

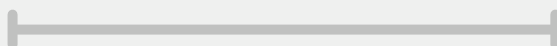
Especialización en Sistemas de Salud y Seguridad Social

Trabajo Final Integrador

Autora: Silvia Ester Heckel Ochoteco

ANALISIS DEL SECTOR SALUD REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA

2005



Citar como: Heckel Ochoteco, S. E. (2005). Analisis del sector salud republica Bolivariana de Venezuela. [Trabajo Final de Especialización, Universidad ISALUD]. RID ISALUD.

INDICE

CONCEPTO	PÁG.
<i>I.- INTRODUCCIÓN.....</i>	<i>..... 5</i>
<i>II.- DESARROLLO.....</i>	<i>..... 5</i>
<i>CAPÍTULO I.....</i>	<i>..... 5</i>
<i>A.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....</i>	<i>..... 5</i>
<i>B.- FUNDAMENTOS TEÓRICOS.....</i>	<i>..... 7</i>
<i>C.- OBJETIVO GENERAL.....</i>	<i>..... 8</i>
<i>D.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....</i>	<i>..... 8</i>
<i>CAPÍTULO II.....</i>	<i>..... 8</i>
<i>A.- DESCRIPCIÓN GENERAL.....</i>	<i>..... 8</i>
<i>A1.- Contexto Histórico.....</i>	<i>..... 8</i>
<i>A2.- Contexto Político.....</i>	<i>..... 9</i>
<i>A3.- Contexto Geográfico.....</i>	<i>..... 12</i>
<i>A4.- Contexto Socio-Demográfico.....</i>	<i>..... 14</i>
<i>A5.- Contexto Socio-Económico.....</i>	<i>..... 18</i>
<i>A6.- Contexto de la Población Indígena.....</i>	<i>..... 23</i>
<i>B.- CONDICIONES DE SALUD.....</i>	<i>..... 24</i>
<i>B1.- Mortalidad.....</i>	<i>..... 24</i>
<i>B2.- Morbilidad.....</i>	<i>..... 28</i>
<i>B3.- Acciones de Promoción de la Salud y salud Familiar.....</i>	<i>..... 34</i>
<i>B4.- Salud y Ambiente.....</i>	<i>..... 40</i>
<i>C.- ORGANIZACIÓN DEL SECTOR SALUD.....</i>	<i>..... 42</i>
<i>C1.- Subsector Público.....</i>	<i>..... 42</i>
<i>C2.- El subsector público en el nivel subnacional y municipal.....</i>	<i>..... 45</i>
<i>C3.- Subsector Privado.....</i>	<i>..... 55</i>
<i>III.- CIERRE.....</i>	<i>..... 50</i>
<i>A.- A MODO DE SÍNTESIS.....</i>	<i>..... 50</i>
<i>B.- CONCLUSIONES.....</i>	<i>..... 53</i>
<i>VI.- BIBLIOGRAFÍA.....</i>	<i>..... 55</i>

GRÁFICOS, MAPAS Y TABLAS	PÁG.
<i>GRÁFICO N° 1.- Pirámide Poblacional por grupo de edad 2000.....</i>	<i>..... 14</i>
<i>GRÁFICO N° 2.- Población por sexo 1998-2004.....</i>	<i>..... 14</i>
<i>GRÁFICO N° 3.- Densidad poblacional.....</i>	<i>..... 15</i>
<i>GRÁFICO N° 4.- Indicadores demográficos 1998-2004.....</i>	<i>..... 15</i>
<i>GRÁFICO N° 5.- Esperanza de vida al nacer 1998-2004.....</i>	<i>..... 16</i>

I.- INTRODUCCIÓN

El presente trabajo fue laborado a fin de cumplir con los requisitos planteado para el Trabajo Final Integrador de la Especialización de Sistemas de Salud y Seguridad Social, para la cohorte 2004-2005.

A través del mismo, se pretende realizar una primera aproximación a las características del Sistema de Salud de la República Bolivariana de Venezuela, y se desarrolla teniendo en cuenta los criterios planteados por la Cátedra de Sistemas de Salud y Seguridad Social Comparados.

Desde esa Cátedra se propuso a la autora la realización del mismo con el objeto de entender las dimensiones centrales del análisis del Sector Salud de ese País, comprendiendo el rol del Estado Venezolano en Salud y sus modelos de intervención.

Por ello, y en el intento de cumplir las consignas, se elabora el presente documento, que tiene diferentes Capítulos donde se desarrollan diversos aspectos.

Así en el Primer Capítulo, y cumpliendo con el Protocolo para la presentación de un Trabajo Final Integrador realizado por el Instituto Universitario, se desarrolla el "*Planteamiento del Problema*", "*Fundamentos Teóricos*" y los "*Objetivos General y Específicos*".

En un Segundo Capítulo se desarrollan en el primer apartado denominado "*Descripción General*", un abordaje al "Contexto Histórico", "Político", "Geográfico", "Socio-demográfico" en general del país y en particular "de la Población Indígena", para en un segundo momentos describir las "*Condiciones de Salud*" particulares de la República, desarrollándose temas como la "Mortalidad", "Morbilidad", aspectos referidos a las distintas "Acciones de Promoción de la Salud y salud Familiar" que se implementan y una referencia a la "Salud y ambiente". En el tercer apartado se explicitan cuestiones referidas a la "*Organización del Sistema de Salud*", las características del "Subsector Público", "Subsector Privado" y las "características de los Servicios y del Financiamiento del Sector".

Finalmente en el Tercer Capítulo se intentan esbozar algunas conclusiones de la autora sobre la situación de salud en la República Bolivariana de Venezuela a "Modo de Síntesis Final".

II.- DESARROLLO

CAPÍTULO I

A.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La República Bolivariana de Venezuela cuenta con un sistema de salud que ha adoptado un modelo público integrado, financiado con fondos públicos y

B.- FUNDAMENTOS TEÓRICOS

El Consejo Ejecutivo de la OMS en su 105ª reunión, celebrada en enero de 2000, definió orientaciones para cumplir su Estrategia Mundial de Salud para Todos, una de las cuales hace hincapié en establecer «sistemas de salud que mejoren de forma equitativa los resultados sanitarios, respondan a las exigencias legítimas de la población y sean financieramente justos»³.

Se propuso establecer un marco que comprende cuatro variables: las fronteras, las metas, las funciones y el desempeño de los sistemas de salud.

Las metas del sistema de salud son: la buena salud; un sistema de salud que responda adecuadamente a las expectativas legítimas del público; y la equidad de la contribución financiera.

Respecto a las funciones del sistema de salud se identifican “cuatro funciones que son decisivas para el logro de esas metas: la financiación, la prestación de servicios sanitarios personales y no personales; la generación de recursos; y la rectoría. Esta última función, es decir, la supervisión y orientación de todo el sistema de salud - privado y público - de manera que su desempeño sea óptimo, abarca el liderazgo, la dirección (política sanitaria) y la influencia (reglamentación y promoción), todo lo cual se ha de fundamentar en la mejor información sanitaria disponible”⁴.

El desempeño del sistema de salud se relaciona con la eficiencia del sistema y la medida en que el mismo contribuye al logro de los resultados generales.

De esta manera se busca que los parámetros utilizados en la evaluación, hagan posible la comparación de los mismos. Para lo cual se consideran cinco resultados: el nivel de salud alcanzado en una población; la equidad en materia de salud dentro de esa población; la capacidad de respuesta del sistema de salud; la equidad en la capacidad de respuesta; y la equidad de la contribución financiera.

Para ello se han definido indicadores como Nivel de salud, distribución de la salud, capacidad de respuesta (satisfacción), equidad en la contribución financiera, recursos aportados al sistema de salud, eficiencia del sistema de salud.

La finalidad de esta evaluación es la de proporcionar a los Ministerios de Salud un instrumento más preciso para medir el éxito de las políticas destinadas a mejorar el desempeño del sistema.

³ OPS.- Evaluación del desempeño de los Sistemas de salud, Informe de Secretaría. Documento de la XLII reunión del Consejo Directivo de la OPS. Año 2000.

⁴ OPS.- Evaluación del desempeño de los Sistemas de salud, Informe de Secretaría. Documento de la XLII reunión del Consejo Directivo de la OPS. Año 2000.

Cristóbal Colón llega a la costas de Venezuela en el año de 1498 y en 1499 se fundaron muchas de las ciudades más importantes de la región, entre otras Coro, Valencia, Barcelona, Puerto Cabello, Maracaibo y Santiago de León de Caracas, donde se acentó la sede de la Capitanía General, la cual era responsable de controlar la región en forma dependiente del Virreynato de Santa Fé de Bogotá. Durante el período colonial se desarrolló en Venezuela, una fuerte división en castas o estamentos, en las que el criterio racial tenía la mayor importancia. Se movilizó cierta cantidad de esclavos provenientes de África, los cuales se establecieron principalmente en las zonas cálidas de la costa para dedicarse a la agricultura de plantación en las grandes haciendas.

El 5 de julio de 1811 se declara la independencia de Venezuela de la corona de España y aparece la primera República de Venezuela, siendo la figura más destacada en ese proceso independentista Simón Bolívar. Entre 1826 y 1830 Venezuela formó parte de la República de Colombia o Gran Colombia, sin embargo, esta unión se disuelve y Venezuela sanciona, en 1830, la Constitución Nacional que estuvo vigente hasta 1858. (A partir de 1830, Venezuela ha tenido 26 constituciones, algunas de las cuales han sido meras modificaciones de forma a las que antes existían).

Entre 1859 y 1863 se suceden una serie de disputas entre militares de tendencia liberal y conservadora las que culminan con la designación del Presidente de la República (liberal), Juan Cristófono Falcón.

