



EL DERECHO A LA SALUD EN VENEZUELA DESDE EL PARADIGMA DEL DESARROLLO SUSTENTABLE (1999-2014)¹

Recibido: enero 21 de 2016 /**Revisado:** abril 19 de 2016/**Aceptado:** junio 16 de 2016
Por: Miriam Sánchez Rodríguez²

Para citar este artículo/To reference this article/Para citar este artigo

Sánchez, M. (enero-junio, 2016). El derecho a la salud en Venezuela desde el paradigma del desarrollo sustentable (1999-2014). *Investigium IRE: Ciencias Sociales y Humanas*, VII (1), 12-31. Doi: <http://dx.doi.org/10.15658/CES-MAG16.05070102>

RESUMEN

El artículo está orientado al análisis de la efectividad del derecho a la salud desde el paradigma emergente del desarrollo sustentable dentro del marco legal venezolano. La investigación se apoyó en un estudio documental, con un abordaje descriptivo, donde se examinaron las disposiciones normativas vigentes en torno al derecho a la salud y al desarrollo sustentable en Venezuela. Se analizan los indicadores que dan cuenta de las características del fenómeno a nivel nacional, así como las fuentes documentales y bibliográficas existentes en materia de salud y sustentabilidad. En función de la efectividad del derecho a la salud dentro del marco del modelo sustentable, se propuso partir del marco conceptual de un sistema de indicadores basado en la metodología utilizada por organismos internacionales y nacionales -marco conceptual utilizado por el proyecto Evaluación de la sostenibilidad en América Latina y El Caribe (ESALC)-, las categorías fueron construidas con base en la visión teórica de desarrollo humano de Amartya Sen desde la perspectiva del desarrollo sustentable, centrada en las libertades humanas y las categorías propias del autor. Como conclusión se tiene que los indicadores del derecho a la salud en Venezuela, continúan expresando la persistencia de problemas significativos que limitan el desarrollo del modelo sustentable. Las reformas claves del sistema de salud, no se han concretado; éstas deben realizarse en tres áreas fundamentales: financiamiento, organización y prestación de servicios.

Palabras clave: derecho a la salud, desarrollo sustentable, modelo de desarrollo, políticas públicas.

¹ Artículo derivado del proyecto: Desarrollo sustentable y salud, del Programa postdoctoral en Seguridad social, área de postgrado: Seguridad social y salud; línea: Desarrollo sustentable y seguridad social.

² Doctora en Seguridad Social; Docente titular de la Universidad Central de Venezuela; Grupo de Investigación del CEAPS. Correo electrónico: miriam.sanchez@ucv.ve; miripss@gmail.com



THE RIGHT TO HEALTH IN VENEZUELA FROM THE PARADIGM OF SUSTAINABLE DEVELOPMENT (1999-2014)

ABSTRACT

The research is aimed at the analysis of the effectiveness of the right to health from the emerging paradigm of sustainable development in Venezuela, in the Venezuelan legal framework. It's a documentary study with a descriptive approach, where the existing regulatory provisions on the right to health and the sustainable development in our country are examined, analyzed the indicators that account of the characteristics of the phenomenon at national level, as well as documentary and bibliographic sources existing in the field of health and sustainability. In function of the effectiveness of the right to health within the framework of the sustainable model, proposed starting from the conceptual framework of a system of indicators based on the methodology used by national agencies (conceptual framework used by the project ESALC (evaluation of sustainability in Latin America and the Caribbean), the categories built based on Amartya Sen's theoretical vision of human development, from the perspective of sustainable development of focusing on human freedoms and the author's own categories. As a conclusion we have indicators of the right to health in Venezuela are still expressing the persistence of significant problems that limit the development of a sustainable model. The key health system reforms are not materialized, which should be submitted in three key areas: financing, organization, and delivery of services

Key words: right to health, sustainable development, development model and public policies.

O DIREITO À SAÚDE NA VENEZUELA A PARTIR DO PARADIGMA DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL 1999 – 2014

RESUMO

A pesquisa esta orientada ao análise da eficácia do direito à saúde a partir do paradigma emergente do desenvolvimento sustentável na Venezuela, no quadro legal venezuelano. Este é um estudo documental, com abordagem descritiva, onde são examinadas as disposições regulamentares atuais em torno do direito à saúde e ao desenvolvimento sustentável em nosso país, são analisados os indicadores que refletem as características do fenômeno a nível nacional, bem como as fontes documentárias e bibliográficas existentes sobre saúde e sustentabilidade. Em função da eficácia do direito à saúde no âmbito do modelo sustentável, é proposto partir do quadro conceitual de um sistema de indicadores baseados na metodologia utilizada por organizações internacionais e nacionais (quadro conceptual usado pelo projeto ASALC (avaliação de sustentabilidade na América Latina e Caribe), as categorias construídas com base na visão teórica do desenvolvimento humano de Amartya Sen a partir da perspectiva do desenvolvimento sustentável, com foco nas liberdades humanas e as categorias próprias do autor). Em conclusão, temos que os indicadores do direito à saúde na Venezuela continuam a expressar a persistência de problemas significativos que limitam o desenvolvimento de um modelo sustentável. As principais reformas do sistema de saúde não se têm materializado, as quais devem ser feitas em três áreas principais: financiamento, organização, e fornecimento de serviços.

Palavras-Chave: Direito à saúde, desenvolvimento sustentável, modelo de desenvolvimento, políticas públicas.



INTRODUCCIÓN

El paradigma emergente del Desarrollo sustentable plantea retos importantes para la efectividad del derecho a la salud en Venezuela, en el sentido de obligar al Estado a impulsar políticas sociales dirigidas a la solución de problemas que afectan al desarrollo humano, como: las enfermedades de salud pública, la pobreza, el desempleo y la desigualdad, los cuales persisten en la actualidad según lo expresan los indicadores de los organismos nacionales e internacionales.

De acuerdo a Hasna Vancock (2007), la sostenibilidad es un proceso que habla de un desarrollo de todos los aspectos de la vida que afectan al sustento humano. Significa resolver el conflicto entre los diversos objetivos de la competencia, e implica el ejercicio simultáneo de la prosperidad económica, la calidad ambiental y la equidad social. Con base a este concepto, se propone analizar el derecho a la salud desde este paradigma, lo que implica, al menos, definir un conjunto de fundamentos que sean aplicables y suficientes para dirigir las políticas sociales venezolanas hacia el desarrollo y la efectividad del mismo. De ahí que el artículo se orienta hacia la indagación de la efectividad del derecho a la salud, al determinar la importancia que tiene para el cumplimiento de los objetivos del desarrollo sustentable.

Para ello se hace imprescindible examinar los indicadores como expresión de la vinculación que existe entre las dos dimensiones al partir del concepto de que este modelo de desarrollo está dirigido a satisfacer las necesidades de las generaciones presentes sin comprometer las posibilidades de las generaciones futuras para satisfacer sus propias necesidades. Para ello es fundamental la interrelación entre factores sociales, económicos, ambientales y culturales para mejorar la calidad de vida humana, y, además, prevé que esto debe ser un derecho tanto para las presentes como para las futuras generaciones.

Así entonces, se trata de un estudio documental, exploratorio, con un abordaje descriptivo, donde se examinan, en primer término, las disposiciones normativas vigentes en torno al derecho a la salud y al

desarrollo sustentable en el país, para luego analizar los indicadores que dan cuenta de las características del fenómeno a nivel nacional, así como las fuentes documentales y bibliográficas existentes en materia de salud y sustentabilidad. En esta dirección, como antecedentes importantes para la investigación, se tuvieron en cuenta los siguientes trabajos:

Desarrollo humano sustentable: concepto y naturaleza, de Luis Andrés Fajardo Arturo (2006), quien trata de establecer si el desarrollo humano sustentable puede ser considerado como un derecho humano autónomo. La hipótesis propuesta es que si bien en la actualidad no existen los elementos normativos ni conceptuales que permitan sustentar la existencia de un derecho autónomo, las obligaciones que surgen de los Derechos económicos, sociales y culturales, al igual que los postulados del principio y derecho a la igualdad, permiten exigir al Estado las mismas obligaciones que resultarían del derecho al desarrollo humano sustentable, lo que hace difícil negar que existe al menos una correlación necesaria entre ellos.

Ledis Mesino (2007), en su Tesis doctoral: *Las políticas fiscales y su impacto en el bienestar social de la población venezolana: un análisis desde el paradigma crítico (1988-2006)*, genera un corpus de reflexiones teóricas como opciones alternativas, desde el pensamiento crítico, que permitan orientar el debate y la toma de decisiones acerca de las políticas fiscales y sus efectos en el bienestar social de la población venezolana para los próximos periodos.

La investigación de Montilla R., Bárbara Rico C., Jesús O., Rodríguez G., José C., Romero F., Eugenia V., Ruíz M., Luisana, Salas D. y Loana A. (2008): *Evolución del Programa Agenda 21 desde sus inicios hasta el año 2007*, tuvo como objetivo analizar la importancia que tiene la creación de la Organización Agenda 21 para resolver los problemas de conservación del medio ambiente y el desarrollo sustentable a nivel mundial, desde sus inicios hasta el año 2007. Luego de la discusión, se pudo determinar que los objetivos planteados en el documento de Agenda 21, no se han desarrollado ni alcanzado como se propuso desde sus inicios; sin embargo, la lucha es constante para mantener un desarrollo sustentable, en este caso, denominado ecoeficiencia.



