

## Sistema de salud en Venezuela: ¿un paciente sin remedio?

The health system in Venezuela: a patient without medication?

O sistema de saúde na Venezuela: um paciente sem remédio?

Alejandra Carrillo Roa <sup>1</sup>

doi: 10.1590/0102-311X00058517

### Resumen

*La coyuntura venezolana está marcada por una profunda crisis socioeconómica que genera interrogantes sobre sus efectos en el sistema de salud. El objetivo de este trabajo fue analizar las tendencias y la situación actual del sistema de salud venezolano, con especial énfasis en la financiación. Teniendo por base el marco de acción de la Organización Mundial de la Salud para el fortalecimiento de los sistemas de salud, fueron estudiados cinco de los seis componentes básicos del sistema, así como los resultados en términos de cobertura y salud de la población. El financiamiento de la salud en Venezuela resultó ser primordialmente privado, con un elevado y creciente componente de gasto de bolsillo que se coloca entre los mayores del mundo. Asimismo, el sector salud mostró una baja prioridad fiscal, con un gasto público reducido y vulnerable ante las oscilaciones de los precios del petróleo. Por otro lado, la prestación y el acceso efectivo a los servicios de salud se ha visto comprometido en años recientes, debido -entre otros factores- a la disminución en la disponibilidad de médicos, particularmente para algunas especialidades; fallas en la dotación y equipos médicos de los centros de salud; escasez de insumos médicos, medicamentos y vacunas, afectando la salud de la población que registra algunos retrocesos. Las características estructurales de la economía y la dinámica coyuntural socioeconómica han impactado en el sistema de salud venezolano, profundizando problemas de vieja data como la fragmentación, segmentación y "privatización" del sistema y provocando el surgimiento de nuevas dificultades como escasez de medicamentos, opacidad en la información, entre otros.*

*Sistemas de Salud; Financiación de la Atención de la Salud; Servicios de Salud*

### Correspondencia

A. Carrillo Roa  
Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa.  
Avenida Padre Cruz, 1600-560 Lisboa, Portugal.  
acarrilloroa@gmail.com

<sup>1</sup> Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, Portugal.



## Introducción

En años recientes Venezuela ha presentado un escenario volátil y de grande incertidumbre, caracterizado por un continuo debilitamiento de la institucionalidad y la cohesión social de los venezolanos. La Tabla 1 sintetiza algunas de las principales características, acontecimientos y políticas de la historia reciente del país, particularmente, del sistema de salud.

Las condiciones sociales se han deteriorado rápidamente, con un nivel de pobreza que, según el Instituto Nacional de Estadísticas (INE. [http://www.ine.gov.ve/index.php?option=com\\_content&view=category&id=104&Itemid=45](http://www.ine.gov.ve/index.php?option=com_content&view=category&id=104&Itemid=45), accedido el 24/Jul/2017), alcanzó a un tercio de la población (33,1%) en el primer semestre de 2015 y aumentó a 82% de los hogares en 2016 <sup>1</sup>. La pérdida del poder adquisitivo y la acentuada escasez de alimentos básicos -29,4% en marzo de 2014, último registro oficial (Banco Central de Venezuela. <http://www.bcv.org.ve/c2/indicadores.asp>, accedido el 20/Jul/2017)- impactaron negativamente en la situación alimentaria y nutricional de la población (con cambios bruscos en los patrones de alimentación y pérdida de peso significativa <sup>2</sup>). Las políticas de regulación de precios, desplazamiento del sector privado en la cadena productiva y delegación del control de la logística de la producción nacional a la Fuerza Armada Nacional Bolivariana (FANB) no han resuelto el problema de la escasez y han contribuido a consolidar el mercado negro de productos de la canasta básica, cuyos precios en mayo de 2017 superaban en más de 7.000% a los precios controlados <sup>3</sup>.

La violencia también es motivo de preocupación. Si bien en 2013 el gobierno aprobó una ley orientada a regular el porte de armas y promover el desarme de la población, paralelamente ordenó la creación de milicias obreras bolivarianas y designó a las FANB para realizar labores de seguridad ciudadana. Además, desde 2015, fue implantada la política de Operación Liberación del Pueblo (OLP), operativos contra el crimen organizado ampliamente criticados por excesos en la actuación de los cuerpos de seguridad, reconocidos incluso por el gobierno. Según el Ministerio Público, la tasa de homicidios aumentó de 58,1 por 100 mil habitantes en 2015 a 70,1 en 2016 <sup>4</sup>, la mayor cifra oficial en la historia del país.

**Tabla 1**

Síntesis de la coyuntura política, económica, social y del sistema de salud en Venezuela.

	<b>Características y acontecimientos relevantes</b>	<b>Políticas</b>
Coyuntura política	Debilidad del Estado de Derecho y de la institucionalidad. Instalación de un proceso constituyente sin consulta popular. Creciente polarización y aumento de la conflictividad política. Plebiscito nacional como acto de desobediencia civil.	Establecimiento y manutención del Régimen de Excepción y de Emergencia Económica. Manutención del control cambiario con devaluaciones puntuales.
Coyuntura económica	Contracción severa del PIB -ciclo recesivo. Elevada y creciente inflación -mayor tasa del mundo. Disminución de los precios del petróleo.	Regulación y control de precios. Opacidad de estadísticas económicas y sociales y de rendición de cuentas del ejecutivo nacional.
Coyuntura social	Aumento de los niveles de pobreza. Pérdida del poder adquisitivo. Marcada volatilidad y vulnerabilidad de la inversión social. Ruptura social y aumento de la conflictividad social. Pronunciada escasez de alimentos y deterioro de la situación alimentaria y nutricional. Elevadas y crecientes tasas de homicidios y persistencia de sicarios y secuestros.	Aumento recurrente del salario mínimo. Expropiación de empresas y de tierras de producción de alimentos. Importación pública de alimentos – restringida en años recientes. Delegación de la FANB para la logística de la producción nacional. Establecimiento de los CLAP. Ley para el control de armas, municiones y desarme. Creación de milicias obreras bolivarianas. Delegación de la FANB para labores de seguridad ciudadana. Operaciones de Liberación del Pueblo (OLP).

(continúa)

Tabla 1 (continuación)

		Características y acontecimientos relevantes	Políticas
Sistema de salud	Financiamiento	Financiamiento de la salud altamente privatizado. Gasto de bolsillo ( <i>out-of-pocket</i> ) entre los mayores del mundo. Baja prioridad fiscal del sector salud. Elevada vulnerabilidad del gasto en salud. Uso discrecional y opaco de fondos extrapresupuestarios.	Vacío legal -legislación que desarrolla el sistema de salud incompleta e inexistente. Formación de médicos integrales comunitarios. Importación pública de medicamentos y materia prima -restringida en años recientes. Proyectos para la construcción de fábricas de producción de medicamentos e insumos con convenios internacionales (China, Cuba, Colombia y Portugal) -incipientes o paralizados.
	Recursos humanos	Reducida disponibilidad de médicos. Elevada escasez de médicos en algunas especialidades. Deterioro de las condiciones laborales de los profesionales de salud. Emigración de profesionales de salud.	Nombramiento de un Estado Mayor de Salud -sin éxito. Veto presidencial a la Ley Especial para atender crisis humanitaria en salud.
	Prestación de servicios- medicamentos, vacunas y tecnologías	Crecientes listas de espera para cirugías. Reducida disponibilidad del número de camas por habitantes. Persistente escasez de medicamentos en la red pública y privada, así como de insumos médico-quirúrgicos. Inoperancia de gran parte de los servicios de diagnóstico.	
	Información sanitaria	Retrasos y omisiones en la publicación de información básica de salud. Acceso restringido a las estadísticas de la Misión Barrio Adentro.	
	Cobertura, acceso a servicios y salud de la población	Aumento de la parcela de la población con seguro privado y afiliada a la seguridad social. Mitad de la población depende exclusivamente del deteriorado sistema público de salud. Aumento de la mortalidad materna e infantil. Retrocesos en la cobertura de inmunizaciones. Reaparición de enfermedades erradicadas y controladas. Repunte de enfermedades endémicas.	

