Los primeros ofrecen atención desde lo más básico hasta lo más especializado, a cambio de pagos directos.

#### DIEZ HITOS EN LA HISTORIA DEL SISTEMA VENEZOLANO DE SALUD

1912	Creación del Servicio Público de Sanidad
1936	Creación del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social
1944	Creación del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales y Promulgación de la Ley del Seguro Social obligatorio
1961	Aprobación de la Constitución Nacional que establece el derecho de los ciudadanos a la protección de la salud
1983	Promulgación de la Ley Orgánica del Servicio Nacional de Salud
1989	Descentralización y transferencia de competencias de los servicios de salud a los estados
1999	Reestructuración del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social y creación del Ministerio de Salud y Desarrollo Social
2000	Reforma en salud dentro del nuevo marco jurídico – político establecido en la Constitución
2002	Nueva Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social
2008	Decreto de Recentralización

*¿Quiénes son los beneficiarios?*

De acuerdo con lo establecido en el Artículo 83 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela de 1999, todos los venezolanos tienen derecho a recibir atención a la salud y por lo tanto ser beneficiarios del

SPNS.<sup>24</sup> No obstante, no todos los venezolanos pueden ejercer este derecho por igual debido a la fragmentación del sistema de salud que ha dado lugar a tres grupos principales de beneficiarios. En primer lugar está la población cubierta por los diferentes institutos de seguridad social (IVSS, IPSFA, IPASME y universidades), es decir, los trabajadores asalariados, pensionados y jubilados del sector formal de la economía y sus familiares, que en 1997 sumaban más de 15 millones y medio de personas.<sup>25,26</sup> El IVSS también cubre a los trabajadores que laboran en el sector informal de la economía que tienen una relación laboral definida, como es el caso de los trabajadores a domicilio, domésticos, de temporada y ocasionales. Adicionalmente existe la modalidad de trabajadores independientes o por cuenta propia inscritos en el régimen facultativo, del cual también pueden beneficiarse las mujeres no trabajadoras para atención a la maternidad.

En segundo lugar están los trabajadores del sector informal, la población desempleada y las personas que están fuera del mercado de trabajo y sus familiares, que formalmente reciben atención del MS y que no cuentan con otro tipo de aseguramiento público. Este sector de la población recibe atención a través de la Misión Barrio Adentro, la red de hospitales y los servicios ambulatorios del MS y de los estados, además de otros importantes centros de atención con autonomía funcional y operativa pero adscritos al MS.

Por último están las personas cuyo empleo o capacidad de pago les permite tener acceso a los seguros privados o hacer pagos de bolsillo en el momento de recibir la atención.

No se dispone de información precisa ni actualizada sobre la cobertura de los servicios de salud públicos o privados, debido a que cada institución cuenta con sistemas propios de registro que no están integrados y en la mayoría de los casos son poco confiables y están desactualizados. Algunas aproximaciones reportan que en 1997 alrededor de 65% de la población contaba con algún tipo de seguridad social. En fechas más recientes, la Encuesta de Hogares sobre Consumo de Drogas en Venezuela 2005 (EHCD-2005) indicaba que 68% de la población venezolana no contaba con ningún seguro de salud, el IVSS cubría a 17.5% de la población, los seguros médicos privados a 11.7% y 2.4% de la población tenía doble cobertura, a través del IVSS y de seguros privados.<sup>27</sup>

*¿En qué consisten los beneficios?*

El MS ofrece a la población no asegurada servicios de promoción de la salud y prevención de enfermedades, atención médica, quirúrgica, farmacéutica y hospita-

laria desde el primer hasta el tercer nivel de atención. Estos servicios se brindan a través de establecimientos ambulatorios y hospitales que se clasifican en tipo I, II y III según el tamaño de la población atendida, la capacidad de los servicios prestados y el nivel de especialización.

La Misión Barrio Adentro presta servicios a través de tres modalidades. Barrio Adentro I es la puerta de entrada al sistema de salud con énfasis en promoción de la salud, prevención de enfermedades y diagnóstico temprano. Ofrece servicios de salud sexual y reproductiva, oncología y citología, salud de niños y adolescentes, inmunizaciones, salud visual, salud mental y atención a la farmacodependencia. Barrio Adentro II ofrece atención en especialidades básicas como pediatría, gineco-obstetricia, cirugía ambulatoria, medicina interna, laboratorio básico, rayos X y emergencias en clínicas populares que no cuentan con servicios de hospitalización. Barrio Adentro III (medicina clínica-hospitalaria) pretende ofrecer atención a través de la red hospitalaria existente, ahora llamados Hospitales del Pueblo (Tipo I, II y III), los hospitales especializados y universitarios, y los centros nacionales especializados, como el Centro Nacional de Oncología y el Centro Nacional de VIH/SIDA. Con esta iniciativa se integran al Programa Barrio Adentro III diversos hospitales que pertenecían a alcaldías y municipios, al IVSS, al Ministerio de la Defensa y al propio MS, revirtiendo el proceso de descentralización de los servicios de salud.<sup>28</sup> A pesar de que los pacientes atendidos por Barrio Adentro I y II que requieren servicios de hospitalización se refieren a la red hospitalaria pública tradicional (Barrio Adentro III), esta red no ha sido prioritaria para el gobierno actual en términos de asignación de recursos y, por lo tanto, se encuentra en condiciones muy precarias.<sup>29</sup>

El IVSS ofrece atención preventiva y curativa a la salud, odontología, medicamentos, pruebas de laboratorio, radiología e imagenología, nefrología, diálisis y trasplante renal, rehabilitación y servicios de salud en el trabajo.