Carlos Angulo González (2010), en su trabajo de investigación titulado: *Derecho humano al agua potable*, propone el objetivo de fomentar y reconocer el acceso al agua potable como derecho humano universal, indivisible e imprescriptible. Dentro del cuerpo de conclusiones, plantea que el acceso al agua es un derecho humano individual y colectivo, como así lo expresan los estados que forman parte del Pacto Internacional de Derechos, Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) (1976); razón por la cual ha sido reconocido en un gran número de documentos internacionales, como tratados, declaraciones y otras normas. La buena salud de la población es un factor esencial para la reducción de la pobreza, el crecimiento económico y el desarrollo a largo plazo a escala de sociedades completas.

Walter Alfredo Salas Zapata (2012), en su Tesis doctoral: *Diseño de un modelo de análisis de sostenibilidad de políticas públicas en salud*, demuestra que en las políticas públicas en salud se requieren modelos de análisis que den cuenta de la complejidad del proceso salud-enfermedad y de la red de relaciones socioecológicas involucradas en el comportamiento de los problemas de salud que pueden influir en la efectividad y el desarrollo de los dispositivos y acciones que implementan los sistemas de actores para resolver los problemas de salud de los colectivos humanos.

El Maestro Esteban Picazzo Palencia (2012), en la investigación: *Acceso a la salud, equidad y sustentabilidad: caso aplicado para el Estado de Nuevo León*, aporta nueva información y conocimiento de las condiciones de la salud en el Estado mencionado y en la República de México. Desarrolla su trabajo desde la perspectiva del desarrollo humano sustentable, lo cual implica comprender que los entornos creados para el desarrollo de las capacidades y libertades de tener una vida sana, implican no solamente la existencia de infraestructura hospitalaria y médica y de abastecimiento de medicamentos, sino que pasa también por las políticas institucionales que se definen y precisan en la legislación de salud y en la visión cultural arraigada en los diferentes sectores de la población que sustenta a la salud como un derecho social.

Finalmente, doña Alejandra Boni Aristizábal. (2015), en su tesis doctoral sobre: *La educación para el desarrollo en la enseñanza universitaria como una estrategia de la cooperación orientada al desarrollo humano*, hace referencia a la existencia de un paradigma de desarrollo, el desarrollo humano, que puede entenderse como un referente ideológico contra-hegemónico del enfoque predominante en el desarrollo neoliberal. Considera, en esta investigación, que los derechos humanos son un instrumento del desarrollo humano, puesto que cuanto mayor sea su nivel de garantía, en mayor medida podrán las personas hacer uso de sus capacidades.

MATERIALES Y MÉTODOS

En función de la efectividad del derecho a la salud dentro del Marco del Modelo Sustentable, se propone como referente conceptual, un sistema de indicadores integrados, basados en la metodología utilizada por el proyecto Evaluación de la Sostenibilidad en América Latina y el Caribe (ESALC), el cual se basa en el concepto de sistema socio-ecológico, distinguiendo cuatro subsistemas principales: el social, el económico, el institucional y el ambiental (Gallopín, 2006), en las categorías construidas con base a la visión teórica del Desarrollo humano de Amartya Sen (2000, p. 75) desde la perspectiva del Desarrollo sustentable, centrada en las libertades humanas, las cuales se dividen en constitutivas e instrumentales, y los indicadores del derecho a la salud propios del autor. A objeto de valorar y analizar los resultados arrojados por la observación, las categorías asumidas en esta investigación fueron:

Efectividad del derecho a la salud: entendida como los efectos que deben tener las acciones del Estado para materializar la realización del derecho en términos de su efectivo ejercicio por parte de los ciudadanos. Conforman el resultado de la existencia y aplicación de las garantías institucionales que provee el Estado en relación con sus propósitos desde el punto de vista de lo que, en definitiva, los ciudadanos practican, experimentan u obtienen de estas garantías. Se trata de observar si las es-



estructuras existentes y el comportamiento de las actividades del Estado se traducen en ciudadanos reconocidos, respetados, protegidos y satisfechos, al igual que en ciudadanos con plenos poderes para hacer valer y exigir el que estas conductas sean efectuadas. Los efectos constituyen una parte de la realización del derecho, puesto que expresan hechos y no necesariamente cambios en las condiciones y situaciones de salud de las personas, así como en las capacidades institucionales para que éstos continúen obteniéndose.

Desarrollo sustentable: modelo de crecimiento que permite la expansión de las libertades para la superación de las privaciones en la salud, determinadas por las debilidades e inequidades en el acceso a los servicios de salud, la falta de los servicios públicos y de gestión del derecho a la salud. Los campos de observación estarían enmarcados en dos dimensiones: el acceso a los servicios de salud y la protección del Estado del derecho a la salud (véase tabla 1).

RESULTADOS

Acción del Estado en materia de atención sanitaria

Normativa Nacional

Constitución de la República Bolivariana de Venezuela de 1999. El mandato constitucional contempla en sus disposiciones fundamentales, el establecimiento del Estado social y democrático de Derecho, comprometido con el progreso integral que los venezolanos aspiran y con el desarrollo humano que permita una calidad de vida digna, aspectos que configuran el concepto de Estado de Justicia.

En lo referente a los derechos humanos y garantías, y de los deberes, la Constitución reconoce expresamente el principio de progresividad en la protección de tales derechos, conforme al cual el Estado garantizará a toda persona natural o jurídica, sin discriminación alguna, el respeto, el goce y el ejercicio irrenunciable, indivisible e interdependiente de los mismos.

Tabla 1. Efectividad del derecho a la salud y el desarrollo sustentable

Dimensiones	Campos de observación	
Acceso a los servicios de salud: nivel de cobertura por parte de las instituciones de salud hacia la población, y conocer las oportunidades que tiene el individuo para acceder a la salud en los diferentes entornos donde el ser humano pueda potencializar esa libertad, y, así, analizar el nivel de desarrollo que tienen estos servicios para proteger la salud de la población.	Acción del Estado en materia de atención sanitaria	Normativa nacional
		Gestión pública
		Regulación pública
		Financiamiento público
Protección del Estado del Derecho a la salud: procesos de gestión que debería realizar el Estado para generar los entornos y espacios necesarios para garantizar la protección del derecho a la salud en la población, y, así, poder observar y analizar las condiciones necesarias que se deben cumplir por parte de éste para que la salud se encuentre cubierta como un derecho.	Relación de las personas con la atención sanitaria	Entornos socio-sanitarios
		Atención a usuarios
		Costos de atención
		Participación ciudadana
Situación de salud asociada a la atención sanitaria	Situación de salud asociada a la atención sanitaria	Condiciones sanitarias
		Salud de las personas



De los derechos sociales se garantiza la salud, asociada indisolublemente a la calidad de vida y al desarrollo humano; constituye un derecho social fundamental que el Estado garantiza a partir de un sistema sanitario de servicios gratuitos, definido como único, universal, descentralizado y participativo. Asimismo, consecuente con el principio de corresponsabilidad, la Constitución promueve la participación ciudadana en la formulación y ejecución de las políticas y planes de salud, a fin de lograr un ambiente sano y saludable.

En el aspecto de los derechos ambientales, los postulados constitucionales exigen que la normativa en esta materia, responda a políticas ambientales de amplio alcance que se inscriban en los parámetros contenidos en los tratados internacionales de carácter ambiental, todo ello con el objeto de garantizar un desarrollo ecológico, social y económicamente sustentable, en el que el uso de los recursos por parte de las presentes generaciones no comprometa el patrimonio de las futuras.

El Estado tiene un papel fundamental como regulador de la economía para asegurar el desarrollo humano integral, defender el ambiente, promover la creación de valor agregado nacional y de fuentes de trabajo, garantizando la seguridad jurídica para fomentar, junto con la iniciativa privada, el desarrollo armónico de la economía nacional y la justa distribución de la riqueza.

El derecho a la salud desarrollado en el artículo 83, como un derecho social fundamental, obligación del Estado, que lo garantizará como parte del derecho a la vida, para lo cual promoverá y desarrollará políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios, pues todas las personas tienen derecho a la protección de la salud, así como el deber de participar activamente en su promoción y defensa, y el de cumplir con las medidas sanitarias y de saneamiento que establezca la ley, de conformidad con los tratados y convenios internacionales suscritos y ratificados por la República.

Con respecto a la garantía del derecho a la salud, en el artículo 84 se desarrolla lo relativo al Sistema público de salud, el cual le dará prioridad a la promoción de la salud y a la prevención de las

enfermedades, garantizando tratamiento oportuno y rehabilitación de calidad.

Sin lugar a dudas, especial importancia tiene el artículo 86 de la Carta Magna, pues consagra el derecho de toda persona a tener la protección que brinda el Sistema de Seguridad Social, como servicio público de carácter no lucrativo, que garantice la salud y asegure protección, entre otras contingencias frente a la vejez así como ante cualquier otra circunstancia de previsión social.

La Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, que se desarrolla como marco político y filosófico de la estructura legal del país, en su Título III, Capítulo IX, *De los Derechos ambientales*, establece los derechos y deberes de los venezolanos con referencia al mantenimiento de un ambiente "seguro, sano y ecológicamente equilibrado", protegiendo "la diversidad biológica, los recursos genéticos, los procesos ecológicos, los parques nacionales y monumentos naturales y demás áreas de especial importancia ecológica" (artículo 127), y establece, además, la obligación del Estado de fomentar la participación comunitaria.

Por otra parte, el artículo 128 dispone que se desarrolle una política de ordenación territorial atendiendo a realidades ecológicas, geográficas, demográficas, socioculturales y económicas como marco fundamental del desarrollo sustentable. En el artículo 129 ordena que toda actividad humana susceptible de generar daños al ambiente, deberá ser acompañada previamente por un estudio de impacto ambiental y sociocultural; además establece que en cualquier contrato de aprovechamiento de recursos naturales que celebre o permiso que otorgue la República, se considera tácitamente la obligación de conservar el equilibrio ecológico, la transferencia tecnológica y la restauración de alteraciones.

Finalmente se encuentran los artículos: 310 sobre el turismo como una actividad económica de interés nacional, prioritaria para el país en su estrategia de diversificación y desarrollo sustentable; y 326 sobre la seguridad de la nación fundamentada en la correspondencia entre el Estado y la sociedad civil, para dar cumplimiento a los principios de indepen-



dencia, democracia, igualdad, paz, libertad, justicia, solidaridad, promoción y conservación ambiental y afirmación de los derechos humanos, así como en la satisfacción progresiva de las necesidades individuales y colectivas de los venezolanos y venezolanas, sobre las bases de un desarrollo sustentable y productivo de plena cobertura para la comunidad nacional. El principio de la corresponsabilidad se ejerce sobre los ámbitos: económico, social, político, cultural, geográfico, ambiental y militar.

Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social (LOSSS). Dentro de la jerarquía, este instrumento, en su artículo 17, contempla que el Sistema de Seguridad Social garantizará el derecho a la salud y a las prestaciones por: maternidad; paternidad; enfermedades y accidentes cualquiera sea su origen, magnitud y duración; discapacidad; necesidades especiales; pérdida involuntaria del empleo; desempleo; vejez; viudedad; orfandad; vivienda y hábitat; recreación; cargas derivadas de la vida familiar y cualquier otra circunstancia susceptible de previsión social que determine la ley. El alcance y desarrollo progresivo de los regímenes prestacionales contemplados en esta Ley, se regulan por las leyes específicas relativas a dichos regímenes.

En dichas leyes se establecerán las condiciones bajo las cuales los sistemas y regímenes prestacionales otorgarán protección especial a las personas discapacitadas, indígenas y a cualquier otra categoría de personas que por su situación particular así lo ameriten, y a las amas de casa que carezcan de protección económica personal, familiar o social en general. El artículo 18 destaca las prestaciones del Sistema de Seguridad Social, garantizando entre ellas la promoción de la salud de toda la población de forma universal y equitativa, que incluya la protección y la educación para la salud y la calidad de vida, la prevención de enfermedades y accidentes, la restitución de la salud y la rehabilitación oportuna, adecuada y de calidad, la protección integral a la vejez y las pensiones por vejez, sobrevivencia y discapacidad.

Igualmente, la LOSSS consagra en su artículo 19 una estructura donde se contemplan los sistemas prestacionales de salud y de previsión social. El Sistema Prestacional de Salud tendrá a su cargo el Régimen Prestacional de Salud mediante el de-

sarrollo del Sistema Público Nacional de Salud. El Sistema Prestacional de Previsión Social (artículo 20) y el Sistema Prestacional de Previsión Social tendrán a su cargo los regímenes prestacionales siguientes: Servicios sociales al adulto mayor y a otras categorías de personas; empleo, pensiones y otras asignaciones económicas; y seguridad y salud en el trabajo (artículo 21).

El Régimen Prestacional de Salud tiene por objeto garantizar el derecho a la salud como parte del derecho a la vida en función del interés público, en todos los ámbitos de la acción sanitaria dentro del territorio nacional. Éste y el componente de restitución de la salud del Régimen Prestacional de Seguridad y Salud en el Trabajo se gestionarán a través del Sistema Público Nacional de Salud, con desarrollo de una acción intergubernamental, intersectorial y participativa, mediante políticas, estructuras y acciones dirigidas hacia la universalidad, la equidad y la promoción de la salud y la calidad de vida al abarcar la protección de la salud desde sus determinantes sociales, la rehabilitación, la educación y prevención de enfermedades y accidentes y la oportunidad, integralidad y calidad de las prestaciones. Las diversas tecnologías y modalidades terapéuticas serán económica, científica y socialmente sustentables y estarán reguladas por el órgano de adscripción al ministerio con competencia en salud.

El Sistema Público Nacional de Salud integra todas las estructuras, órganos, programas y servicios que se sostengan total o parcialmente con recursos fiscales o parafiscales, de manera descentralizada, intergubernamental, intersectorial y participativa en lo que respecta a la dirección y ejecución de la política de salud, bajo la rectoría del ministerio con competencia en materia de salud en el marco de competencias concurrentes entre las instancias nacional, estatal y municipal que fije la ley y que regula el Régimen Prestacional de Salud, con capacidad de actuación en todos los ámbitos de la acción sanitaria pública o privada dentro del territorio nacional.

En este mismo orden, el artículo 55 establece que es obligación de todos los poderes públicos, de los diferentes entes prestadores de salud públicos y privados y de la sociedad, garantizar el derecho a la salud, su protección y cumplimiento. En virtud de



su relevancia pública, las comunidades organizadas tienen el derecho y el deber de participar en la toma de decisiones sobre la planificación, ejecución y control de políticas específicas en las instituciones públicas de salud.

Ley Orgánica del Ambiente. En esta se define el desarrollo sustentable como:

Un *proceso* de cambio continuo y equitativo para lograr el máximo bienestar social, mediante el cual se procura el desarrollo integral, con fundamento en medidas apropiadas para la conservación de los *recursos naturales* y el *equilibrio* ecológico, satisfaciendo las necesidades de las generaciones presentes sin comprometer las generaciones futuras. (2006, p. 2)

Como resultado de estos planteamientos, se han generado algunas iniciativas que en la búsqueda por promover un desarrollo más sustentable han logrado buenos e interesantes resultados tanto a nivel de políticas públicas como de *proyectos*, al participar en el *diseño* y ejecución de instituciones de *gobierno* (regional, nacional y local), *organizaciones* no gubernamentales, universidades y *empresas* privadas de varios sectores de la *economía*.

Gestión Pública

Se puede observar en función de las anteriores acciones, el diseño y ejecución de políticas y programas desarrollados en el Plan de la Patria (Segundo Plan socialista de desarrollo económico y social de la Nación 2013-2019) y en el Plan Nacional de Salud 2009-2013/2018. Sin embargo, esto no ha sido suficiente para avanzar de manera decisiva hacia el desarrollo sustentable en Venezuela, para enfrentar con diversas estrategias, la crisis estructural que el país viene confrontando hace dos décadas. Por tanto, continúa siendo necesario impulsar el debate que ayude a promover el desarrollo en todas las dimensiones.

Planes de Desarrollo Nacional

Plan de la Patria. Segundo Plan Socialista de Desarrollo Económico y Social de la Nación 2013-2019. En el segundo gran objetivo histórico, se prefigura

en las formas de construcción del socialismo para alcanzar la suprema felicidad social del pueblo; esto pasa, en primer lugar, por acelerar el cambio del sistema económico al trascender el modelo rentista petrolero capitalista al modelo económico productivo socialista, dando paso a una sociedad igualitaria y justa, rumbo al socialismo, sustentada en el rol del Estado Social y Democrático de Derecho y de Justicia, con el fin de continuar avanzando en la plena satisfacción de las necesidades básicas para la vida del pueblo, como son: la alimentación, el agua, la electricidad, la vivienda y el hábitat, el transporte público, la salud, la educación, la seguridad pública, el acceso a la cultura, la comunicación libre, la ciencia y la tecnología, el deporte, la sana recreación y el trabajo digno, liberado y liberador.

Así, dentro de los objetivos está el asegurar la salud de la población a través del fortalecimiento continuo y la consolidación de todos los niveles de atención y servicios del Sistema Público Nacional de Salud. Una de las estrategias planteadas con respecto a la orientación de la *Suprema Felicidad Social*, consiste en: "Profundizar la atención integral en salud de forma universal" (2013), para lo cual se plantean los siguientes objetivos:

- Expandir y consolidar los servicios de atención integral de la salud de forma oportuna y gratuita.
- Reducir la tasa de mortalidad materno-neonatal y post-neonatal en niños de uno a cinco años.
- Fortalecer la prevención y el control de enfermedades.
- Propiciar la seguridad y soberanía farmacéutica.
- Incrementar la prevención de accidentes y hechos violentos.
- Optimizar la prevención del consumo de drogas y asegurar el tratamiento y rehabilitación de la población afectada.