CLAP: Comités Locales de Abastecimiento y Producción; FANB: Fuerza Armada Nacional Bolivariana; PIB: Producto Interno Bruto.  
Fuente: elaboración propia.

Estos y otros factores vinculados con la crisis económica y del sistema de salud, analizados más adelante, incidieron en el aumento de la conflictividad social, manifestada en el alto número de protestas y actos vandálicos registrados en el país entre 2014 y 2016 -con 6.917 protestas en el último año (Observatorio Venezolano de Conflictividad Social. <https://www.observatoriodeconflictos.org.ve/>, accedido el 22/Jul/2017). En 2017, esta situación se ha agudizado tras un conjunto de decisiones gubernamentales alejadas de la Constitución Nacional, en particular: la eliminación de facto de los poderes legislativos constitucionales de la Asamblea Nacional, por medio de la figura del desacato dictaminado por el Tribunal Supremo de Justicia (TSJ) (decisión revertida) y; por otro lado, la convocatoria de un proceso de reforma constitucional, sin consulta popular previa, avalado por el TSJ y

el Consejo Nacional Electoral (CNE). Como hecho agravante, la oposición convocó la activación del artículo 350 de la *Constitución* que establece el desconocimiento de cualquier régimen que contrarie los principios y garantías democráticas o menoscabe los derechos humanos. En ese contexto, la Asamblea Nacional realizó un plebiscito en el que 7,6 millones de venezolanos manifestaron su desacuerdo con el proceso constituyente. La agudización de la conflictividad registró 4.182 manifestaciones y 135 muertes entre abril y julio de 2017 (Observatorio Venezolano de Conflictividad Social. <https://www.observatoriodeconflictos.org.ve/>, accedido el 22/Jul/2017), denotando también una escalada de la represión por parte de los órganos estatales y paramilitares que actúan como parte del Plan Zamora, activado por el Presidente de la República en abril de 2017.

Considerando la dinámica de la coyuntura económica, política y social en Venezuela, este trabajo tiene por objetivo analizar las tendencias y la situación actual del sistema de salud venezolano, por medio de los componentes básicos definidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS), con especial énfasis en la financiación.

## Metodología

Para analizar el sistema de salud de Venezuela, este trabajo utilizó como referencia el marco de acción de la OMS para el fortalecimiento de los sistemas de salud <sup>5</sup> que define seis elementos básicos constitutivo de un sistema de salud:

- (1) Prestación de servicios: ofrece intervenciones de salud personales y no personales, efectivas, de calidad y seguras a aquellos que las necesitan, cuando y donde sea necesario, con un mínimo de desperdicio de recursos;
- (2) Dotación de recursos humanos de salud: dispone de una fuerza de trabajo de salud, que se desempeña en forma receptiva, justa y eficiente para lograr los mejores resultados de salud posibles, dados los recursos y las circunstancias disponibles (personal suficiente y equitativamente distribuido, competente, responsable y productivo);
- (3) Sistema de información sanitaria: asegura la producción, el análisis, la difusión y el uso de información fiable y oportuna sobre los determinantes de la salud, el rendimiento del sistema de salud y el estado de salud de la población;
- (4) Medicamentos, vacunas y tecnologías: garantiza el acceso equitativo a los productos médicos, vacunas y tecnologías esenciales de calidad, seguras, eficaces y costo-efectivas;
- (5) Liderazgo y gobernanza: asegura la existencia de marcos políticos estratégicos, articulados con una supervisión eficaz, regulación, atención al diseño del sistema y rendición de cuentas;
- (6) Financiación del sistema: recauda fondos adecuados para la salud, garantizando que las personas puedan utilizar los servicios necesarios y estar protegidas de la catástrofe financiera o el empobrecimiento asociados con el pago de los servicios.

Los seis componentes contribuyen con el fortalecimiento de los sistemas de salud de diferentes maneras. Algunos de los componentes son transversales, tales como el sistema de información y el liderazgo o la gobernanza, y proporcionan las bases para el diseño y el desarrollo general de las políticas y la regulación de los otros elementos del sistema de salud. La financiación y los recursos humanos son componentes claves que pueden ser considerados insumos del sistema de salud, mientras que los productos médicos, las tecnologías y la prestación de los servicios reflejan los productos inmediatos del sistema, es decir, la disponibilidad y la distribución de la atención <sup>6</sup>.

Este trabajo no pretende abarcar todos los componentes del sistema de salud o los diversos indicadores para su seguimiento <sup>6</sup>. No obstante, a pesar de las grandes brechas existentes en la disponibilidad y calidad de los datos sobre el sector de salud en Venezuela, este estudio ofrece un panorama general de los elementos básicos del sistema de salud, abordando cinco de los seis componentes citados, así como los resultados en términos de cobertura y salud de la población. El foco principal es puesto en el financiamiento del sistema.

Esta es una investigación descriptiva, realizada a partir de revisión bibliográfica y fuentes secundarias. Los conceptos y categorías analíticas, denominados por la OMS como *building blocks* de un sistema de salud, fueron utilizados en esta investigación para sistematizar y presentar la información compilada.

## Resultados

### Coyuntura económica

Un análisis del desempeño macroeconómico de Venezuela y de la coyuntura económica permite tener una mejor comprensión de las tendencias y la situación del sistema de salud, especialmente de su financiamiento. En términos generales, varios factores caracterizan a la economía venezolana, entre ellos: elevada dependencia de la renta petrolera, poca diversificación del aparato productivo, amplia volatilidad del gasto público, áncora en el endeudamiento y sucesivas devaluaciones de la moneda, altos volúmenes de importación y extenso sector informal en el mercado de trabajo.

La coyuntura venezolana está marcada por una profunda crisis económica. Según el Banco Central de Venezuela (BCV; <http://www.bcv.org.ve/c2/indicadores.asp>, accedido el 20/Jul/2017), el Producto Interno Bruto (PIB) se contrajo 5,7% en 2015, revelando un ciclo recesivo que avanza para su cuarto año consecutivo (Figura 1). La inflación aumentó aceleradamente para colocarse en 180,9%, la tasa más alta del mundo en 2015. No han sido publicadas cifras oficiales más recientes. Según las proyecciones del Fondo Monetario Internacional (FMI) <sup>7</sup>, en 2017, el PIB real descenderá 7,4% tras una caída de 18% estimada en 2016. Por su parte, la inflación alcanzará 1.134% en 2017, después de haber sido 274% en 2016.

Simultáneamente, como parte de la crisis de las commodities, el precio del petróleo venezolano cayó más de la mitad, pasando de USD 100/b a USD 40,7/b entre 2012 y 2015. Como explica Puente <sup>8</sup>, la brusca reducción de los precios del petróleo agravó los desequilibrios macroeconómicos, pero no fue el origen de la crisis. En su lugar, el origen radica en el desgaste del modelo de desarrollo implementado por casi dos décadas, sustentado en una política económica inconsistente, caracterizada por: (a) manutención del control cambiario que produjo una gran apreciación de la moneda, con un consecuente boom de importaciones y el deterioro del aparato productivo nacional; (b) exceso de regulación de la economía (controles de precios, cambio, tasas de interés) que desincentiva la producción; (c) expropiaciones y nacionalizaciones que han contraído aún más el aparato productivo nacional; y (d) política fiscal expansiva que estimula el crecimiento de la demanda de bienes y servicios.