El IPASME ofrece servicios médicos, odontológicos, de laboratorio, rayos X y en algunas ciudades cirugía ambulatoria y asistencia médica preventiva a los beneficiarios en sus lugares de trabajo. No presta servicios de hospitalización, pero permite a sus beneficiarios hacer uso de los establecimientos de su elección, reembolsando el costo de la atención.<sup>30</sup>

## Financiamiento

### ¿Quién paga?

La principal fuente financiera del gasto público en salud es el gobierno central que financia al MS, la Misión

Barrio Adentro y da aportaciones al IVSS. El MS recibe fondos del presupuesto nacional y la Misión Barrio Adentro recibe recursos financieros extraordinarios provenientes de la renta petrolera.

El sector salud de los estados es financiado con el presupuesto nacional y con el situado constitucional (asignación a las gobernaciones), sin embargo, como resultado de la reversión de la descentralización de los servicios de salud hospitalarios, la asignación de recursos a los estados se ha visto limitada.

El financiamiento del IVSS es tripartito: cotizaciones patronales, cotizaciones de los trabajadores y aportes directos del gobierno central. Según el Reglamento de la Ley del Seguro Social vigente, la cotización inicial de las empresas para financiar el Seguro Social Obligatorio varía entre 11 y 13% del salario fijo mensual, dependiendo de la clasificación de riesgo de las mismas. La aportación de los asegurados es de 4% del salario fijo mensual, pero puede ser de 2% cuando sólo están asegurados para las prestaciones en dinero por invalidez o incapacidad parcial, vejez, muerte y nupcias. La contribución de la empresa para estas aportaciones es de 4.75% del salario fijo mensual. Adicionalmente, a través del presupuesto nacional, el Estado sufraga los gastos de administración, establecimiento, renovación y mantenimiento de los equipos del IVSS. Esta aportación no puede ser menor de 1.5% de los salarios fijos de los contribuyentes.

Las otras instituciones de seguridad social (IPPSFA, IPASME y las universidades) se financian con aportaciones de sus trabajadores (3% del salario mensual fijo, en el caso del IPASME), los empleadores y el Estado, a través del Ministerio de Educación y el Ministerio de Defensa.

La fragmentación del financiamiento es una de las principales deficiencias del sistema de salud venezolano que ha impedido que se desarrolle un sistema de seguridad social que haga posible la universalización del acceso a los servicios de salud.<sup>31,32</sup> A estos problemas en el financiamiento se suma el retraso constante en el pago de los recursos aportados por el gobierno a las instituciones de seguridad social y a los estados.

La Misión Barrio Adentro, al construirse como una red paralela al sistema de salud preexistente, ha acentuado el desequilibrio en la distribución de los recursos ya que no cuenta con mecanismos claramente establecido para la asignación de recursos ni para la rendición de cuentas ante las autoridades regionales y nacionales y la ciudadanía.<sup>29</sup>

El SPNS supone la integración del MS y los diversos organismos de seguridad social (IVSS, IPASME, PDVSA, entre otros) con el objeto de reducir el subsidio cruzado y la duplicación en el esquema de financiamiento actual. La Constitución establece que dicho SPNS será financiado por el Estado mediante la integración de los recursos

fiscales, las aportaciones obligatorias de la seguridad social y cualquier otra fuente de financiamiento que determine la ley.<sup>33</sup> Sin embargo, aún no se ha creado el Fondo Nacional de Salud que sería el encargado de concentrar y distribuir los recursos, por lo que el financiamiento sigue estando fragmentado.

#### *¿A cuánto asciende el gasto en salud?*

El gasto total en salud como porcentaje del PIB en Venezuela ha ido disminuyendo de 5.7% en 2000 a 5.2% en 2008, muy por debajo del promedio de América Latina (6.9%).<sup>34</sup>

El gasto público en salud como porcentaje del gasto total en salud aumentó de 41.5% en 2000 a 44.9% en 2008, mientras que el gasto de la seguridad social en salud como porcentaje del gasto público en salud ha disminuido de forma marcada en la última década, de 40% en 1999 a 31.4% en 2008.<sup>6</sup> El gasto privado en salud como porcentaje del gasto total en salud pasó de 58.5% en 2000 a 55.1% en 2008. El gasto de bolsillo pasó de 90.9% del gasto privado total en salud en 2000 a 89.5% en 2008. En 2008, el gasto per cápita fue de 681 dólares PPA (paridad de poder adquisitivo).