Plan Nacional de Salud. Establece las estrategias para desarrollar la gestión del Estado venezolano, orientadas a garantizar el derecho a la salud para el período 2014-2019, de acuerdo a los mandatos de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (CRBV) y a los lineamientos del segundo Plan Socialista de Desarrollo Económico y Social de la Nación 2013-2019. En este instrumento se asume



a la Red Integrada de Salud como la estrategia de construcción de la nueva organización en salud y al mismo tiempo eje articulador y de desarrollo del Sistema Público Nacional de Salud (SPNS), a partir de las necesidades de la población, y que se articula con el desarrollo del Poder popular en coherencia con los mandatos del Plan de la Patria.

De esta manera, en función de desarrollar la gestión del SPNS, surge la Misión Barrio Adentro en el 2003, como la estrategia para superar la exclusión social en salud. Así mismo, se están desarrollando Misiones Sociales educativas, alimentarias, de protección social, de cultura, deportes y de capacitación que no sólo contrarrestaron los daños ocasionados sino que permitieron retomar las tendencias a la mejoría de la calidad de vida y salud.

En el campo de la salud, el concepto parte de un enfoque social que la concibe como un derecho humano fundamental y universal y una necesidad vital para las personas. Su protección y defensa representan la conquista de la calidad de vida. Este concepto rompe con el tradicional e intenta

ir más allá de los servicios de atención y hacer intervenciones que se orienten a la transformación de las determinantes y causalidades -económicas, sociales, culturales y geográficas- que influyen en el proceso salud – enfermedad, con lo cual la salud se convierte en un indicador de los resultados del desarrollo económico y social.

Regulación Pública

Modalidad de organización

Según el Observatorio Gasto Público (CEDICE), en el Reporte II de 2014, en Venezuela la estructura del sistema de salud se encuentra distribuida en cuatro sectores, tres de éstos conformados por establecimientos y servicios de salud, a los cuales provee, presta y financia directamente el Estado con altos niveles de fragmentación en lo que se refiere a su rectoría, dirección, coordinación, planificación y financiamiento (véase tabla 2). El cuarto sector es el de las clínicas y centros privados, de mucho menor tamaño y con menos cobertura que la del sector público.

Tabla 2. Organización del sistema de salud en Venezuela

Estructura	Tipos de establecimientos	Entes de adscripción	Fuentes de financiamiento	Usuarios
Sector público asistencial	Hospitales generales, especializados y maternidades ambulatorios urbanos y rurales	Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS) Gobernaciones / MPPS		Población de menores ingresos
Sector público asistencial (barrio adentro)	Centros de Diagnóstico integral. Módulos y consultorios populares.	Misión Médica Cubana Fundación Barrio Adentro	Fondos de excedentes petroleros Presupuesto Nacional	
Sector público previsional	Hospitales ambulatorios y Clínicas populares Hospitales.	Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS) Institutos de Previsión Social	Aportes Estado/afiliados Trabajadores del sector.	Población de ingresos medios y bajos. Trabajadores sector privado y público. Trabajadores sector público.
Sector privado	Clínicas privadas Consultorios privados	Superintendencia Nacional de Costos y Precios (SUNDECOP)	Administradoras de Seguros Públicos/Ayudas del Estado Seguros Privados/ Ayudas del Estado/Pago Directo	Empleados públicos Trabajadores sector privado Población de ingresos medios y altos.

Fuente: Observatorio Gasto Público (CEDICE) (2014).



La información de la tabla evidencia un sistema caracterizado por la multiplicidad de entes con competencias en salud, lo que se traduce en debilidades para asegurar la atención continua durante el ciclo de vida y de los daños específicos (fragmentación) y la existencia de diversos regímenes prestacionales y modelos de atención para diferentes sectores de la población (segmentación). Este problema tiene varias décadas en el país, sin que hasta el momento se haya logrado un esquema de integración efectivo. Esta situación se constituye en un elemento contra la universalidad y la equidad del sistema: segmenta la población por clientelas, favorece la concentración de recursos en los grupos de mayores ingresos por la duplicación de coberturas y crea severas limitaciones de accesibilidad, oportunidad y calidad en los servicios para la mayoría de la población (Sánchez, 2010).

Prestación de servicios

El derecho a la atención sanitaria cuenta en la Constitución Venezolana con garantías de atención directa por parte del Estado, dentro de una noción de cobertura plena; es decir, sobre la base de criterios de atención universal y el máximo de atención posible. Se rompe con la estructura dual de protección a la salud al convertir la atención sanitaria en una función pública bajo la gestión del Estado que se garantiza a toda la población sin importar la condición que se tenga.

Por otra parte, la salud se entiende como parte de la seguridad social, por lo tanto, los servicios del sistema público nacional deberán estar integrados a un sistema de seguridad social que la misma Constitución establece como universal y público en su artículo 86. A objeto de preservar el derecho, la modalidad contributiva del sistema de protección para los trabajadores asegurados, no será la única forma de financiamiento ni impedimento para ninguna persona en el acceso a los servicios sanitarios del sistema público nacional de salud. En este sentido, el financiamiento será una garantía del derecho

a la salud que se concreta en la existencia de un presupuesto fiscal para la salud y la integración de las diferentes fuentes de recursos para la atención sanitaria, incluyendo los aportes de trabajadores y patronos, lo cual evita deficiencias e inequidades en la asignación y distribución de los recursos (artículo 85 de la CRBV).

No obstante, a quince años desde que se promulgó la Constitución de 1999, al momento no se ha aprobado el marco legal que ponga en práctica sus disposiciones. Actualmente existe un vacío legal que coloca a Venezuela en una situación de incumplimiento de garantías básicas para ejercer el derecho a la salud. En principio, la Asamblea Nacional decidió postergar la ley de salud hasta que se aprobara la Ley Orgánica de Seguridad Social (LOSS) que, según lo dicta la misma Constitución, integra al Sistema sanitario público. Dicha ley fue promulgada en el 2002, convirtiendo el Sistema de salud en uno de los regímenes del Sistema de seguridad social.

Entre los años 2001 y 2004, la Asamblea Nacional trabajó en varias versiones distintas de anteproyectos de ley de salud y, finalmente, en el año 2014 aprobó en primera discusión un Proyecto de Ley Orgánica de Salud y del Sistema Público Nacional de Salud que todavía espera por una aprobación definitiva. Este documento hace aportes significativos (artículo 7), a los alcances de la política de salud a través de la estrategia de promoción de la calidad de vida y de la salud, que se refiere al esfuerzo sostenido e intersectorial de preservación y desarrollo de la autonomía de los individuos y colectividades para hacer efectiva la respuesta a sus deseos y necesidades, en la búsqueda de alcanzar condiciones de calidad de vida a través de respuestas integrales ante las inequidades; a su vez, contempla garantías dentro del Sistema público de salud que cumplen con lo dispuesto en normas y estándares internacionales sociales que deberían impactar positivamente en los indicadores (véase tabla 3).



Tabla 3. Garantías dentro del Sistema Público Nacional de Salud.

Institucionales	Desempeño de los servicios	Derechos personales
<ul style="list-style-type: none">- Financiamiento suficiente para cumplir objetivos y requerimientos de una atención plena.- Recolección y suministro de información acerca de las actividades sanitarias del país.- La formación adecuada del personal de salud y la dotación de los centros de salud.	<ul style="list-style-type: none">- Continuidad, integralidad y adecuación de la atención sanitaria- Accesibilidad, oportunidad y calidad de los servicios sin discriminación alguna.- Calidad de atención a la salud física y mental de las personas privadas de libertad.- Respeto al uso de medicinas y prácticas de salud tradicionales como preservación y restitución de la salud de cada pueblo.- Gratuidad, quedando prohibido el cobro de programas, instituciones y servicios.- Participación y control social de los ciudadanos en la gestión del sistema.	<ul style="list-style-type: none">- Apertura de una historia médica personal y confidencial.- Suministro de información oportuna, veraz y comprensible acerca de todo el proceso de salud y enfermedad, las modalidades diagnósticas y terapéuticas y las condiciones peligrosas involucradas.- Respeto a la personalidad, dignidad e intimidad de cada persona.- Confidencialidad en relación con la información médica.- Garantía a todas las personas de no ser sometidas a tratamiento médico o quirúrgico sin consentimiento previo, exceptuando los casos de emergencias; así como el derecho al consentimiento expreso, informado y entendido en proyectos de investigación experimental en seres humanos, o rehusar su participación en ellos.

Fuente: Elaboración propia.

No obstante, existen observaciones a este proyecto de ley, debido a que en su versión actual se propone revertir el proceso de descentralización sanitaria que se dio durante los años noventa, como una medida dirigida a la integración del sistema, y se considera condición importante para fortalecer las reglas democráticas dentro del ejercicio de la gestión pública y hace más accesible a los ciudadanos canales y mecanismos para la defensa y exigibilidad de los derechos ante autoridades locales que respondan por ellos.

