



1894

Reflexiones sobre el
Sistema de Salud Venezolano

“La vida carece de valor si no nos produce satisfacciones. Entre éstas, la más valiosa es la sociedad racional, que ilustra la mente, suaviza el temperamento, alegra el ánimo y promueve la salud”

Thomas Jefferson

1. Introducción

Desde sus orígenes, el ser humano ha tratado de explicarse la realidad y los acontecimientos trascendentales que en ella tienen lugar como la vida, la muerte o la enfermedad. Son bastante conocidas las prácticas de higiene y salud llevadas a cabo por pueblos como el egipcio, griego y mesopotámico; si bien las primeras manifestaciones de conservación de la salud de los pueblos existen desde los comienzos de la historia, la salud pública como práctica y derecho tiene apenas poco más de dos siglos de existencia. Es tan solo con la revolución francesa, que se comienza a manejar el concepto de la salud pública como un derecho de los ciudadanos, siendo el Estado el encargado de facilitar y regular el hecho de que todos tengan la posibilidad de acceder a ella y asegurar la calidad de la misma.

Hoy en día, se entiende como sistema de salud pública al conjunto de actuaciones destinadas a promover, conservar y mejorar la salud de las poblaciones así como el control y la erradicación de las enfermedades. Si bien el Estado es el principal actor institucional de la salud pública, ésta se concibe como el esfuerzo organizado de la sociedad, principalmente a través de las instituciones de carácter público, para mejorar, promover, proteger y restaurar la salud de las poblaciones, por medio de acciones colectivas, que debe incluir tanto al sector público y privado.

En Venezuela, las políticas públicas en materia de salud vienen enmarcadas en la Constitución de la República. Así se estableció en la de 1961 y en la de 1999. En esta última se consagra la salud pública como un derecho social fundamental, tal y como se menciona en los artículos 83, 84 y 85. Se establece que el Estado gestionará y financiará un sistema público nacional de salud, el cual será gratuito y descentralizado. Asimismo, supervisará y regulará tanto las instituciones públicas como las privadas.

Si bien la Constitución garantiza el tratamiento oportuno y una rehabilitación de calidad, la realidad que viven los venezolanos en las instituciones públicas de salud es otra muy distinta. Son innumerables los problemas por los que atraviesan los centros de salud pública. Falta de insumos básicos, infraestructura y equipamiento deficientes, personal médico y asistencial mal pagado y desmotivado, presupuesto insuficiente y fuga de talentos, son algunos de los problemas por lo que atraviesa el sistema público de salud.

Luego de los inmensos recursos recibidos por Venezuela por concepto de renta petrolera desde el año 2004, resulta contradictorio que el Estado no haya sido capaz de resolver los problemas básicos de salud de los venezolanos. Se puede concluir que la falta de recursos no ha sido el factor principal que impide a nuestro país contar con una salud pública de calidad, tal y como se consagra en nuestra Carta Magna. Por lo tanto, es necesario identificar las causas que ocasionan el deterioro del sistema, y más importante, establecer las medidas y correctivos necesarios para que el país pueda contar con un régimen integral de salud pública de primer orden, que sirva como herramienta para mejorar la calidad de vida de todos los venezolanos.

La Cámara de Comercio de Maracaibo considera a la salud pública nacional como un principio fundamental dentro del concepto de Responsabilidad Social Empresarial. Este trabajo no pretende ser un documento de referencia científica, solo busca sensibilizar a la opinión pública venezolana sobre la situación actual del sistema nacional de salud y sus posibles soluciones, ya que existe una relación esencial entre la salud de los pueblos, la calidad de vida y el desarrollo socio-económico. No existe desarrollo en ningún país sin políticas públicas que garanticen la salud de sus habitantes.

2. Breve reseña histórica de la salud en Venezuela a partir del siglo XX

En 1911, el Ejecutivo Nacional crea la Oficina de Sanidad Nacional, dependiente del Ministerio de Relaciones Interiores. Ya para 1912, se promulga la primera Ley de Sanidad Nacional, haciendo énfasis en el saneamiento ambiental y el control de endemias rurales como: paludismo, fiebre amarilla y tuberculosis, con un enfoque netamente curativista.

En 1926 la expectativa de vida era de 34 años y la población venezolana era de 3.026.878 habitantes. Esta población padecía de diversas endemias que ocasionaban la muerte prematura de ciudadanos en una amplia zona del territorio nacional.