El recupero de la libertad de expresión y la legalización de algunos partidos políticos se da recién en el gobierno militar de Eleazar López Contreras. En 1945, a instancia de un golpe de estado, se crea la Junta Revolucionaria que estuvo conformada por cuatro líderes de Acción Democrática y dos militares y en 1947, esa Junta organiza elecciones legislativas mediante voto secreto, directo y universal. Acción Democrática vence y logra convocar a elecciones presidenciales, Accede al cargo Rómulo Gallegos quien dura solo 11 meses en 1948, para ser derrocado por una Junta Militar, por ser plural y no resolver la crisis política que vivía el país. Entre esta fecha y 1993 se suceden una serie de gobiernos electos y militares para lograrse una estabilidad democrática basada en el Pacto de Punto Fijo, pacto de gobernabilidad e implícitamente pacto de alternancia en el poder de los partidos AD Y COPEI. La estabilidad también se consiguió a costa de sacrificios (como la represión de los partidos de extrema izquierda, la guerrilla y la violencia política en el país, persecución y hasta asesinato de opositores políticos).

En 1993 Carlos Andrés Pérez debe renunciar por cargos de corrupción y asume la presidencia Rafael Caldera bajo sospechas de fraude eleccionario, debido a que para muchos el verdadero vencedor era de un partido relativamente nuevo y de izquierda (La causa Radical).

Desde 1992 Hugo Chávez encabeza una serie de rebeliones militares, es apresado y comienza a gozar de una gran popularidad para en 1998 ser elegido presidente por mayoría de votos y con gran apoyo de una alianza de partidos

cargos en el parlamento al haberse retirado de la contienda la mayoría de candidatos de la oposición acusándolas de fraudulentas y que no garantizaban el voto secreto.

A.2.-Contexto Político

Venezuela es una república centro-federal, cuyo presidente es elegido por un voto de pluralidad en un sufragio directo y universal y funciona tanto como jefe de estado, como de cabeza del gobierno. La duración de su mandato es de 6 años, pudiendo ser reelegido un término consecutivo más, según lo establece la Constitución Nacional.

Esta Carta Magna le otorga al país el carácter de democracia participativa, modifica el nombre del país de República Venezolana a República Bolivariana de Venezuela e incorpora la figura del referéndum de revocatorio para todos los cargos de elección popular, los cuales pueden ser sometidos a nueva elección a la mitad del mandato, como una forma novedosa y democrática de permitir una nueva decisión política de la ciudadanía sobre los funcionarios electos.⁶

El poder público se distribuye entre el poder Municipal, Estatal y Nacional, dividiéndose, este último, en el Poder Ejecutivo (Presidente y Vicepresidente), Legislativo (Asamblea Nacional), Judicial (Tribunal Supremo de Justicia, Tribunales y Juzgados), ciudadano (Fiscalía General de la República, Contraloría General de la República y Defensoría del Pueblo) y Electoral (Consejo Nacional Electoral)⁷. Siendo el órgano encargado de la planificación y coordinación de las políticas e intervención, el Consejo Federal de Gobierno que se encuentra presidido por el Vicepresidente Ejecutivo e integrado por los Ministros, los Gobernadores, un alcalde por Estado y representantes de la sociedad organizada de acuerdo con la Ley.⁸

La Constitución Nacional es la ley suprema y toda la legislación debe sujetarse a sus disposiciones. En diciembre de 1999 se llevó a cabo la última reforma, la que ha promovido la redefinición de nuevas competencias en el sector público venezolano, abriéndose las posibilidades para adecuar muchas áreas de las políticas públicas, tanto del sistema político como en el contexto internacional.⁹

Las políticas de Gobierno son así ejecutadas por los órganos específicos de Gobierno, las que planifican, coordinan y definen las acciones para el desarrollo del proceso de descentralización y transferencias de competencias del poder nacional a los estados y municipios

⁶ Sitio de Internet: WWW.wikipedia.org

⁷ Sitio de Internet: WWW.asambleanacional.gov.ve

⁸ Gaceta Oficial extraordinaria N° 54530, de la República Bolivariana de Venezuela. Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, Caracas, 03/2000

⁹ Sitio en Internet: WWW.gobirnoonlinea.ve/venezuela

marítima de 860.000 km2. En la zona costera se encuentran los puertos más importantes del país: La Guaira, Maracaibo, Puerto Cabello y Puerto La Cruz.

Estos extensos territorios se expresan en una compacta Superficie Continental, cuya distancia máxima es de 1.493 Km. en dirección Este-Oeste y de 1.271 Km., en dirección Norte-Sur, lo que contribuye a facilitar la integración y cohesión interna. La fachada insular venezolana la integran más de setenta islas, las que conforman un sinnúmero de archipiélagos. Hacia el Norte, Este y Oeste, Venezuela ha logrado delimitado sus áreas marinas con Estados Unidos de América (1978), Antillas Neerlandesas (Países Bajos) (1978), República Dominicana (1979), Francia (1980) y Trinidad y Tobago (1990), estando pendiente la delimitación de las áreas marinas y submarinas con Colombia. ¹¹

TABLANº 1: XIII CENSO GENERAL DE POBLACIÓN Y VIVIENDA (AÑO 2001)				
	Superf. Km2	Habitantes	%	Hab/Km2
Venezuela	916.445	23.054.210	100,0	25,2
Distrito Capital	433	1.836.286	8,0	4240,8
Amazonas	177.617	70.464	0,3	0,4
Anzoátegui	43.300	1.222.225	5,3	28,2
Apure	76.500	377.756	1,6	4,9
Aragua	7.014	1.449.616	6,3	206,7
Barinas	35.200	624.508	2,7	17,7
Bolívar	240.528	1.214.846	5,3	5,1
Carabobo	4.650	1.932.168	8,4	415,5
Cojedes	14.800	253.105	1,1	17,1
Delta Amacuro	40.200	97.987	0,4	2,4
Falcón	24.800	763.188	3,3	30,8
Guárico	64.986	627.086	2,7	9,6
Lara	19.800	1.556.415	6,8	78,6
Mérida	11.300	715.268	3,1	63,3
Miranda	7.950	2.330.872	10,1	293,2
Monagas	28.900	712.626	3,1	24,7
Nueva Esparta	1.150	373.851	1,6	325,1
Portuguesa	15.200	725.740	3,1	47,7
Sucre	11.800	786.483	3,4	66,7
Táchira	11.100	992.669	4,3	89,4
Trujillo	7.400	608.536	2,6	82,2
Vargas	1.497	298.109	1,3	199,1
Yaracuy	7.100	499.049	2,2	70,3
Zulia	63.100	2.983.679	13,0	47,3
Dependencias Federales	120	1.651	0,007	13,8
Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas				

La posición geográfica de Venezuela es de gran importancia estratégica, por ser uno de los países de Sudamérica que presenta un espacio oceánico y costero hacia el Caribe y una fachada abierta hacia el Atlántico. Se considera como una encrucijada vital para el tráfico marítimo, puesto que está rodeada de canales, pasos y estrechos que comunican la América del Norte con la del Sur y el Océano Atlántico con el Océano Pacífico.¹²

El territorio nacional presenta un relieve variado y accidentado, que va desde el llano, de relieve plano-ondulado hasta las encumbradas montañas andinas de nieves perpetuas y los altiplanos guayaneses.

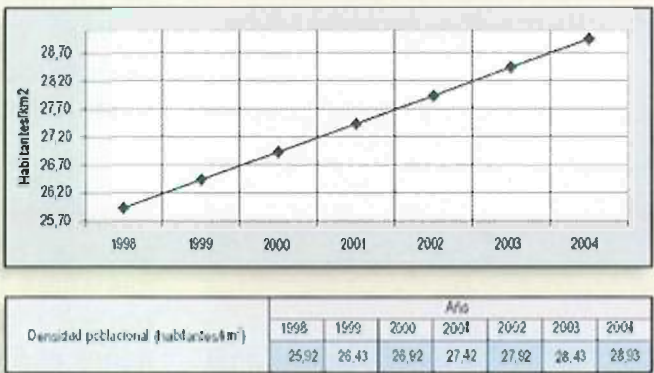
Presenta tres depresiones de importancia tales como el Lago de Maracaibo, la Depresión de Unare y la región del Delta del Orinoco. El país posee además un Sistema Montañoso, complejo y de variadas formas, que abarca un 3% de la superficie total del país y es la región más densamente poblada.

¹¹ Sitio de Internet –WWW.mipunto.com/VenezuelaVirtual -
¹² Sitio en Internet: WWW.gobirnoenlinea.ve/venezuela

inmigratorio que duró hasta los años 90), y por el otro es uno de los países caribeños que más ha avanzado en su transición demográfica – en el sentido de pasar de tener una población principalmente joven y de crecimiento rápido, a poseer otra relativamente envejecida y de bajo crecimiento, situación en la que ya están países como Uruguay o Cuba.

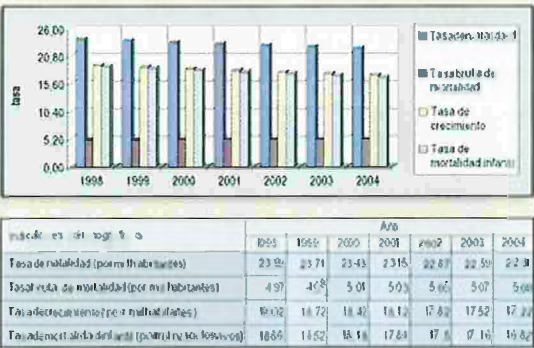
Las diferencias por sexo son apreciables en los extremos de la

GRÁFICO Nº 3: Densidad Poblacional 1998-2004



Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE)

GRÁFICO Nº 4: Indicadores demográficos 1998-2004



estructura etárea: el peso de los jóvenes es mayor en la población masculina que en la femenina y, dado que las mujeres son más longevas, sucede lo opuesto en cuanto a la proporción de personas mayores: las de 60 y más años eran en 1990 el 6,1% entre las mujeres y el 5,3% entre los hombres. Como en estos países, en Venezuela tiene lugar una expansión de la población adulta, especialmente la situada entre 20 y 60 años, lo que significa que van a incrementarse las presiones sobre el

mercado de trabajo y se va a frenar la caída del número de nacimientos aunque disminuya bastante la fecundidad, por cuanto habrá también más población en edad de procrear.

