

## **APROXIMACIÓN A LA PROBLEMÁTICA DE SALUD Y SUS DETERMINANTES SOCIO-CULTURALES EN LA VENEZUELA DEL 2018**

Betty Méndez <sup>1</sup>, Josefa Orfila <sup>2</sup>

---

**RESUMEN:** *En el Taller Sumando Universidades por una Venezuela próspera, se dio inicio a una reunión multidisciplinaria de investigadores, y en función de las experiencias y conocimientos de los miembros del referido taller, se identificaron necesidades y prioridades en el área de la salud, así como la formulación de líneas estratégicas para afrontar dicha problemática. El desarrollo posterior se acogió a un enfoque paradigmático cualitativo adoptando el método hermenéutico-interpretativo y socio-crítico, que permitió la identificación de cinco problemas principales, cuatro o cinco dimensiones causales socio-culturales y las líneas de acción para enfrentar la problemática identificada. En ese sentido, se detectó la inexistencia al derecho de la salud, ausencia de información epidemiológica y sanitaria, distorsión del modelo oficial salud-enfermedad, debilitamiento de la promoción de la salud y deterioro sistemático y progresivo del sector salud. Las líneas de impacto incluyeron la exigencia al Estado Venezolano para el cabal cumplimiento de los artículos relacionados con la salud consagrados en la Constitución Bolivariana de la República de Venezuela; restauración del sistema de información epidemiológica, diseño de un nuevo modelo de salud-enfermedad basado en la génesis de la salud y sus factores condicionantes, retomar programas fundamentados en una concepción holística de la salud y la recuperación de las instituciones dispensadoras de salud del país.*

**Palabras clave:** *epidemiología, salud pública, determinantes socio-culturales, salutogénesis, Venezuela.*

**ABSTRACT:** *At the Workshop Joining Universities for a prosperous Venezuela, a multidisciplinary meeting of researchers start off, in which based on the experiences and knowledge of the members of the aforementioned workshop; needs and causes of problems in the area of health were identified, as well as the formulation of priority lines to face these problems. This theoretical and methodological analysis based on a qualitative paradigmatic approach, adopting the hermeneutic-interpretative and socio-critical method, led us to identify five main problems, five socio-cultural causal dimensions and the lines of action to settle with the origin of the previously established problems. In this sense, the absence of*

*the right to health, deficient epidemiological and health information, distortion of the official health-disease model, weakening of health promotion and systematic and progressive deterioration of the health sector, were detected. The suggest priority lines from this approach, included the requirement to the Venezuelan State for full compliance with the articles related to health enshrined in the Bolivarian Constitution of the Republic of Venezuela; restoration of the epidemiological information system, design of a new health-disease model based on the genesis of health and its conditioning factors, resuming programs based on a holistic conception of health, and the recovery of the institutions that provide health in the country.*

**Key words:** *epidemiology, public health, socio-cultural determinants, salutogenesis, Venezuela.*

## INTRODUCCIÓN

En el marco del Taller *Sumando Universidades por una Venezuela próspera*, acción promovida por el Decanato de la Facultad de Ciencias Económicas y Sociales, efectuada durante los días 11 y 12 de Junio de

1. Profesor Titular. Antropólogo. Dra. En Ciencias Antropológicas. Coordinadora de la Unidad de Bioantropología, Actividad Física y Salud. Instituto de Investigaciones Económicas y Sociales. Facultad de Ciencias Económicas y Sociales. UCV.

2. Profesor titular. Dra. en Gestión de Investigación y Desarrollo. Cátedra de Administración Sanitaria. Escuela de la Salud pública. Jefe del Departamento de Control de Estudios de la Facultad de Medicina. UCV.

Recibido: 13-11-19

Aprobado: 08-01-20

2018, los integrantes de la Mesa SALUD, analizaron la situación de la misma en el país, en el entendido de que se trata de un proceso que permite caracterizar, medir y explicar el perfil de salud y de enfermedad de una población, incluyendo sus daños, problemas que confrontan, así como sus determinantes socio culturales, sean estos, competencia del sector salud o de otros sectores afines.

El trabajo mancomunado del equipo, permitió en una primera instancia, facilitar la identificación de necesidades y prioridades en salud, así como la caracterización de intervenciones y programas apropiados y, la formulación de una serie de líneas estratégicas de impacto para afrontar dicha

problemática, en el entendido que no son los únicos que afectan en estos momentos a la población venezolana.

Estas líneas estratégicas, no se corresponden a propuestas exclusivas en la solución, ni el fin de la problemática señaladas originalmente por el grupo de trabajo, simplemente en el desarrollo posterior, lleva a recorrer el camino hacia una reflexión intrínseca desde los conocimientos teóricos revisados, vivencias y experiencias de las investigadoras, por lo que se considera como una investigación abierta, en desarrollo, en construcción y en constante hermenéusis.

Los lineamientos establecidos inicialmente por las diferentes mesas emanadas del Decanato de la Facultad de Ciencias Económicas y Sociales, incluyeron la identificación de cinco problemas principales, cinco dimensiones causales y las líneas de acción para enfrentar la problemática identificada. Fue un ejercicio de síntesis ante la generación de problemas, causas y elementos para su resolución.

## **METODOS**

El enfoque metodológico empleado en la mesa de trabajo SALUD, permitió auxiliarse de diversos métodos investigativos, que hizo posible generar una aproximación constructiva para retomar y comprender el fenómeno de salud-enfermedad desde una relación dialéctica y un consenso entre la visión de los participantes en su conjunto, pero donde la persona, es la que interpreta o reinterpreta los hechos, causas y consecuencias del evento en estudio, haciéndolo coherente con su mirada personal, la que genera el documento que a continuación se presenta.

Esta argumentación aportó insumos a la construcción del fenómeno en estudio de forma compartida y consensuada entre los miembros de la Mesa SALUD, donde se interpretó la realidad mediante la concepción que se expresa a través del paradigma positivista, considerado por algunos autores como reduccionista, pero que permite, a través de la hermenéutica aportar explicaciones de carácter causal, para así transitar por el enfoque socio

crítico como motor de cambio y transformación social, y que le dan por otra parte, ese carácter pluriparadigmático <sup>1-2</sup>, al tener la oportunidad de emplear una complementariedad de técnicas en la visualización del área de estudio, con el apoyo de la interpretación de conceptos y observaciones, para develar profundos significados y plantearse como resultante, una serie de esquemas de interpretación, fundamentados a través de teorías y

métodos enmarcados en un amplio espectro metodológico que abarca diversos enfoques investigativos, que coinciden, de manera sustancial en la interpretación como elemento fundamental del análisis de la realidad social. Mediante el método o sistema de recolección de información focus group o grupo focal <sup>3</sup>, la mesa de salud, logró identificar cinco elementos determinantes de la problemática de salud en Venezuela, los cuales se muestran en la Figura 1.