### **Recursos**

#### *¿Con qué infraestructura y equipo se prestan los servicios de salud?*

El sistema de salud de Venezuela cuenta con 5 089 establecimientos de salud públicos de los cuales 4 793 son ambulatorios y 296 son hospitales.<sup>35</sup> El 96% de las unidades de atención ambulatoria pertenecen al MS (4 605) y el resto al IVSS (79), el IPASME (56) y el Ministerio de la Defensa (21), entre otros. Aproximadamente 81% (3 715) de las unidades de atención ambulatoria del MS son rurales y 19% (890) urbanas. De los hospitales, 213 dependen del MS (181 generales y 32 de especialidad), 31 del IVSS, 13 del IPSFA y tres de PDVSA, entre otros. No existe información disponible sobre la cantidad de establecimientos ambulatorios privados ni de organizaciones de la sociedad civil que ofrecen atención en el nivel primario. Se sabe, sin embargo, que el sector privado cuenta con 344 hospitales, de los cuales 315 corresponden a instituciones lucrativas y 29 a fundaciones de beneficencia.<sup>11</sup>

Con el nuevo modelo de gestión del MS se busca reorganizar la forma en que se prestan los servicios de salud y cambiar la antigua organización de ambulatorios y hospitales por Barrio Adentro I, II y III, que constituyen tres diferentes niveles complejidad. En 2007 Barrio Adentro I contaba con una red ambulatoria de 3 717 consultorios populares; Barrio Adentro II, con

10 clínicas populares (antiguos ambulatorios tipo III reacondicionados), 417 Centros de Diagnóstico Integral y 503 Salas de Rehabilitación e Integración.<sup>36</sup>

La nueva propuesta reflejada en el anteproyecto de Ley Orgánica de Salud propone que los establecimientos prestadores de servicios y programas del SPNS se organicen bajo redes de salud y que los establecimientos existentes del MS, IVSS, IPASME, IPSFA y centros de salud adscritos a los estados y las alcaldías se incorporen a este seguro y se adapten a las necesidades de la población y al espacio geográfico. El objetivo es organizar la oferta de servicios de salud en redes, rompiendo con el modelo de niveles de atención médica en el cual el hospital es el centro del sistema. No obstante, la Ley aun no ha sido promulgada y, como se comentó previamente, Barrio Adentro funciona en paralelo con la estructura de unidades de atención ambulatoria y hospitales tradicionales.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), Venezuela cuenta con una razón de 0.9 camas por 1000 habitantes.<sup>37</sup> Más de 50% de las camas censables del sector público así como el equipo de alta tecnología se localizan en el Distrito Capital y en los estados más desarrollados.

Como parte de Barrio Adentro II se crearon los Centros de Alta Tecnología, establecimientos de salud que brindan servicios gratuitos para la realización de resonancias magnéticas, tomografía axial computarizada, mamografía, densitometría, endoscopia, ultrasonido tridimensional y ecocardiografía, entre otros.

No existe información sistematizada sobre la disponibilidad de equipo médico de alta tecnología en el sector privado aunque, sin duda, los consultorios y clínicas de este sector cuentan con ellos.

#### *¿Con qué recursos humanos se prestan los servicios?*

Los datos disponibles hasta 2003 señalan la existencia de 1.94 médicos, 0.55 odontólogos y 0.08 enfermeras por 1000 habitantes.<sup>36</sup> Sin embargo, estas cifras están desactualizadas, ya que con la creación de Barrio Adentro se incorporan 15 356 médicos a la red ambulatoria del país, pero sólo 1 234 de estos son venezolanos, el resto son "cooperantes" cubanos. Estos médicos cubanos, bien entrenados en medicina familiar y comunitaria, han llevado servicios de atención ambulatoria a las comunidades de los municipios más pobres del país en donde antiguamente no había acceso a ellos. Sin embargo, han agravado el desempleo médico local, a lo que se suman las altas tasas de migración de este tipo de personal. Según la Federación Venezolana de Médicos, alrededor de 40% de los médicos recién graduados han migrado hacia otros países que ofrecen mejores condiciones socioeconómicas y laborales.<sup>38</sup>

La operación misma de este programa de salud, que es bandera del gobierno, no es sostenible en el largo plazo, situación que empieza a evidenciarse. Se ha reportado que cerca de 30% de los módulos operativos de Barrio Adentro se encuentran vacíos por déficit de médicos y que alrededor de cuatro mil médicos cubanos que estaban asignados a Venezuela fueron trasladados a otros países, en particular a Bolivia.<sup>39</sup>

*¿Cuánto se gasta en medicamentos y cuál es el nivel de acceso a ellos?*

La Ley de Salud y la Ley de Medicamentos, junto con el reglamento respectivo, rigen la política farmacéutica nacional que tiene como propósito asegurar la disponibilidad y accesibilidad de medicamentos e insumos para la salud, que además deben ser seguros y de buena calidad. La legislación vigente también establece el control en el precio de los medicamentos. Lamentablemente no se cuenta con información reciente sobre el gasto en medicamentos, público o privado, ni sobre el nivel de acceso a estos insumos.