La densidad de población en el 2004 era de 28.9 habit/Km², mientras que en el 98 era de 25.9 habit /kms² y en los 90 de 21.3 habit/Km², registrándose la más alta en el Distrito Capital (4.240,8), seguida de los estados Carabobo, Nueva Esparta, Miranda y Aragua, y la más baja densidad se localiza en los estados Amazonas, Delta Amacuro, Apure y Bolívar.

En los estados con mayor población la acción sobre los recursos naturales ha generado graves problemas ambientales como lo son: deforestaciones, incendios forestales, eliminación de la fauna silvestre, aumento de la erosión de los suelos, disminución de las fuentes de agua y la excesiva generación de desechos sólidos.

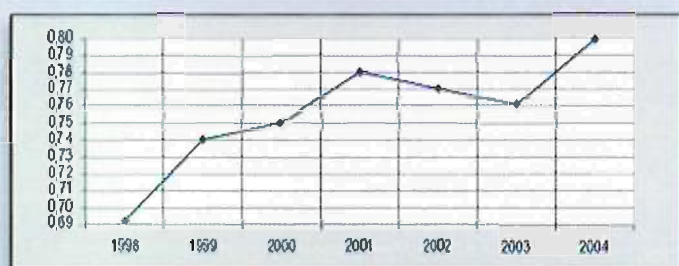
En Venezuela existen dos tipos de migraciones:

- a) Las Migraciones Internas se producen debido a varios factores: primero, la masa poblacional busca áreas de mayor estabilidad económica, con mejores fuentes de trabajo, para así obtener un nivel de vida más aceptable; y segundo, en los núcleos urbanos existen mejores oportunidades educativas y efectivos servicios públicos. Un ejemplo de ello es el Distrito Federal, como principal centro urbano de atracción poblacional de las zonas rurales, aparte del Distrito Federal está el estado Miranda, el cual es una zona favorecida por su cercanía a la capital del país. Asimismo las ciudades industrializadas en el sur del país tales como Ciudad Bolívar y Ciudad Guayana, en el estado Bolívar, representando un centro de gran desarrollo industrial, así como también los estados Aragua, Carabobo, Barinas, Portuguesa, Zulia y Lara, por presentar actividades agrícolas y de manufacturas de gran progreso.
- b) La Migración internacional tuvo un gran auge en la migración extranjera proveniente principalmente de Europa, antes y después de después de la segunda, debido a las exigencias del gobierno venezolano -durante la dictadura de Marcos Pérez Jiménez- en cuanto al requerimiento de mano de obra calificada, para el progreso de la economía. De allí en adelante el ingreso de extranjeros al país ha sido continuo, por otra parte han surgido migraciones de países vecinos, con poblaciones que poseen un nivel de vida inferior al venezolano, lo cual origina la entrada de muchas personas indocumentadas¹⁴.

La principal actividad económica es la extracción y refinación de petróleo para exportación y consumo interno. El petróleo es el recurso natural más abundante, y su explotación oficial se inicia a partir de 1875.

Aunque el país es mayormente monolingüe en castellano, en Venezuela se hablan más de una treintena de lenguas indígenas (guajiro, wara, pemón, kariña, etc.), para el uso oficial de los pueblo indígenas, la mayoría con pocos hablantes (menos del 1% de la población total) y los inmigrantes, además del castellano, hablan sus propias lenguas.

GRÁFICO Nº 6: Índice desarrollo humano 98/04



Índice de desarrollo humano I/	Año					
	1998	1999	2000	2001	2002	2003
	0.69	0.74	0.75	0.78	0.77	0.78

(P): Cifras provisionales
 I/: Valores comprendidos dentro del rango 0 y 1.
 Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE)

¹⁴ Sitio de Internet: WWW.mipagina.cantv.net

sexos. En 1984, en medio de una desocupación elevada, los varones presentaban una tasa de 13,9% y las mujeres de 11,9%, y en 1990 esas tasas eran de 11,6% y 9,3%, respectivamente.

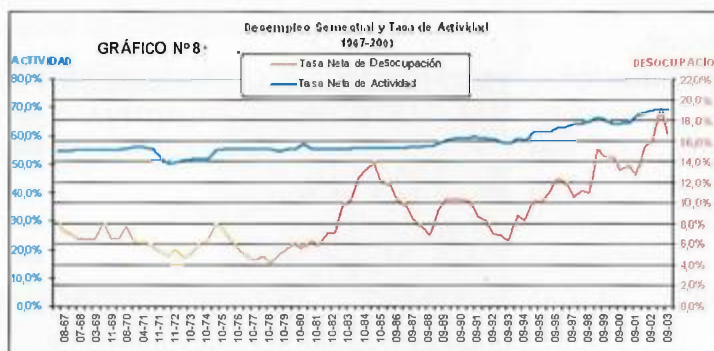
GRÁFICO N°7

No obstante, al examinar la composición por sexo de los desempleados puede observarse que la proporción de mujeres ha ido aumentando progresivamente durante los años ochenta: si en 1980 éstas representaban un 21,2% de ese total, esa

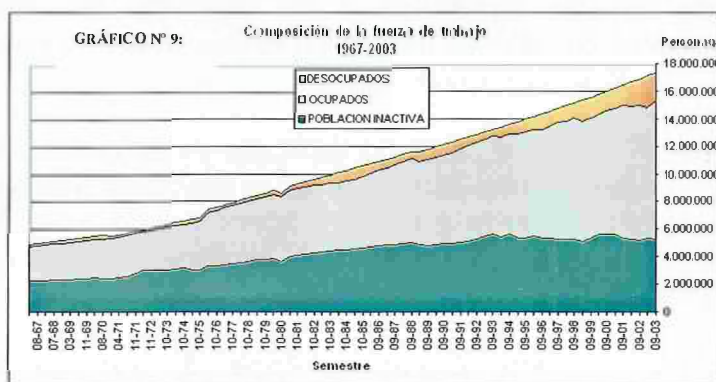
cifra era del 26,0% en 1990. Ahora bien, esta tendencia ha operado muy suavemente en Venezuela, ya que en el resto de la región lo regular es que las mujeres sufran de mayores tasas de desempleo que los hombres.

Para el año 2004 se tiene la siguiente estructura de la fuerza de trabajo (Encuesta de Hogares por Muestreo, INE):

El siguiente gráfico revela que históricamente se identifican tres momentos críticos para el empleo:



1. el período post-perezjimenista (1958-1964)
2. la devaluación del bolívar frente al dólar (1983-1988)



3. el período de crisis política en la V República (desde 1999).

La evidencia empírica parece indicar que en los orígenes del desempleo se encuentran entre otros, dos aspectos íntimamente relacionados: el crecimiento de la tasa de

actividad (incorporación de personas a la fuerza de trabajo) y la incapacidad del sector productivo de absorber a nuevos trabajadores. En 1967 de cada 100 personas mayores de 15 años, unas 55 pertenecían a la fuerza de trabajo, en

Estamos hablando de 1.360.614 personas, que son pobres y no tienen trabajo.

Al evaluar al nivel educativo de los desocupados, según su categoría de pobreza, se tiene:

En síntesis estos datos indican en primer lugar que cuanto más bajo el nivel educativo, mayor es la incidencia de la pobreza. Los datos muestran además que 728.379 personas no tienen trabajo, son pobres y tiene sexto grado o menos. Teniendo presente que el riesgo de pobreza es mayor por el solo hecho de estar desempleados, es también importante considerar que el valor del trabajo que son capaces de ofrecer es menor, y por lo tanto percibirían igualmente bajos ingresos. En este caso, el nivel educativo no se presenta como una causa de pobreza sino como un rasgo característico de los grupos analizados.

TABLANº 6: Nivel Educativo		No Pobres	Pobres	% Pobreza
Total				
No Contesta	3.926	1.191	2.735	69,7%
No Sabe	1.151	270	881	76,5%
Menos de 5º grado o Sin Nivel	244.727	22.149	222.578	90,9%
6º grado aprobado	597.957	95.772	502.185	84,0%
9º grado aprobado	282.415	65.036	217.379	77,0%
Bachillerato aprobado	371.463	115.298	256.165	69,0%
Universitario no graduado	147.895	70.850	77.045	52,1%
Universitario graduado	180.591	98.945	81.646	45,2%
Total	1.830.125	469.511	1.360.614	

Como parte de la política de estabilización económica se creó el Programa Económico de Transición (PET 99-00)¹⁵, el que consiste en promover el crecimiento sostenido y diversificado de la economía, reducir la inflación y aumentar el nivel de empleo.

TABLANº 7: INDICADORES ECONÓMICOS

Indicador	Años						
	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
PBI per cápita en precios constantes USD	2843.00	2760.00	3020.00	3020.00	3480.00	5133.00	4995.77
Población económicam. activa en miles	5.493.500	8.025.928	8.608.653	9.024.627	9.507.125	9.907.127	10.225.014
Gasto público total en porcent. del PBI	28.6	49.4	31.7	29.1	29.3	27.6	25.2
Gasto público social en porcent. del PBI	9.3	10.2	9.7	8.9	8.9	8.4	7.6
Tasa inflación anual	38.1	60.8	60.2	94.4	52.2	36.0	21.9

Fuente: Anuario estadístico de Venezuela 1998

¹⁵ OPS – OPS- Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud. "Perfil del Sistema de Servicios de Salud de la República Bolivariana de Venezuela – 2º Edición - 05/01

A.6.- Contexto de la Población Indígena:

En Venezuela la población indígena está constituida por 315.815 personas, agrupadas en 25 grupos étnicos y representando cerca del 1,50% de la población total del país, de acuerdo a las cifras del Censo Indígena de 1992. Dentro de ésta, Amazonas es la que cuenta con la mayor proporción, seguido por Delta Amacuro. El resto de los estados con población indígena poseen porcentajes inferiores a siete por ciento del total, con excepción de Mérida y Trujillo con una mínima participación, apenas un 0,04 y 0,62 de población indígena en relación a la población total.

