SPAN 4180

Isabel Long

Dra. Arelis Moore

2 diciembre, 2022

Título

Análisis del Sistema Sanitario Venezolano: Un Sistema de Seguros Sociales Desarticulado y en Crisis

Resumen

Este artículo científico examinará el sistema de salud venezolano y cómo está organizado. Se examinarán las reformas sanitarias, los aspectos financieros y los indicadores sanitarios. Este estudio consistió en una revisión de la literatura científica y se incorporaron datos e información de artículos científicos revisados por pares, noticias, publicaciones técnicas de agencias de cooperación internacional y bases de datos de estadísticas relevantes. Resultados de esta investigación mostraron que el sistema de salud venezolano ha fallado debido a la corrupción gubernamental, la falta de accesibilidad y la crisis económica. La descentralización, la reversión de la descentralización y el fracaso de la Misión Barrio Adentro han contribuido a la ineficiencia del sistema. La dependencia económica de Venezuela de su suministro de petróleo también condujo a la falta de fondos para la atención médica debido a una reciente crisis del petróleo.

Introducción

Una porción de los Andes reside en Venezuela, lo que contribuye a que Venezuela sea uno de los países más megadiversos del mundo (Instituto Nacional de Estadística [INE], 1982). El río más grande de Venezuela es el río Orinoco, que se conecta con las cascadas más grandes del mundo llamadas Salto del Ángel (Leeden et al., 1990). España colonizó Venezuela en 1502, pero obtuvo la independencia en 1819 como República de Colombia (Michael et al., 2018). Se convirtió en su propio país en 1830, pero luchó a lo largo del siglo 19 por el conflicto político. Los "caudillos" dominaron el país en regiones hasta mediados del siglo 20 (Tarver et al., 2018). Después de una serie de gobiernos democráticos, una crisis económica durante la década de 1980 condujo a graves crisis políticas (Heckel, 2022). Esto llevó a la Revolución Bolivariana, que

resultó en Hugo Chávez liderando el movimiento y la redacción de la constitución de 1999 de la República Bolivariana de Venezuela (Micheal, et al., 2018).

La capital de Venezuela es Caracas, donde vive el 9% de la población total. La población venezolana es actualmente de 28 millones de personas según datos de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) y solo el 11% de la población vive en áreas rurales (Organización de las Naciones Unidas [ONU], 2022). Aproximadamente el 51,6% de la población es mestiza, amerindia y negra, mientras que el 46,6% son de ascendencia europea (Tarver et al., 2018). En Venezuela se hablan más o menos 40 idiomas, pero el español es el idioma oficial. En los últimos años, 7 millones de venezolanos han emigrado fuera del país, lo que lo convierte en el mayor desplazamiento en el hemisferio occidental (Organización Naciones Unidas [ONU], 2022). La tasa neta de inmigración actual para Venezuela en 2022 es negativa con una disminución del 274,3% con respecto a 2021, lo que se debe a la inestabilidad socioeconómica y la crisis humanitaria, que se explicarán a continuación (ONU).

Venezuela fue uno de los países más prósperos de América Latina durante el siglo 20. En 1912, se creó el Servicio Público de Sanidad de Venezuela que marca el inicio del desarrollo del sistema de salud venezolano (Bonvecchio, 2011). Luego, en 1936, el gobierno venezolano introdujo los programas del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. En 1961, la aprobación de la Constitución Nacional que estableció el derecho de los ciudadanos a la protección de la salud. Según Bonvecchio (2011), esto mejoró la calidad de los venezolanos. Pero, debido a un gran aumento de la población, a fines de la década de 1970 Venezuela tenía una escasez de profesionales médicos y camas de hospital (Page et al., 2019). La falta de profesionales de la salud fue mayor en las zonas rurales en comparación con las zonas urbanas. Esta tendencia de inequidad continúa hasta hoy (Tarver,2018). Debido a este problema, el gobierno implementó la

descentralización y transferencia de competencias de los servicios de salud a los estados en 1989 (Bonvecchio, 2011). Durante este tiempo, el gobierno también se centró en establecer clínicas para combatir la escasez de camas. El gobierno estaba gastando $2.1 mil millones en atención médica en 1985. En 1981, más del 70 por ciento de los servicios de salud fueron administrados por el gobierno, y la mayoría de los ciudadanos utilizaron servicios públicos en lugar de servicios privados. La atención sanitaria ha ido disminuyendo desde el brote de cólera a principios de los años 1990s, en el que los líderes políticos culparon racialmente a sus propios indígenas en lugar de las instituciones del país (Briggs, 2003). Esta tendencia de falta de rendición de cuentas por parte del gobierno continuó durante y después de la revolución bolivariana. Durante el establecimiento del gobierno bolivariano, se prometió una mejora en la atención médica. Pero, la reducción del gasto en salud y la corrupción gubernamental finalmente llevaron a un aumento de las muertes evitables y una emigración masiva (Serbin, 2017).