En 1930 se crea el Ministerio de Salubridad y Agricultura y Cría, con dos direcciones: Salubridad Pública y Agricultura y Cría.

El 25 de febrero de 1936, en el gobierno del general Eleazar López Contreras, se inicia el proceso de racionalización de la Salud en Venezuela. Por decreto, el Ministerio de Salubridad y Agricultura y Cría fue dividido en dos: El de Agricultura y Cría (M.A.C) y el de Sanidad y Asistencia Social (M.S.A.S). Es importante señalar que el M.S.A.S nace con la premisa de lograr una centralización normativa y una descentralización ejecutiva.

Por lo tanto, ya desde 1936 la atención a la salud se había constituido en una responsabilidad del Estado. Es en el seno del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (MSAS) en donde mayoritariamente se desarrollan las actividades de investigación en salud pública durante este período de consolidación institucional. En ese momento, el afán modernizador de los gobiernos de López Contreras y Medina, así como el impulso dado a la lucha contra las endemias rurales durante la dictadura de Pérez Jiménez, parecieron dar resultados en lo que respecta al saneamiento ambiental con un descenso en las endemias que afectaban a los venezolanos. Debe destacarse que a finales del período gomecista, de una población estimada en tres millones de habitantes, anualmente se registraba cerca de un millón de casos de paludismo, y por diversos medios se reclamaba por la necesidad de “un hombre sano como condición para el desarrollo”.

En 1938 se crean las Unidades Sanitarias, para desarrollar la Red Nacional de servicios curativos y preventivos; los curativos se desarrollaban en los hospitales y los preventivos en las unidades sanitarias. En este período comienzan a elaborarse los Planes de la Nación.

En la década de los 60 hubo una tendencia en la orientación de la formación del personal de salud, hacia una visión integral del hombre que toma en cuenta sus aspectos biológicos, psicológicos, sociales y culturales.

Se fortalece la política de atención primaria de salud, con énfasis cada vez mayor en los aspectos de promoción y prevención; con participación creciente de las comunidades en la planificación, ejecución, evaluación y control en las actividades del área de la salud.

En las siguientes décadas, el desarrollo propugnado por los organismos internacionales, se comporta como paradigma hegemónico en la formulación de las políticas nacionales de salud para muchos países. Para 1961, la campaña antimalárica dirigida por Arnoldo Gabaldón, y el Programa de Vivienda Rural en la lucha contra el mal de Chagas y la Bilharzia van a concentrar los esfuerzos operativos y de investigación en Venezuela. Al

mismo tiempo, el Dr. José Ignacio Baldó disminuye considerablemente la tuberculosis en toda la geografía venezolana.

En relación con el Programa de Erradicación de la Malaria "...el IX Informe de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) publicado en 1961, presenta datos de los que se desprende que el área de malaria erradicada en Venezuela para 1960 (el 70% del territorio), es más del triple del área de malaria erradicada del resto de los países de América Latina."

Venezuela se coloca a la vanguardia, y deviene en referencia académica internacional, aportando desde la "Escuela Internacional de Malariología" numerosos técnicos que se van a incorporar a la lucha contra este flagelo en todo el mundo. En contraste con lo ocurrido en décadas anteriores, el Estado a través del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social asume grandes responsabilidades en la investigación en salud pública como base para los diferentes programas de combate a las endemias rurales.

En relación con la justificación de las políticas de salud del Estado venezolano y su correspondencia con lo que se hacía para el momento a nivel internacional, el Dr. Arnoldo Gabaldón en la memoria y cuenta correspondiente a 1961 señalaba en Punta del Este (reunión de carácter regional en la cual había participado Venezuela), "...se reconoció que la salud no es solamente deseable por sí misma, como un fin, sino que es también un medio indispensable para el logro de los planes de crecimiento económico y progreso general de la población". Parece querer destacar aquí el grado de sintonía en que se encuentra Venezuela respecto al concierto de las naciones en el marco de la llamada Alianza para el Progreso que se encontraba en marcha.