### Financiamiento del sistema de salud

El financiamiento del sistema de salud funciona de la siguiente manera: el Ministerio para la Salud, así como una parte de sus políticas, se financian con recursos fiscales del presupuesto general; la Misión Barrio Adentro (MBA) lo hace con recursos extraordinarios, procedentes de la explotación del petróleo. En lo que respecta a los seguros sociales, el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS) recibe contribuciones sociales, tanto de los trabajadores (entre el 2% y el 4% del salario), como de los empleadores (entre el 11% y el 13% del salario), además de transferencias del gobierno central (como mínimo, el equivalente a un 1,5% del salario de los contribuyentes cubiertos). Los otros sistemas de seguro social, vinculados a determinadas profesiones y ocupaciones -Instituto de Previsión Social de las Fuerzas Armadas (IPPSFA), Instituto de Previsión del Ministerio de Educación, Cultura y Deportes (IPASME) y las universidades- también se financian a través de sus contribuyentes y del Estado.

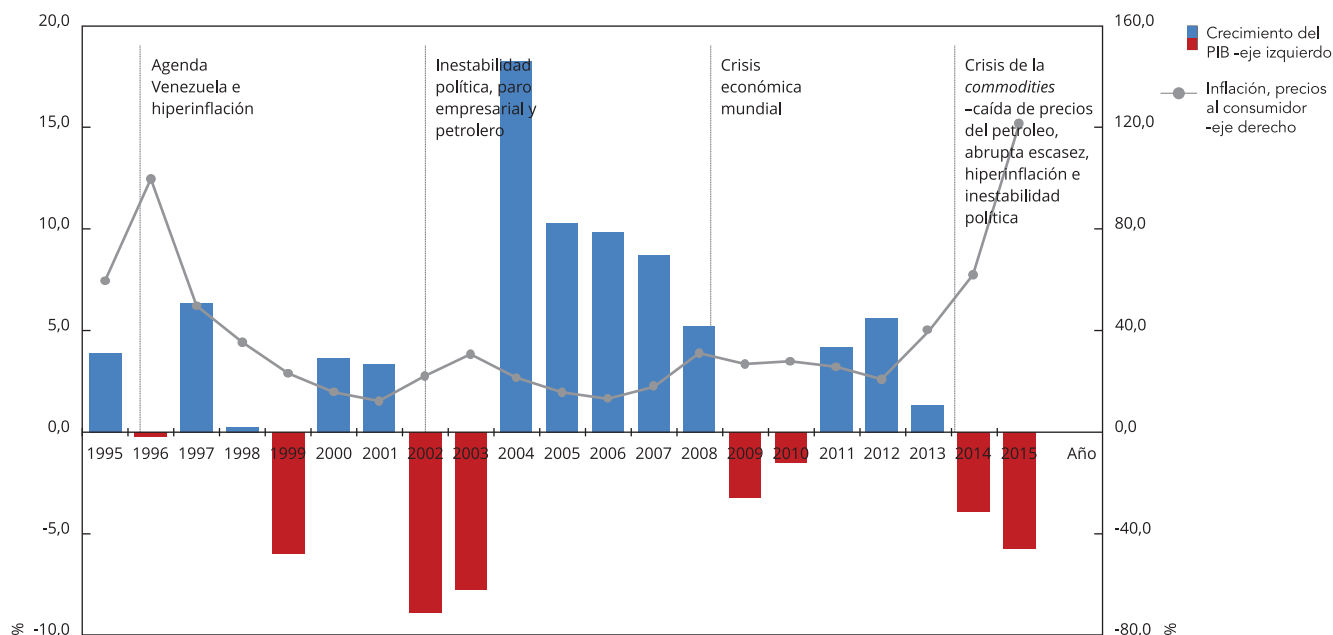
Según datos de la OMS <sup>9</sup>, el gasto total en salud con relación al PIB en Venezuela no ha experimentado incrementos sensibles en los últimos veinte años. Entre 1995 y 2014, el gasto en salud fluctuó entre 4% y 5,8% del PIB total, registrando ese menor valor en 2008, período de crisis económica. De hecho, como se observa en la Figura 2, la serie histórica empieza y termina prácticamente en el mismo nivel de gasto, que para el período promedió 4,9% del PIB.

No obstante, al examinar el gasto en salud per cápita se aprecia otra realidad. En el mismo período se registró un aumento de 52% del gasto en salud por habitante, que pasó de USD 606 a USD 923 (PPA USD internacionales constantes de 2011). Esta variable acompañó en buena medida el comportamiento del PIB per cápita y fue fuertemente impactada por las crisis de 2001-2003 y de 2008 (Figura 1).

El gasto en salud en Venezuela se caracteriza por ser primordialmente privado. Si bien la evolución de la composición del gasto en salud muestra que hubo un aumento del gasto público desde finales de la década de los noventa, y hasta el período de crisis de 2008, el gasto público en salud nunca superó al gasto privado (Figuras 2 y 3). Frente al resto de Suramérica, Venezuela muestra el menor gasto público

Figura 1

Tasa de crecimiento del Producto Interno Bruto (PIB) y tasa de inflación. Venezuela, 1995-2015.

Fuente: elaboración propia/Banco Mundial (<http://data.worldbank.org/country>, accedido el 20/jul/2017).

en todo el período. Junto a Argentina, Venezuela es el único país del grupo que redujo su gasto público como proporción del PIB, pasando de 1,8% a 1,5% entre 1995 y 2014, respectivamente <sup>10</sup>.

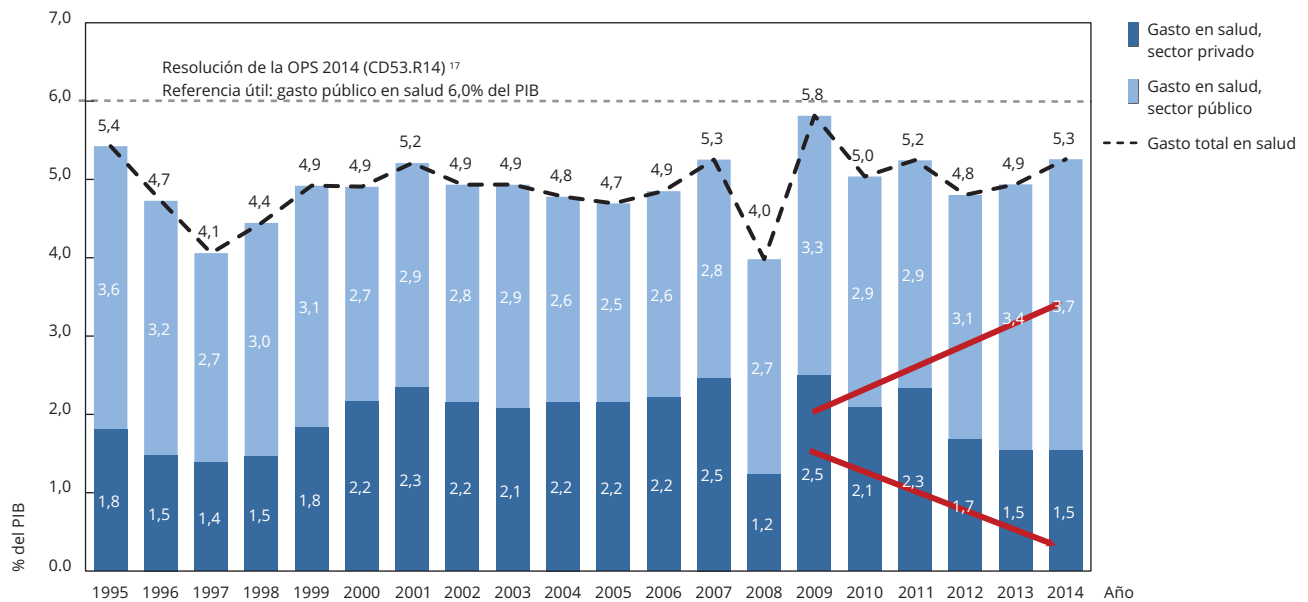
Cabe señalar que, desde 2003, el Poder Ejecutivo, por medio de nuevos instrumentos legales y modificaciones de leyes existentes, creó mecanismos y fondos con recursos financieros provenientes de la transferencia de reservas internacionales “excedentarias” y de la empresa pública Petróleos de Venezuela (PDVSA) para financiar directa e indirectamente el gasto social en el país. De ese modo, la oscilación favorable de los precios del petróleo permitió la ampliación del gasto en salud con recursos extrapresupuestarios, promediando 42,9% del total de gasto entre 2003 y 2011. No obstante, desde ese año, con la caída de los precios del crudo, la consecuente merma de los recursos disponibles, y la grave crisis económica que atraviesa el país, el gasto en salud muestra una tendencia a la disminución del gasto público (que fue apenas 29,3% del gasto total en salud en 2014) y al aumento del gasto privado, como acontecía en la década de los noventa, manteniendo así la prociclicidad del gasto (Figuras 2 y 3).