La población indígena total del país no vive en áreas deshabitadas. Un 41,95% se ubica en áreas consideradas como urbanas. El estado Zulia y Sucre poseen el mayor número de personas habitando en ciudades o centros poblados. Los estados con mayor población indígena incorporada al mercado laboral son Apure y Delta Amacuro; caso contrario en Sucre y Anzoátegui.

En relación con el servicio eléctrico a las viviendas y de alumbrado público, en estados con población indígena, Zulia y Sucre presentan los porcentajes más elevados; los valores más bajos se observa en los estados Delta Amacuro, Apure y Bolívar.

En cuanto a la salubridad, en especial con la eliminación de excretas, en Anzoátegui y Zulia más del 60% de las casas poseen algún sistema de eliminación; no así, Delta Amacuro y Apure, este último con apenas un 3,06% de población cubierta por este servicio.

En educación, los estados Anzoátegui y Bolívar presentan los porcentajes más elevados de población mayor de cinco años incorporados en algún nivel del sistema educativo; mientras que Apure y Delta Amacuro poseen las menores tasas de población matriculada.

En conclusión podemos afirmar que Apure y Delta Amacuro presentan las condiciones más críticas en los servicios básicos, salubridad, y escolaridad, componentes básicos del Desarrollo Humano. La brecha en la dotación de servicios de estas dos entidades, frente a las otras que poseen población indígena, alcanza en algunas ocasiones niveles altos, lo cual se evidencia fundamentalmente en la eliminación de excretas.

La mayoría de estas etnias se han adaptado parcialmente a la convivencia con la población criolla, mantienen su identidad étnica, el idioma, los valores culturales ancestrales, extensiones variables de tierras originales, registran un perfil demográfico positivo y gozan de niveles de salud aceptables aunque a veces precarios.

Otros factores importantes relacionados con la mortalidad, específicamente la infantil, que merecen mención especial, están relacionados con los servicios de agua potable y la eliminación de excretas disponibles en la población.

En cuanto al comportamiento de las tasas de mortalidad el informe observa desaceleración en la disminución de los indicadores. Por ejemplo, en la evolución de la tasa de mortalidad infantil es impresionante, tal cual se visualiza en los cuadros que se adjuntan a este documento. Sin embargo es evidente que aunque se mantiene la disminución, se manifiesta más lenta. Dice: "Desde esta perspectiva es importante considerar la crisis de los años '80, conocida como la "Década Pérdida", con sus graves y profundas consecuencias, no sólo en Venezuela, sino a nivel de América Latina.

Durante el período 1970-1989, la tasa bruta de mortalidad aproximadamente descendió en un 34%. Pero también se observa que en la primera década analizada; es decir, del año 70 al 80 la mortalidad general descendió en un 22% mientras que del 80 al 89 lo hizo en un 13%."

La Tasa de Mortalidad Materna ha registrado una disminución en el período de 1940 a 2002, en 1940 presenta un valor de 325,4 y para el año 2002 es de 68,0 por 100.000 NVR, esto evidencia una disminución de 79 %.

En el período de 1940 (325,4 por 100.000 NVR) a 1967 (93,6 por 100 mil NVR) la tasa decrece aceleradamente, logrando disminuir en 71%, en promedio por año disminuye 7,75 puntos. A partir de 1968 (97,2 por 100 mil NVR) hasta 2002 (68,0 por 100.000 NVR) la tasa presenta, durante este intervalo de tiempo, un comportamiento irregular y disminuye en 30 por ciento

"Con respecto a la tasa de mortalidad infantil puede sin duda decirse que los cambios registrados al interior de la estructura de país, son obvios. La tendencia de los años 70 a los 90 expresa una reducción del orden del 54%. No obstante, el análisis del comportamiento de este indicador, más sensible que los anteriores, nuevamente pareciera develar, aún a nivel de los promedios nacionales, algunas manifestaciones iniciales del impacto de la crisis de los últimos años.

"De acuerdo a los datos disponibles el descenso en la tasa de mortalidad infantil es de aproximadamente 28% en cada una de las dos décadas. Pero del 80 en adelante se viene observando una cierta oscilación que no hay que desestimar. Son incrementos y descensos que sólo recuperan una reducción sostenida en el quinquenio que sigue al año de 1985, y se vuelve a inferir que están vinculados a inestabilidad y deterioro en las condiciones de vida. La reducción interanual reportada aproximada es de 4,5%. Lo que no nos dicen estas cifras es cual población lleva el peso de la situación."..."

Otro hallazgo a considerar en la serie histórica que se presenta es el relacionado con la tasa de mortalidad neonatal y la posneonatal. Al observar las cifras desde el año 1940 hasta 1977, con excepción de dos años (1963 y 1967), el

circulatorio se han mantenido en primer lugar (30.0%), a la vez que se observa un descenso de la mortalidad por enfermedades transmisibles (de 12.2% a 8.5%), acompañado de un incremento en la mortalidad por causas externas (13.6% al 16.6%). El subregistro de la mortalidad oscila entre el 8 y el 10%. El análisis de la mortalidad según los años potenciales de vida perdidos (APVP) para 1999 ubica en primer lugar a los accidentes de todo tipo (15.8%), seguidos por los tumores malignos (8,13%), los suicidios y homicidios (6,8%) y las enfermedades del corazón (5,1%).

Las principales causas de defunciones maternas son las Sepsis, Hemorragias e Hipertensión durante el embarazo. La mortalidad infantil descendió de 20.9 a 19.1 (muertes por cada 1,000 nacidos vivos) en el trienio. La mortalidad infantil que en 1.999 fue 19.1 por 1000 nacidos vivos muestra una tendencia a la disminución. Esta reducción se debe a la mortalidad postneonatal que fue de 7.3 por 1000 nacidos vivos. La mortalidad neonatal se reportó en 11.9 por 1000 nacidos vivos, dándose las mayores complicaciones en el periodo neonatal precoz. Las principales causas de muerte en los menores de un año son las Afecciones Perinatales (10,1 por 1000 nacidos vivos), las Anomalías Congénitas (2,5); Diarreas (2,2); Neumonías (1,1); Desnutrición (0,8); Meningitis (0,3), y Sepsis (0.3 por 1000 nacidos vivos).

TABLAN ^a 9: Indicadores de mortalidad de Venezuela		
Indicador	Último disponible	
C.1.0.1-Tasa de mortalidad infantil reportada (menores de 1 año)	Año 99	19,2
C.4.0.9-Tasa estimada de mortalidad de menores de 5 años (menores de 5 años)	Año 99	23,7
C.5.2.0-Tasa de mortalidad materna reportada (Mujeres)	Año 99	59,3
C.10.0.9-Proporción de defunciones registradas de menores de 5 años por enfermedades infecciosas intestinales (enfermedades diarreicas agudas - EDA) (menores de 5 años)	Año 97	14
C.11.0.9-Proporción de defunciones registradas de menores de 5 años por infecciones respiratorias agudas (IRA) (menores de 5 años)	Año 97	8
C.15.0.0-Tasa estimada de mortalidad por enfermedades transmisibles	Año 97	53,6
C.19.0.0-Tasa estimada de mortalidad por enfermedades del aparato circulatorio	Año 97	162,3
C.23.0.0-Tasa estimada de mortalidad por neoplasias, todo tipo	Año 92	63,8
C.31.0.0-Tasa estimada de mortalidad por causas externas	Año 97	55,3

Fuente: Organización Panamericana de la Salud, Área de Análisis de Salud y Sistemas de Información Sanitaria. Iniciativa Regional de Datos Básicos en Salud; Sistema de Información Técnica en Salud. Washington DC, 2004.

Las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y las causas externas constituyeron las principales causas de muerte durante 1,999 (cuadro 4). En ese año hubo un total de 769 muertes diagnosticadas como "defunciones por síntomas y causas mal definidas" (0.74% de la mortalidad general). Desde 1983, en que se detectó el primer caso de SIDA, hasta el 31 de Diciembre de 1999 se han registrado 8.047 casos y 4.726 defunciones. Ha fallecido aproximadamente el 60% de la incidencia detectada y se estima que hay un subregistro del 80%.

descentralización del programa de control debido a deficiente integración a nivel local, coordinaciones inadecuadas, recursos y actividades de control no priorizados, dificultades en el diagnóstico y tratamiento de casos e insuficientes supervisión, asesoría y evaluación. Los adultos jóvenes del sexo masculino, han sido siempre los más afectados. En el año 2000, el *Plasmodium vivax* determinó el 84% de los casos reportados y el *P. falciparum* el 15,6%, este último predominó en los estados Bolívar y Amazonas, donde se ha detectado resistencia a drogas antimaláricas y ha ocurrido el 75% de las 24 defunciones registradas por esta enfermedad en ese año; del 25% restante, a pesar de haber fallecido en otros estados, el probable origen de la infección corresponde también a Bolívar y Amazonas.