**Figura 1.** Problemas detectados en el área de la salud de la población venezolana.

**Fuente:** Elaboración propia

## DESARROLLO

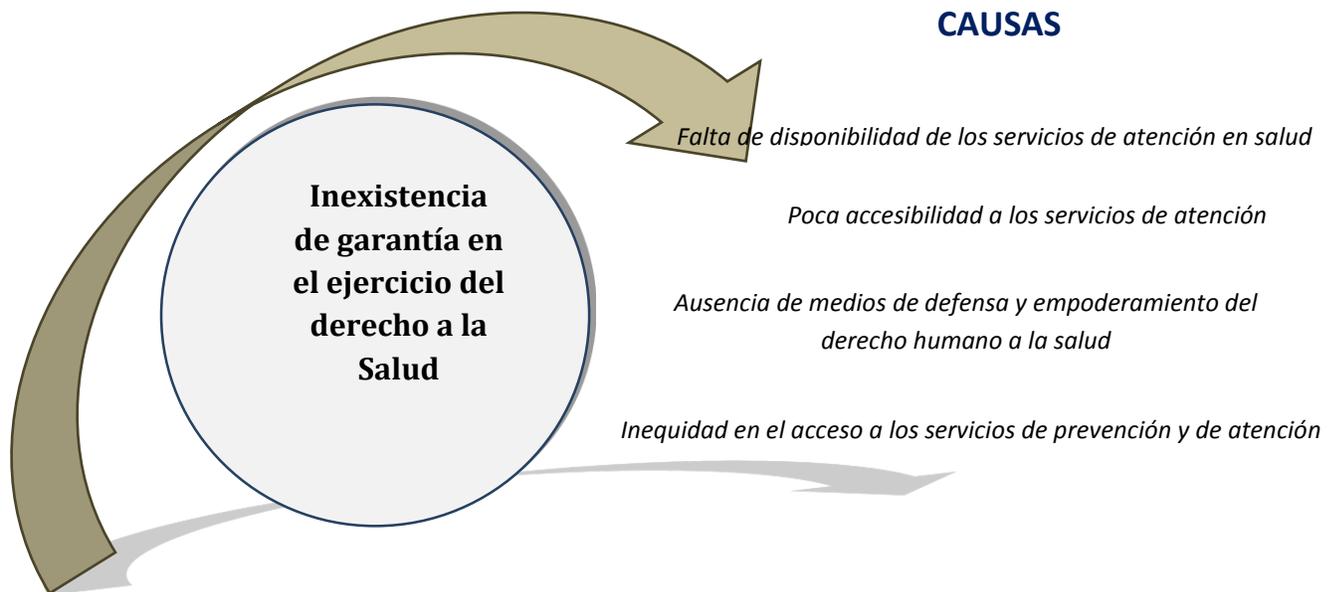
La salud no implica estar libre de enfermedades o incapacidades<sup>4</sup>, por el contrario, el estado de salud o enfermedad de un ser humano es el resultado de un proceso dinámico, lo que significa que está permanentemente pasando de un nivel a otro de salud o de enfermedad, por lo cual se habla de un proceso de salud-enfermedad; donde emergen una serie de determinantes que marcan un hito importante para la atención de la salud tanto individual como colectiva.

Surge así, el término *determinantes sociales de la salud*, como esas condiciones sociales y económicas que influyen en el estado de salud de las personas. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS)<sup>5</sup>, los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del

dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local. Según la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud que forma parte de la OMS, la accesibilidad a la atención de la salud es esencial para una salud equitativa. Producto de la discusión grupal, surgieron una serie de elementos debeladores de la actual situación salud en el país, los cuales fueron agrupados y/o reagrupados, permitiendo así la comprensión del fenómeno en estudio y dar explicación causal a esos determinantes del sector salud.

En ese sentido, surgen explicaciones causales a los problemas detectados en el sector salud, los cuales se mencionan a continuación:

**1. *La inexistencia de garantía en el ejercicio del derecho a la Salud***, es identificado como uno de los primeros problemas que afectan el sector salud, evento que se sustenta en las siguientes causas (Figura 2):



**Figura 2.** Elementos causales de la inexistencia de garantía en el ejercicio del derecho a la Salud.

**Fuente:** Elaboración propia

La falta de disponibilidad de los servicios de atención en salud, producto de su fragmentación y de los recursos dispensadores de atención médica, se evidencia en los dos modelos de atención que transitan en paralelo en la actualidad venezolana: Barrio Adentro y Sistema Tradicional, lo que no garantiza el acceso a la atención y genera dispersión de la misma.

Barrio Adentro, a decir de la UNESCO, es un tipo de intervención *programa* como una iniciativa social del gobierno nacional que se inicia en

el año 2003, para garantizar el derecho a la salud a toda la población especialmente a la excluida y, familias en situación de vulnerabilidad social, mediante la creación de consultorios y clínicas populares bajo la responsabilidad de los ministerios de salud y desarrollo social, trabajo y energía y minas. El programa estuvo definido como una red paralela y antagónica, no como complementaria, en contraposición al criterio de que un sistema de salud es una red institucional en función de las necesidades sociales. A esta

coyuntura se le suma el hecho de que el control sanitario de los insumos es precario, con presencia eventual del personal de salud y con una cobertura deficiente.

La segunda causa considerada en la reunión de expertos, fue la poca accesibilidad a los servicios de atención de la salud, fundamentada entre otros factores, por la crisis del transporte público. Al respecto, varios autores <sup>6</sup>, afirman que la misma se caracteriza por una red vial insuficiente, anárquica en la organización del transporte superficial y troncal, mal estado de las unidades de transporte y la violencia e inseguridad que se advierte en los sistemas de transporte y tiempo empleado en la movilización, características que indudablemente inhiben el acceso a los centros de salud de la población en situación de riesgo, de bajos recursos y mujeres embarazadas.

Se identificó de igual manera, la ausencia de medios de defensa y empoderamiento del derecho humano a la salud, en un escenario de conflictividad política y social, con una creciente criminalización a la protesta,

ante los justos reclamos por una atención oportuna y adecuada, que garantice el suministro de bienes y servicios. Tal Cual Digital, en su edición de febrero 2019 plantea, por ejemplo, como una de las exigencias del sector salud, la apertura del canal humanitario como paliativo a la crisis para obtener insumos, medicinas y mejoras en las condiciones de los hospitales públicos, peticiones que no han sido escuchadas, al contrario, se reprimen a veces fuertemente, surgiendo en consecuencia, el miedo a la manifestación.

Finalmente, la última causa de la no garantía del derecho a la salud se origina a juicio de las investigadoras, en la inequidad en el acceso a los servicios de prevención y de atención a la salud, al exigírsele a la población, otros requisitos distintos a los establecidos en las leyes venezolanas y enmarcados más bien, en el clientelismo político<sup>7-8</sup>, el cual se centra en el intercambio de favores tales como subsidio, dinero, privilegios y prestación de servicios, entre los actores del Estado y el ciudadano de a pie y en ese sentido, realizan un análisis de las dinámicas que

subyacen en el clientelismo político, el cual utiliza las políticas públicas y de las instituciones estatales bajo la sombra encubierta de una ayuda social, para conseguir apoyo electoral.

El segundo problema se evidencia en:

**2. La ausencia de información epidemiológica y sanitaria**, que induce a una visión poco veraz de la situación de salud del país; todo ello producto de la desconfianza acerca del boletín epidemiológico del Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS), mientras que las cifras de descensos y el reporte de brotes de enfermedades que están resurgiendo, son desconocidas para las organizaciones médicas.