Por otra parte, a pesar de los esfuerzos para aumentar el gasto público en salud, ese sector continuó presentando una baja prioridad fiscal, una vez que los recursos asignados no alcanzaron ni un décimo del gasto total del gobierno en todo el período (1995-2014) (Figura 3). Además de asignar presupuestos deficitarios, el uso de fondos extrapresupuestarios por parte del Poder Ejecutivo ha sido discrecional y opaco, dado que estos no son sometidos a rendición de cuentas <sup>11</sup>. Adicionalmente, este tipo de fuentes imprimió una elevada vulnerabilidad al gasto social en general <sup>12</sup>, y en salud en particular, manifestada en las reducciones acontecidas ante la baja temporal de los precios del petróleo.

Si bien la *Constitución* (1999) determinó la creación de un sistema público nacional de salud y la integración de los recursos financieros (incluyendo los recursos públicos), la legislación específica no ha sido aprobada en más de quince años, a pesar de los diferentes proyectos de ley preparados y debatidos por la Asamblea Nacional con ese objetivo <sup>13</sup>. En su lugar, el gobierno creó la Misión Barrio Adentro, como un sistema de salud paralelo que compite por recursos con el sistema tradicional de

Figura 2

Gasto en salud público y privado como proporción del Producto Interno Bruto (PIB). Venezuela, 1995-2014.



Fuente: elaboración propia/Organización Mundial de la Salud (<http://apps.who.int/nha/database>, accedido el 20/jul/2017).

salud, aumentando la fragmentación. Según Transparencia Venezuela <sup>14</sup>, la MBA fue financiada en casi su totalidad con fondos extrapresupuestarios. Entre 2005 y 2014 fueron invertidos US\$ 29.768 millones en la MBA, de los cuales 93% provinieron de los Fondos de PDVSA.

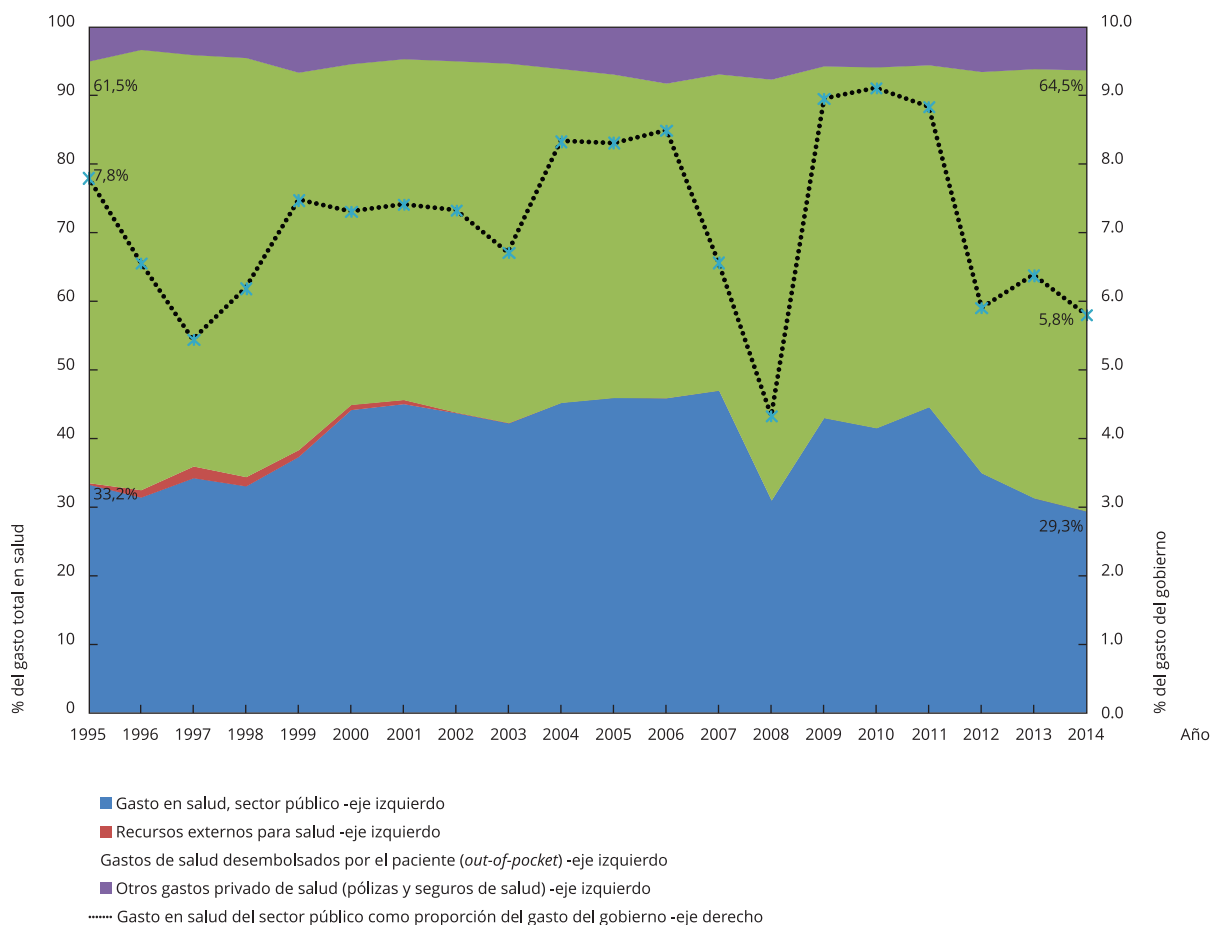
Por otro lado, como acontecía en la década de los 1990 <sup>15</sup>, parte del gasto público en salud continúa siendo destinado al financiamiento de la medicina privada, mediante la compra de seguros de Hospitalización, Cirugía y Maternidad (HCM) para los empleados públicos y sus familiares. En 2015, ese gasto representó en torno del 20% del gasto público en salud <sup>11</sup>.

Debe añadirse que Venezuela continúa mostrando débiles indicadores sobre recaudación tributaria. Entre 2000 y 2013, la presión tributaria se mantuvo sin variaciones alrededor de 14% del PIB (Comisión Económica para América Latina y el Caribe. CEPALSTAT. <http://interwp.cepal.org/sisgen/ConsultaIntegrada.asp?idIndicador=821&idioma=e>, accedido el 02/Mar/2017). Al mismo tiempo se registró una reducción en la participación de los impuestos directos (de 6,4% para 4,0% del PIB) y un aumento de los impuestos indirectos (de 6,5% a 8,9% del PIB), denotando una recomposición de la estructura tributaria que profundizó el carácter regresivo del sistema. Simultáneamente, con un mercado de trabajo caracterizado por elevados niveles de informalidad (superiores al 40% de la población ocupada), el sistema contributivo continúa siendo muy débil y su participación en la presión tributaria representó apenas 0,9% del PIB en 2013. Esta estructura regresiva limita en buena medida, la capacidad redistributiva del Estado para garantizar un sistema de salud universal desde la óptica del financiamiento.

Con la reducción del gasto público en salud en años recientes, los hogares venezolanos han tenido que asumir una mayor participación en los gastos de salud. Consecuentemente, el gasto directo (o gasto de bolsillo) sólo ha tendido a crecer, alcanzando el 64% del gasto total en salud en 2014 <sup>9</sup> (Figura 3). El gasto de bolsillo de Venezuela es el más alto de la región de las Américas y se ubica entre los mayores del mundo, contrariando los consensos y tendencias internacionales que objetivan la cobertura universal en salud, y promueven la reducción al mínimo del gasto de bolsillo en el financiamiento de la salud <sup>16,17</sup>.