- El **dengue clásico y hemorrágico** se comportan de manera endemoepidémica en todo el país. En los últimos años han circulado simultáneamente los serotipos 1, 2 y 4, a los que se sumó el serotipo 3 a partir del año 2000. El año 1998 ha sido el de mayor incidencia con 37.586 casos notificados (31.863 clásicos y 5.723 hemorrágico), la que ha ido disminuyendo progresivamente en los años subsiguientes, alcanzando 21.101 casos en el 2000 (18.915 clásicos y 2.186 hemorrágicos); aunque los índices aélicos de casas y depósitos se mantienen altos en el año 2000 (20,7% y 10,3%, respectivamente). Estos indicadores deberán estratificarse por municipios y localidades para determinar sus causas. El principal problema con el dengue es el daño económico y en particular, la mortalidad que ocasiona el dengue hemorrágico (31 defunciones en 1999). Las dificultades para la prevención de esta enfermedad están dadas fundamentalmente por la insuficiencia y mal uso de los recursos, falta de evaluación de las intervenciones para el control del *Aedes aegypti*, escasa participación de la población en la eliminación de los criaderos e inadecuado saneamiento ambiental.
- En **fiebre amarilla** no se notificaron casos desde 1980 a 1997. En 1998 se presentó un brote en un pueblo indígena Yanomami con 15 casos y cuatro muertes, en la región de Parima, Amazonas. En 1999 falleció por esta enfermedad un turista extranjero, probablemente infectado en la región de Canaima, Bolívar. El sistema nacional para la vigilancia y control de esta enfermedad se está fortaleciendo y deberá ser más estricto en la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional, en particular con la exigencia de la vacunación antiamarilica a viajeros procedentes de países infectados.
- La **enfermedad de chagas** es considerada de riesgo para aproximadamente 6 millones de personas que viven en 198 municipios de 14 entidades federales, dentro de un territorio de 101.488 Km². Históricamente los estados más afectados han sido Trujillo, Lara, Portuguesa y Barinas, debido a sus características geográficas de pie de monte, con zonas cafetaleras y viviendas de bahareque y paja, que facilitan la infestación por *Rhodnius prolixus*, principal vector intradomiciliario. La aplicación de insecticida y el mejoramiento de las viviendas disminuyó la prevalencia de Chagas, de alrededor del 45% en los años 50 a menos del 10% en la década del 90. Los estados con mayores tasas de prevalencia

operaciones de tratamiento se vieron afectadas, lo que aunado a la falta de integración del Programa, es la causa de estas coberturas tan bajas.

- La **leishmaniasis cutánea** es endémica en todo el país a excepción del estado Nueva Esparta. Es más frecuente en hombres de 15 a 44 años dedicados a labores agrícolas. En el año 2000 el 92% de los 2.528 casos registrados, presentaba la forma cutánea localizada. Los estados con tasa de incidencia más alta que la media nacional (10,5 por 100 mil habitantes) son: Mérida, Trujillo, Lara, Sucre, Táchira, Cojedes y Anzoátegui.
- La **Lepra** dejó de ser un problema de salud pública en 1997. La tasa de prevalencia en el año 2000 fue de 0,6 por 10.000 habitantes. El problema persiste en los estados: Cojedes, Portuguesa, Barinas, Apure y Trujillo. La detección de casos nuevos es más frecuente al avanzar en edad, siendo mayor en el sexo masculino, con predominio en zonas rurales y urbanizaciones no consolidadas. La forma multibacilar es la más prevalente.
- La **tuberculosis pulmonar bacilífera** y todas las formas no han variado en los últimos años, con tasas de 15,6 y 26,1 por 100.000 habitantes en 1991 a 15,0 y 25,2, respectivamente en el 2000. En los años 1999 y 2000 se registraron 8 meningitis por esta causa en menores de cinco años, de las cuales cinco pertenecían al estado Zulia, además de un fallecido en esas edades por tuberculosis miliar en 1999. La vacunación BCG a nivel nacional presenta una cobertura promedio por encima del 95% para estos dos años, la que aumentó de 86,2% en 1994 al 99,5% en el 2000. En el estado Zulia la cifra de cobertura registrada para el año 1999 fue de 84,7% y para el año 2000 de 107,0%, indicador que hay que discriminar más para poder precisar los municipios y comunidades de mayor riesgo, que expliquen la alta incidencia de meningitis tuberculosa y la forma miliar en menores de cinco años para ese estado, ya que estas formas graves de tuberculosis en estos niños aparecen generalmente cuando no han recibido la vacunación BCG. De 1994 al 2000 el porcentaje de sintomáticos respiratorios (S.R) identificados de 15 años y más descendió prácticamente a la mitad, de 6,9 a 3,6%, valor inferior al 5% de captaciones esperadas, mientras que la realización de baciloscopía a estos aumentó de 29,1% a 53,2%, sin embargo, este porcentaje no es suficiente para producir impacto epidemiológico. La proporción de casos positivos en primeras muestras examinadas en S.R. por baciloscopía disminuyó de 5,9% a 3,9%, cifra que aún está por encima del 2% esperado por el Programa Nacional, lo que epidemiológicamente significa que si aumentamos el número de S.R. captados y de baciloscopías realizadas a los S.R. con el rendimiento alcanzado de muy cerca del 4%, el número de enfermos de Tb infectantes (Bk+), deberá ser superior. La proporción de baciloscopía positiva es de 1,5, índice que se considera aceptable. En la evaluación del tratamiento para 1999, el 81,8% fue curado, abandonos el 9,0% (alto), fracasos el 0,2%, transferencia el 4,6% y defunciones el 4,4%. Actualmente en la aparición de la tuberculosis está influyendo además del crecimiento demográfico y las migraciones, la coinfección Tb/VIH/SIDA. En 1999 hubo

para identificar e intervenir en áreas de riesgo. En el año 2000 se utilizó por vez primera al Fondo Rotatorio OPS para la compra de MR (sarampión y rubéola), por lo que este mecanismo deberá extenderse para otros biológicos y jeringas, lo que garantizará calidad a un menor costo. Se han detectado deficiencias en la cadena de frío, componente primordial para una eficiente inmunización. Este programa no cuenta con recursos humanos suficientes y hay necesidad de capacitación a nivel local. Asimismo, es necesario actualizar las normas técnicas.

- En **zoonosis**, las acciones de prevención, control y erradicación de estas enfermedades requieren una adecuada coordinación entre los sectores de salud y agricultura, que no ha sido permanente en el país, y por veces ha retrasado el logro de algunos objetivos. La **rabia canina** ha sido reducida de 11 estados, en 1991, a dos en 2000 (Tachira y Zulia); sin embargo el promedio anual de casos se mantiene en cerca de 100. La **rabia humana** ha disminuido de un promedio de tres casos a uno por año, entre 1991 y el 2000. Los casos registrados en 1999 y 2000 ocurrieron en el área Metropolitana de Maracaibo, prácticamente último reducto de la enfermedad en el país, que amerita mejor atención. Los focos de **rabia selvática** que se registran más en la región central del país, han disminuido desde un promedio de 160 anuales, en los tres primeros años de los 90, hasta un promedio de 30 por año, para los últimos tres años de la década. Esto se puede atribuir principalmente al elevado número de vacunaciones de bovinos, que alcanza cerca del 40% de los 11,8 millones de cabezas en cada año. La última gran epizootia de **encefalitis equina venezolana** ocurrió en 1995, cuando se registraron 99 rebaños de équidos afectados y cerca de 12.500 personas enfermaron. La cobertura de vacunación de équidos en el 2000 cubrió cerca del 60 % de la población animal en las áreas de riesgo, lo que sería insuficiente, si hubiera una epizootia, para evitar casos humanos. La definición imprecisa de responsabilidades, en especial la vacunación de animales, dificulta el logro de las coberturas necesarias. La **leptospirosis** se registró en índices crecientes y en áreas más amplias, en humanos (46 casos y 11 estados en 1991, y 411 casos y todas las entidades federales en el 2000). Se mantuvo en forma persistente en los bovinos (300 casos en el 2000, en 16 estados). El **complejo teniasis/cisticercosis** sólo está identificado como un serio problema de salud pública en el estado Lara, único que tiene programa de control de la enfermedad y donde se ha registrado un número creciente de casos entre 1996 y 2000 (de 3 a 138). Entretanto es probable que esta situación sea similar en otros estados que tienen cerdos de traspatio, pero no ejecutan el programa. El país no tiene **encefalopatía espongiforme bovina**, y las características de su explotación ganadera le confieren un nivel de riesgo despreciable. Los focos de **fiebre aftosa** se están reduciendo gradualmente, de 20 al año, en 1991 y 1992, a cuatro focos/año en 1999 y 2000, seguramente como consecuencia de la efectividad del programa; la **estomatitis vesicular**, ha pasado de 11 focos/año, a un promedio de 29, en este mismo período.

formulación de una serie de instrumentos legales, como el Proyecto de Ley sobre Participación Comunitaria y la Ley Orgánica de Protección al Niño y Adolescente.

En la nueva estructura del MSDS, la promoción de la salud y el desarrollo social constituyen un eje prioritario que atraviesa todas las acciones y su operacionalización se realiza en la ejecución del Modelo de Atención Integral en el ámbito de los servicios locales de salud, apoyándose en la descentralización, desconcentración y la participación social, la cual es considerada como un proceso dinámico donde las organizaciones sociales participan activamente en la identificación, análisis, diseño y puesta en marcha de soluciones, gobierno y sociedad mantienen vínculos de corresponsabilidad en el marco de la autonomía, el consenso y la equidad.

La participación es fundamental en la construcción del nuevo orden social, donde el Estado tiene como centro de acción al individuo, y se oriente a la sociedad hacia un desarrollo social y humano sostenible con un ejercicio democrático amplio y profundo y una sociedad civil organizada y participativa.