Cada año, el MS, en coordinación con las universidades nacionales, elabora el Formulario Terapéutico Nacional. En los centros de salud, clínicas y hospitales del sistema público de salud sólo se prescriben y reparten productos farmacéuticos contemplados en la lista de medicamentos esenciales que elabora el MS, la cual en 2000 incluía 280 principios activos.

*¿Quién genera la información y quien produce la investigación?*

El MS elabora boletines y anuarios epidemiológicos, boletines de alerta epidemiológica, estadísticas vitales y anuarios de mortalidad. Sin embargo, existe un rezaigo importante en la información nacional. Las últimas estadísticas demográficas disponibles corresponden al Censo de Población de 2001 y sus estimaciones, mientras que el último boletín epidemiológico y el último anuario de mortalidad publicado en la página del MS corresponden al 2006 y 2007, respectivamente.

Venezuela tampoco cuenta con encuestas nacionales de salud y nutrición que permitan tener información actualizada y oportuna para la toma de decisiones con base en evidencias.

Está en discusión, como parte del anteproyecto de ley, la creación de un Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS) encargado de recolectar y analizar la información sobre epidemiología, programas y servicios de salud, costos y gastos del sector salud.

Por lo que se refiere a la investigación, en 1999 se creó el Ministerio de Ciencia y Tecnología (MCT)

y el CONICIT (Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Tecnológicas), que recientemente fue sustituido por el Fondo Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación (FONACIT), para dar respuesta a lo establecido en la Constitución respecto al interés público en la ciencia, la tecnología, el conocimiento, la innovación y sus aplicaciones.

La investigación en salud es reconocida por el MS como un aspecto esencial de la consolidación del SPNS. Las áreas en las que se hace mayor investigación en salud son las ciencias básicas y biomédicas. Se hace poca investigación aplicada o investigación con misión y su influencia en las políticas públicas es reducida.

Las universidades son las instituciones en donde se concentra la investigación en salud.<sup>40</sup> Algunos institutos autónomos como el Instituto Venezolano de Investigaciones Científicas adscrito al Ministerio del Poder Popular para la Ciencia y la Tecnología y los institutos adscritos al MS tales como el Instituto de Altos Estudios en Salud Pública Dr. Arnoldo Gabaldón, el Instituto de Biomedicina, el Instituto Nacional de Higiene Rafael Rangel, el Instituto Nacional de Nutrición y Fundación Centro de Estudios sobre Crecimiento y Desarrollo de la Población Venezolana (FUNDACREDESA), entre otros también realizan investigación en salud.

Diversas fundaciones también desarrollan actividades de investigación, entre ellas la Fundación Bengoa (antigua Fundación CAVENDES), el Centro de Atención Nutricional Antímamo y la Fundación Polar. Otras instituciones, como el Centro de Estudios del Desarrollo de la Universidad Central de Venezuela, el Instituto de Estudios Superiores de Administración y la Universidad Católica Andrés Bello realizan investigación en políticas públicas, desarrollo y áreas afines.

## **Rectoría**

*¿Quién pone orden en el sector salud y cómo se regula la atención?*

Tal como lo establece el artículo 84 de la Constitución, el Estado tiene la obligación de ejercer la rectoría y de gestionar el SPNS. El MS es el órgano rector del sector salud y entre sus principales responsabilidades destacan: 1) la formulación, diseño, evaluación, control y seguimiento de las políticas, programas y planes de salud, incluyendo las políticas relacionadas con la formación de profesionales del área de la salud; 2) la integración de las fuentes de financiamiento y asignación de los recursos; 3) la regulación de las instituciones privadas y públicas que prestan servicios de salud; 4) la regulación y fiscalización de los medicamentos, desde su fabricación hasta su uso en pacientes; 5) la gestión y participación en la

capacitación y permanente formación de personal para la salud; y 6) la acreditación y certificación de los establecimientos de atención médica y de los profesionales y técnicos en ciencias de la salud.

Las Direcciones Regionales de Salud ejecutan las políticas nacionales de salud, diseñan y ejecutan los programas y planes estatales de salud, integran las fuentes de financiamiento, asignan los recursos provenientes de los niveles nacional y estatal, y prestan los servicios y programas de salud a través de un solo organismo que integra todos los establecimientos públicos y los que reciben financiamiento del Estado. En su nivel de gobierno, las Direcciones Municipales de Salud tienen atribuciones similares a las anteriores, responsabilizándose de la gestión de los establecimientos públicos de salud, los servicios de promoción integral de la salud, la prevención de enfermedades y accidentes, y el saneamiento ambiental.

El anteproyecto de Ley Orgánica de Salud en discusión plantea la creación de un Sistema Intergubernamental del SPNS y el Consejo Intersectorial de Salud, los cuales definirán las bases organizativas para garantizar la coordinación y participación de los distintos sectores que integran el SPNS.<sup>41</sup>

El MS regula los establecimientos público y privados de atención a la salud y está contemplada la creación de un organismo responsable de su acreditación.

#### *¿Quién vigila las actividades que impactan la salud?*

El MS es el encargado de vigilar las actividades que impactan la salud, mientras que el Instituto Nacional de Higiene Rafael Rangel del MS se encarga de la evaluación, vigilancia, calidad y seguridad de los productos farmacéuticos.