A continuación, un listado de los aspectos más resaltantes de 1980 hasta la actualidad:

FECHA	ASPECTOS RESALTANTES
1982	Se crean las Regiones Sanitarias y el Reglamento de Distritalización Sanitaria.
1984	Fortalecimiento de la Estrategia de Atención Primaria de Salud (APS).
1987	Se promulga la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud.
1989	Se promulgan la Ley Orgánica de Descentralización, Delimitación y Transferencia de Poderes Públicos y la Ley Orgánica de Régimen Municipal, que transforma el Distrito geopolítico en Municipio Autónomo, como inicio del proceso de reforma del Estado.
1998	Se promulga la Ley Orgánica de Salud y la Ley Orgánica de Seguridad Social.
1999 al 2002	Nace el Ministerio de Salud y Desarrollo Social (M.S.D.S) por la fusión del MSAS y el Ministerio de la Familia. Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social.

FECHA	ASPECTOS RESALTANTES
2003	Comienza el plan BARRIO ADENTRO, en los Municipios Libertador y Sucre del Distrito Capital, bajo el desarrollo de un convenio Cuba y Venezuela, como respuesta del Estado venezolano para la solución de las principales necesidades sociales de salud. Se inicia Misión Barrio Adentro en todo el territorio Nacional, se crea la Comisión Presidencial Misión Barrio Adentro, conformada por el MSDS, Ministerios del Trabajo, Energía y Minas, Presidente de PDVSA, Jefe del Estado Mayor Conjunto, Presidente de la Misión Barrio Adentro, Presidente del Fondo Único Social, Alcaldes de los Municipios Libertador y Sucre y representantes del Frente Francisco de Miranda y Luchadores Sociales. Su función es brindar atención primaria en salud.
2005	Se inicia Barrio Adentro II, el cual esta conformado por los Centros de Diagnósticos Integrales (CDI), Centros de Alta Tecnología (CAT) y las Salas de Rehabilitación Integrales (SRI). Se inicia Barrio Adentro III cuyo propósito es dotar, reestructurar y modernizar los grandes hospitales de la red tradicional.
2006	Se inicia Barrio Adentro IV. Esta nueva misión edificará nuevos hospitales altamente especializados, tales como el Instituto Nacional del Cáncer, el cual funcionará en Guarenas, estado Miranda, la Unidad Oncológica Kléber Ramírez Rojas del Hospital Luis Razetti, ubicado en el Municipio Bolívar, Barcelona, Estado Anzoátegui. Otras de las instituciones que se desean construir son el Hospital Cardiológico Infantil, el Ortopédico Infantil y el Oncológico. Nace el Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS). El nuevo MPPS, tiene como lineamiento central el fortalecer la atención primaria de la salud, mediante la Misión Barrio Adentro.
2011	Reforma de la Ley de Ejercicio de la Medicina para incorporar el concepto de los Médicos Integrales Comunitarios (MIC).

3. Situación actual del Sistema Nacional de Salud

Las políticas públicas en el ámbito de la salud y la seguridad social en Venezuela, tanto en los primeros 40 años de democracia (1958-1998), como en estos tiempos, desde la perspectiva establecida en los textos constitucionales de 1961 y de 1999, distan mucho del acatamiento que debía tener el Estado para con la población venezolana. La Constitución de 1961 establecía que en forma progresiva se desarrollaría un sistema de seguridad social y que todos tienen derecho a la protección de la salud. En la realidad es solo en 1998 que se legisla en materia de seguridad social y la protección general a la salud de toda la población brilló por su ausencia. En la Constitución de 1999, en su exposición de motivos y específicamente en el capítulo V, de los derechos sociales y de las familias, puede leerse: "Se garantiza para todos la seguridad social, la cual debe responder a los conceptos de solidaridad, universalidad, integralidad, unicidad, participación y eficiencia. 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". Todos estos conceptos quedaron plasmados dentro del articulado de dicha Constitución. En la práctica, después de 12 años de vigencia del texto constitucional, la salud pública en Venezuela está colapsada y plagada de conflictos de todo orden (laborales, infraestructura, insumos, cantidad y calidad de personal, costos y precios, centralización y controversias con el sistema de salud privado). La ley de

Seguridad Social aprobada en 1998, se convirtió en la Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social en el 2002 y a la fecha espera por su implantación.