- En **Salud mental**: en Venezuela, la información en salud mental ha sido muy precaria, los datos disponibles provienen de los registros de las patologías atendidas en los centros especializados de atención, sin que hasta el momento se haya realizado una medición, de la morbilidad atendida o encubierta, en la demanda de atención en los establecimientos del primer nivel, todo lo cual refleja un enfoque centrado en la enfermedad cuyo eje sigue siendo el hospital psiquiátrico y los establecimientos de larga estancia (Colonias Psiquiátricas).
- Los **Accidentes y violencia**, contribuyeron con 12,5% al total de las muertes en 1999. Los accidentes de todo tipo ocuparon, en el mismo año, el cuarto lugar de las principales causas de muerte (7,5%) con una tasa de 32,8 por 100.000 habitantes, 51,0 en hombres y 16,1 en mujeres. La evolución de la mortalidad por esta causa, muestra un descenso de 17% en el periodo 1989-1998 (39,5 y 32,8 por 100.000 habitantes, respectivamente). Sin embargo en los menores de 15 años ocupa la primera causa de muerte para ambos sexos. La mortalidad por accidentes de vehículo de motor representa el 60% de la mortalidad por accidentes de todo tipo, ocupando el tercer lugar en los hombres y el sexto en las mujeres, los estados con mayor proporción son Zulia (15%), Carabobo (8,9%) y Distrito Capital (8,5%). Para 1999 el 5% de las muertes se debieron a suicidios y homicidios, ocupando el séptimo lugar de la mortalidad general y en hombres el cuarto lugar (78,4%). La tendencia de la mortalidad por esta causa es ascendente, contribuyendo mayoritariamente los homicidios con una tasa de 11,7 en 1998 y 16,9 por 100.000 habitantes en 1999, el grupo de mayor riesgo son los hombres de 15 a 44 años (430,2 por 100.000). Los estados de mayor ocurrencia de muertes por estas causas son Zulia (17%), Carabobo (15,9%), Aragua (11,8%) y Distrito Capital (7,0%). Según las cifras de mortalidad registradas hasta el primer semestre del 2000, la mortalidad por homicidios y suicidios, pasó del

promover la formulación de políticas públicas saludables que permitan apoyar los cambios de comportamientos.

- En **Tabaquismo**, la prevalencia de fumadores adultos descendió de 39,8% en 1984 a 30% en 1996, pero en jóvenes menores de 15 años se ha casi triplicado para los mismos años de un 2,7% en 1984 a 7% en 1996, siendo más significativo en el sexo femenino. Con relación al consumo per cápita de cigarrillos ha caído de 1.893 unidades para el año 1984 a 897 unidades en el año 1996. Si bien las políticas de control de tabaquismo, aprobadas desde 1981 han producido como impacto la baja de consumo, se hace necesario fortalecer las legislaciones orientadas al grupo menor de 15 años, en especial la prohibición total de la publicidad.
- En **nutrición y alimentación**, la satisfacción de las necesidades energéticas se ha reducido en los últimos años, especialmente en los estratos de menores ingresos. El país está en la categoría de autonomía crítica, ya que el 52,9% de las calorías provienen de la producción nacional, con una alta dependencia de alimentos importados, lo que pone de manifiesto una situación de inseguridad alimentaria. Para el año 2000 los grupos más afectados por desnutrición global fueron los menores de 2 años (11,7 %), de 2 a 6 años (22,4%) y de 7 a 14 años (24,4%). El déficit nutricional observado en preescolares que acuden a las escuelas públicas es de 24,7%. Los valores más altos se registran en Barina (33,5%), Monagas (32,1%), Apure (32%), Portuguesa (31%) y Guárico (30,1%). La tasa de mortalidad por deficiencias nutricionales en niños menores de 1 año, aumentó de 39,7 en 1989 a 60,3 por 100.000 NVR en 1999. La prevalencia de exceso de peso en menores de 15 años aumentó de 8,5% en 1990 a 11,3% en el 2000. El SISVAN solo realiza la vigilancia hasta menores de 15 años que asisten a los establecimientos de salud del MSDS. Con relación a los micronutrientes, el 16,5% de las mujeres en edad fértil presentaron anemia y el 34,7%, deficiencia de hierro, siendo 22% y 39%, respectivamente, en los estratos más pobres. La incidencia de anemia por deficiencia de hierro en mujeres embarazadas es de 41% y en niños menores de 3 años de 51%. La mortalidad por deficiencias nutricionales afecta más al grupo de niños menores de 1 año con una tasa de 60,3 por 100.000 NVR. Los datos disponibles reportan que no hay evidencia de deficiencia de vitamina A. El país no cuenta con estudios nacionales sobre la situación del calcio, zinc y el ácido fólico. Venezuela fue certificada como Virtualmente Libre de DDI en el año 2000. Para 1999, la disponibilidad de alimentos en el mercado, conteniendo proteínas, hierro, vitaminas A y C, tiamina y niacina, fue de suficiencia plena (superior al 110%), sin embargo la de calorías, riboflavina y calcio fue de insuficiencia crítica (menor al 90%).
- En **Salud oral**, la prevalencia de caries dental, en 1997, en dientes temporales o primarios antes de los 6 años de edad es de 3; en dientes permanentes el promedio CPO.D entre los 6 y 8 años de edad es inferior a 1, sin embargo a partir de los 15 años alcanza valores de 3, llegando a valores mayores cuando el individuo concluya su adolescencia, es decir, 5 piezas o más (región Nor-Oriental y Guayana). En relación con la fluorosis

institucionalmente. Las mujeres en edad fértil presentan anemia en un 16,5%, estas cifras aumentan en la población más pobre a un 22%. En un estudio realizado en Caracas las embarazadas presentan una prevalencia de anemia en un 40,9%. La cobertura de atención prenatal para 1997 fue 25,5% lo que sugiere concentrar los esfuerzos en aumentar la cobertura y calidad de la atención prenatal.

- En **Salud en la adolescencia**, los adolescentes y jóvenes (10 a 24 años) constituyen alrededor del 32% del total de la población. Siete de cada diez adolescentes pertenece a un hogar pobre, siendo que casi el 40% del total de adolescentes entre los 15 y 17 años está excluido del sistema educativo formal. La tasa de fecundidad de las adolescentes de 15 a 19 años ha descendido en los últimos años, de 97 a 87 nacidos vivos por cada mil mujeres, pero su contribución a la fecundidad total ha aumentado. El inicio de las relaciones sexuales se da en los varones a los 14 años y en las mujeres a los 15, en general con parejas de mayor edad, y sin utilizar protección. La principal morbilidad en adolescentes se concentra en problemas psico-sociales y familiares, con diagnósticos tales como disfunción familiar, conducta depresiva, bajo rendimiento escolar, gestos e intentos suicidas, alcoholismo y drogadicción, maltrato y abuso. El embarazo en la etapa de la adolescencia, sigue siendo el principal problema para la sociedad y para los servicios de salud. Entre las causas de mortalidad, los accidentes y violencia, suicidios y homicidios, ocupan las primeras causas y las asociadas a la maternidad ocupan el séptimo lugar. El principal reto que enfrenta el sector salud, aunado a otros sectores, es el de brindar atención integral de salud diferenciada, para garantizar el disfrute de los derechos y el protagonismo de los adolescentes en la sociedad.
- En salud del **Adulto mayor**, la población de sesenta años y más representa 6,5% de la población total, 46% hombres y 54% mujeres. Se espera que para los próximos veinticinco años esta población se triplique. Las principales causas de mortalidad son las enfermedades del corazón 32%, los tumores malignos 18%, las enfermedades cerebrovasculares 12% y la diabetes 8%. El riesgo de morir por estas enfermedades es mayor en los hombres excepto en la diabetes. Las principales causas de morbilidad están encabezadas por la hipertensión arterial, seguida del síndrome gripal, diabetes, infecciones urinarias y artritis reumatoide. El patrón de aumento de la población adulta mayor, sumada al tipo de atención requerida con énfasis en los niveles más complejos del sistema, además del incremento en la expectativa de vida, anticipa un congestionamiento, mayor del actual, en los servicios prestadores de salud. En este sentido se hace necesario fortalecer acciones dirigidas a la promoción de estilos de vida saludables, detección temprana y al control oportuno de las patologías mas frecuentes, así como apoyar y promover alternativas de atención con énfasis en la comunidad.
- La **Salud de las poblaciones indígenas**, según el último censo indígena realizado en 1992, la población era de 371.815 habitantes (1,5% de la población total), conformada por 38 etnias: Wayúu (54,5%), Warao (7,6%),

sistemas que dan servicio a las zonas urbanas, garantizando su calidad. Esta infraestructura se considera suficiente, con relación a su capacidad de diseño.

Existe deficiencia en la vigilancia y control del servicio en las zonas rurales y como consecuencia, la calidad de las aguas distribuidas es dudosa.

- En **aguas servidas**, en el año 2.000 un 73% de la población nacional poseía servicios de disposición adecuada, concentrándose el déficit en las zonas rurales, indígenas y urbanas no consolidadas. De un total estimado de 76m3/seg de aguas servidas que se vierten, solo reciben tratamiento un 10%. La inversión pública anual en el sector no supera el 0.2% del PIB en los últimos cinco años. Para el año 2001, con recursos adicionales del orden de 88.9 millones de dólares, que significó un incremento presupuestario del 26.7% para el sector, se consolida un Plan Nacional de Saneamiento. Un aspecto fundamental y de gran incidencia en el déficit financiero del sector lo constituye el agua no contabilizada (ANC) la cual alcanzó un promedio nacional para 1999 del 62%.
- En **residuos sólidos**, el 72% de los Municipios adolece de infraestructura para su disposición sanitaria y el país no cuenta con rellenos de seguridad para los materiales peligrosos, incluidos los residuos hospitalarios. Esta situación, sumada a una generalizada gestión inadecuada, ha planteado una urgencia legislativa y en la actualidad se desarrollan los marcos legales que permitan dar respuesta a esta problemática.
- El **monitoreo atmosférico** en el ámbito nacional, se realiza mediante una red instrumental, la cual ha detectado un incremento en los niveles contaminantes, especialmente en material articulado (PM-10) en las zonas industriales de los estados Zulia y Bolívar. Existen investigaciones que señalan una asociación de enfermedades respiratorias con el aumento de contaminantes en el aire. Las instituciones han efectuado medidas de control como la instalación y adecuación tecnológica de plantas industriales. Asimismo, se ha planteado como meta la eliminación del uso de la gasolina con plomo para el año 2005, y se promueve el uso del gas (GNP) y de gasolina sin plomo para los vehículos automotores.
- En **salud ocupacional e higiene industrial**, el país evidencia una debilidad institucional, ya que la población trabajadora no cuenta con estructuras funcionales coordinadas y desarrolladas y faltan aún los instrumentos legales que les permitan su eficiencia y eviten la dispersión de responsabilidades. Los riesgos ocupacionales en la última década tienden a incrementarse, aún con el subregistro existente, como consecuencia directa del empleo informal, el uso de locales no adecuados e, incluso, el uso de la vivienda-hogar como centro de producción. Es importante destacar que las primeras enfermedades ocupacionales están representadas por la sordera industrial (hipoacusia laboral) y otras patologías asociadas a ruido y vibraciones, intoxicaciones por sustancias químicas y trastornos músculo-esqueléticos.