La actual administración se plantea la creación de un Servicio Autónomo de Contraloría Sanitaria (SACS) adscrito al MS y un sistema nacional de regulación de los establecimientos, procesos y productos de uso y consumo humano, en las diferentes etapas de su cadena de producción y comercialización. El mismo sistema será responsable de todo lo relacionado con la información, la educación, la capacitación y la prestación de servicios en el ámbito de la salud, así como la regulación de las actividades de los profesionales y técnicos de la salud.

#### *¿Quién evalúa?*

La Oficina Estratégica de Seguimiento y Evaluación de Políticas Públicas es la responsable del seguimiento y evaluación de la ejecución e impacto de las políticas públicas en salud, que permitan monitorear el cumplimiento de objetivos. En el MS, la Dirección General de

Programas de Salud es quien coordina la evaluación de todas las iniciativas de salud del MS. Sin embargo, las actividades de seguimiento y evaluación todavía son muy incipientes.

### **Voz de los usuarios**

#### *¿Cómo participan los ciudadanos en la gestión y evaluación del sistema?*

La nueva constitución resalta la importancia de la organización y participación de las comunidades en la toma de decisiones relacionadas con el derecho a la protección de la salud y establece las bases jurídicas para la participación de la comunidad organizada en la toma de decisiones en la planificación, la ejecución y control en las instituciones públicas de salud.

Con Barrio Adentro, las comunidades se organizan en grupos llamados comités de salud, integrados por promotores sociales de las comunidades elegidos en asambleas de vecinos que apoyan en los consultorios populares y CDI en las actividades de promoción, prevención de problemas prioritarios y en gestiones en apoyo. También participan en la elaboración de los proyectos de intervención en salud de sus localidades, la identificación de los problemas de salud prioritarios de la comunidad y de las acciones para resolverlos. En 2006 había 8 951 comités de salud registrados.

#### *¿Cómo perciben los usuarios la calidad y calidez de la atención a la salud?*

Hasta el momento no se cuenta con mecanismos diseñados para determinar y evaluar la percepción de los usuarios respecto a la calidad de los servicios de atención a la salud. No obstante, el anteproyecto de Ley Orgánica de Salud establece el marco legal para el desarrollo de los derechos de las personas y el desarrollo de programas en este sentido.

### **Innovaciones**

#### *¿Qué innovaciones recientes se han implantado?*

Desde 1987 se han llevado a cabo varios intentos de reforma del sistema de salud de Venezuela. Desde ese año se venía gestando la idea de un sistema nacional de salud y se aprobó la ley para que se integraran las principales instituciones de salud del país. Sin embargo, esta iniciativa centralizadora no era consistente con el contexto político del momento, más orientado hacia la descentralización. Además, la ley se concentró principalmente en la reestructuración del MS, sin contemplar

a profundidad los aspectos que harían posible la integración financiera de todas las instituciones de salud.<sup>33</sup>

A partir de 1990 la descentralización, basada en la transferencia de los recursos de salud hacia los estados, siguió la tendencia de las reformas de salud en América Latina, pero con ausencia de criterios claros para formulación de una política de salud que apoyara las iniciativas regionales. La salud no era vista como un componente esencial de la política y por lo tanto los gobernadores no tomaron iniciativas para reclamar y concluir el proceso de transferencia. Los estados en donde avanzó la descentralización mejoraron su cobertura de inmunizaciones, consultas prenatales, infantiles, preescolares y servicios de planificación familiar. Sin embargo, hubo grandes dificultades para la coordinación entre el nivel central, los estados y los municipios.<sup>33</sup>

En 1992, ante la crítica situación financiera del IVSS, se aprobó una ley para financiar un plan de reestructuración que estableciera las pautas de viabilidad financiera y la separación de los fondos de pensiones, atención médica y desempleo. Sin embargo, por diversas razones, entre ellas la falta de solidez técnica de algunos aspectos de la propuesta, la descentralización no prosperó.

A finales de 1998 se aprobó la Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social Integral, destinada a resolver los problemas del IVSS. Esta ley fragmentaba la rectoría del sector salud en tres instancias de la administración central, no atendía a la necesidad de descentralización de los servicios de salud y mantenía la fragmentación del financiamiento público entre contribuyentes y no contribuyentes. Además, no tomaba en cuenta que la mayoría de la población trabajaba en la economía informal y pertenecía a los estratos más pobres.<sup>21</sup> Por lo tanto, el gobierno actual revirtió las reformas a la seguridad social y evitó la desaparición del IVSS.

La principal innovación del sistema de salud de Venezuela de los últimos años es la aprobación de la Constitución de 1999, que en sus artículos 83 a 86 reconoce la salud como un derecho y señala la obligación del Estado de garantizarlo. Establece que todas las personas tienen derecho a la protección de la salud, pero que están igualmente obligadas a participar activamente en la promoción y defensa de la misma, y a cumplir con las medidas sanitarias y de saneamiento.