Figura 3

Composición del gasto total en salud y gasto público en salud, como proporción del gasto público total. Venezuela, 1995-2014.



Fuente: elaboración propia/Organización Mundial de la Salud (<http://apps.who.int/nha/database>, accedido el 20/Jul/2017).

El financiamiento altamente privatizado del sistema también pone en evidencia la debilidad de la retórica oficial sobre los beneficios recibidos por los venezolanos en el sector salud <sup>13</sup>, una vez que los gastos directos actúan, en gran medida, como una barrera al acceso a los servicios de salud, dificultando la obtención de servicios preventivos y curativos cuando son necesarios. Además, los gastos directos dependen del poder adquisitivo de cada individuo y, en consecuencia, quedan fuera de toda lógica referente a la solidaridad o a la diversificación de riesgos <sup>18</sup>. Por lo tanto, el gasto de bolsillo, principal fuente de recursos del sistema de salud de Venezuela, es un mecanismo de financiación ineficiente e injusto.

Los resultados de la última *Encuesta de Presupuesto Familiar* (EPF 2008-2009; <http://www.bcv.org.ve/EPF0809/epf.html>, accedido el 15/Jul/2016) muestran que la mayor parte del gasto privado (60%) era destinado a la compra de medicamentos. Adicionalmente, según cálculos de las Naciones Unidas a partir de la EPF, entre 2008 y 2009, un 4% de los hogares venezolanos incurría en gastos catastróficos y 1% de los hogares se empobrecía tras enfrentar gastos de bolsillo <sup>19</sup>. Muy probablemente esas proporciones han aumentado en años recientes.



## **Recursos humanos**

La MBA fue creada en 2003 como una respuesta al problema de insuficiencia de establecimientos, y sobre todo de personal médico especializado en atención primaria, principalmente en las áreas violentas y de difícil acceso de todo el país. Los profesionales de la misión médica cubana cubrieron el déficit de forma acelerada, aumentando la oferta de servicios de salud. Adicionalmente, se implantó el Programa Nacional de Formación en Medicina Integral Comunitaria para formar médicos venezolanos con el perfil de atención primaria de salud y garantizar la sostenibilidad del sistema <sup>20</sup>. Desde 2012, egresan anualmente 6 mil médicos, sumando más de 20 mil especialistas graduados hasta 2014 <sup>20</sup>. Tejerina <sup>20</sup> menciona que la primera generación de médicos integrales comunitarios fue destinada a suplir el déficit de personal, causado por la migración, trabajando como internos en hospitales de la red regular. No obstante, evaluaciones realizadas sobre el desempeño de estos médicos mostraron limitadas capacidades profesionales con deficiencias de conocimientos elementales, entre otros aspectos <sup>14</sup>.

Por otro lado, datos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) <sup>21</sup> muestran que entre 1990 y 2010 la disponibilidad de médicos en Venezuela se redujo, pasando de 17,4 médicos/10 mil habitantes a 12,3 médicos/10 mil habitantes. Esa tendencia se opone a la presentada por la mayoría de los países de Suramérica, cuya media de médicos por 10 mil habitantes aumentó, pasando de 17,9 a 22 en el mismo período. Según la OPS, la cantidad relativa de profesionales en otras ocupaciones del área de la salud, como enfermería y odontología, se mostró estable durante la década de 2000 <sup>21</sup>. Según estadísticas de la Federación Médica Venezolana, hospitales y ambulatorios del país han perdido alrededor de un 24% del personal médico disponible, y en algunas especialidades como anestesiología y pediatría ese porcentaje puede alcanzar el 90% <sup>11</sup>. Además, las aplicaciones a cupos universitarios de estudios de medicina especializada también están disminuyendo <sup>22</sup>.

Factores como la iniquidad salarial, violación de los derechos laborales, escasez de insumos, hostilidad e inseguridad en el ambiente de trabajo e inseguridad personal han motivado la emigración de profesionales de la salud que tienen por destinos principales Estados Unidos, España y otros países de la región de las Américas, significando una pérdida de talento humano que traerá consecuencias para el desarrollo del país <sup>22,23,24</sup>.

## **Prestación de servicios de salud: medicamentos, vacunas y tecnologías**

Algunos indicadores revelan retrocesos en la disponibilidad y prestación de los servicios de salud en años recientes. Según datos de la OPS (<http://ais.paho.org/hip/viz/indicatorsbycountryandyears.asp>, accedido el 31/Mar/2017), la tasa de camas por mil habitantes cayó de 1,3 a 0,73 entre 2007 y 2015. En 2012, el Ministerio de Salud argumentó que la reducción del número de camas de emergencia significó dejar de atender a más de un millón de personas <sup>25</sup>. Asimismo, en 2016, el Ministerio reportó escasez de insumos médico-quirúrgicos y falta de repuestos para equipos médicos que quedan inoperantes <sup>26</sup>.

Esa información es confirmada por los resultados de la *Encuesta Nacional de Hospitales* (ENH) que, desde 2014, monitorea la dotación de centros de atención públicos y privados en todo el país. La ENH 2017 (<http://enh2017.blogspot.com.br/>, accedido el 16/Mar/2017) muestra que 39% del total de 16.238 camas de los hospitales públicos están inoperantes y que 51% de los quirófanos tampoco están disponibles. La ENH 2016 (<http://enh2016.blogspot.com.br/>, accedido el 15/Mar/2017) indicaba que casi 90% de los servicios de emergencia en los hospitales públicos registraban fallas intermitentes. Esta situación somete a los usuarios del sistema público de salud a listas de espera cada vez más largas para la realización de cirugías <sup>27</sup>.

La pesquisa de 2017 también reveló la desmejora de los servicios de nutrición con respecto a 2016, cuando 71% de los hospitales públicos funcionaban con fallas de calidad y frecuencia en el suministro de los alimentos. En 2017, 64% de los servicios de nutrición se encuentran inoperativos y sólo 13% cuenta con el servicio adecuado (ENH 2017. <http://enh2017.blogspot.com.br/>, accedido el 16/Mar/2017). Adicionalmente, la ENH 2017 muestra que un 63,6% de los servicios pediátricos de los hospitales públicos no cuenta con fórmulas para recién nacidos y un 63% de los centros asistenciales sufren fallas de agua. Con respecto a los servicios de diagnóstico en hospitales públicos, el estudio

apunta que 94% de los tomógrafos no funcionan y 89% de los servicios de rayos x están en condiciones similares. Además, un 97% de los laboratorios no cuentan con reactivos para realizar exámenes, ocasionando que los usuarios paguen por estos servicios en clínicas privadas (ENH 2017. <http://enh2017.blogspot.com.br/>, accedido el 16/Mar/2017).

El acceso a medicamentos también se ha visto comprometido en años recientes, con un nivel de desabastecimiento que, según la Federación Farmacéutica Venezolana <sup>28</sup>, alcanzó el 80% en 2016. En 2017, la escasez de medicamentos afecta al 78% de los hospitales públicos, que también reportan fallas de otros insumos como material médico quirúrgico (75%) y catéteres/sondas (76%) (ENH 2017. <http://enh2017.blogspot.com.br/>, accedido el 16/Mar/2017). La escasez de medicamentos, aunada al mal estado de la infraestructura y a la escasez de comida y personal médico, ha implicado que los centros de atención psiquiátrica entreguen los pacientes a sus familias ante la imposibilidad de tratarlos adecuadamente <sup>11,29</sup>.