- el Ministerio de Salud y Desarrollo Social (MSDS), responsable del financiamiento y prestación de servicios de salud. Aparece en 1999 ante la fusión del anterior Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (1936), con 1936 con funciones netamente preventivas y de promoción de salud y el Ministerio de la Familia (MF), a cargo de la planificación y evaluación de políticas sociales, así como de la implementación de programas sociales prioritarios. El nuevo ente resultante tiene a su cargo las siguientes funciones (art. 46):
 - Regulación, formulación y seguimiento de políticas;
 - Planificación y realización de las actividades del Ejecutivo Nacional en materia de salud pública;
 - Regulación, coordinación, seguimiento y fiscalización de los servicios estatales, municipales y privados; los programas de saneamiento y contaminación ambiental referidos a la salud pública, en coordinación con entidades estatales y municipales;
 - Regulación y fiscalización sanitaria sobre los alimentos destinados al consumo humano, el suministro de agua potable y la producción y venta de productos farmacéuticos, cosméticos, y sustancias similares;
 - Inspección y vigilancia del ejercicio de toda profesión actividad que tenga relación con la atención a la salud; la formulación de normas técnicas sanitarias en materia de edificaciones e instalaciones para uso humano, sobre higiene ocupacional y sobre higiene pública en general;
 - La organización y dirección de los servicios de veterinaria que tengan relación con la salud pública;
 - Regulación, formulación, coordinación, seguimiento y evaluación de las políticas, estrategias, y planes vinculados con el desarrollo social de la Nación;
 - Contribuir con la mayor eficiencia y eficacia a la solución de los problemas que afectan a los grupos menos favorecidos; coordinar los mecanismos y acciones que, articuladas con la política económica, permitan el logro de un desarrollo socio-económico equilibrado; desarrollar la atención de todos los sectores de la población, en especial con la de bajos recursos, y promover la participación ciudadana.

A los efectos de su organización, el MSDS está dividido en 2 Vice-Ministerios: Salud y Desarrollo Social, respectivamente. El Vice-Ministerio de Salud, a su vez, está compuesto de dos Direcciones Generales que abarcan las áreas de Salud Poblacional y Salud Ambiental.

En el nivel subnacional el MSDS tiene Direcciones Estadales de Salud y Desarrollo Social. En diecisiete estados del país las Direcciones Estadales corresponden a las instancias descentralizadas para la planificación y gestión de los servicios de salud. La asignación presupuestaria a los estados tiene dos componentes: (1) las transferencias del MSDS a las Direcciones Estadales de Salud y Desarrollo Social, y (2) los recursos asignados a través del situado

C.2.- El subsector público en el nivel subnacional y municipal:

Tal como se señaló anteriormente, la transferencia de responsabilidades al ámbito subnacional establece una nueva pauta de relación con el MSDS. Las Direcciones Estadales de Salud y Desarrollo Social constituyen la instancia descentralizada del MSDS y ejercen funciones de planificación, presupuesto, y prestación de servicios. Cada año se transfieren a través del presupuesto nacional las correspondientes asignaciones. El otro componente de las asignaciones nacionales corresponde a la utilización del situado constitucional (transferencia intergubernamental). Los Municipios constituyen el nivel local de organización política. En 1998 existían en el país 330 Municipios. La Constitución de 1999 ratifica las facultades de los Municipios en el área de salud. A los Municipios se le asignan funciones en salubridad, atención primaria de salud, así como en las áreas ambientales y de servicios (art. 178). Sin embargo, para la realización de este trabajo no se pudieron identificar análisis de la participación de los Municipios venezolanos en el financiamiento y gestión de servicios de salud.

C.3.- Subsector privado:

Se compone de las que reciben financiamiento proveniente de fuentes privadas (seguros de hospitalización, cirugía y maternidad, medicina prepagada, pagos directos, entre otros) y su capacidad de decisión, especialmente en lo referente a servicios prestados e inversión, está bajo la responsabilidad de organizaciones independientes (hospitales, clínicas, ambulatorios, o centros profesionales). La presencia del sector privado en el sistema de salud es amplia, pero lamentablemente ha sido poco analizada. Desde el punto de vista financiero existen diversas modalidades (incluyendo medicina prepagada en los últimos años). En cuanto a la prestación, el sector privado ha desarrollado distintas opciones, desde consultorios con un número reducido de especialistas hasta grandes hospitales con el mayor nivel tecnológico, especialmente en las grandes ciudades. Así mismo, la participación privada abarca tanto la producción de fármacos y tecnologías, como el desarrollo de nuevas estrategias gerenciales y de prestación. Lamentablemente toda esta riqueza de actividades se encuentra poco sistematizada y no existen fuentes periódicas que permitan su análisis más detallado.

C.4.- Características de los servicios y del financiamiento del sector:

El análisis se realizará mediante la revisión de la coberturas de beneficiarios, los recursos humanos e institucionales, y fuentes de financiamiento., tal cual lo plantea el documento de la CEPAL:

- ***Coberturas de beneficiarios:*** El cálculo de las coberturas para los respectivos sistemas de prestaciones públicos es afectado por las dificultades de los sistemas de registros. Desde el punto de vista práctico se asume que el MSDS brinda servicios a toda la población, especialmente aquella que no cuenta con ningún otro sistema de previsión de servicios de salud. La cobertura de los servicios de salud del IVSS, especialmente del

salud (sin incluir los aportes de los estados por vía del situado constitucional y los municipios). De manera que entre el MSDS y el IVSS contaron con el 87% de los recursos públicos del sector. El FAM contaba con 33 hospitales y 83 ambulatorios (D'Elia 2000). El restante 13% de los recursos públicos corresponde al IPASME, IPSFA, las asignaciones a los servicios de salud de algunos ministerios (Finanzas, Energía y Minas, Relaciones Interiores y Justicia, Ambiente e Infraestructura) y los aportes patronales (del sector público) a los programas de salud de las instituciones de la administración central y descentralizada.

TABLA N° 12: RECURSOS HUMANOS EN EL SECTOR SALUD VENEZUELA (1996 - 1999)

Tipo de Recursos	Año			
	1996	1997	1998	1999
Razon de médicos por 100 mil hab.	13.9	12.8	12.2	19.7
Razón de Enfermeras (os) profes. Por 10,000 hab.	6.9	6.5	4.9	7.9
Razón de odontólogos por 10,000 hab.	3.7	3.4	0.7	5.3
Razón de técnicos medios de Lab. por 10,000 hab.	N.D	0.7	N.D	N.D

Fuentes: Ministerio de Salud y Desarrollo Social, Instituto Venezolano de Seguro Social, Instituto de Previsión y Asistencia Social del Pensionado del Ministerio de Educación, Instituto Nacional de Atención Geriátrica.

- El número total de médicos aumentó de 21.666 a 44.316 en el período 85-90 pero debe señalarse, sin embargo, que los sistemas de información del MSDS no permite discriminar plenamente aquellos médicos que poseen dos o más contrataciones, especialmente en el sector público. Sin embargo la razón de médicos y enfermeras por 10,000 habitantes descendió 96-98, mostrando un incremento en el período comprendido entre 1998 y 1999, situándose en 19.7 para los médicos y 7.9 para las enfermeras.
- En el periodo 85-90, el número total de enfermeras disminuyó 7%, la tasa de enfermeras por 10.000 habitantes descendió de 31,4 a 22,7. Al igual que en el caso de los médicos, sin embargo deb tenerse en cuenta que no es posible discriminar con exactitud el número de este tipo de profesionales que tiene más de una contratación en el sector público. Sin embargo, la magnitud de la reducción es reveladora de una recomposición importante en el mercado laboral del sector, especialmente por el hecho de que muchas de las actividades de prevención y promoción pueden ser realizadas por personal profesional y auxiliar de enfermería. En 1997, el 50.5% de los médicos registrados en la Federación Médica Venezolana, eran especialistas y el 49.5% médicos generales. Del total de médicos, el 46.8 % estaban trabajando a tiempo completo o parcial en el subsector público (MSDS e IVSS). No se tiene información de aquellos que trabajan en otras instituciones públicas, pero se calcula que podría llegar a un 60% del mercado laboral. El 17.2% de los odontólogos trabajaban a tiempo completo o parcial en el subsector público (MSDS e IVSS).

MSDS aumentó de 43,6 dólares americanos en 1995 a 80,28 dólares en 2000. El gasto total público per cápita (mínimo) aumentó de 61,69 dólares a 127, 98 dólares. El gasto del MSDS representó 1,25% del PIB en 1995. Para el año 2000 este porcentaje había ascendido a 1,61. El gasto total público mínimo (de salud) representó en 2000 el 2,56% del PIB total. Estos cálculos difieren sustancialmente de las estimaciones internacionales que asignan a Venezuela un gasto total per cápita de 68 dólares para 1997 (WHO 2000). Tan sólo el gasto per cápita mínimo proveniente de fuentes públicas para ese año alcanzó los 95,05 dólares. Dado que el porcentaje de gasto público mínimo es 2,56%, es poco probable que el gasto total alcance la cifra estimada por la OPS para Venezuela en 1996 equivalente a 9,6% con respecto al PIB total (PAHO 2000). A pesar de que no existen estimaciones del total de gasto privado para el país en el período señalado, es posible inferir que el gasto total no debe alcanzar la cifra señalada por PAHO. Evidencias relacionadas con la cobertura de seguros privados indican que el porcentaje de estos gastos ascendió a 0,56% del PIB total en 1998. Dado que una parte de estas primas son financiadas por recursos públicos, a través de modalidades de seguros que involucran a institutos autónomos o universidades públicas, es poco probable que el gasto total del país corresponda a la estimación de PAHO. La comparación internacional de las cifras de gasto per cápita de Venezuela es limitada por las siguientes razones. En primer lugar, no se cuenta con cálculos del componente privado del gasto en salud. En segundo lugar, el componente público no incluye lo relacionado con el gasto proveniente de los estados y municipios.