En esa ausencia de un marco regulatorio en salud, se han tomado medidas emanadas de la Presidencia de la República, los órganos públicos centrales y descentralizados con competencias en materia de salud, que es importante recoger y analizar en función de observar los avances en la progresividad del derecho desde el punto de vista legislativo. No obstante, si se compara el contenido de estas normas con lo que ha ocurrido en materia de desempeño, efectos e impactos de la estructura sanitaria, su aplicación resultó ser bastante débil³. Dentro de la

estructura del sistema de salud, el órgano rector es el Ministerio de Salud, actualmente Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS), el cual ha pasado por una serie de cambios desde su creación en 1936. Con el proceso de descentralización iniciado a raíz de los acontecimientos de febrero de 1989, los Gobernadores de Estado pasaron a encargarse de la prestación y administración de servicios de salud, asumiendo éstos las funciones de autoridad sanitaria a nivel regional. El proceso de transferencia duró varios años y se realizó a través de la firma de convenios de transferencia por grupos de Estados. Hasta el presente, los convenios no se han ejecutado en su totalidad y la transferencia se produjo en condiciones de insuficiencia presupuestaria para la prestación de los servicios. De igual modo, los servicios fueron transferidos sin asesoramiento efectivo para su administración.

Entre los años 1999-2000, el Presidente de la República dictó medidas para que los hospitales del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS), se abrieran a toda la población, con la intención de acelerar su integración al Sistema Público Nacional de Salud como lo ordena la Constitución; no obs-

³ Particularmente cuatro normas fueron aplicadas en el país con el fin de dar curso a medidas de política y reorganización sanitaria orientadas hacia la gratuidad e integralidad de los servicios y hacia la ampliación de la atención primaria. Estas medidas fueron: 1. Las resoluciones del Ministerio de Salud y Gobernaciones de Estado, que prohíben el cobro de servicios en los centros de salud públicos, durante el año 1999. 2. La resolución del Ministerio de Salud por la cual se ordena a todos los centros de salud tipo ambulatorio, la adopción de un modelo de

atención integral en el año 2001. 3. El Convenio de cooperación con la República de Cuba, suscrito en el 2000 y activado en el año 2003. 4. El decreto presidencial por el cual se crea la Comisión Presidencial para la implantación del Programa Integral Misión Barrio Adentro, en el año 2004.



tante, todavía esta integración no se ha producido ni se han resuelto los problemas de índole financiero que esta implica.

Oferta de la atención

En cuanto a la accesibilidad a la salud, nuevamente el principio de gratuidad establecido en la Constitución, se vio menoscabado en virtud de la situación de desabastecimiento de insumos médicos y déficit presupuestario en los centros hospitalarios y ambulatorios existentes. En relación al funcionamiento de la red primaria de atención, un Informe sobre derecho a la salud realizado por CONVITE (2007), suscribe con respecto a la Misión Barrio Adentro: La ausencia de un modelo de gestión de los consultorios, dentro del cual existan funciones y responsabilidades sobre la dirección, organización, funcionamiento y administración de los recursos del consultorio.

En términos generales, la estructura sanitaria disponible en el país no es suficiente para lograr la universalidad de la atención. Existen importantes déficits de dotación de los servicios así como en la capacidad arquitectónica; en la atención primaria parece menor al que existe en los niveles de atención ambulatoria especializada y de emergencia. El sistema sanitario asistencial cuenta con un número considerable de ambulatorios de atención primaria sub-utilizados, en los cuales persiste un modelo que no responde a las realidades urbanas del país ni a los cambios demográficos y tecnológicos actuales. Esta problemática constituye uno de los principales motivos por el cual regularmente la mayoría de las personas han buscado en los hospitales capacidades de resolución, cuyo mantenimiento absorbe gran cantidad de recursos, presenta mayores dificultades de control y hace inaccesible la atención de segundo nivel para los usuarios. El comportamiento del sector privado luce más equilibrado en este sentido, por lo cual ha tenido un crecimiento sostenido en los últimos años.

La expansión de los consultorios populares de Barrio adentro, amplió las opciones de atención gratuita para los sectores populares y acercó más esta atención a las comunidades. Efectivamente, los datos levantados por la Encuesta de Presupuestos Familiares del Banco Central de Venezuela (EPF-

BCV) del 2009, da cuenta de esta situación. Del 26% de personas que afirmó haber requerido servicios de atención médica, 64% reportó haber acudido a instituciones del sector público y 36% al sector privado, revelando una disminución de 9,3% para el sector público con relación a los resultados de la misma encuesta en el 2005, cuando el sector público atendió 73,2% de la población y el sector privado 26,7%. Asimismo, entre las personas que respondieron haber acudido a una clínica o a un hospital, 56,4% atendió su problema de salud en una clínica del sector privado y 43,6% en un hospital público.

El financiamiento público

En su artículo 85, la CRBV establece la obligación del Estado de garantizar un presupuesto que permita cumplir con los objetivos de la política sanitaria. No obstante, Venezuela presenta uno de los gastos públicos más bajos en salud, en comparación con los esfuerzos que hacen otros países de América Latina. En el país, este gasto representó 3,6 % del Producto Interno Bruto (PIB) en 2013, proporción inferior a la invertida por Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Chile, Ecuador, Paraguay, Perú, y Uruguay (Banco Mundial, 2015).

El financiamiento público en salud no ha mejorado la accesibilidad económica a bienes y servicios sanitarios. Las transferencias públicas en bienes y servicios sanitarios no sobrepasa el 40% de los gastos en salud de los hogares venezolanos, y los presupuestos asignados a la salud pública están por debajo del 50% del gasto total en salud. Adicionalmente, son altamente deficitarios, llegan con considerable retraso a los centros y dependen en un 50% de créditos adicionales, sujetos a la disponibilidad de divisas.

En el sector salud, estos ingresos se destinan al financiamiento de una estructura paralela a la de la salud pública y a la de seguridad social, en la que se inserta la Misión Barrio Adentro (MBA), dentro del Convenio de Cooperación con la República de Cuba. Entre 2003 y 2012, la empresa estatal Petróleos de Venezuela (PDVSA) invirtió en diferentes planes de la MBA un total de 18.531 millones de dólares, lo cual equivale a 10 años de presupuesto de la salud pública (PDVSA, 2012).



Relación de las personas con la atención sanitaria

Entornos socio-sanitarios

En agosto de 2014, la *Asociación Venezolana de Clínicas y Hospitales (AVCH)*:

Solicitó al Ejecutivo Nacional que declare la emergencia humanitaria en el sector, ante la grave situación del sistema de salud, la agudización de la escasez y el suministro irregular de insumos, medicinas, material médico-quirúrgico, equipos médicos y sus repuestos, lo que coloca en riesgo el pronóstico y la vida de seres humanos enfermos.

La Defensoría del Pueblo y el Programa Venezolano de Educación-Acción en Derechos Humanos (PROVEA), en sus respectivos informes anuales, reportan que el mayor porcentaje de denuncias que recogen estas instituciones anualmente se concentra en la falta de material médico quirúrgico y medicamentos, problemas de infraestructura, falta de equipos médicos o equipos obsoletos, de camas o el hacinamiento. La mayor cantidad de denuncias sobre estos tipos de insuficiencia provienen de los hospitales. El número de denuncias registradas en la base de datos de PROVEA en enero-diciembre del 2014, sobre deficiencias de los centros públicos de salud, pasó de 1.976 en 2013 a 2.665 en 2014, lo que representa un aumento de 35%. En comparación con el año 2013, el mayor aumento de denuncias se registró en la falta de insumos o material médico-quirúrgico, cuyo peso porcentual varió de 9,62% a 11,26%, la falta de equipos médicos operativos que ascendió de 5,76% a 8,44%, y el cierre o suspensión de servicios que escaló de 5,47% a 11,33%. Los peticionarios fueron tanto ciudadanos comunes afectados como miembros del personal de atención a la salud de diferentes centros, quienes alertaban sobre la imposibilidad de brindar un servicio de calidad.

Atención a usuarios

La fragmentación en el aseguramiento, en la prestación y en el financiamiento del sistema de salud en Venezuela, como se mencionó anteriormente, ha

generado limitaciones en el acceso, oportunidad y calidad de los servicios de salud; evidencia de ello es el crecimiento, en los últimos años, de la medicina prepagada y la de los seguros privados. De éstos últimos, las cifras disponibles indican un crecimiento sostenido dentro de la cartera de seguros, al igual que ha crecido el porcentaje de recursos dedicados a pólizas Hospitalización, Cirugía y Maternidad. que contratan los órganos del Gobierno central y descentralizado para atender a los trabajadores públicos.

La red que corresponde al Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS), ha registrado un continuo y sostenido crecimiento del número de trabajadores afiliados al Seguro Social, que se inicia con 52.318 asegurados y pasa a un total de 2.565.7255.437 en el 2014 (Venezuela en Cifras, 2015). Es importante destacar que históricamente el Seguro Social ha afiliado solamente el 30% de la población trabajadora. En los años sesenta, el IVSS amplió su cobertura a los trabajadores públicos al obligar al Estado que hiciera las cotizaciones pertinentes en calidad de patrono. Pero ya para ese entonces, las empresas del Estado y los diferentes órganos de gobierno habían desarrollado sistemas de aseguramiento propio, fundamentalmente por la vía de la contratación de seguros privados. Esto ha hecho que hoy, en el sistema de aseguramiento público existan más de 500 regímenes diferentes, de los cuales se desconocen costos y coberturas de atención.