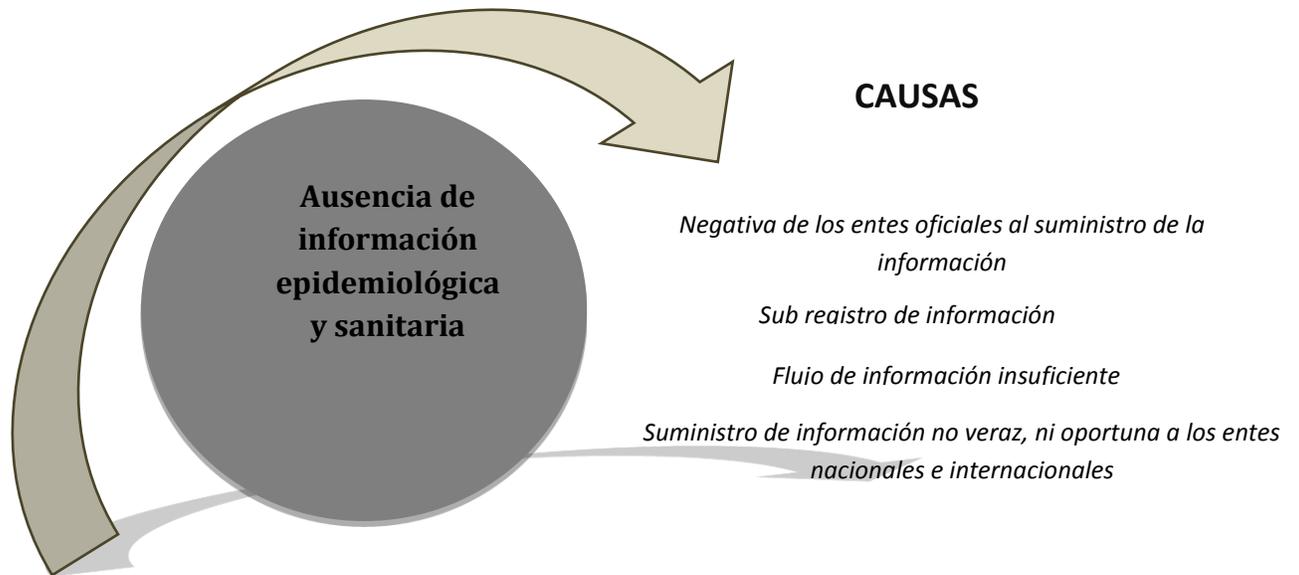
La situación epidemiológica nacional cada día es más preocupante. Las alertas respecto a la salud pública del país con relación a las enfermedades de notificación obligatoria y, que en un momento determinado pudieran causar un gran impacto en la población, no se detienen. De un momento a otro el país se encuentra con la reaparición de enfermedades que estaban erradicadas, o aquellas enfermedades

endémicas que se presentan de manera habitual en una determinada zona geográfica o grupo de población. No obstante, uno de los aspectos que está incidiendo <sup>9</sup> de manera importante en esta grave situación epidemiológica, es la ausencia total de información por parte del MPPS, la cual se reflejaba en la emisión de los boletines epidemiológicos nacionales de carácter obligatorio y que no se habían suspendido desde el año 1938.

A todo esto, se le suman otros elementos que se señalan en la Figura 3.

A decir de las investigadoras, el flujo insuficiente y sub-registro de información; la ausencia de anuarios epidemiológicos como elemento fundamental y dato básico para un sistema de salud; la constante negativa de los entes oficiales al suministro de la información veraz y oportuna a los entes nacionales e internacionales; trae como consecuencia la poca adhesión de las fuerzas sociales para el control de enfermedades infectocontagiosas, además de incentivar la angustia e

## APROXIMACIÓN A LA PROBLEMÁTICA DE SALUD Y SUS DETERMINANTES SOCIO-CULTURALES EN LA VENEZUELA DEL 2018



**Figura 3.** Elementos causales de la ausencia de información epidemiológica y sanitaria.  
**Fuente:** Elaboración propia

incertidumbre de la población en general.

La falta de disponibilidad de datos actualizados hace que sea imposible evaluar el alcance total de los problemas de salud que enfrenta la población, y supone además, un riesgo para la salud pública de otros países en la región.

Es un hecho cierto, que los programas de salud presentan graves dificultades para cumplir con funciones esenciales de vigilancia

epidemiológica, desarrollo de normativas, planificación, regulación y coordinación de las actividades curativas, preventivas y de rehabilitación. Debido a estas dificultades, la información en salud presenta niveles altos de subregistro, las medidas no son suficientes para el control de enfermedades y las coberturas de atención de los servicios son bajas.

En contraposición a lo anteriormente descrito, se entiende

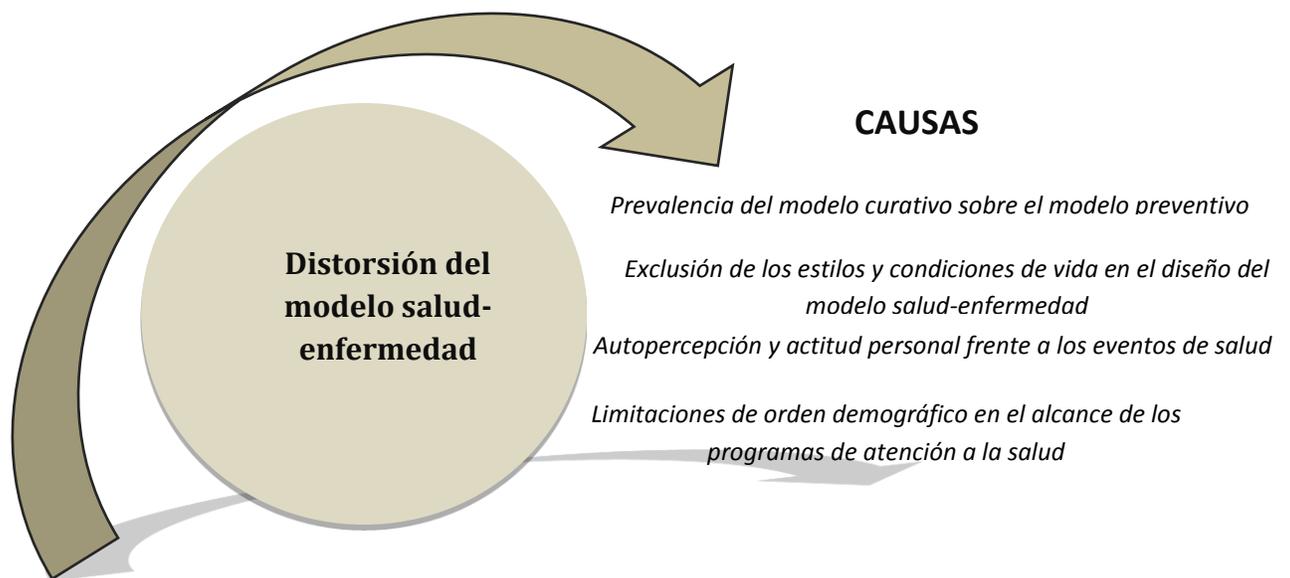
que la función de los anuarios epidemiológicos, es en primer lugar, la de divulgar el estado de salud del país, con una frecuencia semanal, para la generación de indicadores que permitan una medición inmediata del impacto social.

En tercer lugar, se puso de manifiesto como problema fundamental en la crisis de salud que sufre la población venezolana:

### **3. La distorsión del actual modelo salud-enfermedad (Figura 4).**

Al identificar la prevalencia del modelo curativo sobre el modelo preventivo, evidenciados en el uso de indicadores de salud negativos tales como mortalidad y letalidad, vale la pena revisar algunas definiciones de salud.