3.1. La salud y el entorno socio-económico en la Venezuela de hoy.

A lo largo de los últimos 12 años, el Gobierno Nacional ha implementado un modelo de Estado caracterizado por centralismo y estatismo, autoritarismo, partidización política e imposición ideológica, lo cual vulnera los principios fundamentales de la Democracia establecidos en la Constitución. La sociedad democrática requiere y demanda acciones tendientes a resolver dificultades y a la vez conquistar nuevos y mejores niveles de calidad de vida.

El gobierno actual se caracteriza por la centralización de las Instituciones Públicas destinadas a prestar servicios de salud. En el país, la atención primaria se realiza a través de la Misión Barrio Adentro, con la mayoría de los hospitales generales y los hospitales especializados centralizados administrativa y territorialmente. Esto, unido a los programas de salud pública ejecutados por algunas gobernaciones y alcaldías, da como resultado un sistema difícil de coordinar. La información es dispersa y poco adecuada. Por tal razón, el procesamiento de la misma se realiza a través de múltiples fuentes secundarias y métodos de análisis, lo cual dificulta el levantamiento de estadísticas confiables y de manera oportuna.

Con la aparición en la Gaceta Oficial N° 4.153 de fecha 28 de diciembre de 1989 de la Ley de Descentralización, delimitación y transferencias de competencia del Poder Público, quedó definitivamente aprobada una de las leyes más importantes del período democrático. Esta ley, junto con la elección popular de Gobernadores y Alcaldes, abre sin lugar a dudas, las puertas al proceso de descentralización en Venezuela. De acuerdo a esto, los Estados asumen como nuevas competencias exclusivas las siguientes:

- La organización, recaudación, control y administración del papel sellado.
- El régimen, administración y explotación de algunos minerales, tales como: piedras de construcción, el mármol, las arenas calizas; y además las salinas y los ostrales de perlas, así como el régimen Impositivo respectivo.
- La conservación, administración y aprovechamiento de las carreteras, puentes, autopistas, mantenimientos de puentes y aeropuertos públicos de uso Nacional.
- La organización, recaudación, control y administración de los impuestos al consumo no reservados por la ley al Poder Nacional.

Posteriormente a la descentralización fiscal se agregan: Las Leyes correspondientes al FIDES y LAE.

En la constitución vigente se establece que los Gobiernos Regionales pueden establecer la Hacienda Regional, instalándose después de los dos primeros años de entrar en vigencia la Constitución de 1999.

Todas estas transferencias dan lugar a recursos financieros importantes a nivel de gobernaciones, que les permitan formular y ejecutar proyectos destinados a satisfacer necesidades humanas, entre ellas todo lo referente a la salud descentralizada.

El gobierno actual abolió de facto estas conquistas, convirtiendo a las gobernaciones totalmente dependientes del poder central y recibiendo solo el Situado Constitucional.

3.2. Venezuela y la salud en cifras

La expectativa de vida de los venezolanos, debido a las políticas de salud desarrolladas en el tiempo, es de 76.8 años para el año 2010, tomando en cuenta que para ese año la población venezolana era de 28.833.845 habitantes, de los cuales 14.456.287 (50.14%) son hombres y 14.377.558 (49.89%) son mujeres, siendo el mayor número de habitantes el grupo de personas menores de 35 años.

Al aumentar el promedio de vida de los venezolanos y la concentración urbana, surgen las enfermedades crónicas, con su caudal de morbimortalidad, tales como patologías cardiovasculares, la diabetes, el cáncer, procesos mentales, las nefropatías, la aparición del SIDA y la enfermedad de Alzheimer. Los accidentes de tránsito se convierten en un problema de salud pública por su elevada tasa de morbilidad, discapacidad y muerte.

Para el año 2010, los médicos que atienden a la población del país ascienden a 231 por cada 100.000 habitantes, estimándose en 65.000 los médicos existentes.

La tasa de mortalidad general en Venezuela, durante el período 1990-2007, ha tenido una tendencia estacionaria o lineal, con un leve ascenso. Cabe destacar que en cuanto a la tasa de mortalidad materna ocupamos el segundo lugar de la región, luego de Brasil. En cuanto a la mortalidad infantil nos encontramos ligeramente por debajo del promedio.