El desabastecimiento de medicamentos ha afectado tanto al sector público como al privado, impactando inclusive la red de farmacias privadas. La política de control de precios y la escasez de divisas restringieron la importación de medicamentos, creando una profunda brecha entre el gobierno y la industria farmacéutica <sup>30</sup>. Desde 2012, la deuda en divisas acumulada con proveedores internacionales de insumos y medicamentos ascendía a USD 657 millones, lo que ocasionó la paralización en el envío de estos bienes al país <sup>11</sup>. El informe de PROVEA (Programa Venezolano de Educación-Acción en Derechos Humanos) y CODEVIDA (Coalición de Organizaciones por el Derecho a la Salud y a la Vida) afirma que “entre los años 2007 y 2009, el Ministerio de Salud no suministró vacunas Antipolio, Pentavalente y Trivalente Viral a la población infantil menor de 5 años y, en 2010, dejó de vacunar a casi 70% de la población infantil de un 20% de los municipios del país que todavía presentan rezago” <sup>11</sup> (p. 5).

Datos de la OPS muestran que Venezuela fue el país de América Latina con el mayor número de episodios de desabastecimiento de antirretrovirales (TAR) reportados en 2012 <sup>31</sup>. Ese mismo año, cincuenta ONGs demandaron al Ministerio de la Salud la intervención del Programa Nacional de Sida/ITS por las recurrentes fallas de inventarios y amplias deficiencias en los procesos de compra, distribución y entrega de los TAR <sup>11</sup>. Según el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA; <http://aidsinfo.unaids.org/>, accedido el 17/Mar/2017), aproximadamente 110 mil personas vivían con VIH en Venezuela en 2015, de las cuales 59% recibían el tratamiento antirretroviral, parcela un poco mayor al promedio de la región. No obstante, apenas un 43% de las gestantes viviendo con VIH tenían acceso a medicinas para prevenir la transmisión del virus a sus hijos, porcentaje bastante inferior al promedio regional (88%). Además de la escasez de TAR, hay también carencia de pruebas de diagnóstico de VIH y de sucedáneos de la leche materna para niños cuyas madres poseen el virus <sup>32</sup>.

A raíz de toda la situación previamente descrita, en 2016, la Asamblea Nacional declaró crisis humanitaria en salud <sup>33</sup> y tramitó una Ley Especial <sup>34</sup> que preveía la solicitud de ayuda internacional humanitaria y facilitaba la importación de insumos médicos y medicamentos al país. Esa medida fue vetada por el presidente de la república.

### **Sistema de información sanitario**

En la década más reciente, el acceso público a información básica en salud se ha visto reducido, manifestando falta de transparencia en el sector. El *Boletín Epidemiológico Semanal*, publicado desde 1938, tuvo su primera interrupción en 2007 y desde entonces ha dejado de publicarse en ciertos periodos por decisión de autoridades ministeriales o ha sido publicado con retrasos y omisiones <sup>35</sup>. Indicadores básicos de salud como tasas de mortalidad infantil y materna, cifras de morbilidad, población con VIH/sida son divulgadas con años de retraso o no se encuentran disponibles (por ej. el anuario de mortalidad en Venezuela disponible es de 2013). Por otro lado, las estadísticas de salud que se producen en el marco de la MBA son de acceso restringido.

### **Cobertura, acceso a servicios y salud de la población**

Una encuesta realizada en 2005 <sup>36</sup> indicó que 17,5% de la población estaba cubierta por las instituciones de seguridad social, casi un 12% por seguros privados, 2,5% por ambos, y aproximadamente

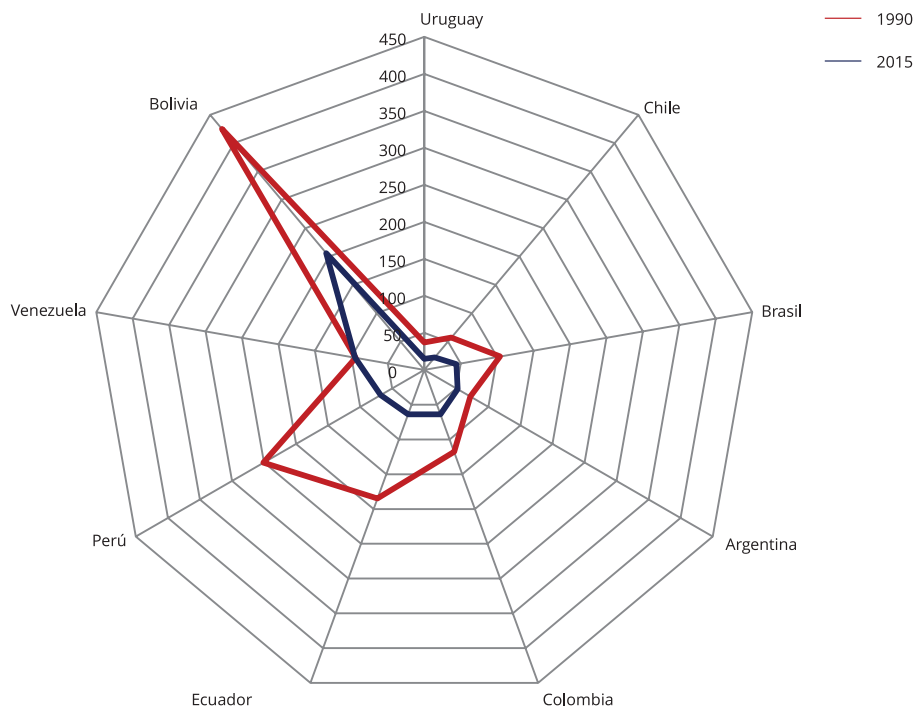
el 70% por el sistema público. Cifras más recientes revelan que, en 2014, la mitad de los venezolanos no tenía seguro médico (50,6%); 22% estaba afiliado al IVSS; un 4,7% era asociado a otro régimen contributivo público y un 16,2% disponía de seguro privado. El porcentaje de población sin seguro en el quintil de menos ingresos era casi tres veces mayor al del quintil con mayores ingresos <sup>37</sup>. En una década, aumentó la parcela de la población con seguro privado y la afiliación a la seguridad social. No obstante, aún es muy elevada la proporción de venezolanos que depende exclusivamente del sector público, cuyas condiciones de deterioro y desabastecimiento los coloca en situación de desprotección, forzándolos, muchas veces, a gastar de su propio bolsillo para acceder a los servicios de salud.

Con respecto al uso de los servicios, la pesquisa de 2005 <sup>36</sup> reveló que la mayor parte de la población utilizaba los servicios de la red pública tradicional. Incluso en los estratos más pobres el uso de la red tradicional (> 60%) superaba con creces al de la MBA (20%) <sup>36,38</sup>. Pesquisas más recientes muestran que el uso de los servicios de la red tradicional, por parte de la población con hipertensión arterial y diabetes, continúa siendo mayor al de la MBA (ambulatorios y clínicas populares (32%); hospitales del sector público (17%); hospitales y clínicas privadas (18%); CDI (Centros de Diagnostico Integral) y Barrio Adentro < 5% en 2014) <sup>37</sup>. En 2016, los hospitales privados aparecían como los servicios de uso más frecuente para el control de la hipertensión arterial (34%) y la diabetes (30%) <sup>39</sup>.

A pesar de haber una mayor cobertura de servicios de atención prenatal <sup>40</sup>, Venezuela no alcanzó la meta del milenio referente a la mortalidad materna, que se mantiene en los mismos niveles de 1990, contrastando con todos los países suramericanos que exhiben tasas inferiores a las de esa década (Figura 4). En mayo de 2017, luego de casi dos años de ausencia, el Ministerio de la Salud publicó el Boletín Epidemiológico con las cifras oficiales correspondientes al año 2016, mostrando un aumento de 65,79% en la mortalidad materna con respecto a 2015 -756 fallecimientos (456 en el 2015) y de 30% en la mortalidad infantil con 11.466 muertes (8.812 fallecimientos en el 2015) <sup>41</sup>.

#### Figura 4

Tasa de mortalidad materna (100 mil nacidos vivos). Suramérica, 1990 y 2015.