La salud se definió en 1946 por la OMS, como el estado completo de



**Figura 4.** Elementos causales de la distorsión del modelo salud-enfermedad.

**Fuente:** Elaboración propia

bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. En la década de los setenta se realizaron esfuerzos orientados a la promoción de la salud y a la Atención Primaria de Salud (APS) mediante el desarrollo de políticas públicas saludables, ambientes favorables a la salud, acción comunitaria, habilidades personales y reorientación del sistema de salud, además se introdujo la participación comunitaria en la planificación y en la implementación de las acciones de salud. En este contexto <sup>10</sup>, surge una nueva perspectiva que propuso el estudio y valoración de todas las variables que afectaban la salud y podían generar enfermedad.

Este nuevo enfoque denominado *salutogénesis* <sup>11</sup>, cuyo significado es génesis de la salud, ha sido utilizado para la evaluación de individuos con enfermedades crónicas y pertenecientes a grupos vulnerables como ancianos, adolescentes, mujeres embarazadas, niños y trabajadores de diferentes áreas. La atención se centra en los elementos o factores que ayudan a una persona a

hacer frente al stress, problemas físicos y psicológicos e inclusive, a la exposición de factores patógenos, a las fuentes de auto-regeneración y el poder de auto-sanación; este modelo explica, como las personas son capaces de mantener e incluso mejorar su salud en situaciones estresantes de la vida.

Por lo anteriormente planteado, se evidencia que sería más adecuado utilizar indicadores de salud positivos, entre ellos, el monitoreo del crecimiento de niños y adolescentes, la tendencia secular en indicadores que definen las condiciones de vida y salud de una población entre otros, los cuales se consideran como indicadores de progreso o retroceso, condicionado por las condiciones óptimas en la alimentación, salud y hábitos de vida. En ese sentido, vale la pena destacar que no se desarrollan acciones para incentivar conductas que aminoren la aparición de enfermedades, caso por ejemplo de un programa de acondicionamiento físico bien estructurado para toda la población, cuyos beneficios han sido reseñados exhaustivamente por la

OMS y por diversos investigadores a nivel local<sup>12</sup>.

Se incluye además como elemento causal, la exclusión de los estilos y condiciones de vida en el diseño del modelo salud-enfermedad y en el análisis de sus causas, aunado al desconocimiento de habilidades y talentos de las comunidades en relación al tema salud.

Estilo y condiciones de vida son dos conceptos íntimamente relacionados, pero no intercambiables, aunque en buena parte, influidos por su cultura y el sistema de valores en los que vive el individuo. En la mayoría de los casos se ignora el sentir de las comunidades, que se evidencia al realizarse investigaciones sobre calidad de vida, la cual se define como el bienestar, felicidad y satisfacción de un individuo, que le permite un funcionamiento o sensación positiva de su vida, en el contexto de su cultura y el sistema de valores en los que vive<sup>4</sup>. Es un concepto muy amplio que está influido entre otros por la salud física del sujeto pero que ha migrado desde una concepción abstracta del bienestar y felicidad hasta hacerlo operativo

desde el punto de vista del nivel de vida y condiciones de vida, bajo diferentes interpretaciones de acuerdo a distintas disciplinas y áreas del saber.

El concepto de estilo de vida<sup>4</sup>, aparece como uno de los cuatro determinantes de la salud en el informe Lalonde en 1973, donde se le relaciona con los hábitos personales y de grupo, sobre la alimentación, actividad física, adicciones, conductas peligrosas o temerarias, actividad sexual, uso de los servicios de salud y que se resume, en el conjunto de actitudes y comportamientos que adoptan y desarrollan las personas para satisfacer sus necesidades. Se destaca así, la importancia que tiene el modo y estilo de vida en el proceso salud-enfermedad, cuando sus cambios ayudan en la promoción de la salud y prevención de enfermedades.

En otro orden de ideas, al hacer referencia a las condiciones de vida, se trata pues de los modos en que las personas desarrollan su existencia, enmarcadas por particularidades individuales, y por el contexto histórico, político, económico y social

en el que les toca vivir, se le mide por ciertos indicadores observables.

Cuando se vive con escasos recursos económicos, motivados por falta de trabajo, que a su vez puede provenir de escasa salud o educación, se dice que las personas tienen una precaria condición de vida, que puede afectar en general a una población, cuando existe una crisis económica global o ser específica de un individuo o grupo.

La no consideración de estos términos, contribuyen al desarrollo de la distorsión del modelo salud-enfermedad, emergen de esta manera, la autopercepción y actitud personal frente a los eventos de salud, como elementos que permitan transitar de la patogénesis a la salutogénesis.

Es así, como la visión patogénica se sustenta en el hecho de porque nos enfermamos, contrario al concepto de salutogénesis que se refiere a la forma de mantenernos sanos.

Rodríguez et al <sup>13</sup>, afirman que la salutogénesis, no es un modelo sustituto del modelo patogénico, sino un suplemento en el que se señala la atención a los profesionales de la

salud, de las facetas descuidadas del patogénico. El individuo a partir de este modelo asume que es heterostático, entendido como un estado dinámico de desequilibrio, el cual tiene el poder para construir sistemas complejos de percepciones, conocimientos coherentes y ordenados sin importar el caos interno, tratando de responder positivamente ante situaciones de stress. ¿De qué manera el individuo se da cuenta de su potencial de salud y responde positivamente a las demandas físicas, biológicas, psicológicas y sociales, de un entorno representado por trabajo y empleo en constante cambio? Señala Antoniazzi <sup>14</sup>, que para prevenir las enfermedades relacionadas con la dieta y el estilo de vida en América del Sur, es imprescindible incluir educación nutricional y hábitos de vida saludables. Esta adaptación positiva está estrechamente relacionada con los recursos existentes en el sistema social y el entorno físico en el propio organismo, incluyendo el nivel inmunológico.

Otra de las causales está representada por las limitaciones de

orden demográfico en el alcance de los programas de atención a la salud, direccionados hacia las zonas de mayor concentración poblacional. Al respecto, el XVI Censo Nacional del año 2011 <sup>15</sup>, señala por ejemplo, que el 37% de la población indígena se localiza en el ámbito rural y fronterizo, con elevado porcentaje de analfabetismo y limitaciones lingüísticas, que en cierta manera, inhiben el acceso a los servicios de salud y por otra parte, del total de 241 establecimientos hospitalarios, sólo el 14,3% cuenta con servicios de atención y orientación al paciente indígena.

Flores <sup>16</sup>, coincide con lo expresado en el XVI Censo Nacional, en su artículo denominado Fichas Técnicas de Indicadores Internacionales para Salud Universal, donde destaca la importancia de considerar como uno de los indicadores de salud, el porcentaje de la población nacional que tiene cobertura por Redes Integradas por Servicios de Salud (RISS).

**4. El debilitamiento de la promoción de la salud** surge como otro problema identificable en el sector, a

consecuencia de la acumulación de insuficiencias sobre las prácticas de la promoción de la misma, limitando el desarrollo de estrategias de intervención y el avance en los procesos de investigación en este tema. Esta situación conforma una debilidad en la efectividad de la aplicación de las intervenciones en promoción de la salud. Sin embargo, la promoción de la misma, con orientación de abordajes teóricos y prácticos definidos, podría afirmarse que es relativamente reciente. Ahora bien, se asume a partir de los trabajos de Leavell & Clark <sup>17</sup>, el establecimiento de acciones concretas sobre promoción de la salud y por lo tanto se toma el trabajo de dichos autores para delimitar el hito histórico.