Las principales causas de mortalidad general en Venezuela, durante el año 2007, son las siguientes:

Posición	Causa de Muerte	Porcentaje
1	Enfermedades Cardiovasculares	20.18%
2	Cáncer	15.17%
3	Accidentes todo tipo	8.25%
4	ACV	7.76%
5	Diabetes	6.17%
6	Afecciones Perinatales	3.92%
7	Enfermedades de vías respiratorias inferiores	2.71%
8	Influenza y neumonías	2.42%
9	Enfermedades del Hígado	2.19%
10	Anomalías Congénitas	1.74%
11	Sida	1.32%
12	Nefritis y nefrosis	1.27%
13	Tumores benignos	1.25%
14	Enfermedades infecciosas intestinales	1.02%

NOTA: De acuerdo con estadísticas del Observatorio Venezolano de Violencia (OVV), el año 2010 cerró con una cifra cercana a las 17.600 muertes en hechos violentos (acción del hampa y enfrentamientos con la policía, entre otros), 1.600 más que el año 2009. De ser cierto, pudiera inferirse que las muertes por violencia se ubicarían entre las primeras causas de muerte en el país.

3.3. Enfermedades Re-emergentes

El progresivo desmantelamiento de la Dirección de Malariología y Saneamiento Ambiental, por parte de las autoridades sanitarias, ha llevado a la aparición de algunas enfermedades que habían sido erradicadas o controladas en nuestro país.

En el año 2010, los casos de dengue en Venezuela aumentaron un 85% y los de malaria un 138%, en el primer trimestre de ese año, en comparación con el mismo período del año anterior. Así lo informó el boletín epidemiológico oficial correspondiente a la semana 13 del año 2010.

Hasta el pasado 3 de abril del mismo año, se registraron en el país 22.154 casos de dengue, frente a los 11.936 del mismo período del año anterior, y 12.717 casos de malaria, muy por encima de los 4.917 del primer trimestre de 2009.

Acerca de la parotiditis, comúnmente conocida como “paperas”, el actual presidente de la Academia Nacional de Medicina, Claudio Aoun Soulie, explicó que en el año 1998, al 92% de la población comprendida entre 1 y 4 años se le administró la vacuna trivalente y de 40.000 casos se redujo a 2.500; en el año 2000 los registros muestran más de 200.000 casos, cifra nunca antes vista en Venezuela.

Sobre el dengue, el mismo académico informó que en 2010 se produjeron en el país más de 204.000 casos, de los cuales casi 10.000 fueron hemorrágicos. Estas cifras llevan a Venezuela a ocupar el primer lugar en América en casos de esta enfermedad.

Respecto a la tuberculosis, se observó una baja tasa de mortalidad y de incidencia con leve tendencia al descenso. Finalmente, en el 2010, hubo un brote del mal de Chagas con una persona fallecida.

3.4. Estructura de los servicios de salud en Venezuela

3.4.1. Niveles administrativos (3):

Nivel central	Nacional	<ul style="list-style-type: none">• Con funciones preponderantemente normativas.• Tiene como jurisdicción todo el país.• Su máxima autoridad es el Ministerio del Poder Popular para la Salud.
Nivel intermedio	Regional	<ul style="list-style-type: none">• Con funciones de coordinación.• Abarca una entidad federal.• La máxima autoridad es el Director Regional de Salud.
Nivel local	Municipal	<ul style="list-style-type: none">• Con funciones operativas de ejecución programática.• Abarca las comunidades.• Su autoridad es el Jefe del Municipio Sanitario.

3.4.2. Niveles de Atención de Salud

Ofrece una atención de salud en base a tres (3) niveles de complejidad creciente: primario, secundario y terciario, organizados en función de las especialidades que intervienen en esta atención, complejidad del equipamiento y apoyo diagnóstico del mismo y de la complejidad arquitectónica del establecimiento en el cual se presta dicha atención.

- **Nivel Primario**

Es la puerta de entrada al sistema nacional de salud

Sedes: ambulatorio rural tipo I y II, urbano I

Cobertura: población hasta de 10.000 habitantes

- **Nivel Secundario**

Consiste en atención especializada ambulatoria y recibe casos enviados desde el primer nivel.

Sedes: Estructuras físicas más desarrolladas.

Cobertura: de 10.000 a 100.000 habitantes.

- **Nivel Terciario**

Es aquel con máxima complejidad estructural y funcional.

Cobertura: mayor de 100.000 habitantes.

3.4.3. Clasificación de los establecimientos de salud

Se clasifican de acuerdo a las funciones asistenciales que prestan, el personal que labora en ellos y las zonas donde se encuentran (rurales o urbanas).