Fuente: elaboración propia/Organización Mundial de la Salud (<http://apps.who.int/nha/database>, accedido el 20/Jul/2017).

Asimismo, datos de la OPS/OMS, del Ministerio de la Salud y otras fuentes muestran retrocesos en tareas esenciales del sistema de salud, tales como: (a) cobertura de inmunizaciones, con reducciones para la triple bacteriana y la poliomelitis <sup>9,11,42</sup>; (b) atención de enfermedades endémicas, con el repunte de la malaria <sup>9</sup> (aumento de 76,4%, pasando de 136 mil casos a más de 240 mil entre 2015 y 2016 <sup>41</sup>), del dengue (más de 75 mil casos en 2014 <sup>42</sup>) y la reaparición de enfermedades como el mal de Chagas (con una mediana de 683 casos notificados en 2013-2015 <sup>41</sup>) y la difteria (con un total de 324 casos en 2016 -erradicada hace 24 años <sup>41</sup>); (c) atención de enfermedades cardiovasculares, cerebro vasculares y diabetes, que registran elevadas tasas de mortalidad por 100 mil habitantes, si se comparan con la media de los países de América Latina y el Caribe (ALC) (isquémicas del corazón: 104,3 en Venezuela y 63,7 en ALC; cerebro vasculares 48,8 en Venezuela y 42,2 en ALC; diabetes mellitus: 49,4 en Venezuela y 36,9 en ALC en 2013) (OPS. <http://ais.paho.org/hip/viz/indicatorsbycountryandyears.asp>, accedido el 31/Mar/2017) <sup>42</sup>.

## Conclusión

A pesar de la bonanza económica petrolera del nuevo milenio, que favoreció un mayor espacio fiscal y permitió la expansión de la participación pública en el gasto total de salud, el gasto público en salud en Venezuela aún es bajo y vulnerable a la volatilidad de los precios del petróleo. La crisis económica que azota a Venezuela ha afectado significativamente al sistema de salud que muestra claras evidencias de deterioro en todos los componentes analizados. Decadencia de la infraestructura, mengua de los profesionales de salud, escasez de insumos, vacunas y medicamentos, opacidad de la información sanitaria, entre otros elementos contribuyen con las insuficiencias de cobertura y de acceso efectivo a los servicios públicos de salud de los hogares venezolanos, cuyos presupuestos han sido cargados con una parcela creciente de gastos en salud.

De esta forma, la crisis reforzó un silencioso proceso de privatización del sistema de salud venezolano que, bajo una administración inconsistente, no ha sido objeto de una reforma profunda y sustentable, orientada a la universalización del acceso y la garantía del derecho a la salud. Así, el sistema de salud de Venezuela ha quedado como un paciente sin remedio.

## Referencias

1. España LP. Encuesta sobre Condiciones de Vida en Venezuela. <https://www.derechos.org.ve/web/wp-content/uploads/UCV-UCAB-USB.-ENCOVI-2016.-Pobreza.pdf> (accedido el 14/Mar/2017).
2. Landaeta-Jiménez M, Herrera M, Ramírez G, Vásquez M. Encuesta Nacional de Condiciones de Vida. Venezuela 2016: alimentación. <http://www.fundacionbengoa.org/noticias/2017/images/ENCOVI-2016-Alimentacion.pdf> (accedido el 20/Jul/2017).
3. Cendas-FVM: canasta alimentaria familiar de mayo 2017 se ubicó en 990.918,92 bolívares (+14,2%). Finanzas Digital 2017; 20 jun. <http://www.finanzasdigital.com/2017/06/cendas-caf-may2017/>.
4. D'Hoy C. Ministerio Público: en 2016 hubo 21 mil 752 homicidios. El Universal 2017; 31 mar. [http://www.eluniversal.com/noticias/sucesos/ministerio-publico-2016-hubo-mil-752-homicidios\\_646326](http://www.eluniversal.com/noticias/sucesos/ministerio-publico-2016-hubo-mil-752-homicidios_646326).
5. World Health Organization. Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action. Geneva: World Health Organization; 2007.
6. World Health Organization. Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies. Geneva: World Health Organization; 2010.
7. International Monetary Fund. Perspectivas económicas. Las Américas: historia de dos ajustes. Washington DC: International Monetary Fund; 2017.
8. Puente JM. Venezuela en colapso macroeconómico. ¿Qué se puede esperar? [http://www.realinstitutoelcano.org/wps/portal/riecano\\_es/contenido?WCM\\_GLOBAL\\_CONTEXT=/elcano/elcano\\_es/zonas\\_es/america+latina/ari63-2016-puente-venezuela-en-colapso-macroeconomico-que-se-puede-esperar](http://www.realinstitutoelcano.org/wps/portal/riecano_es/contenido?WCM_GLOBAL_CONTEXT=/elcano/elcano_es/zonas_es/america+latina/ari63-2016-puente-venezuela-en-colapso-macroeconomico-que-se-puede-esperar) (accedido el 30/Ago/2016).
9. World Health Organization. Global Health Observatory (GHO) data. <http://www.who.int/gho/about/en/> (accedido el 02/Abr/2017).
10. Carrillo Roa A. Financiamiento dos sistemas de saúde na América do Sul. In: Marques R, Piola SF, Carrillo Roa A, organizadores. Sistema de saúde no Brasil: organização e financiamento. Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde; 2016. p. 75-100.
11. Programa Venezolano de Educación-Acción en Derechos Humanos; Coalición de Organizaciones por el Derecho a la Salud y a la Vida. El derecho a la salud en Venezuela. <https://coalicionporlavida.wordpress.com/about/documentos/informes/comision-interamericana-de-derechos-humanos/> (accedido el 06/Jul/2016).
12. Blank CA. El gasto público social durante la gestión de Maduro: vulnerabilidad y descenso (2013-2015). Revista SIC 2016; 783:110-3.
13. González MJR. Para revertir la privatización de la salud. In: Balza RG, coordinador. Venezuela 2015: economía, política y sociedad. Caracas: Universidad Católica Andrés Bello; 2015. p. 207-18.
14. Transparencia Venezuela. Gran Misión Barrio Adentro. 2015 ene. <https://transparencia.org.ve/project/home-mision-barrio-adentro/> (accedido el 15/Jul/2016).
15. Croce NP. El financiamiento del sector salud y la modernización tributaria en Venezuela. Caracas: Universidad Central de Venezuela; 2002.
16. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial 2010: financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal. Geneva: Organización Mundial de la Salud; 2010.
17. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 2014.
18. Naciones Unidas. El gasto de bolsillo en salud: evidencia de desigualdades profundas. In: Naciones Unidas. Objetivos de desarrollo del milenio: la progresión hacia el derecho a la salud en América Latina y el Caribe. Santiago de Chile: Naciones Unidas; 2008. p. 85-102.
19. Naciones Unidas; Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Panorama social de América Latina 2013. Santiago de Chile: Naciones Unidas; 2013.
20. Tejerina H. Mapeo y análisis de los modelos de atención primaria en salud en los países de América del Sur: mapeo de la APS en Venezuela. Río de Janeiro: Instituto Suramericano de Gobierno en Salud; 2014.
21. Organización Panamericana de la Salud. Salud en Sudamérica, edición de 2012: panorama de la situación de salud y de las políticas y sistemas de salud. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 2012.
22. Jorge ME. Medicina en Venezuela, sin generación de relevo. El Estímulo 2016; 17 may. <http://elestimulo.com/climax/medicina-en-venezuela-sin-generacion-de-relevo/>.
23. Hernández T, Ortiz Gómez Y. La migración de médicos en Venezuela. Rev Panam Salud Pública 2011; 30:177-81.
24. Freitez A. La emigración desde Venezuela durante la última década. Temas de Coyuntura 2011; 63:11-38.
25. Ministerio del Poder Popular para la Salud. Memoria 2012. Caracas: Ministerio del Poder Popular para la Salud; 2013.
26. Ministerio del Poder Popular para la Salud. Memoria 2015. Caracas: Ministerio del Poder Popular para la Salud; 2016.