Actualmente se ha incrementado el interés por la promoción de la salud debido a la visibilidad que han alcanzado los efectos de los estilos y condiciones de vida en la salud pública. De manera tal, que pudiera afirmarse que ese tema forma parte de la conciencia colectiva en muchas comunidades y sociedades. En el Glosario sobre Promoción de la Salud,

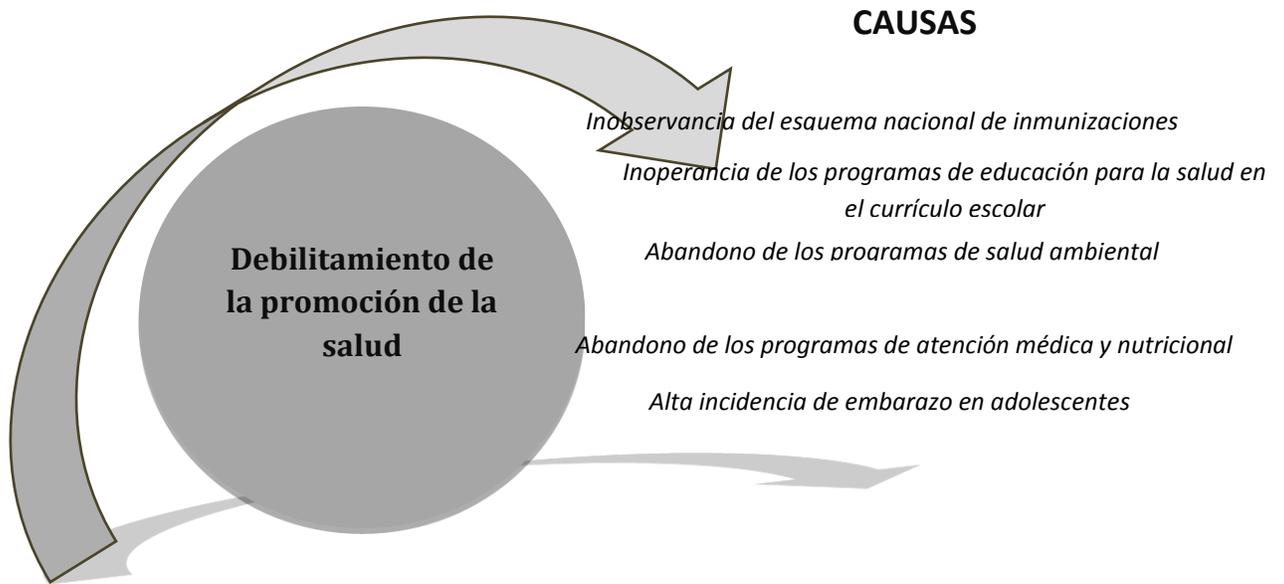
la OMS presenta la siguiente definición: “la promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma”<sup>18</sup>. Por lo anteriormente expuesto, para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social, un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Se trata por tanto, de un concepto positivo, que acentúa los recursos sociales y personales. Por consiguiente, dado que el concepto de salud como bienestar trasciende la idea de formas de vida sana, la promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector sanitario.

Con relación a Venezuela, se evidencia que en la segunda mitad del siglo pasado el término promoción de la salud forma parte de los objetivos de la práctica médica, debido a su inclusión en las obligaciones establecidas en el marco legal en salud. No obstante<sup>17</sup>, hay que

destacar que dicho término se encuentra presente en el discurso oral y escrito sobre salud de los ministros y altos funcionarios de las instituciones de salud, a partir de los años 60s y persiste hasta finales de los 70s.

En la figura 5, se ilustran las principales causas que hacen que en las prácticas de promoción de la salud, esto no suceda así.

Al hablar de la inobservancia del esquema nacional de inmunizaciones para todas las edades, se asume que esta situación se origina, debido entre otras causas, a la constante ausencia de productos biológicos y poca adherencia a dicho esquema. La carga de enfermedades en Venezuela se ha hecho más compleja y diversa, especialmente aquella que afecta a grupos de población más numerosos, más frágiles y vulnerables. Las enfermedades emergentes no han sido debidamente atendidas y la reemergencia de enfermedades infecciosas en forma de epidemias diseminadas, enfermedades infecciosas prevenibles mediante vacunas que habían sido controladas, revela la ineficiencia de la vigilancia epidemiológica y la



**Figura 5.** Elementos causales del debilitamiento de la promoción de la salud.

**Fuente:** Elaboración propia

debilidad del programa nacional de inmunizaciones. Lo anteriormente descrito, impacta sobre los sistemas de salud de los países vecinos, por la exportación de casos de difteria y sarampión, entre las enfermedades inmunoprevenibles y de malaria, las cuales se han multiplicado, luego de la migración masiva forzada de ciudadanos venezolanos, especialmente en los dos últimos años<sup>19</sup>.

La realidad<sup>20</sup>, es que muchos de los insumos para las vacunas no se producen en el país, por lo que el Estado debe garantizar el abastecimiento de productos biológicos a todos los centros asistenciales de salud público. Sin embargo, la situación ha empeorado paulatinamente, reflejándose este déficit más que en otros. En estos momentos las dotaciones son mínimas en comparación a la población sujeta a riesgo, lo que hace,

que la prevención no alcance la meta estimada.

Un segundo elemento causal lo constituye, la inoperancia de los programas de educación para la salud en el currículo escolar, ante la desaparición de estos asuntos, como ejes transversales en la formación de personal (temas de puericultura, educación para la salud propiamente dicha, entre otros) y cuya génesis se deriva del hecho cierto que los profesores de las diferentes disciplinas <sup>21</sup>, vienen desarrollando actividades puntuales de educación en salud, en las que se percibe solo una fundamentación biomédica, pues en diversos momentos se hace énfasis en el cuerpo y la enfermedad durante el enfoque del tema y no en el tema educación para la salud. Se observa, que los asuntos relacionados con la temática de salud se asocian como prioritarios de la disciplina de las ciencias, pero las escuelas en cuestión reciben poco apoyo de establecimientos de salud, que podrían fortalecer los enfoques dinámicos de salud en el aula de clases.

Surge así, la necesidad de estrechar vínculos entre las áreas de la salud y la educación partiendo de una concepción positivista de salud, donde la educación forme parte de sus acciones. Esta perspectiva favorece el proceso de concientización y construcción de la autonomía de los sujetos en su cuidado a la salud y conductas de vida, para saber y poder vivir en libertad.

En otro orden de ideas, se señala que el abandono de los programas de salud ambiental inciden negativamente en el saneamiento del entorno, se podrían tipificar, entre otras <sup>22</sup>, como una débil gestión integrada de los recursos hídricos, con un tratamiento de las aguas servidas y residuales e igualmente, manejo inapropiado de los residuos sólidos.

Por otra parte, ya en el plano de la educación ambiental, los autores señalan fallos en la materia educativa cuya puesta en marcha, podría traducirse en el logro de un ambiente más sano y ecológicamente equilibrado, apoyado en un ciclo de campañas educativas en forma continuada. Así mismo, opinan que se carece de una planificación, monitoreo

y conservación de las áreas protegidas.