La red de atención está conformada en todo el país por ambulatorios rurales, urbanos y los hospitales.

- Ambulatorios rurales: prestan atención integral, general y familiar a nivel primario, excepto hospitalizaciones. Están ubicados en población menor de 10.000 habitantes (Tipos I y II).
- Ambulatorios urbanos: prestan atención médica integral de carácter ambulatorio. Ubicación: población de más 10.000 habitantes (Tipos I, II y III).
- Hospitales: Prestan atención médica completa, tanto curativa como preventiva (Tipos I, II, III y IV).
- Red de atención primaria de salud que está constituida por los consultorios populares, las clínicas populares I y II, los centros de diagnóstico integral (CDI), los centros de alta tecnología y los servicios de rehabilitación integral. Esta red está conformada por la misión Barrio Adentro.

4. Recomendaciones

- 4.1. Aplicar las políticas públicas de salud, contenidas y consagradas en la Constitución Nacional. Considerando que el marco legal y las políticas públicas están consagradas en la Constitución vigente, deben aplicarse las leyes de acuerdo a lo establecido en los artículos 83, 84 y 85 de la misma.
- 4.2. La prevención es la mejor forma de mantener sano al ser humano. La educación, las vacunaciones y el saneamiento ambiental, son sus pilares fundamentales. Se requiere mejorar la eficiencia de la ejecución de los planes de prevención, control, eliminación y erradicación. Para un buen saneamiento ambiental, es indispensable contar con un eficiente sistema de aguas potables y aguas servidas. Asimismo, los programas de prevención deben ser manejados estrictamente desde el punto de vista técnico, por equipos profesionales de salud competentes.
- 4.3. La selección y formación del recurso humano profesional y del personal auxiliar, en todas las áreas de la salud pública, debe ser idónea, evitando el ejercicio ilegal de la medicina. Todo personal médico debe estar debidamente acreditado de acuerdo a las leyes venezolanas. Asimismo, el personal de la salud debe contar con un salario adecuado que le permita vivir dignamente.
- 4.4. La administración de la salud debe ser descentralizada, manejada desde las regiones, mediante una gerencia profesional que administre de manera eficiente los recursos dirigidos hacia la salud. Los tres (3) niveles de atención (nacional, regional y municipal), deben ser administrados y financiados por Gobernaciones, Alcaldías, Instituto Venezolano de los Seguros Sociales y Poder Central. Para ello, es fundamental restituir la administración y los recursos económicos a las gobernaciones y alcaldías.
- 4.5. Además de la cotización obligatoria establecida en la Ley, el Seguro Social debe implementar un régimen que facilite la cotización voluntaria para incrementar su fortaleza financiera. Podrán ser sujetos de aseguramiento en este régimen los trabajadores en negocios familiares, los profesionales independientes, pequeños empresarios informales, artesanos y demás trabajadores no asalariados que forman parte de la economía informal.
- 4.6. La Infraestructura física de los centros de salud pública debe ser óptima, por lo que el mantenimiento de los mismos juega un papel fundamental.
- 4.7. Hay que tomar en cuenta el crecimiento poblacional para la planificación de la construcción de nuevos centros asistenciales.
- 4.8. Dotar a los Centros de Salud Pública con todos los insumos necesarios, así como con equipos adecuados con tecnología de última generación. Es vital la formación del recurso humano idóneo para la correcta utilización de los equipos médicos, así como todo lo requerido para su óptimo mantenimiento.
- 4.9. Definir prioridades para la asignación de recursos, basándose en criterios de necesidad de la salud y costo-efectividad de las intervenciones, mejorando los sistemas de información que aseguren rendición de cuentas y evaluación de las políticas implantadas.

- 4.10. Debe haber énfasis en la atención médica primaria, atención materno infantil, asistencia social y médica al discapacitado, así como a la tercera edad.

Un esquema a desarrollar en los diferentes niveles de atención sería el siguiente:

- **Atención Primaria**

La misma, se presta en:

- a.- Ambulatorios Rurales I y II, brindando atención médica general y familiar en forma integral; entendiéndose por ésta la evaluación de la persona en forma holística. Se ubican en poblaciones menores de 10.000 habitantes.
- b.- Ambulatorios Urbanos Tipo I. Este posee las mismas características que los rurales pero en poblaciones hasta de 10.000 habitantes.