La nueva constitución prevé la creación del "SPNS con carácter intersectorial, descentralizado y participativo, integrado a la seguridad social, regido por los principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, integración social y solidaridad", que mejore la accesibilidad y calidad de los servicios y contribuya a superar las profundas desigualdades de la población venezolana. En su artículo 85 incluye la posibilidad de la integración financiera del sistema, abarcando tanto

los recursos fiscales como las cotizaciones obligatorias de la seguridad social y cualquier otra fuente de financiamiento que determine la ley.<sup>22</sup>

Después de la aprobación de la nueva Constitución, el Programa Barrio Adentro ha sido la innovación más importante que se ha llevado y se ha convertido en el eje central del nuevo sistema de salud del país. Con Barrio Adentro se comienza a implementar la política del gobierno de crear un nuevo Modelo de Atención Integral, que aumente considerablemente la disponibilidad de médicos y odontólogos en el primer nivel de atención, expandiendo el acceso a la atención primaria en salud de los sectores tradicionalmente excluidos.

En el 2005 se reestructura el Ministerio de Salud y Desarrollo Social y se separan sus dos componentes. El componente de desarrollo social pasó a conformar el Ministerio de Participación Popular y Desarrollo Social, mientras que el componente de salud dio lugar al Ministerio del Poder Popular para la Salud.

El nuevo MS se plantea como objetivo estratégico la universalidad con equidad en materia de salud y calidad de vida. Dentro de sus objetivos se encuentran: 1) dar respuestas a las necesidades de calidad de vida y salud y sus determinantes, sobre la base de la garantía universal de los derechos y el combate a las inequidades; 2) propiciar la participación y el empoderamiento social para responder a las necesidades de calidad de vida y salud de la población, y 3) desarrollar un nuevo modelo de atención que reordene el conjunto de servicios y trabajadores, constituyendo sistemas de redes públicas en ámbitos nacionales, estatales, locales y comunitarios.

#### *¿Qué impacto han tenido las innovaciones más recientes?*

A más de diez años de aprobada la nueva constitución y aun cuando el gobierno fue habilitado para aprobar un gran número de leyes, todavía no existe una LOS que permita instrumentar los derechos garantizados en la Constitución y establecer el SPNS.

Según reportes del gobierno, la implantación de Barrio Adentro ha hecho posible incrementar considerablemente la cobertura de la población que, hasta hace poco, no tenía acceso a los servicios de salud. Sin embargo, también existen reportes y denuncias sobre problemas en la calidad de los servicios y la falta de recursos materiales y humanos en las unidades de atención.<sup>28,29,39</sup>

No existen estudios que permitan evaluar el impacto de las reformas en el sector sobre las condiciones de salud de la población. Se sabe, sin embargo, que la mortalidad materna, que se había mantenido relativamente estable por décadas, ha aumentado, mientras que la mortalidad infantil no ha disminuido al ritmo esperado. Según pre-

visiones basadas en tendencias anteriores, la mortalidad infantil, que antes del inicio del gobierno actual era de 20.5, debía haberse reducido un punto porcentual por año, de tal manera que para 2007 debía ser de 12. La cifra actual es de 15.5. Asimismo, como se discutió previamente, las enfermedades endémicas como el paludismo y el dengue también han aumentado, y no existen programas nacionales para el abordaje de las enfermedades crónicas y sus factores de riesgo.

*¿Cuáles son los retos y las perspectivas del sistema de salud?*

Dentro de los desafíos más importantes del sector salud en Venezuela se cuentan la reducción de las inequidades en salud y la mejoría de la calidad de la atención. Para poder atender estos retos es necesario resolver el problema de fragmentación del financiamiento y la prestación de servicios.

En este mismo marco, es necesario también establecer mecanismos para definir prioridades para la asignación de recursos, que deberán basarse en criterios de necesidades de salud y costo efectividad de las intervenciones, y no sólo en criterios políticos.

Otro reto importante es mejorar los sistemas de información y crear o mejorar los mecanismos de rendición de cuenta y de evaluación de políticas.

Urge asimismo resolver la escasez de médicos y enfermeras del país, que se ha acrecentado con la presencia de los médicos cubanos, que no llegaron para quedarse. La migración del personal médico calificado y los cambios en el perfil demográfico y epidemiológico de la población ponen en riesgo la prestación de servicios de calidad y afecta la capacidad del sistema de salud para responder a los desafíos que enfrenta.

Por último, es prioritario contar con una LOS vigente, que sea consistente con los principios establecidos en la Constitución. A través de esta ley se deben activar los mecanismos para reducir la exclusión y las desigualdades, dando prioridad a los derechos a la salud y la vida contemplados en los artículos 83 a 86 de la Constitución, así como dar viabilidad financiera al SNPS y a su respectivo Anteproyecto de Ley.

*Declaración de conflicto de intereses:* Los autores declararon no tener conflicto de intereses.

## Referencias

1. Instituto Nacional de Estadística, República Bolivariana de Venezuela. Censo de Población y Vivienda 2001. [Consultado 2010 septiembre 8]. Disponible en: <http://www.ine.gov.ve/demografica/censopoblacionvivienda.asp>.
2. Instituto Nacional de Estadística, República Bolivariana de Venezuela. Proyecciones de Población. [Consultado 2010 septiembre 8]. Disponible en: <http://www.ine.gov.ve/demografica/distribucion.asp>.