El abandono de los programas de atención médica y nutricional dirigidos al preescolar, escolar, adolescentes, población vulnerable y familias de escasos recursos, fue otro de los factores considerados en la reunión de expertos, como elementos de una sana política que garantice la soberanía y la seguridad alimentaria.

Al respecto, el Observatorio Educativo de Venezuela <sup>23</sup>, reporta que en 22 de las 24 entidades federales, se han presentado problemas en el funcionamiento del Programa de Alimentación Escolar (PAE) en los dos últimos periodos (2009-2010 y 2010-2011), mediante denuncias de su funcionamiento aparecidas en la prensa de circulación nacional y regional.

El Perfil Alimentario y Nutricional 2013-2014 registra los avances y retos <sup>24</sup> de la República Bolivariana de Venezuela para garantizar la Seguridad y Soberanía Alimentaria *procurando la plena satisfacción de este derecho fundamental como parte del Programa de la Patria para la Gestión Bolivariana Socialista 2013-*

*2019, para alcanzar la suprema felicidad social del pueblo.* El Estado asegura igualmente, haber garantizado la disponibilidad de rubros *soberanos* como cereales, leche y productos derivados, hortalizas, raíces y tubérculos, leguminosas, frutas, carnes y productos cárnicos, pero los gremios advierten que el consumo de cárnicos ha disminuido; por ejemplo, el consumo per cápita de carne bovina estuvo alrededor de 7 kg en 2016, y lo mismo sucedió con pollo, carne de cerdo y leche <sup>25</sup>. En estos momentos, la alimentación familiar está muy apartada de los lineamientos establecidos por las guías de alimentación y si bien no se han publicado datos oficiales sobre malnutrición y mortalidad infantil por desnutrición, se puede inferir que algunas de las muertes de niños menores de un año se deben a la profunda alteración del estado nutricional de las madres y por ende, de los lactantes <sup>25</sup>.

El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) reaccionó mostrando una *profunda preocupación* por estas estadísticas, descritas como una *clara evidencia* de

la crisis de salud que el país está sufriendo<sup>24</sup>.

En relación a la alta incidencia de embarazo en adolescentes que se convierte en un factor de riesgo obstétrico y perinatal (binomio madre-hijo), donde el riesgo de muerte materna, bajo peso al nacer; son algunas de las consecuencias que enfrenta el embarazo precoz. Estas no sólo son efectos negativos en el plano biológico<sup>26</sup>, sino que también derivan en consecuencias psicológicas y socioculturales que afectan a la madre, al niño y a la diada. Continúa mencionando el autor, que aunque la evolución de la tasa de fecundidad en adolescente por subregión y país 1980-2015, muestra que el número de nacimientos por 1000 mujeres en el grupo de 15 a 19 años descendió de 100,3 a 80,9 en Venezuela; los registros de la OPS/OMS señalan a Venezuela junto a Bolivia, como los países latinoamericanos con una mayor tasa de embarazos adolescentes en la región.

Se mencionan diversos factores de riesgo asociados al embarazo precoz, que podrían categorizarse a manera general: en *individuales* como por

ejemplo una menarquía temprana; *familiares* cuando se está en presencia de una disfunción familiar y de *tipo social*, debido a un entorno socioeconómico que propicia hacinamiento<sup>27</sup>.

Podría citarse así mismo, en algunos casos, la falta de información y acceso restringido a una educación sexual integral, pobreza estructural, grado de escolaridad insuficiente, iniciación sexual no consensuada y normas sexistas de poder entre otras. Por lo anteriormente descrito se evidencia como un quinto elemento:

**5. Un deterioro sistemático y progresivo del Sector Salud**, que ya venía siendo mencionado por el Comité Ejecutivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), incluido en la agenda de su Sesión 162., celebrada el 20 de junio de 2018, para la consideración de sus miembros<sup>28</sup>, con el documento denominado *Respuesta de la OPS para mantener una agenda eficaz de cooperación técnica en Venezuela y en los Estados miembros vecinos*, en el cual se revelan algunas claves fundamentales para entender la preocupación de la OPS y de su

Secretaría, en relación a la emergencia compleja que sufre Venezuela, evento de gran importancia de salud pública, que crea un entorno de creciente dificultad y que viene desarrollándose en los últimos cuatro años.

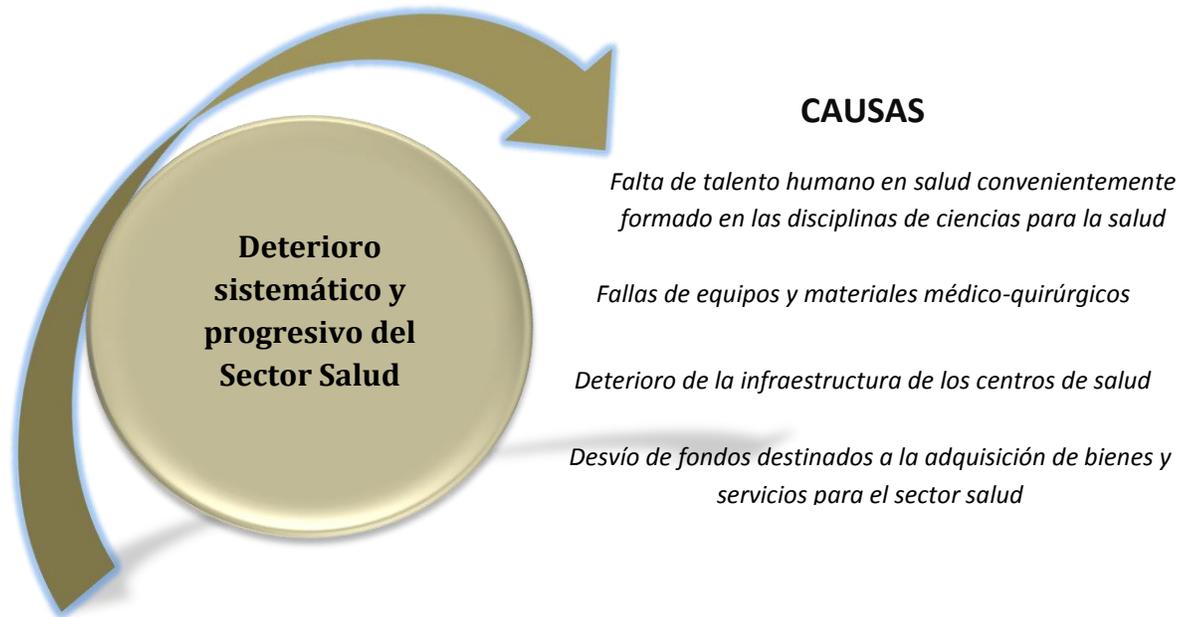
Los datos revelados en el informe anteriormente mencionado, confirman una vez más el acentuado deterioro de los indicadores de salud en Venezuela denunciados en numerosas oportunidades, a pesar de las restricciones arbitrarias de información epidemiológica y la censura aplicada de fuentes oficiales en los últimos once años. Retrocesos acentuados, en cuanto a mejoría en las tasas de mortalidad materna y de las tasas de mortalidad infantil en los últimos cuatro años, son motivos de preocupación que ahora hace pública la OPS y es justo reconocer que el documento destaca las fallas de información oficial.