Estos centros asistenciales deben contar con recurso humano adecuado, que incluya al médico general y/o de familia (médicos generales con especialización en: medicina familiar, medicina interna, pediatría y geriatría) que se encargaran de velar por la salud del paciente y su grupo familiar, T.S.U en enfermería, promotor social o trabajador social, psicólogos, psicopedagogos, fisioterapeutas, odontólogos y asistente dental, personal obrero.

Con el objeto de descongestionar el servicio público en los grandes hospitales y reducir el grado de morbilidad, la atención primaria debe contemplar los aspectos siguientes:

- a.- Módulos a nivel de parroquias destinados a prestar una atención médica no simplificada (como se hace actualmente), que deben tener equipos para realizar terapias respiratorias y equipamiento de poca complejidad (estetoscopio, ORL, tensiómetro). Igualmente, estos módulos deben incluir las funciones de laboratorio: sangre, orina y heces. Estos deben permanecer abiertos las 24 horas del día.
- b.- Centros para ubicar equipos destinados a prestar servicios de Imágenes (ecogramas y rayos X).
- c.- Centros de rehabilitación de acuerdo a la técnica de fisioterapéutica, tal como se encuentran en los actuales momentos.
- d.- Los ambulatorios o pequeños hospitales donde pueden prestarse servicios: pre-natal, primeros auxilios y tratamiento de enfermedades con médicos especialistas.

La atención primaria de salud debe ser atendida en su organización y financiamiento por las Gobernaciones, utilizando personal capacitado.

- **Atención Secundaria**

Presta atención especializada ambulatoria, recibe los casos del nivel primario. La atención se realiza en ambulatorios urbanos II y III y hospitales I y II. Los mismos deben permanecer abiertos las 24 horas del día, haciendo énfasis en el control del embarazo y atención de partos normales. Atiende poblaciones mayores a 10.000 habitantes

Recurso Humano: médicos generales y especialistas, bioanalistas, nutricionistas, enfermeros (as) (licenciados y T.S.U), trabajador social, odontólogos, auxiliares de laboratorio y odontología, técnicos en RX.

Recurso Tecnológico: radiología, ecografía, ECG, equipo de odontología y laboratorio con sus respectivos insumos.

○ **Atención Terciaria**

Es el nivel de mayor complejidad estructural y funcional. Se realiza en hospitales III y IV.

La cobertura poblacional es mayor a 100.000 habitantes. Atendidos por todas las especialidades y sub especialidades (medicina interna, pediatría, gineco-obstetricia, cirugía, cardiología, oftalmología, neurología, etc.).

Equipos de Alta Tecnología: brindan atención ambulatoria y hospitalaria.

Hospitales Especializados en Cardiología infantil y adulto, oncológico infantil y adulto, especialidades pediátricas, materno infantiles y maternidades.

En todo nivel de atención habrá:

- 1.- Promoción y prevención de la salud.
- 2.- Atención integral al individuo.
- 3.- Docencia e investigación de acuerdo a los recursos existentes.
- 4.- Sistema de referencia y contra referencia que ayuda a descongestionar la salud general.
- 5.- Participación de la comunidad

○ **Hospitales Públicos**

Se contemplan dos tipos: Hospitales Generales y Hospitales Especializados:

- a. Los Hospitales Generales destinados a tratar: cirugías, enfermedades complejas, trasplante de órganos, diálisis. Estos estarían dependiendo administrativa y financieramente del Poder Central.
- b. Los Hospitales Especializados realizarían los servicios de salud de altos costos, tales como:
 - Oncológicos: Para el tratamiento de enfermedades cancerosas.
 - Tratamiento cardiovascular: Cirugía corazón abierto, colocación de stent, marcapasos, estudios electro fisiológicos, cateterismos, colocación de M.A.P.A y holter.
 - Traumatología: Cirugía ósea, instalación de prótesis, corrección de deformaciones.
 - Maternidad: Obstetricia y Ginecología.
 - Enfermedades de niños: Cardiológico Infantil, Especialidades Pediátricas y Oncología