Otro aspecto a considerar en este punto, es la concentración de los Centros sanitarios del IVSS en algunos Estados y regiones del país y su no ampliación hacia el resto del territorio, esto ha hecho que la cobertura de atención de este sistema sea baja. Aproximadamente sólo el 60% de los trabajadores formales cotizan al IVSS y 2 de cada 10 trabajadores contribuyentes no cotizan al seguro médico, debido a que no cuentan con establecimientos del IVSS en su zona de residencia.

Tasa de población de los servicios de salud públicos (%)

En total la cobertura de beneficiarios del sistema se estima en 34%.



Sin embargo, la utilización de los hospitales del IVSS por parte de no contribuyentes ha aumentado considerablemente en los últimos años. Ya para el año 1999 se calculaba que un 25% del gasto total del IVSS se dedicaba a la atención de personas no afiliadas. (D' Elia, 2002,). Esto se entiende por los programas especiales que el IVSS mantiene para pacientes con dolencias crónicas y de alto costo; es el caso de: las diálisis para personas con enfermedades renales, medicinas antineoplásticas para pacientes con cáncer, atención a pacientes con hemofilia, diabetes, VIH-SIDA y trastornos de crecimiento, así como el suministro gratuito de marcapasos y prótesis.

Camas por cada 1.000 habitantes

En materia de los recursos físicos que proveen los servicios de salud, y que permiten un beneficio a favor de la atención de la población, en el país, la cobertura de camas por cada 1.000 habitantes, ha presentado un indicador bajo durante el periodo de análisis. En el 2007 se ubicaba en 1.3 y para el 2011, este indicador se posicionó en 0,9 camas / 1.000 habitantes, es decir, durante los 15 años que abarca el estudio, en el país no se presentan las condiciones necesarias para que se alcance una cobertura mayor en relación a los recursos físicos para la atención médica, como son las camas, en función de la Norma Internacional OMS 2.5 – 4 Camas por 1.000 habitantes.

Médicos por cada 1.000 habitantes

Venezuela no figura entre el conteo de médicos hecho por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) desde antes de 2010. La última cifra indica que la proporción era de 1,9 médicos por cada mil habitantes. Según cifras de la OPS, en 2005 se contabilizaban 2 médicos por la misma cantidad de personas; igualmente, advierte sobre un descenso de 70% de médicos disponibles en Venezuela entre los años 2005 y 2010.

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS) establece que en los sistemas de salud públicos, 2.3 médicos deben atender como máximo a mil personas. Al utilizar como referencia la cifra más reciente de la OPS, se puede decir que Venezuela

está por debajo del estándar mínimo establecido por 1 punto -39.268 médicos de los 69.474 mínimos necesarios para cubrir la demanda anual de los más de treinta millones de venezolanos-.

Enfermeras por cada 1.000 habitantes

Para calcular la cifra mínima requerida de enfermeras en un país, la OMS establece el mismo parámetro que el de los médicos: 2.3 por cada mil habitantes. 2010 es la última fecha en la que la Organización Panamericana de la Salud registró este indicador en Venezuela. En ese año, se contabilizaron 0.8 enfermeros por cada mil personas enfermas, 1.5 menos de los requeridos para atender a las 29.432.83 que poblaban Venezuela para el momento. En 2010 el SPNS de Venezuela salió a flote con sólo 24.165 profesionales auxiliares de los 64.474 mínimos necesarios, es decir, un déficit de 62.5%.

Costos de atención

Las deficiencias presupuestarias impactan directamente en la capacidad resolutive de los establecimientos, y termina siendo excluyente de los sectores que se encuentran en situación de mayor vulnerabilidad. Las falencias vinculadas a un presupuesto insuficiente son: la falta o escasez de insumos, cierre de servicios, falta de mantenimiento, escasez de medicamentos para pacientes hospitalizados, listas de espera para intervenciones quirúrgicas especializadas, los cuales se constituyen en los principales factores para el cumplimiento del derecho a la salud. Los problemas de fraccionamiento del sistema, (agravados en los últimos años) y la ausencia de un modelo universal, efectivo y eficaz de atención a la salud, han creado fuertes distorsiones y limitaciones en lo que se refiere a cantidades, distribución y asignación de los fondos disponibles, y trae como consecuencia un grave debilitamiento de los servicios que presta el sector público y el aumento del gasto de los hogares en servicios del sector privado.

Según estadísticas del Banco Mundial, el gasto total –incluyendo el público y el privado- en salud es bajo al ubicarse en 4.64% del PIB para 2012 (último dato disponible), mientras que en Latinoamérica y El Caribe fue de 7.67% y el promedio mundial fue de



10.19%. Al discriminar por sectores económicos, la OMS registra que los hogares aportan 64% del gasto total per cápita en salud, mientras que el Gobierno aporta apenas 34% y otras fuentes el restante 3% (Castro, 2014).

Participación ciudadana

Otro de los aspectos relevantes y relacionados con el derecho a la salud, es la participación de la población. En el marco constitucional como en el marco legal propuesto, este es uno de los temas más mencionados y destacados durante los últimos años. En particular, se da mayor importancia a la participación en los asuntos relativos a la gestión del sistema sanitario que al fortalecimiento de los mecanismos y medios para la práctica y exigibilidad del derecho. La Misión Barrio Adentro estuvo acompañada por una política dirigida a la constitución de Comités de Salud en las comunidades donde se instalaron los consultorios. Los Comités han sido hasta el presente una figura de participación de carácter co-gestiva; se crearon para el apoyo a las actividades del consultorio y fueron formalizadas por el Ministerio de Salud como contrapartes nacionales en la gestión de los centros. Desde que fueron conformados, en varios estudios y consultas a comunidades se han encontrado dificultades para que éstos tengan un papel importante en la defensa y exigibilidad del derecho a la salud. Entre estas dificultades, se han señalado las siguientes:

- a) Su constitución como única forma de organización comunitaria válida para tratar los asuntos de salud delante de las autoridades y las propias comunidades.
- b) La transferencia a sus integrantes de responsabilidades públicas de las que debe encargarse la autoridad local o el Ministerio, debido al impedimento que tienen estos organismos para interferir en la actividad del personal cubano dentro de los consultorios.
- c) La dedicación diaria e intensiva de los(as) voluntarios(as) a las actividades del consultorio, sin ninguna retribución establecida ni facultades para tomar decisiones.

Los impactos de estas dificultades se desconocen, pero los estudios y consultas reportan el debilitamiento general de las actividades de los Comités en los últimos años. La experiencia de estas figuras muestra que es una participación convocada e inducida desde el Estado, cuyo fin es instrumental y en la que las deficiencias institucionales son cubiertas por el esfuerzo voluntario de las comunidades, dejando estrecho margen para la autonomía. Así, al tener estas características, los resultados indican que la manera en que se ha manejado la participación, limita la práctica del derecho y las oportunidades para desarrollar experiencias reales de incidencia en las decisiones y de exigencia.

Situación de salud asociada a la atención sanitaria

Condiciones sanitarias

Al realizar un análisis puntual de cada uno de los indicadores, se encuentra que para el año 1999, la esperanza de vida al nacer en Venezuela era de 72.1 años, esto se elevó 2.2 años para el 2011, y la Tasa de mortalidad en menores de 5 años fue de 74.3: se redujo de 20.87 en 1999 a 15.98 en el 2010, por cada 1.000 nvr, y la mortalidad materna para el año 2001 fue de 67.2 por cada 100.000 nacidos vivos, y para 2010 fue de 69.3.

La mortalidad materna ha mantenido una tendencia predominantemente estable desde los años 80 del pasado siglo hasta el presente, alrededor de 60 por 100.000 nacidos vivos registrados. Al considerar que más del 90% de los nacimientos ocurren en establecimientos de salud, que los avances obtenidos en la calidad de vida de la población y en la cobertura del sistema de salud, este comportamiento se ha convertido en un desafío que debe ser enfrentado con un enfoque integral y con carácter prioritario en el marco del Plan Nacional de Salud. Las muertes maternas tienen marcadas diferencias según territorios y grupos sociales.

En cuanto al porcentaje de recién nacidos con bajo peso, para 1999 de 9.03 niños con bajo peso de cada 100 nacidos, en el 2010 fue de 8.3; casi el 91.4



presentaba un peso igual o mayor a 2.500 gramos. Lo anterior refiere que las condiciones de acceso a la salud y al estado nutricional de los infantes, se mejoraron durante este periodo y se generaron las condiciones necesarias para que más infantes pudieran tener las oportunidades básicas para tener un mayor desarrollo durante sus primeros años de vida.

Según el Instituto Nacional de Nutrición (2012), en Venezuela la prevalencia de malnutrición por exceso en edades de 18 a 40 años es de 55.95% (sobrepeso 29.52%, obesidad 23.65%, obesidad mórbida 1.78%) y sedentarismo 43.67%. Se consideran como factores de riesgo más importantes para las ENT los siguientes: hipertensión arterial, colesterol alto en sangre, escasa ingesta de frutas y hortalizas, sobrepeso u obesidad, inactividad física y el hábito de fumar, de los cuales cinco de estos se encuentran estrechamente relacionados con la mala alimentación y con el sedentarismo (OMS, 2012).