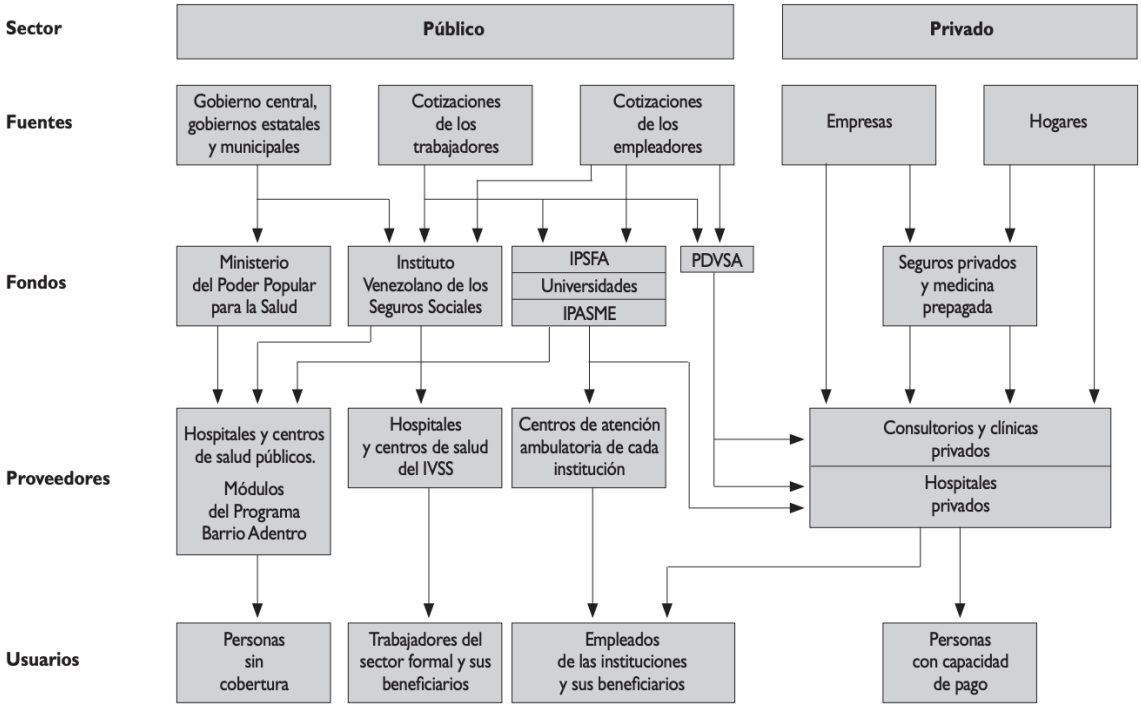
Debido a la inestabilidad del gobierno bolivariano, la salud de la nación hoy no es buena (World Health Organization [WHO], 2022). Venezuela se encuentra en medio de una gran emergencia sanitaria debido a su traumático pasado. El gobierno de Venezuela dejó de publicar estadísticas nacionales de salud en 2016, lo que dificulta la evaluación de la situación de salud del país (United Nations Children 's Fund [UNICEF], 2016). Según el World Data Atlas, el gobierno bolivariano gastó menos del 5,4% del PIB del país en salud (World Data Atlas [WDA], 2017). En cuanto al agua y el saneamiento, casi 8 de cada 10 venezolanos no tienen acceso a agua potable y saneamiento básico (Centro de Justicia y Paz [CEPAZ], 2018). Venezuela tiene una de las tasas más altas de malaria en el mundo, y el VIH y el SIDA son muy prevalentes. Los médicos han informado que 9 de cada 10 hospitales en Venezuela tienen solo el 7% de los suministros necesarios requeridos.

En este artículo científico se examinó el modelo de salud venezolano, sus componentes y nivel de desempeño. Además, el estado actual de salud de la población. Este estudio consistió en una revisión de la literatura científica y se incorporaron datos e información de artículos científicos revisados por pares, noticias, publicaciones técnicas de agencias de cooperación internacional y bases de datos de estadísticas relevantes. Con la crisis humanitaria de Venezuela en mente, las preguntas de investigación que guiaron esta revisión de la literatura científica incluyen: ¿Cómo funciona el sistema de salud venezolano? ¿Cómo ha influido la política en el estado de la salud pública en Venezuela a lo largo de la historia? ¿Cómo puede ser mejorado el sistema de salud pública venezolano?

El modelo de organización del sistema de salud venezolano

La figura 1 presenta un resumen de los componentes del sistema de salud venezolano, el cual sigue un modelo de Seguridad Social o Modelo Bismarck. Este modelo de salud crea una entidad que administra el sistema de seguridad social llamada Instituto Venezolano de los Seguros Sociales. Hay dos tipos de seguro de salud: la seguridad social, que es administrada por el gobierno, y el seguro privado para aquellos que pueden pagar y es administrado por compañías privadas.