La carga de enfermedades en Venezuela se ha hecho más compleja y diversa, especialmente aquella que afecta a grupos de población más numerosos, más frágiles y vulnerables. Las enfermedades

emergentes no han sido debidamente atendidas y la reemergencia de enfermedades infecciosas en forma de epidemias diseminadas (y no de "brotes", como reiteradamente afirma el documento), enfermedades infecciosas prevenibles mediante vacunas que habían sido controladas, revela la ineficiencia de la vigilancia epidemiológica y la debilidad del programa nacional de inmunizaciones, mencionados anteriormente.

Entre las causas atribuibles a tal deterioro se cuentan las mencionadas en la Figura 6.

En cuanto a la falta de talento humano en salud convenientemente formado en las disciplinas de ciencias para la salud, agravado por la llamada *diáspora venezolana*<sup>29</sup>; la reducción del número de médicos y especialistas, aunado a un deterioro de las condiciones laborales, ha impactado negativamente la salud de los venezolanos. Venezuela es protagonista, aproximadamente a partir del año 2010, en el ámbito latinoamericano, de la primera diáspora que se suscita en el siglo XXI. No existen cifras oficiales, tal como ocurre en muchos aspectos de



**Figura 6.** Elementos causales del deterioro sistemático y progresivo del Sector Salud  
**Fuente:** Elaboración propia

vida nacional; el Estado venezolano ha ocultado el número de connacionales y extranjeros que han emigrado hacia otras latitudes, pero según datos extraoficiales, divulgados por algunas organizaciones no gubernamentales, institutos de investigación y encuestadoras, son más de 4 millones la cantidad de venezolanos que han dejado su país para radicar fuera de sus fronteras y que han modificado considerablemente su idiosincrasia; convirtiéndose en una población que emigra, bajo características

esenciales de desplazados, condicionados por un éxodo masivo sin que medie para ello un conflicto bélico de gran magnitud, tal como ha ocurrido históricamente en las diásporas que se han producido en otros pueblos distantes<sup>30</sup>.

Surge así mismo como elemento causal las fallas de equipos y materiales médico-quirúrgicos, lo que implica una paralización de un 90% en la prestación de servicios del sector público y en menor cuantía el sector privado.

La Encuesta Nacional de Hospitales 2018 <sup>31</sup>, da cuenta de las condiciones actuales del sistema sanitario en 137 centros de salud distribuidos en todo el país; señala que la escasez de medicamentos, reactivos e insumos, la precariedad de los servicios y la falta de mantenimiento a los equipos, ha ido en aumento desde 2014 y ha *paralizado* la salud de los venezolanos.

Otro elemento considerado en el análisis, es el deterioro de la infraestructura de los centros de salud ante el colapso de los hospitales y la red primaria, con solo un 30% de los Centros de Diagnóstico Integral en funcionamiento, hechos que se agravan con la emigración del personal de salud. Al respecto Díaz Polanco <sup>32</sup>, expresa desde el Observatorio Venezolano de Salud, que a partir de 1999, el deterioro de la infraestructura y la insuficiencia de los insumos (tecnología y medicamentos, por ejemplo), ha sido de tal magnitud, que hoy día los servicios que se pueden prestar son escasos, carentes de garantía y de dudosa calidad; esto último, atribuible al lamentable fracaso

de la formación de Médicos Integrales Comunitarios cuya evaluación, ampliamente difundida por diversos medios, ha resultado ser altamente insuficiente en relación con las labores que les fueron encomendadas en hospitales y centros de salud; es decir, este personal ha sido objeto de una distorsión en el desarrollo curricular, al no proporcionársele los conocimientos indispensables y al ofrecérsele una actividad en nada acorde con la calidad real de su entrenamiento.

Vemos entonces que la crisis que atraviesa Venezuela no ha dejado de lado a los hospitales, donde la escasez de material sanitario y medicinas y las, en algunos casos, paupérrimas condiciones hospitalarias, son la pesadilla de pacientes de bajos recursos que no pueden costear la atención privada, caracterizado por instalaciones deterioradas, equipos dañados y baños *contaminados* que obligan a enfermos, familiares y personal de salud, a compartir los que funcionan, tal como lo expresó la Agencia EFE <sup>33</sup>. Por otra parte, se evidencia el desvío de fondos destinados a la adquisición

de bienes y servicios para el sector salud, hacia otras áreas con visos de corrupción, producto de un sistema de salud disperso, una desinstitucionalización de la salud y deficiencias de planificación presupuestaria entre otros<sup>34</sup>, lo que ha traído como consecuencia que, la salud venezolana represente uno de los sectores donde la corrupción es difícil de detectar, pero ello no quiere decir que no exista. En tal sentido, se encuentran como situaciones susceptibles o vulnerables frente a hechos de corrupción: 1) la construcción y reparación de infraestructura hospitalaria, 2) selección de proveedores, compra (importación), distribución y mantenimiento de equipos médicos (tecnología), 3) distribución de insumos y medicamentos, 4) contratación de personal sin concurso, abriendo la puerta a conflictos de interés; 5) uso político de los programas de salud; y 6) uso continuo de la figura de créditos adicionales para cubrir el déficit presupuestario, lo cual es un indicador de falta de planificación e improvisación por parte del Estado venezolano en la

concepción de su presupuesto. Estos seis (06) aspectos están concentrados y son responsabilidad del ejecutivo nacional.

La excesiva burocracia atenta contra el derecho a la salud y genera riesgos de corrupción derivados del complejo entramado institucional; tales son los sonados casos del Centro Nacional de Comercio Exterior (CENCOEX), y de la Corporación Venezolana de Comercio Exterior (CORPOVEX).

## **CONCLUSIONES**

**Reflexiones finales. Hacia la construcción de líneas de acción para la resolución de los problemas identificados.**

Dentro de los desafíos más importantes del sector salud en Venezuela se cuentan la reducción de las iniquidades en salud y la mejoría de la calidad de la atención. Para poder atender estos retos, es necesario resolver el problema de la fragmentación del financiamiento y de la prestación de servicios.

En este mismo marco, es necesario también establecer mecanismos para definir prioridades en la asignación de

recursos, que deberán basarse en criterios de necesidades de salud y costo-efectividad de las intervenciones, y no sólo en criterios políticos.

Otro reto importante es mejorar los sistemas de información y reformular los mecanismos de rendición de cuenta y de evaluación de políticas.

Urge así mismo, resolver la escasez de médicos, enfermeras y personal de salud en general en el país, que se ha acrecentado con la presencia de los médicos de otras nacionalidades, que no llegaron para quedarse. La migración del personal médico calificado y los cambios en el perfil demográfico y epidemiológico de la población, ponen en riesgo la prestación de servicios de calidad y afecta la capacidad del sistema de salud para responder a los desafíos que enfrenta.

Vemos además, que en los actuales momentos se ha incrementado el interés por la promoción de la salud debido a la visibilidad que han alcanzado los efectos de los estilos de vida en la salud pública. De manera que pudiera afirmarse que actualmente, ese tema

forma parte de la consciencia colectiva en muchas comunidades y sociedades. Adicionalmente, desde la década de los noventa este aspecto le dio un relanzamiento a la salud pública, convirtiéndola en el foco del paradigma social del campo científico y tecnológico de las ciencias médicas. Ahora bien, tanto las conceptualizaciones, como las prácticas de promoción de la salud, se orientan hacia varios elementos en la construcción de bienestar y salud de la población. Por lo tanto, avanzar hacia el desarrollo de esos elementos mejorará las prácticas de la salud pública, permitirá demarcar la salud de la enfermedad, transitando desde las concepciones patogénicas hacia la salutogénicas; así como concienciar a la población hacia la vinculación de la salud a la idea de bienestar.