3. Ministerio del Poder Popular para la Salud. Anuario de Mortalidad 2007. Caracas, Venezuela: MPPS, 2007.
4. UNICEF. Country profile. [Consultado 2010 septiembre 8]. Disponible en: [http://unicef.org/spanish/infobycountry/venezuela\\_statistics.htm](http://unicef.org/spanish/infobycountry/venezuela_statistics.htm).
5. Instituto Nacional de Estadística, República Bolivariana de Venezuela. Estadísticas Vitales. Mortalidad. [Consultado 2010 septiembre 8]. Disponible en: <http://www.ine.gov.ve/registrosvitales/mortalidad/TMICSEFed.htm>.
6. World Health Organization. Immunization profile. Last updated 2010. [Consultado 2011 enero 15]. Disponible en: [http://apps.who.int/immunization\\_monitoring/en/globalsummary/countryprofileresult.cfm](http://apps.who.int/immunization_monitoring/en/globalsummary/countryprofileresult.cfm).
7. World Health Organization. National Health Accounts. Venezuela. [Consultado 2011 enero 15]. Disponible en: <http://www.who.int/nha/country/ven.pdf>.
8. World Health Organization. Venezuela (Bolivarian Republic of): health profile. [Consultado 2011 enero 18]. Disponible en: <http://www.who.int/countries/ven/en>.
9. Ministerio del Poder Popular para la Salud. Anuarios de Epidemiología y Estadística del MSAS 2000-2008. Caracas, Venezuela: MPPS, 2008.
10. UNICEF. Indicadores básicos. [Consultado 2010 septiembre 20]. Disponible en: [http://www.unicef.org/spanish/infobycountry/panama\\_statistics.html](http://www.unicef.org/spanish/infobycountry/panama_statistics.html).
11. UNICEF. Estado Mundial de la Infancia 2008. Supervivencia Infantil. [Consultado 2010 septiembre 20]. Disponible en: <http://www.unicef.org/spanish/sowc08/docs/sowc08-sp.pdf>.
12. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Perfil del sistema de servicios de salud de la República Bolivariana de Venezuela 2001. Caracas: Ministerio de Salud y Desarrollo Social/OPS, 2001. [Consultado 2010 septiembre 20]. Disponible en: [www.lachsr.org/documents/perfildelsistemadesaluddevenezuela-ES.pdf](http://www.lachsr.org/documents/perfildelsistemadesaluddevenezuela-ES.pdf).
13. UNICEF. Indicadores básicos. [Consultado 2010 septiembre 20]. Disponible en: [http://www.unicef.org/spanish/infobycountry/venezuela\\_statistics.html](http://www.unicef.org/spanish/infobycountry/venezuela_statistics.html).
14. World Health Organization, World Bank, Bill and Melinda Gates Foundation. Disease Control Priorities Project: The burden of disease and mortality by condition. Data, methods and results for 2001. [Consultado 2010 septiembre 23]. Disponible en: <http://www.dcp2.org/regions/51/latin-america-and-the-caribbean>.
15. Red de Sociedades Científicas Médicas de Venezuela, Comisión de Epidemiológica. Situación en Venezuela, América Latina y el Mundo. Alerta Epidemiológica 2010.
16. Ministerio de Salud Pública de Cuba. Boletín Epidemiológico Semanal 2010;20(24):185. [Consultado 2010 septiembre 18]. Disponible en: <http://files.sld.cu/ipk/files/2010/07/bol24-10.pdf>.
17. Ministerio del Poder Popular para la Salud. Boletín Epidemiológico 2006;(2).
18. República Bolivariana de Venezuela. (2006) Informe Nacional Relativo a los Avances de la Implementación de la Declaración de Compromiso Sobre VIH/sida (2001) y Declaración Política VIH/sida. [Consultado 2010 septiembre 18]. Disponible en: [http://www.stopvih.org/pdf/UNGASS\\_Venezuela\\_2010\\_Country\\_Progress\\_Report\\_es.pdf](http://www.stopvih.org/pdf/UNGASS_Venezuela_2010_Country_Progress_Report_es.pdf).
19. ONUSIDA. Informe Anual. Fortaleciendo la respuesta nacional y conjunta al VIH y sida. República Bolivariana de Venezuela. [Consultado 2010 septiembre 18]. Disponible en: [www.stopvih.org/pdf/ONUSIDA\\_2010\\_INFORME\\_ANUAL\\_ONUSIDA-Venezuela\\_2009-1.pdf](http://www.stopvih.org/pdf/ONUSIDA_2010_INFORME_ANUAL_ONUSIDA-Venezuela_2009-1.pdf).
20. Asamblea Nacional Constituyente de la República Bolivariana de Venezuela. Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. Caracas: Asamblea Nacional Constituyente, 1999. [Consultado 2010 septiembre 18]. Disponible en: [http://www.ops-oms.org.ve/site/venezuela/docs/CONSTITUCION\\_RBV.pdf](http://www.ops-oms.org.ve/site/venezuela/docs/CONSTITUCION_RBV.pdf).
21. Capriles E, Díaz Polanco J, Fernández Y, Pereira C. La reforma del sistema de salud de Venezuela: opciones y perspectivas. En: La reforma de salud de Venezuela: aspectos políticos e institucionales de la descentralización de la salud en Venezuela. Caracas: Cendes, IESA, CIID, MSDS, Corposalud, Ediciones de la Fundación Polar, 2001.