Figura 1. Estructura y Componentes del Sistema de salud de Venezuela



IVSS: Instituto Venezolano de los Seguros Sociales
IPASME: Instituto de Prevensión y Asistencia Social del Ministerio de Educación, Cultura y Deportes
IPSFA: Instituto de Prevención Social de las Fuerzas Armadas
PDVSA: Petróleos de Venezuela

Fuente: National Institute of Health [NIH], 2017.

Según resultados de un estudio de Bonvecchio (2011), el sistema de salud venezolano se desglosa de la siguiente manera. El sistema de salud venezolano está dividido en un sector público y privado. El sector público está conformado por el Ministerio del Poder Popular para la Salud (MS) y organismos descentralizados de salud e instituciones de seguridad social. La población está cubierta por 3 diferentes institutos públicos de seguridad social, el Instituto Venezolano de Seguridad Social (IVSS), el Instituto de Bienestar Social de las Fuerzas Armadas (IPSFA) y el Instituto de Asistencia y Bienestar Social del Ministerio de Educación, Cultura y Deportes (IPASME). Los trabajadores asalariados, pensionados y jubilados del sector formal de

la economía y sus familias están cubiertos por estos institutos de seguridad social. El IVSS también cubre a los trabajadores del sector informal, como los trabajadores a domicilio, los trabajadores estacionales, los trabajadores por cuenta propia y los trabajadores domésticos. Petróleos de Venezuela (PDVSA) es una empresa estatal de petróleo y gas que ofrece cobertura médica para sus trabajadores y familias de trabajadores. La población desempleada y las personas que están fuera del mercado laboral y sus familias reciben atención del MS, pero no están cubiertas por ningún otro tipo de seguro público. Este sector de la población recibe atención a través de la Misión Barrio Adentro, que es una red de hospitales y servicios ambulatorios de la MS y los estados. Finalmente, hay personas cuyo empleo, capacidad o salario les permite acceder a un seguro privado. El sector privado se financia mediante el pago directo de los usuarios o mediante el pago de primas de seguro médico. Los proveedores del sector privado atienden a pacientes en consultorios privados, clínicas y hospitales.

Las reformas del sistema de salud

Desde 1987 ha habido varios intentos de reformar el sistema de salud venezolano. A partir de 1990 se implementó la descentralización, pero sin criterios claros de cómo deberían formarse los municipios. Pero, a medida que avanzaron los estados descentralizados, hubo mejoras en la cobertura de inmunizaciones, servicios de planificación familiar y tasas de mortalidad infantil (Muntaner et al., 2006). Sin embargo, hubo dificultades para la coordinación entre el nivel central y los municipios.

A medida que los sistemas descentralizados continuaron deteriorándose, la Constitución Bolivariana de 1999 fue creada por el recientemente elegido Hugo Chávez y aprobada con la esperanza de mejorar el estado del país. Las leyes de reforma de salud reconocen la salud como

un derecho e indican la obligación del gobierno de garantizar. Esto otorga derechos constitucionales a los ciudadanos para tener acceso a la atención médica. Los artículos 83 y 85 de la Constitución establecen cambiar completamente el sistema de salud en Venezuela creando "atención médica gratuita, universal y equitativa como un esfuerzo para mejorar la accesibilidad y la calidad de los servicios".

El Programa Barrio Adentro ha sido la innovación más importante que se llevó a cabo durante las reformas de salud de Chávez. Originalmente creado durante la época de la descentralización, pero despegó más tarde alrededor de 2003, Barrio Adentro es un programa que se esfuerza por expandir los servicios de salud primaria y preventiva mediante la creación de miles de clínicas vecinales en comunidades pobres, o 'barrios'. En colaboración con la EM venezolana y el gobierno cubano como parte de sus programas de solidaridad internacional, en 2003 más de 10.000 proveedores de atención médica cubanos y venezolanos comenzaron a brindar atención primaria a los barrios pobres de Venezuela (Serbin, 2017). Este programa fue financiado por los gobiernos estatales venezolano y cubano, pero integrado en los sistemas financieros de los municipios. Esto ha provocado que Barrio Adentro contribuya a la fragmentación del sistema financiero, que se asocia con un uso ineficiente de los recursos (Olette, 2022). Los efectos de esto se ven más adelante, con el 80% de los establecimientos de Barrio Adentro abandonados en Venezuela, reportados en diciembre de 2014 (Muntaner et al., 2006). Además de la fragmentación financiera, Cuba estaba intercambiando sus médicos por el acceso al petróleo venezolano. Así que la reciente crisis petrolera de 2007 y la muerte de Chávez llevaron al deterioro del Programa Barrio Adentro. El concejal venezolano Alejandro Vivas afirmó que, "en lugar de tener resultados positivos, lo que se observa es el descontento de los ciudadanos y un conducto hacia una falla completa del sistema de salud" (El Universo, 2007).