La diabetes y las enfermedades cardiovasculares constituyen importantes desafíos para las redes de atención en salud. Más que episodios agudos constituyen una característica que acompaña a la persona durante toda su existencia, y hacen necesaria una atención continuada a lo largo del ciclo de vida, que acompañe desplazamientos por cambios de residencia o trabajo; además demanda la disponibilidad de atenciones y exámenes complejos cuya accesibilidad debe ser asegurada por el sistema de salud en forma permanente. El 67.8% de las muertes por diabetes y el 87.4% por enfermedades cardiovasculares ocurrieron después de los 65 años, con seguridad en la mayoría de los casos después de 20 años o más de evolución (Flores, 2008).

En lo concerniente a la concentración en grandes conglomerados urbanos, la población venezolana en más del 90% está concentrada en zonas urbanas y en pocas ciudades. Esto se traduce en una alta densidad demográfica en los grandes centros y en la existencia de numerosas barriadas tradicionalmente marginalizadas, con deteriorada calidad de vida, alta vulnerabilidad social y frente a desastres naturales. Con base en las estimaciones demográficas del INE, para el 2020, el 87.1% del total de la población será urbana.

Situación de salud de las personas

En los Anuarios de Mortalidad del 2012 y de septiembre de 2014 del Ministerio del Poder Popular para la Salud en Venezuela, durante el 2012 hubo un total de 148.058 defunciones y una tasa de mortalidad general de 5.04 por cada 1.000 habitantes; en comparación con 2011, hubo un incremento de 5.038 muertes (ó 3.52%), y el aumento en la tasa fue de 2.02%. De las muertes registradas en 2012, 61.47% (91.017) correspondieron a hombres y el restante 38.53% (57.041) a mujeres, sin mayor variación en contraste con el año 2011. Las cinco primeras causas de mortalidad son: enfermedades del corazón, con 20.58% del total de muertes; cáncer con 15.41%; enfermedades cerebrovasculares con 7.64%; suicidios y homicidios con 7.24% y diabetes con 7.11%.

En cuanto al perfil de mortalidad, las enfermedades crónicas no transmisibles, enfermedades del sistema circulatorio, tumores (neoplasias), diabetes mellitus y enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores representan 57.12% de la mortalidad; 4% corresponde a enfermedades infecciosas y parasitarias y 20.46% a causas externas de morbilidad y mortalidad, por lo que la transición epidemiológica en el país se mantiene al prevalecer la carga de mortalidad por enfermedades de carácter crónico, causas externas y enfermedades infecciosas.

Al examinar la mortalidad por grupos de edad, en los menores de 28 días las principales causas de mortalidad son: las afecciones perinatales (79%) y las anomalías congénitas (18%); en los menores de 1 año prevalecen las afecciones perinatales (61.30%) junto a las anomalías congénitas (20.88%) y los accidentes de todo tipo (3.72%); en el grupo de 1 a 4 años los accidentes de todo tipo (23.39%), las anomalías congénitas (14.41%) y el cáncer (9.60%); en los niños y niñas de 5 a 14 años se mantienen los accidentes de todo tipo (25.59%) junto al cáncer (15.17%); suicidios y homicidios (8.53%); en el grupo de 15 a 24 años son los suicidios y homicidios (34.91%), los accidentes de todo tipo (19.27%) y cáncer (9.60%); los suicidios y homicidios (23.11%), los accidentes de todo tipo (16.53%) y el cáncer (9.57%) se mantienen como las tres primeras causas



de mortalidad en los adultos de 25 a 44 años; en los adultos de 45 a 64 años el cáncer (24.75%), las enfermedades del corazón (22.81%) y la diabetes (9.55%) son las principales causas de mortalidad y, finalmente, en los adultos mayores de 65 años y más siguen falleciendo por enfermedades del corazón, cáncer y diabetes (Anuario de Mortalidad, 2012).

En cuanto a la distribución de la mortalidad según sexo, con algunas diferencias en magnitud, hombres y mujeres comparten las dos primeras causas de mortalidad: enfermedades del corazón y cáncer; sin embargo, los suicidios y homicidios emergen como la tercera causa de mortalidad en el sexo masculino, mientras en el sexo femenino son las enfermedades cerebrovasculares. En relación a causas externas, su trascendencia es mayor en los más jóvenes, 15 a 24 años, ya que aproximadamente 3 de cada 10 personas del grupo (34.64%) murieron por tales causas; el sexo masculino es el más afectado ya que por cada mujer murieron 7 hombres.

A manera de conclusión, la salud pública significa la mayor garantía de una efectiva atención sanitaria; en este sentido, la persistencia de los problemas antes descritos, los cuales indican privaciones a la población en el acceso a los servicios, constituye una amenaza para la protección del derecho a la salud en Venezuela, y acarrea violaciones de la Constitución y de los pactos y convenios internacionales en materia de derechos económicos, sociales y culturales, constituyéndose en un obstáculo para el desarrollo sustentable al ser una condición indispensable por la importancia que representa la salud para este modelo.

DISCUSIÓN

En el campo de la protección social en salud, debe plantearse un cambio de enfoque, donde las condiciones de la extensión de la protección social en salud estén orientadas hacia: la universalidad en el acceso a los servicios, la dignidad y calidad en la atención, solidaridad en el financiamiento y la protección financiera de los hogares. Se requiere con urgencia abatir las barreras que generan exclusión y superar la segmentación y fragmentación del sistema de salud con las siguientes estrategias:

sinergia entre Ministerio del Poder Popular de Salud y Seguridad Social, sistemas basados en APS, redes locales integradas, fortalecimiento de la salud pública, el cambio del modelo de atención y fortalecer la rectoría estatal en salud.

Es importante, como condición política básica, un avance en la garantía de los derechos sociales explícitos, garantizados y exigibles, así como una coordinación efectiva en los niveles y fuentes de financiamiento -mecanismos de solidaridad- protegidas y una participación social amplia de la población en el diseño y ejecución de los planes de desarrollo. En este sentido, es fundamental pensar la política de salud, no solamente desde el Estado, sino también desde y con la participación de la gente, para garantizar que estas políticas van a responder a sus necesidades; por tanto, es importante el fortalecimiento de la organización y participación social de la población.

En función del cumplimiento de la sustentabilidad, se hace necesario profundizar los mecanismos de viabilización que permitan dar continuidad a la política de salud, aunque existan cambios de autoridades en el ente rector de la misma, que ayuden a alcanzar los objetivos propuestos en la política. La salud es una manera de medir el progreso con respecto al desarrollo sostenible. Los indicadores de salud pertinentes proporcionan un medio eficaz de medir el progreso por medio de herramientas de nueva generación y nuevas métricas que permiten seguir de una manera más integral los progresos y brechas.

CONSIDERACIONES FINALES

La ciencia de la sostenibilidad ofrece una perspectiva interesante en el análisis de políticas públicas en salud, porque permite dar cuenta de la complejidad y de la red de relaciones socio-ecológicas involucradas en el comportamiento de los problemas de salud que puedan influir en la efectividad y el desarrollo de los dispositivos y acciones que implementan los



actores para resolver los problemas de salud de los colectivos humanos.

El marco conceptual desarrollado por el proyecto sostenibilidad en América Latina y el Caribe (ESALC) en el cual se definen las dimensiones del modelo sustentable al integrar la teoría del desarrollo humano propuesta por Amartya Sen, esto constituye una perspectiva teórica que ofrece una forma de abordar el derecho a la salud pasando de la simple visión del crecimiento de indicadores económicos, como el PIB a otro centrado en el ser humano y en la potencialización de sus libertades en beneficio de su entorno social, económico y medio ambiental. Esta forma de análisis, se puede enriquecer con los indicadores propios del país basados en las necesidades nacionales.

Los actores que convergen en la protección social de la población, deben procurar formar las bases para que se presenten los entornos estructurales e institucionales necesarios para que la salud no solamente se provea de forma universal, sino además que esta se dé en forma equitativa para la población. El carácter de esta política de salud debe ser universal, no focalizada y estructural sostenida, no coyuntural y transitoria para poder disminuir las inequidades. Es por ello de suma importancia formular la política de salud para ser sustentable en el tiempo y articulada con el resto de políticas sociales del país.

Desde la perspectiva del paradigma del Desarrollo Sustentable, el derecho a la salud en Venezuela, no logra su efectividad a pesar del avance de los indicadores referidos al campo de la protección en salud sustentada en los instrumentos jurídicos y en el desarrollo de planes y programas dirigidos hacia la profundización de este modelo. Debe concebirse al sistema de salud como un todo, en función del logro de objetivos congruentes con las orientaciones de políticas de quienes son los responsables de la conducción del mismo, y con los objetivos del desarrollo. De lo que se trata es de conducir el sistema de salud en forma planificada desde un estado, configuración y funcionamiento hasta el que se desea alcanzar.

Las reformas claves del sistema de salud tampoco se han concretado. La retardada modificación del

marco legal ha sido una característica del último lustro. Es conveniente reafirmar que dichos cambios deben realizarse en tres áreas fundamentales: financiamiento, organización y prestación de servicios.