TABLAN ^a 14: Indicadores de recursos, acceso y cobertura - República de Venezuela		
Indicador	Último disponible	
E.1.0.0-Proporción de población con acceso a servicios de agua potable	Año 98	83
E.6.0.1-Proporción de población menor de un año vacunada contra poliomielitis (menores de 1 año)	Año 00	86
E.7.0.0-Proporción de población menor de un año de edad vacunada contra sarampión	Año 00	84
E.8.0.1-Proporción de población menor de un año vacunada contra difteria, pertussis y tétanos (menores de 1 año)	Año 00	77
E.9.0.1-Proporción de población menor de un año de edad vacunada contra tuberculosis (menores de 1 año)	Año 00	99
E.13.2.0-Proporción de partos atendidos por personal capacitado (Mujeres)	Año 97	95.3
E.15.0.0-Razón de médicos por 10.000 habitantes	Año 99	19.7
E.26.0.0-Gasto nacional en salud por año como proporción del PIB	Año 99	7.1
E.27.0.0-Gasto público en salud por año como proporción del gasto nacional en salud	Año 99	31.9

A pesar de estas limitaciones se pueden realizar algunas inferencias utilizando las últimas estimaciones de la OMS (WHO 2000) para 1997. 1 De acuerdo a lo presentado en la Tabla 2, el gasto público per cápita de

modifica para las causas subsecuentes: los tumores malignos son la segunda causa de mortalidad general .

Génesis de las Reformas

El *punto de partida de los procesos de reforma* varía entre los países, y en *Venezuela* viene dándose desde hace varias décadas, algunas veces produciendo cambios importantes y otras sin producir un impacto relevante.

En *Venezuela*, el Procesos de Reforma tuvo cinco grandes intentos en los últimos doce años que no han sido fructíferos. Se elaboraron agendas explícitas de reforma sectorial, siendo la Asamblea Nacional la que ha estado discutiendo una propuesta de Ley, que eventualmente podrá dar un contexto para el desarrollo definitivo de una agenda de reforma sectorial.

Diseño de las Reformas

Los *protagonistas principales responsables del diseño de los procesos de reforma* han variado dentro de cada país en las distintas etapas. En *Venezuela*, el Ministerio de Salud y Desarrollo Social creado a finales de 1999, está liderando el proceso también dentro del contexto de reforma del estado. Actualmente hay una propuesta de ley sometida a discusión en la Asamblea Nacional que dará lineamientos para el desarrollo definitivo de una agenda de reforma.

Negociación de las Reformas

A pesar de que en algunos casos al inicio existieron diferentes protagonistas, actualmente en los seis países de la Región Andina, el *liderazgo de los procesos de negociación* de los objetivos y/o contenidos de la reforma se ejerce por las autoridades de salud. Los Ministerios de Salud han sido denominados entes rectores del sector y tienen la responsabilidad de guiar los procesos de reforma del sector. La *negociación política en el desarrollo de las reformas* ha involucrado diversos actores nacionales y también a organismos internacionales que han apoyado económica y técnicamente las iniciativas.

Marco Jurídico

Algunos países han modificado su Constitución política afectando de ese modo, directa o indirectamente, el desarrollo del sector de la salud. Este es el caso de *Venezuela* que aprobó la nueva Constitución política en 1999, la que establece las bases para desarrollar la naturaleza jurídica y el modelo organizativo del sector de la salud venezolano.

Cabe mencionar que la Constitución Nacional es la ley suprema y en base a ella existe una Ley Orgánica de Salud que fue sancionada el 11 de noviembre de 1998 y plantea el modelo de organización pública de salud, las características de los Servicios, la organización de los establecimientos de Atención Médica, aspectos del financiamiento de la Salud, cuestiones sobre el personal en Ciencias de la Salud, del régimen cautelar en salud y los derechos y garantías de los beneficiarios.

Por otra parte Venezuela ha enfatizado los efectos de las reformas implementadas entre 1987 y 1999. Tales reformas incluyen las siguientes leyes: Ley del Sistema Nacional de Salud de 1987, descentralización de servicios de

los indicadores relativos a equidad, efectividad, calidad, eficiencia, sostenibilidad y participación y control social.

La información en cuanto a los recursos físicos, económicos y de capital humano, es difícil de obtener en su totalidad, lo que puede estar explicado por la falta de un sistema de información más adecuado. Esto se suma a la ausencia de investigaciones en esta área, lo que imposibilita que el análisis de la oferta, demanda y calidad de los servicios médicos puedan observarse en términos de indicadores de calidad, efectividad, eficiencia y el impacto en la población.

B.- CONCLUSIONES

A través de este estudio se puede visualizar que La República Bolivariana de Venezuela ha logrado excelentes niveles de salud en las últimas décadas, que los logros en el país y su sistema de salud han sido objeto de permanentes evaluaciones y que estos son el resultado de importantes reformas del sector.

Venezuela, como otros países de la región, inició una reforma del sector salud que aún se continúa en la Agenda del Gobierno y la misma apunta no sólo a mejorar la cobertura, sino a la mejora de la eficiencia y la racionalización en la asignación de recursos.

Estudios recientes muestran evidencias de que las reformas han tenido éxito ya que tienen que ver con el progreso en los indicadores de salud del país. Las brechas de inequidad entre los cantones disminuyeron progresivamente, desde una serie de indicadores básicos, acompañando los cambios favorables del país.

Sin embargo el Análisis Sectorial realizado por el Ministerio de Salud, establece la persistencia de una inadecuada utilización, organización y entrega de los servicios de salud, que no garantiza para toda la población equidad, accesibilidad, oportunidad y calidad con recursos físicos, económicos y de capital humano adecuado, que permitan la satisfacción de la demanda.

Otra problemática se refiere a la necesidad de fortalecer la regulación capaz de enfrentar las imperfecciones estructurales de los mercados que caracterizan los sistemas de salud.

La información en cuanto a los recursos físicos, económicos y de capital humano, es difícil de obtener en su totalidad, lo que puede estar explicado por la falta de un sistema de información más adecuado. Esto se suma a la ausencia de investigaciones en esta área, lo que imposibilita que el análisis de la oferta, demanda y calidad de los servicios médicos puedan observarse en términos de indicadores de calidad, efectividad, eficiencia y el impacto en la población.

La utilización de servicios hospitalarios tiene un comportamiento muy similar al de los servicios ambulatorios, sin diferencias importantes y congruentes con el nivel de pobreza de la población, sin embargo queda pendiente conocer el comportamiento de esta variable en la demanda insatisfecha conocida.

- Existe la necesidad de aumentar la credibilidad de los ministerios de salud y asegurar el rol rector y el liderazgo ante la población.
- No existe un consenso sobre cuál deber ser el rol de los ministerios de salud. Si deben solo dotar servicios, ser solamente reguladores, o solo normadores y darle a otra entidad la responsabilidad de prestación, etc.
- Es importante contar con espacios como este Foro donde se comparten valiosos conocimientos y experiencias de cooperación que deben irse ampliando.
- Se reconoce el valor de compartir elementos operacionales, metodologías, instrumentos, acciones operativas, que han sido desarrolladas sobre la base de principios aceptados y reconocidos. Es importante insistir más sobre ellas, reconociendo que se deben ajustar a las propias realidades de cada país.
- Existe un mandato ético común de ganar el tiempo perdido y de contar con el apoyo con espíritu de solidaridad entre los países de la subregión.
- Es evidente que a la población lo que realmente le importa es contar con acceso a servicios de buena calidad y no tanto conocer o opinar sobre los detalles de la reforma. El producto final es lo que observan y lo que vale.

VI.- BIBLIOGRAFÍA

- CEPAL – Gonzales R. Mario J. - “Reforma del Sistema de Salud en Venezuela (1987-1999): balance y perspectivas” – Chile – Junio 2001
- Gaceta Oficial N° 36.935 de la República Bolivariana de Venezuela. Reglamento interno del Ministerio de Salud y Desarrollo Social, Abril de 2000.
- Gaceta Oficial extraordinaria N° 54530, de la República Bolivariana de Venezuela. Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, Caracas 03/2000
- Informe sobre la salud en el mundo 2005.OMS Ecuador.
- Organización Panamericana de la Salud, Área de Análisis de Salud y Sistemas de Información Sanitaria. Iniciativa Regional de Datos Básicos en Salud; Glosario de Indicadores. Washington DC, 2004.
- Organización Panamericana de la Salud - Área de Desarrollo Estratégico de la Salud - Unidad de Políticas y Sistemas de Salud – “Análisis de las Reformas del Sector Salud en los Países de la Región Andina” - Análisis Comparativo en Rss - Iniciativa Regional de Reforma del Sector de la Salud en América Latina y el Caribe - 2ª edición, Julio, 2002
- OPS/OMS: “La Cooperación de la Organización Panamericana de la Salud ante los procesos de reforma sectorial”, (esp. e ing.), Washington DC, 1997, 31 págs.
- OPS- Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud. “Perfil del Sistema de Servicios de Salud de la República Bolivariana de Venezuela – 2º Edición - 05/01