Los extensos gastos públicos de Venezuela fueron financiados principalmente por los ingresos del petróleo, ya que financió a los médicos cubanos en Barrio Adentro, también fue la principal fuente de fondos para la mayoría de todo el gasto en salud pública. Sin embargo, en 2008, los precios del petróleo comenzaron a caer y los inversores extranjeros abandonaron gradualmente Venezuela. El gasto público excesivo era incompatible con las bajas demandas de petróleo, lo que llevaba a la hiperinflación. El gobierno redujo radicalmente el gasto en atención médica, reduciendo su gasto anual del 9,1% en 2010 al 5,8% en 2014 (Garnier, 2019). Esto ha provocado que los hospitales tengan suministros insuficientes y carezcan de medicamentos. Este recorte presupuestario también condujo a una reducción en el gasto en electricidad y saneamiento, causando que el 79% de los pacientes murieran entre 2018-2019 debido a la escasez de electricidad en los hospitales (Garnier, 2019). Este recorte en el gasto del PIB ha llevado a un colapso completo del sistema de salud venezolano, causando el "mayor éxodo en la historia reciente de América Latina" (UNICEF, 2016).

El proceso de descentralización de la gestión

La descentralización es un proceso de redistribución de los poderes y controles centrales a las regiones, para aumentar la eficiencia y la autonomía. (Organization for Economic Cooperation and Development [OECD], n.d.). Los procesos de descentralización que comenzaron en muchos países latinoamericanos en la década de 1970, incluida Venezuela, se debieron a la crisis de gobernabilidad entre esas naciones (Olette, 2022). Pero el sistema de salud venezolano oficialmente ha estado en proceso de cambio desde 1999 cuando se creó la constitución de la República Bolivariana (Melean, 2002). Durante este tiempo, los sistemas fiscales, judiciales, educativos y de salud se descentralizaron a los municipios de Venezuela. 17 de los 23 estados están descentralizados, lo que significa que el sistema de salud está

fragmentado en municipios para la mayoría (Olette, 2022). “Los indicadores de desempeño y calidad del sistema de salud, por ejemplo, atención materno-infantil, fueron favorables en los estados descentralizados, así como la cobertura de inmunizaciones, controles prenatales, muertes infantiles y muertes maternas” (Gonzaléz, 2001). Debido a que no todos los municipios estaban descentralizados, todavía existía un sistema central general.

El tipo de descentralización que ocurrió en Venezuela es la desconcentración. La desconcentración se define por “transferencia de funciones y/o recursos hacia las direcciones regionales o locales de la agencia del gobierno central que corresponda” (Presentación Descentralización de Dra. Moore, A. 2022). Después de que se aprobara la nueva Constitución, se creó el Ministerio de Salud y Bienestar Social, MSAS, que era el órgano central de gobierno del sistema de salud. Aunque los municipios estaban descentralizados, el MSAS tenía más poder sobre ellos (Olette). Era un sistema intergubernamental donde las actividades y operaciones estaban descentralizadas y la gestión y el control eran responsabilidad del MSAS.

La "Misión Barrio Adentro" es otra política promulgada durante la época de la descentralización que fue importante para ayudar al proceso de transformación de la red de salud para brindar servicios en los municipios pobres más pequeños (Stangl, 2017). Este proyecto promulgado por el presidente Chávez amplió el acceso a servicios gratuitos de salud primaria y preventiva mediante la creación de miles de clínicas vecinales atendidas por trabajadores médicos venezolanos y cubanos (Cooper & Feo, 2021). Este proyecto fue un factor importante para que los indicadores de calidad de la salud mejoraran durante el tiempo de descentralización al aumentar el acceso a los municipios rurales pobres (Castro, 2008). Aunque era una misión nacional y financiada por el gobierno nacional, estas instalaciones fueron construidas y administradas por los municipios.

Los municipios son financiados por el presupuesto nacional, pero debido a la descentralización de los servicios, los fondos del estado han sido limitados (Mainwaring & Scully, 2009). Uno de los mayores problemas del sistema de salud de venezolano es la fragmentación del financiamiento. El fracaso de la descentralización financiera de la salud eventualmente condujo a una crisis económica de la salud, con la corrupción gubernamental que se sumó a esto (Mainwaring & Scully, 2009). Esto llevó a la reversión de la descentralización a un sistema centralizado y autoritario en 2007 con una ley aprobada por el presidente Chávez. El presidente Chavez declaró públicamente "La descentralización del Sistema de Salud ha terminado... Esta descentralización es la causa del desastre en el que se encuentra la salud pública" (El Universo, 2007). Esta recentralización de la salud llevó a un colapso general del sistema al quitar poderes a los municipios y devolverlos al gobierno nacional corrupto (Olette).