REFERENCIAS

- Abadi A. Y Méndez, (2014). ¿Cuánto ha invertido Venezuela en Salud y cuáles son los resultados?; 14 de septiembre, 2014. Recuperado de: <http://prodavinci.com/blogs/cuanto-se-ha-invertido-en-salud-y-cuales-son-los-resultados-por-anabella-abadi-y-julio-castro/>
- Abdallah M.(2012). Dimensiones de la sostenibilidad. Revista de Ingeniería para el Desarrollo Sostenible de la Comunidad: La caída, vol. 1, No. 2, pp. 47-57. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.3992/2166-2517-1.2.47>
- Asamblea Nacional de la República Bolivariana de Venezuela. (28 de septiembre, 2013). *Plan de la Patria. Segundo Plan Socialista de Desarrollo Económico y Social de la Nación, 2013-2019*. Caracas, Venezuela.
- Asociación Venezolana de Clínicas y Hospitales (AVCH). (2014). *Autoridades de Venezuela admiten crisis por medicamentos*. Recuperado de <http://www.portafolio.co/economia/finanzas/autoridades-venezuela-admiten-crisis-medicamentos-55368>.
- Banco Central de Venezuela (BCV). (2009). *IV Encuesta Nacional de Presupuestos Familiares*. Caracas: Autor.
- Banco Mundial. (2015). *Base de datos de cuentas nacionales de salud de la Organización Mundial de la Salud*. Recuperado de <http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.XPD.TOTL.ZS>
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). (2000). *Proyecto sostenibilidad en América Latina y el Caribe (ESALC) División de Desarrollo Sostenible y Asentamientos Humanos*. Publicación de Naciones Unidas.



- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). (2014). *Panorama Social de América latina*. Publicación de Naciones Unidas.
- Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. (1999, 20 de diciembre). En Gaceta Oficial. 5.908E 19/2/2009/. Caracas, Venezuela.
- D' Elia, Y. (2002). *Estrategia de promoción de la calidad de vida. La construcción de políticas públicas por la calidad de vida desde una perspectiva de derecho y equidad*. Documento de trabajo. Caracas: MSDS/GTZ. Recuperado de http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2012/es/2
- Fajardo, L. (2006). *Desarrollo Humano Sustentable: Concepto y Naturaleza Civilizar*. Ciencias Sociales y Humanas, núm. 10, junio, Universidad Sergio Arboleda Bogotá, Colombia.
- Flores, M. (2008). *Los principales desafíos actuales en salud en Venezuela. Quijoteando en el Sistema de Salud Venezolano*. Caracas: Ministerio del Poder Popular para la Salud.
- Gallopín, G. (2006). Indicadores de Desarrollo Sostenible.: Aspectos Conceptuales y Metodológicos. Ponencias FODEPAL. Santiago de Chile. Recuperado de: [bhttps://tecnologiasostenibilitat.cus.upc.edu/continguts/avaluacio-de-la-sostenibilitat/bibliografia](https://tecnologiasostenibilitat.cus.upc.edu/continguts/avaluacio-de-la-sostenibilitat/bibliografia)
- Instituto Nacional de Estadística (INE). (2013). *Indicadores de Salud N°3*. Recuperado de www.ine.gov.ve. Venezuela.
- Instituto Nacional de Estadística (INE) / Fondo para la infancia de la Naciones Unidas (UNICEF). (2010). *Derechos de la niñez y la adolescencia en la República Bolivariana de Venezuela: 25 años después*. Recuperado de <http://www.ine.gov.ve>
- Instituto Nacional de Estadística (INE). (2004). *Datos del sistema de indicadores sociales venezolanos*. (SISOV). Recuperado de <http://www.ine.gov.ve>
- Instituto Nacional de Estadística (INE). (2011). *Proyecciones de los resultados preliminares del censo*. Venezuela. Recuperado de <http://www.ine.gov.ve>
- Ley orgánica del ambiente. *Publicada en la Gaceta Oficial N° 5.833, 22-12-2006*. Caracas, Venezuela. Recuperada de: http://www.oas.org/juridico/PDFs/mesicic4_ven_lo_ambi.pdf
- Ley orgánica del sistema de seguridad social. Asamblea Nacional. Publicada en En: Gaceta Oficial Ordinaria de la República Bolivariana de Venezuela - Caracas: Imprenta Nacional, 37.600 (30 dic. 2002).
- Mesino, L. (2007). *Las políticas fiscales y su impacto en el bienestar social de la población venezolana. Un análisis desde el paradigma crítico, 1988-2006* (Tesis doctoral). Universidad del Zulia, Maracaibo, Venezuela.
- Ministerio del Poder Popular para la Salud. Boletín Epidemiológico 2006;(2). Recuperado de: <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v53s2/22.pdf>. Venezuela.
- Ministerio del Poder Popular para la Salud. (2014). *Plan Nacional de Salud 2009-2013/2018*. Caracas, Venezuela: Autor.
- Ministerio del Poder Popular para la Salud. (2002). *Boletín epidemiológico*. Caracas, Venezuela: Autor.
- Montilla R, Bárbara. Rico C, Jesús O. Rodríguez G, José C. Romero F, Eugenia V. Ruiz M. Luisana Salas D, Loana A. (2008). *Evolución del programa agenda 21 desde sus inicios hasta el año 2007*. Mérida República Bolivariana de Venezuela.
- Observatorio Gasto Público- en el Reporte II de 2014. Centro de Divulgación del Conocimiento Económico para la Libertad Venezuela.
- Observatorio Comunitario por el Derecho a la Salud. (2007). *Informe sobre el derecho a la salud en Venezuela. Situación del derecho en el campo de la atención sanitaria*. Caracas: CONVITE.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) -OPS. (2015) *Preparar a la Región de las Américas para*



- alcanzar el Objetivo de Desarrollo Sustentable sobre la salud. Washington, DC.: OPS.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (marzo, 2013). *Plan de Acción Mundial para la Prevención y el Control de Las Enfermedades no Transmisibles 2013-2020*. Recuperado de http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=270&gid=33971&lang=es
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2012). *Estadísticas Sanitarias Mundiales*. Recuperado de http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2012/es/
- OPS/Organización Mundial de la Salud (OMS). (2012). *Salud, ambiente y desarrollo Sustentable: hacia el futuro que queremos*. Recuperado de www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=270&gid=33971&lang=es
- Portafolio. (agosto 17 de 2014). Autoridades de Venezuela admiten crisis por medicamentos. Recuperado de: <http://www.portafolio.co/economia/finanzas/autoridades-venezuela-admiten-crisis-medicamentos-55368>.
- República Bolivariana de Venezuela. (septiembre, 2001). *Líneas generales para El Plan de Desarrollo Económico y Social de la Nación 2001-2007*. Recuperado de http://www.cenditel.gob.ve/files/u1/lineas_gen_nacion.pdf
- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC). (2000). Artículo 12. *El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*. Observación general 14 (22º período de sesiones, 2000), U.N. Doc. E/C.12/2000/4.
- Petróleos de Venezuela S.A. (2012). *Balace de la gestión social y ambiental*. Coordinación y producción, Gerencia corporativa de presupuesto, Costos y control de gestión, Dirección ejecutiva de finanzas de petróleos de Venezuela S.A. Recuperado de: <http://www.pdvsa.com/interface.sp/database/fichero/free/8012/1627.PDF>
- Picazzo e. (2012) - Acceso a la Salud, Equidad y Sustentabilidad: Caso aplicado para el Estado de Nuevo Leon. Tesis Doctoral. Nuevo León. México. Recuperada de: <http://cdigital.dgb.uanl.mx/te/1080224366.PDF>
- Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS). Plan Nacional de Salud 2014-2019. Ministerio del Poder Popular para la Salud, Caracas, Venezuela: Viceministerio de Salud Integral. 2015
- Programa Venezolano de Educación-Acción en Derechos Humanos (PROVEA). (enero-diciembre, 2014). *Situación de los Derechos Humanos en Venezuela*. Informe anual. Recuperado de: http://www.derechos.org/ve/page/531/?sa=U&ei=v-M0eUv3iAcGL7AaCv4AQ&ved=0CCKQFjAE&usg=AFQjCNGt_5Qrb_ZfOHzvOrbbH79-IGVs6w
- Sánchez, M. (2010). *El derecho a la Salud y El Sistema de Salud. Caso Venezuela 1999-2010*. (Tesis doctoral). Facultad de Ciencias Económicas y Sociales (FACES). Universidad Central de Venezuela.
- Sen, A. (2000). *Desarrollo y Libertad*, Barcelona, Editorial Planeta. (Traducción del *Development as Freedom* (1999), London, Oxford University Press).
- Conferencia de las Naciones Unidas sobre Comercio y Desarrollo (UNCTAD). (2007). *Iniciativa BioTrade Principios y Criterios de Biocomercio*. Naciones Unidas.
- Fondo para la infancia de la Naciones Unidas (UNICEF). (2013). *La situación de niños, niñas y adolescentes en las instituciones de protección y cuidado de América Latina y el Caribe*. Recuperado de: http://www.unicef.org/lac/UNICEF_Estudio_sobre_NNA_en_instituciones.pdf
- Venezuela en cifras. (2015). *Nuestra transición al socialismo*. Caracas, Venezuela. Recuperado de: www.mppp.gob.ve/libro/
- Zapata, W. (2012). *Diseño de un modelo de análisis de sostenibilidad de políticas públicas en salud*. (Tesis doctoral). Universitat Politècnica de Catalunya, Barcelona (España).