27. Duarte M. En dos meses 13 pacientes fallecieron en la espera de cirugía cardiovascular en el HUC. *La Razón* 2016; 27 jul. <http://www.la-razon.net/2016/07/27/en-dos-meses-13-pacientes-fallecieron-en-la-espera-de-cirugia-cardiovascular-en-el-huc/>.
28. Angarita Y. Fefarven sobre escasez: "Aquí no hay mañana, no podemos esperar más". *El Universal* 2016; 10 feb. [http://www.eluniversal.com/noticias/politica/fefarven-sobre-escasez-aqui-hay-manana-podemos-esperar-mas\\_8174](http://www.eluniversal.com/noticias/politica/fefarven-sobre-escasez-aqui-hay-manana-podemos-esperar-mas_8174).
29. Casey N. At a loss for meds, Venezuela's mentally ill spiral downward. *The New York Times* 2016; 1 oct. <https://nyti.ms/2dkwcLn>.
30. Lohman D. La crisis del sistema de salud de Venezuela. <https://www.hrw.org/es/news/2015/04/29/la-crisis-del-sistema-de-salud-de-venezuela> (accedido el 17/Mar/2017).
31. Organización Panamericana de la Salud. Tratamiento antirretroviral bajo la lupa: un análisis de salud pública en Latinoamérica y el Caribe 2013. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 2013.
32. Daniels JP. Venezuela's economic crisis hampers VIH/AIDS treatment. *Lancet* 2017; 389:1088-9.
33. Asamblea Nacional. Acuerdo mediante el cual se declara crisis humanitaria en la salud de Venezuela, en vista de la grave escasez de medicamentos, insumos médicos y deterioro de la infraestructura sanitaria. [http://www.asambleanacional.gob.ve/uploads/actos\\_legislativos/doc\\_62f4da5d8cc941f8f49274c29245fe11b8677c37.pdf](http://www.asambleanacional.gob.ve/uploads/actos_legislativos/doc_62f4da5d8cc941f8f49274c29245fe11b8677c37.pdf) (accedido el 05/Ago/2016).
34. Asamblea Nacional. Ley Especial para atender crisis humanitaria en salud. [http://www.asambleanacional.gob.ve/uploads/documentos/doc\\_a41b084cdfbef69ce87dcedd2fb9ae0d59131c9.pdf](http://www.asambleanacional.gob.ve/uploads/documentos/doc_a41b084cdfbef69ce87dcedd2fb9ae0d59131c9.pdf) (accedido el 18/Mar/2017).
35. Bergen FV. Las cifras ocultas en Venezuela: salud, economía y criminalidad. *Provinci* 2015; 14 sep. <http://provinci.com/2015/09/14/economia-y-negocios/las-cifras-ocultas-en-venezuela-salud-economia-y-criminalidad-por-franz-von-bergen/>.
36. Bescansa C, Ortí M. Salud pública, hábitos de vida y consumo de drogas en la República Bolivariana de Venezuela: informe final. [http://www.who.int/fctc/reporting/Venezuela\\_Annex1\\_StudyConsumptionDrugs\\_2006.pdf](http://www.who.int/fctc/reporting/Venezuela_Annex1_StudyConsumptionDrugs_2006.pdf) (accedido el 01/Ago/2016).
37. Universidad Católica Andrés Bello. Condiciones de vida de la población. *Propuestas Venezuela* 2015. <http://w2.ucab.edu.ve/condiciones-de-vida-de-la-poblacion.html> (accedido el 10/Mar/2017).
38. Polanco JD. Evaluación de las misiones durante el régimen de Hugo Chávez: obstáculos, alcances y resultados, con base en el caso de la Misión Barrio Adentro. In: Sakaguchi A, editor. *Venezuela under Chavez's administration*. [http://www.ide.go.jp/Japanese/Publish/Download/Report/2013/pdf/B102\\_ch3.pdf](http://www.ide.go.jp/Japanese/Publish/Download/Report/2013/pdf/B102_ch3.pdf) (accedido el 02/Abr/2017).
39. González MJ, Rincón EM. Encuesta sobre Condiciones de Vida Venezuela (2016): salud. <https://www.derechos.org.ve/web/wp-content/uploads/UCV-UCAB-USB.-ENCOVI-2016.-Salud.pdf> (accedido el 25/Ene/2017).
40. Organización Panamericana de la Salud. Barrio adentro: derecho a la salud e inclusión social en Venezuela. Caracas: Organización Panamericana de la Salud; 2006.
41. Ministerio del Poder Popular para la Salud. *Boletín Epidemiológico* 2016; n. 52. [https://pt.scribd.com/document/347856274/Boletin-Epidemiologico-el-Ministerio-del-Poder-Popular-para-la-Salud#from\\_embed](https://pt.scribd.com/document/347856274/Boletin-Epidemiologico-el-Ministerio-del-Poder-Popular-para-la-Salud#from_embed).
42. Organización Panamericana de la Salud. *Indicadores básicos de salud en las Américas* 2016. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 2016.

## Abstract

The situation in Venezuela is marked by a profound socioeconomic crisis that raises questions concerning its effects on the health system. The study's aim was to analyze the trends and current situation of the Venezuelan health system, with special emphasis on financing. Based on the World Health Organization's Framework for Action to Strengthen Health Systems, five of the system's six basic components were studied, along with the results in terms of coverage and the population's health. Healthcare financing in Venezuela proved to be primarily private, with a high and growing share of out-of-pocket expenditures, one of the highest in the world. The health sector is also assigned low fiscal priority, with a reduced public budget, vulnerable to fluctuations in oil prices. Meanwhile, health services provision and effective access have been jeopardized in recent years due to the decreased availability of physicians, particularly in some specialties, gaps in provision and medical equipment in health centers, and shortage of medical inputs, medicines, and vaccines, among other factors, affecting the population's health, worsening of several indicators. The economy's structural characteristics and socioeconomic dynamics have impacted the Venezuelan health system, aggravating longstanding problems like the system's fragmentation, segmentation, and "privatization", triggering the emergence of new difficulties like shortage of medicines and lack of accountability, among others.

Health Systems; Healthcare Financing; Health Services

## Resumo

A conjuntura venezuelana está caracterizada por uma profunda crise socioeconômica que gera interrogantes sobre os seus efeitos no sistema de saúde. O objetivo deste trabalho foi analisar as tendências e a situação atual do sistema de saúde venezuelano, com especial ênfase no financiamento. Tendo por base o marco de ação da Organização Mundial da Saúde para o fortalecimento dos sistemas de saúde, foram estudados cinco dos seis componentes básicos do sistema, assim como os resultados em termos de cobertura e saúde da população. O financiamento da saúde na Venezuela acabou por ser, sobretudo, privado, com um elevado e crescente componente de despesas diretas que fica entre os maiores do mundo. Além disso, o setor da saúde revelou uma baixa prioridade fiscal, com despesas públicas reduzidas e vulneráveis perante as oscilações dos preços do petróleo. Por outro lado, a prestação e o acesso efetivo aos serviços de saúde foram comprometidos nos anos recentes, devido -entre outros fatores- à redução na disponibilização de médicos, particularmente para algumas especialidades; falhas na dotação e equipes médicas dos centros de saúde; carência de material médico, remédios e vacinas, afetando a saúde da população que registra alguns retrocessos. As características estruturais da economia e a dinâmica conjuntural socioeconômica tem atingido o sistema de saúde venezuelano, aprofundando problemas de longa data como a fragmentação, segmentação e "privatização" do sistema, gerando o surgimento de novas dificuldades como a carência de medicamentos, ausência de transparência na informação, entre outros.

Sistemas de Saúde; Financiamento da Assistência à Saúde; Serviços de Saúde

---

Recibido el 05/Abr/2017  
 Versión final presentada el 01/Ago/2017  
 Aprobado el 18/Ago/2017