Dimensión económica del sistema de salud

La principal fuente financiera del gasto público en salud es el gobierno central que financia la Misión Barrio Adentro y aporta contribuciones al IVSS. El MS recibe fondos del presupuesto nacional que en su mayoría provienen de los ingresos petroleros venezolanos. Los municipios se financian con el presupuesto nacional, pero como resultado de la reversión de la descentralización de los servicios de salud, la asignación de fuentes financieras ha sido limitada. El financiamiento de IVSS proviene de contribuciones del empleador, contribuciones de los trabajadores y contribuciones directas del gobierno nacional. Las demás instituciones de seguridad social IPSFA, IPASME, PDVSA y universidades se financian con contribuciones de sus trabajadores. El sector privado se financia mediante primas de seguro médico privado que son pagadas por los usuarios.

Como se mencionó anteriormente, el gobierno redujo radicalmente el gasto en atención médica, reduciendo su PIB del 9,1% en 2010 al 5,8% en 2014 (Garnier, 2019). La actualización más reciente sobre el gasto en atención médica fue en 2019, que se informó que fue del 5,37% del PIB de Venezuela (Banco Mundial, 2019). Esto es inferior al gasto promedio en salud por PIB para los países de América Latina, en 2019 siendo de 7,96% según el Banco Mundial. Esta caída en el gasto en salud puede atribuirse al fracaso de Venezuela para priorizar la atención médica, la inflación y la corrupción gubernamental.

En relación, el gasto privado en salud como porcentaje del PIB de Venezuela fue solo del 1,59% en 2016, según el Banco Mundial. Esto demuestra aún más la incapacidad de los habitantes venezolanos para pagar los altos precios de la atención médica privada. No hay estadísticas oficiales sobre el porcentaje de usuarios de salud privada vs pública, pero se estima que en un hospital privado en Venezuela la hospitalización por día cuesta más de $1,000 dólares estadounidenses y más de $3,500 para procedimientos médicos básicos (Yonekura, 2021). Esto es significativo porque el valor real del salario mínimo en Venezuela es inferior a $1 dólar estadounidense.

Evaluación del Desempeño del sistema de salud

Figura 2. Indicadores de desempeño del sistema de salud de Venezuela.

Componente	Indicador	Venezuela	Comparación
Calidad	1. Malaria número de casos en 2019 2. Gasto en salud	1. 273,126 casos 2. 5.4% de GDP	1. 3,001 casos **Ecuador** 2. 9.3% de GDP **Chile**
Cobertura	1. Médicos/habitantes	1. 1.73/1000 2. 54%	1. 38/1000 **Argentina**

Componente	Indicador	Venezuela	Comparación
	2. Población con seguro médico 3. Camas/habitantes	3. 0.9/1000	2. 88% **Guatemala** 3. 2.1/1000 **Brasil**
Eficiencia del Sistema	1. Número de camas de hospital/pacientes 2. Costo personal de una visita primaria 3. Costo por visita de paciente ambulatorio	1. 0,8/1000 2. $36 3. $162	1. 5.2/1000 **Cuba** 2. $31 **Guatemala** 3. $20 **Bolivia**
Eficiencia Técnica del Sistema	1. Cirujanos/habitantes 2. Enfermas/médico	1. 18/ 100,000 2. 2.1/1000	1. 43/100,000 **Perú** 2. 6/1000 **Bolivia**
Eficacia	1. Esperanza de vida 2. Tasa de mortalidad 3. Tasa de mortalidad infantil	1. 72 años 2. 6.81/1000 3. 25.057/1000	1. 80.1 **Costa Rica** 2. 6.2/1000 **Chile** 3. 4.188/1000 **Cuba**
Equidad	1. Tasa de mortalidad materna 2. Acceso mejorado a instalaciones de saneamiento 3. Tasa de embarazo adolescente	1. 125/100,000 2. 95.8% 3. 96/1000	1. 39/100,000 **Argentina** 2. 80.3% **Nicaragua** 3. 69/1000 **Colombia**

Fuentes: de diversas fuentes incluidas en la lista de referencias.

Las estadísticas en la tabla anterior son indicadores que describen la grave situación del sistema de salud en Venezuela. En primer lugar, los casos de malaria fueron seleccionados para representar la calidad del país porque Venezuela representó el 73% de todas las muertes por malaria en América Latina (OMS, 2019). Este brote reciente fue causado por una combinación de la crisis económica, la caída del sistema de salud y la falta de vacunas contra la malaria (CEPAZ, 2018). En 2019, Venezuela solo gastó el 5,4% de su PIB en atención médica, que fue significativamente más bajo que otros países latinoamericanos, incluido Perú (World Bank, 2019). Esta falta de atención y fondos hacia el sistema de salud condujo a un reciente resurgimiento de enfermedades prevenibles por vacunación como la malaria, así como la poliomielitis, el sarampión y la difteria (Paniz et al., 2019). A continuación, la tasa de médicos por habitante en Venezuela es significativamente menor que en Argentina (WDA, 2017).