Estos hospitales serían coordinados y organizados por el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS) y se instalarían en los centros más poblados del territorio nacional

o **Las Clínicas Privadas**

- a. Clínicas Privadas Empresariales. Comprenden los servicios prestados por los hospitales en función de obtener lucro. El Estado debe supervisar y establecer normas para obtener de estos centros hospitalarios, atención y facilidades para el público en general.
 - b. Hospitales Privados sin Fines de Lucro. Dichas instituciones obtendrán recursos monetarios para cubrir sus costos y podrán ser subsidiados por el Gobierno Nacional y por el conglomerado empresarial y gremial, directamente o a través de fundaciones para dicho fin.
- 4.11. Debe existir una sinergia y colaboración entre el sistema de salud público, el sector privado, instituciones religiosas y organizaciones no gubernamentales.
 - 4.12. Seguro médico social universal, a fin de proteger a los habitantes de Venezuela, de las contingencias de enfermedades y accidentes que puedan suceder.
 - 4.13. Se recomienda ampliamente estudiar las experiencias en materia de salud y de políticas sanitarias llevadas a cabo en otros países, y que pudieran servir de base o modelo para el sistema de salud pública nacional en el marco de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela.

CAMARA DE COMERCIO DE MARACAIBO

DICIEMBRE DE 2011

Este trabajo fue elaborado por un equipo interdisciplinario bajo el auspicio de la Cámara de Comercio de Maracaibo. Entre los documentos, estudios y trabajos consultados que sirvieron para la preparación de este trabajo, podemos mencionar los siguientes:

1. Boletín Esc. de Medicina, P.Universidad Católica de Chile, Monografías de Educación Continua - El Sistema de Salud Chileno, Dr. Juan Giaconi Gandolfo, 1994
http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/boletin/html/salud_publica/1_2.html
2. El cuidado de la salud en Canadá, Centro Comunitario de Salud (CCS) The Four Villages, 2000
http://www.settlement.org/downloads/el_cuidado_de_la_salud_en_canada.pdf
3. Diez logros sanitarios más importantes en el siglo veinte, R. Evans, 2001
http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0798-04692001000100003&script=sci_arttext
4. La Academia Nacional de Medicina en su centenario: Logros y desafíos, Dr. Juan José Puigbó, 2004
<http://www.anm.org.ve/FTPANM/online/Publicaciones-noticiasbibliograficas/Centenario.pdf>
5. La investigación en salud pública. De la transición epidemiológica a la transición epistemológica, Pedro Enrique Villasana López, 2008
http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol33_4_07/spu13407.html
6. La filosofía y características de la sociedad venezolana actual y sus perspectivas a principios de este siglo XXI, Omar Ricardo Gómez Castañeda, 2009
<http://pensardenuovo.org/la-filosofia-y-caracteristicas-de-la-sociedad-venezolana-actual-y-sus-perspectivas-a-principios-de-este-siglo-xxi/>
7. Estado actual de la salud en Venezuela, Dr. Claudio Aoun Soulie, 2010
<http://www.anm.org.ve/FTPANM/online/2010/pdf/ALANAM-CHILE-2010.pdf>
8. Informe especial: El sistema de salud público en Gran Bretaña, William Marsden, Embajador U.K., 2010
<http://sistemas-sanitarios-uah.wikispaces.com/Servicios+y+urgencias+en+Gran+Breta%C3%B1a>
9. Organización Panamericana de la salud, Situación general y tendencias de la salud en Aruba, 2010
http://www.paho.org/spanish/dd/ais/cp_533.htm
10. Algunos apuntes sobre la historia de la salud y educación médica venezolana, en Contribuciones a las Ciencias Sociales, noviembre 2010, Yaneth del Cerro Campano y Miguel Alejandro Cruz Cabezas
http://econpapers.repec.org/article/ervcoccss/y_3a2010_3ai_3a2010-11_3a20.htm
11. Salud pública en Cuba, Sitio oficial de Net for Cuba International, 2011-09-28
<http://www.netforcuba.org/apps/videos/>
12. Boletín de la Academia Nacional de Medicina de Venezuela, Decálogo para un gastroenterólogo, Dr. Isaías Farcheg, 2011
<http://www.anm.org.ve/FTPANM/online/2011/boletines/N31/K-Bol-ANM-FARCHEG-IV-35.pdf>
13. Pronunciamiento de la Academia Nacional de Medicina sobre graduación de Médicos Integrales Comunitarios. 20 de octubre de 2011
www.rscmv.org.ve/pdf/pronunciamiento2011.pdf