22. OPS,OMS. Estrategia de cooperación técnica de OPS/OMS con Venezuela 2007-2010. Caracas: OPS/OMS Venezuela, 2007.
23. OPS/OMS. Barrio Adentro: derecho a la salud e inclusión social en Venezuela. [Consultado 2010 septiembre 18]. Disponible en: [http://www.alopresidente.gob.ve/component/option,com\\_docman/Itemid,43/task,doc\\_view/gid,147/](http://www.alopresidente.gob.ve/component/option,com_docman/Itemid,43/task,doc_view/gid,147/).
24. Asamblea Nacional Constituyente de la República Bolivariana de Venezuela. Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. [Consultado 2010 septiembre 18]. Disponible en: [http://www.ops-oms.org.ve/site/venezuela/docs/CONSTITUCION\\_RBV.pdf](http://www.ops-oms.org.ve/site/venezuela/docs/CONSTITUCION_RBV.pdf).
25. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Resumen del análisis de situación y tendencia de salud de la República Bolivariana de Venezuela 2001. Caracas: Ministerio de Salud y Desarrollo Social, OPS, 2001. [Consultado 2010 septiembre 18]. Disponible en: [http://www.paho.org/Spanish/DD/AIS/cp\\_862.htm](http://www.paho.org/Spanish/DD/AIS/cp_862.htm).
26. Villegas-Peñaloza JL. Venezuela. Perfil de salud. [Consultado 2011 enero 18]. Disponible en: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/710/1/Venezuela-Perfil-de-Salud.html>.
27. Comisión Nacional contra el Uso Ilícito de Drogas (CONACUID). I Encuesta a Hogares sobre Consumo de Drogas en Venezuela: salud pública, hábitos de vida y consumo de drogas en la República Bolivariana de Venezuela. Informe Final. Caracas: CONACUID, Ministerio de Relaciones Exteriores, 2006.
28. CANCEL D. In Venezuela, two public-health systems grow apart. *Lancet* 2007;370(9586):473-474.
29. Cease M. Supply shortages plague Venezuela's public hospitals. *Lancet* 2005;366(9495):1425-1426.
30. Instituto de la Seguridad Social para los Trabajadores de la Educación (IPASME). [Consultado 2010 septiembre 18]. Disponible en: <http://www.ipasme.gov.ve>.
31. Marino J, González Reyes MJ. Equipo acuerdo social 2006. Venezuela: un acuerdo para el desarrollo. Caracas: Publicaciones UCAB, 2007.
32. OPS,OMS. Estrategia de cooperación técnica de OPS/OMS con Venezuela 2006-2008. Caracas: OPS/OMS para Venezuela, 2006.
33. Asamblea Nacional Constituyente de la República Bolivariana de Venezuela. Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. Artículo 84. Caracas: Asamblea Nacional Constituyente, 1999. [Consultado 2010 septiembre 18]. Disponible en: [http://www.ops-oms.org.ve/site/venezuela/docs/CONSTITUCION\\_RBV.pdf](http://www.ops-oms.org.ve/site/venezuela/docs/CONSTITUCION_RBV.pdf).
34. World Health Organization. National Health Accounts (NHA). [Consultado 2010 septiembre 18]. Disponible en: <http://www.who.int/nha/country/en/index.html>.
35. Panamerican Health Organization. Ten-year evaluation of the Regional Core Health Data Initiative. *Epidemiological Bulletin* 2004;25(3).
36. Alvarado C, Martínez M, Vivas-Martínez S. Cambio social y política de salud en Venezuela. *Medicina Social* 2008;3(2):113-129
37. World Health Organization. The world health report 2006: working together for health. Ginebra:WHO, 2006.
38. Los médicos venezolanos, abocados a la emigración. [Consultado 2011 enero 14]. Disponible en: [http://www.cgcom.org/noticias/2008/02/08\\_02\\_08\\_venezuela](http://www.cgcom.org/noticias/2008/02/08_02_08_venezuela).
39. Jones R. Hugo Chávez's health programme misses its goals. *Lancet* 2008;371:1988.
40. Vásquez E, Orta-de González E. La investigación universitaria en Venezuela 1995-2005. Caracas, Venezuela: Universidad Católica Andrés Bello, 2006.
41. Jáen MH, Brito DA. El Anteproyecto de Ley de Salud de 2001: Se estableció lo necesario, hagámoslo posible. En: La reforma de salud de Venezuela: aspectos políticos e institucionales de la descentralización de la salud en Venezuela. Caracas: Cendes, IESA, CIID, MSDS, Corposalud, Ediciones de la Fundación Polar, 2001.