Esta estadística destaca la falta de accesibilidad a la atención adecuada en Venezuela. Además de que los proveedores de atención médica son escasos, el costo de una visita al hospital en los hospitales de Venezuela es significativamente mayor en Bolivia y otros países latinoamericanos (Agencia Central de Inteligencia [CIA], 2022). Los medicamentos y los suministros médicos son insuficientes, según un funcionario gubernamental no identificado que afirma que el "ministerio (de salud) puede comprar los medicamentos, pero luego son revendidos a clínicas privadas y médicos por funcionarios corruptos del ministerio" (Wilson, 2015).
Solo hay 18 cirujanos por cada 100,000 habitantes, otro factor en la falta de accesibilidad a la atención según el CIA World Factbook. Estas barreras a la salud se muestran en la baja tasa de mortalidad de 72 años en comparación con 80,1 años en Costa Rica (CIA, 2022). La tasa de mortalidad infantil es alta, con 25.057 muertes infantiles por cada 1000 en Venezuela, en comparación con 4.188 por 1000 en Cuba. La tasa de mortalidad materna también es alta, con

125 muertes por cada 100.000 madres en comparación con 39 muertes en Argentina (CIA, 2022). Esto puede atribuirse a la escasez de recursos maternos y las altas tasas de embarazos adolescentes, con 98 por cada 1000 mujeres.

Análisis

El sistema de salud venezolano ha enfrentado muchos desafíos en los últimos 40 años, lo que ha llevado a su fracaso. Establecido como el modelo de Seguridad Social de Bismarck, el sistema de salud venezolano funciona tanto en el sector público como en el privado. El sector público está conformado por el Ministerio del Poder Popular de Salud y otros organismos descentralizados de salud e instituciones de seguridad social. Los servicios de salud pública se financian con contribuciones federales, estatales y patronales, muchas de las cuales provienen de la industria petrolera de Venezuela. Estas instituciones públicas prestan servicio en hospitales públicos, clínicas para los habitantes. El sector privado está formado por compañías privadas de seguros de salud en una red de hospitales, clínicas y consultorios privados.

Pero el sistema de salud venezolano ha estado experimentando un proceso de reforma desde la Revolución Bolivariana de 1999. En esta nueva constitución liderada por el presidente Hugo Chávez, el mayor desarrollo fue el Programa Barrio Adentro. Este programa trabajó para desarrollar instalaciones de salud en las zonas rurales pobres de Venezuela en colaboración con el gobierno cubano. El gobierno cubano envió trabajadores de la salud a estos Centros de Barrio a cambio de petróleo venezolano. Pero, debido a la crisis del petróleo que comenzó en 2007, el apoyo cubano terminó llevando al abandono del 80% de los centros de salud de Barrio Adentro reportados en 2014 (Muntaner et al., 2006).

La crisis del petróleo, el fin de la descentralización y la corrupción gubernamental han llevado a Venezuela a una crisis humanitaria de salud. En 2021 se informó que 18,8 millones de venezolanos carecían de acceso a servicios de salud (ONU, 2022). La infraestructura de salud pública es tan débil que en 2019 Venezuela tuvo el aumento más pronunciado del mundo en casos de malaria (OMS, 2019). Las acciones del gobierno han contribuido al colapso del sistema de salud de Venezuela que no solo viola el derecho a la salud de los venezolanos, sino que ahora es una amenaza para la salud mundial.

Conclusiones y Recomendaciones

El sistema de salud venezolano necesita ser financiado y reconstruido para brindar una atención adecuada a sus ciudadanos. La reducción de las desigualdades y la mejora del acceso y la calidad de la atención son dos mejoras importantes que deben hacerse de inmediato. Para disminuir las tasas de enfermedades prevenibles y muertes, la emigración masiva de proveedores de salud venezolanos debe terminar. Debido a la extensa corrupción gubernamental, esto requiere una respuesta internacional coordinada. Las Naciones Unidas están apoyando los esfuerzos con Argentina, Brasil, Colombia, Paraguay, República Dominicana y Uruguay para buscar soluciones y ofrecer protección a los venezolanos que han huido. Estados Unidos es el mayor donante humanitario a la crisis venezolana, proporcionando más de $ 1.4 mil millones desde 2017. Aunque las donaciones financieras son beneficiosas, el mayor desafío en la reconstrucción del sistema de salud venezolano es combatir la corrupción gubernamental, que solo será posible mediante el fortalecimiento de las asociaciones internacionales.

Referencias

Briggs, C. (2003). *Stories in the Time of Cholera: Racial Profiling during a Medical Nightmare*. Berkeley: University of California Press. https://doi.org/10.1525/9780520938526

Bonvecchio, A., Becerril-Montekio, V., Carriedo-Lutzenkirchen, A., Landaeta-Jiménez, M. (2011) Sistema de salud de Venezuela. *Journal de Salud Publica Mex*,53 supl 2:S 275-S286.

Castro, A. (2008, September 18). *Barrio adentro: A look at the origins of a social mission*. ReVista: Harvard Review of Latin America. https://revista.drclas.harvard.edu/barrio-adentro-a-look-at-the-origins-of-a-social-mission/

Central Intelligence Agency (2022). Venezuela. In *The World Factbook*. Retrieved November 19, 2022 from https://www.cia.gov/the-world-factbook/countries/venezuela/

Cooper, A., & Feo, O. (2021, March 11). *El Ascenso y descenso de barrio adentro*. North Atlantic Congress on Latin America. https://nacla.org/barrio-adentro-venezuela-descenso

Garnier, S. (2020, January 13). *Illness, hunger, and death: Recognizing the magnitude of Venezuela's public health collapse*. Harvard International Review. https://hir.harvard.edu/health_crisis_venezuela/

González M (2001) *Reforms of the health system in Venezuela: balance and perspectives.* ECLAC, Financing for Development Series. pp: 1-46.

Instituto Nacional de Estadística (2018). *Resultados Total Nacional de la República Bolivariana de Venezuela*. Retrieved October 13, 2022, from http://www.ine.gob.ve/documentos/Demografia/CensodePoblacionyVivienda/pdf/ResultadosBasicos.pdf

National Institute of Health. (2017). Venezuela Healthcare System. DHHS Publication No. 11-7790. U.S. Government Printing Office.

Leeden, F., Troise, F., Todd, D. (1990) *The Water Encyclopedia 2nd ed.* Taylor and Francis.

Mainwaring, S., Scully, T. (2009). *Democratic Governance in Latin America*. Stanford University Press. https://doi.org/10.1515/9780804772969-016

Melean Jorge S (2002) Past Present and Future of Decentralization in Venezuela. *Province Magazine, 294(20).* pp: 9.

Micheal, T. D. H., Frederick, J. C., & Rivas, A. A. (2018). *The history of Venezuela* (pp. 14–45). Greenwood, an imprint ABC-CLIO, LLC.

Muntaner, C., Salazar, R., Benach J., Armada F. (2006) V*enezuela 's Barrio Adentro: An Alternative Neoliberalism in Health Care.* International Journal of Health Services, Volume 36, Number 4, Pages 803-811. Baywood Publishing Co., Inc.

Oletta Lopez, J. F. (2022). Health Care System Decentralization, the case of Venezuela Historic Evolution, results, and consequences of its institutional reversal. *Journal of Quality in Health Care & Economics, 5(S1), 1–12.* https://doi.org/10.23880/jqhe-16000s1-001

Serbin, A., & Serbin Pont, A. (2017). The foreign policy of the Bolivarian Republic of Venezuela: The role and legacy of Hugo Chávez. *Latin American Policy, 8(2), 232–248.* https://doi.org/10.1111/lamp.12122

Tarver, M., Rivas A., Frederick J. (2018). *The History of Venezuela.* Greenwood Press.

United Nations Children's Fund (2022). *Venezuelan refugee and migrant crisis.* https://www.iom.int/venezuelan-refugee-and-migrant-crisis

El Universo. (2007, April 24). *Chávez Anuncia Centralización del sector de Salud en Venezuela,* B7. *https://www.eluniverso.com/2007/04/24/0001/14/C26982B6F2EE4D3A9F53A2491662DB8D.html*

Wilson, P. (2015, April 27). *The collapse of Chávezcare*. Foreign Policy. https://foreignpolicy.com/2015/04/27/chavez-maduro-healthcare-venezuela-cuba/

World Bank. (2019). *Venezuela Healthcare Spending 2000-2019.* World Development Macrotrends. https://datatopics.worldbank.org/world-development-indicators/themes/economy.html

World Health Organization. (2022). *Venezuela country overview*. World Health Organization Global Health Observatory. https://www.who.int/countries/ven/

Organización Naciones Unidas. (2022). *La Mitad de los refugiados y migrantes de Venezuela en América latina no puede costearse tres comidas diarias*. UNO Noticias . https://news.un.org/es/story/2022/10/1516067

OECD. (n.d.). *Why do countries decentralize?* Decentralization and Regionalisation in Venezuela. OECD iLibrary. https://www.oecd-ilibrary.org/sites/e5b9ba7d-en/index.html?itemId=%2Fcontent%2Fcomponent%2Fe5b9ba7d-en

Page KR, Doocy S, Reyna Ganteaume F, Castro JS, Spiegel P, Beyrer C. (2019) *Venezuela 's public health crisis: a regional emergency.* Lancet. 23;393(10177):1254-1260. doi:10.1016/S0140-6736(19)30344-7.

Paniz-Mondolfi A, Tami A, Grillet ME, Márquez M, Hernández-Villena J, Escalona-Rodríguez MA, Blohm GM, Mejías I, Urbina-Medina H, Rísquez A, Castro J, Carvajal A, Walter C, López MG, Schwabl P, Hernández-Castro L, Miles MA, Hotez PJ, Lednicky J, Morris JG Jr, Crainey J, Luz S, Ramírez JD, Sordillo E, Llewellyn M, Canache M, Araque M, Oletta J. (2019) Resurgence of Vaccine-Preventable Diseases in Venezuela as a Regional Public Health Threat in the Americas. *Emerg Infect Dis NIH*. doi: 10.3201/eid2504.181305.

World Data Atlas. (n.d.). *Venezuela (Bolivarian Republic of): Data and Statistics*. Knoema. Retrieved October 13, 2022, from https://knoema.com/atlas/Venezuela-Bolivarian-Republic-of

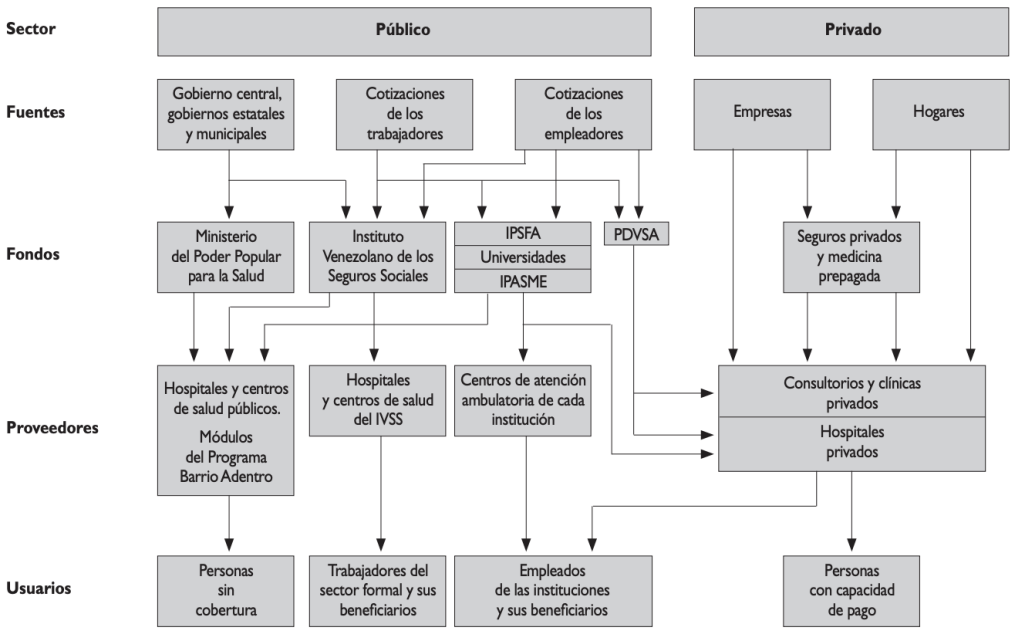
Yonekura., K. (2021, March 3). *Why are private hospitals so expensive in Venezuela?* Caracas Chronicles. Retrieved December 1, 2022, from

https://www.caracaschronicles.com/2021/03/03/why-are-private-hospitals-so-expensive-in-venezuela/

art

Apéndice

Figura 1. El Sistema de salud de Venezuela



Fuente: National Institute of Health[NIH], 2017.

Figura 2. Indicadores de desempeño del sistema de salud de Venezuela.

Componente	Indicador	Venezuela	Comparación
Calidad	3. Malaria número de casos en 2019 4. Gasto en salud	3. 273,126 casos 4. 5.4% de GDP	3. 3,001 casos **Educador** 4. 9.3% de GDP **Chile**
Cobertura	4. Médicos/habitantes 5. Población con seguro médico 6. Camas/habitantes	4. 1.73/1000 5. 54% 6. 0.9/1000	4. 38/1000 **Argentina** 5. 88% **Guatemala** 6. 2.1/1000 **Brasil**
Eficiencia del Sistema	3. Número de camas de hospital/pacientes 4. Costo personal de una visita primaria 3. Costo por visita de paciente ambulatorio	4. 0,8/1000 5. $36 6. $162	4. 5.2/1000 **Cuba** 5. $31 **Guatemala** 6. $20 **Bolivia**
Eficiencia Técnica del Sistema	3. Cirujanos/habitantes 4. Enfermas/médico	3. 18/ 100,000 4. 2.1/1000	1. 43/100,000 **Perú** 2. 6/1000 **Bolivia**
Eficacia	4. Esperanza de vida 5. Tasa de mortalidad 6. Tasa de mortalidad infantil	4. 72 años 5. 6.81/1000 6. 25.057/1000	4. 80.1 **Costa Rica** 5. 6.2/1000 **Chile** 6. 4.188/1000 **Cuba**
Equidad	4. Tasa de mortalidad materna 5. Acceso mejorado a instalaciones de saneamiento 6. Tasa de embarazo adolescente	4. 125/100,000 5. 95.8% 6. 96/1000	4. 39/100,000 **Argentina** 5. 80.3% **Nicaragua** 6. 69/1000 **Colombia**

Fuentes: de diversas fuentes incluidas en la lista de referencias.