Aun cuando buena parte de la comunidad y algunos de los profesionales de la salud, se refieren al término *promoción* en el sentido de hacer propaganda sanitaria o *venta de las ideas sobre salud*, igualmente persiste la creencia según la cual, la promoción de la salud se realiza exclusivamente con educación para la

salud, hay evidencias, sin embargo, de que se han generado cambios conceptuales importantes. De manera, que las tendencias actuales, se alinean hacia estrategias activas para proteger y conservar la salud, no solo desde el campo de la salud, sino desde otros campos científicos y tecnológicos.

Adicionalmente, las estrategias de promoción de la salud se encuentran contenidas en la Carta de Ottawa. En ese sentido <sup>17</sup>, las áreas de acción para promocionar la salud son las siguientes: 1) Establecimiento de políticas públicas saludables, 2) Creación de entornos que apoyen la salud, 3) Fortalecimiento de la acción comunitaria para la salud, 4) Desarrollo de habilidades personales en salud, y 5) Reorientación de los servicios sanitarios hacia la promoción de la salud. Esta nueva orientación que deslinda la promoción de la salud de la educación para la salud (EPS), le aporta elementos configurativos a promoción de la salud como categoría de intervención en salud, y a la EPS como estrategia.

A tales efectos, proponemos:

- 1) Exigir al Estado Venezolano el cumplimiento estricto de la garantía de la efectividad del derecho a la salud, basado en principios éticos y de acuerdo a lo contemplado en el artículo 83 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. Para lo cual es fundamental, la creación y puesta en marcha del Sistema Público Nacional de Salud (SPNS), según los principios y características establecidas en el artículo 84 de la Constitución vigente.
- 2) Conocer el estado de las enfermedades emergentes que permita la toma de medidas pertinentes.
- 3) Restaurar todo el Sistema de Información Epidemiológica Nacional y su publicación veraz y oportuna, lo cual demanda la restitución de los Anuarios Epidemiológicos
- 4) Diseñar un nuevo Modelo de Salud-Enfermedad fundamentado en la cultura de la prevención, educación y promoción; así como en la definición de una política pública que considere en su formulación, los determinantes sociales y culturales de la población venezolana.

5) Retomar los programas preventivos y reconstitutivos de la salud, basados en una concepción holística de la misma.

6) Enfatizar la importancia del programa de atención a la madre y al niño desde el momento de la concepción hasta los dos años de vida, período identificado como una *ventana crítica y de oportunidades*, que traza el escenario para el desarrollo intelectual y de salud a lo largo del ciclo de vida del individuo (*primeros 1000 días de vida*). En esta etapa de la vida, subyacen una serie de elementos que se convierten en determinantes de la salud del adulto e inciden, de no darse la protección adecuada, en el incremento de indicadores de salud negativos como la mortalidad materna y neonatal <sup>(35)</sup>.

7) Recuperación y reorientación inmediata de la operatividad de todas las instituciones dispensadoras de salud del país.

Por último, es prioritario contar con una ley orgánica de salud vigente, que sea consistente con los principios establecidos en la Constitución Nacional. A través de esta ley se deben activar los mecanismos para reducir la exclusión y las

desigualdades, dando prioridad a los derechos a la salud y la vida contemplados en los artículos 83 al 86 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela <sup>36</sup>, así como dar viabilidad financiera al SPNS y a su respectivo anteproyecto de Ley.

### **AGRADECIMIENTOS**

La Mesa estuvo conformada por un equipo multidisciplinario de docentes e investigadores: abogados, antropólogos físicos y culturales, médicos, salubrista, sociólogos y trabajadores sociales, de las Facultades de Ciencias Económicas y Sociales y Medicina respectivamente, ellos fueron: Absalón Méndez, Ángel Reyes, Betty Méndez Pérez (coordinadora), Gloria Marrero, Jesús Manuel Rodríguez, Josefa Orfila (relatora), Noralys Villaroel, Samuel Hurtado y Tulio Álvarez. A todos ellos va nuestra gratitud por su disposición a conformar la mesa SALUD, así como por los aportes iniciales que permitieron darle cuerpo a este documento.

## **REFERENCIAS**

1. Artilles Visbal L., Otero Iglesias J. y Barrios Osuna I. Metodología de la Investigación para las ciencias de la salud. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2008. p 341.
2. Schuster, A., Puente, M., Andrada, O. y Maiza, M. La Metodología Cualitativa, Herramienta para Investigar los Fenómenos que Ocurren en el Aula. La Investigación Educativa. Revista Electrónica Iberoamericana de Educación en Ciencias y Tecnología. 2013; 4 (2): 116-123
3. Santiago, J. y Roussos, A. El focus groups como técnica de investigación cualitativa. Documento de Trabajo N° 256. Universidad de Belgrano [Internet] 2010 [Citado 12 Febrero 2019]. Disponible en: [http://www.ub.edu.ar/investigaciones/dt\\_nuevos/256\\_roussos.pdf](http://www.ub.edu.ar/investigaciones/dt_nuevos/256_roussos.pdf).
4. Villar Aguirre, M. Factores determinantes de la salud: Importancia de la prevención. Acta Médica Peruana. 2011; 28(4): 237-241.
5. Galli, A., Pagés, M. y Swieszkowski, S. Factores determinantes de la salud. Residencias de Cardiología. Contenidos Transversales. Sociedad Argentina de Cardiología [Internet] 2017. [Citado 12 Febrero 2019]. Disponible en: <https://www.sac.org.ar/wp-content/uploads/2018/04/factores-deter>.
6. Herrera Gutiérrez, I. y Montilla Kauefati, A. Caracas en tránsito. Trabajo de grado. Caracas: Universidad Católica Andrés Bello; 2011.
7. Barón, J. A. El nuevo clientelismo político en el siglo XXI: Colombia y Venezuela 1998-2010. Desafíos. 2015; 27(2): 253-289.
8. Pedroza Estrada, A. Y. y Romero Ramírez. R. Clientelismo político en la gestión pública: Características y consecuencias como forma de dominación política. TELOS. Revista de Estudios Interdisciplinarios en Ciencias Sociales; 2018; 20(2):330-355.
9. Yanes, M. El silencio epidemiológico oficial. PROVEA [Internet] 2016. [Citado 12 Mayo 2019]. Disponible en: <https://www.derechos.org/ve/opinion/el-silencio-epidemiologico-oficial>.
10. Casado, L.R. y Valls, E.M. Estado actual de la salutogénesis en España. Quince años de investigación. Rev enfermería Global. 2014; 13 (34): 384-394.
11. Heimburg, D. Public Health and Health promotions: A salutogenic Approach. Thesis submitted for the Master Degree in Health Science. Trondheim: Norwegian University of Science and Technology; 2010. 118 p.
12. Pérez Betty M. Salud: entre la actividad física y el sedentarismo. An Venez Nutr. 2014; 27(1): 119-128.

13. Rodríguez, M., Couto, M. D.; Díaz, N. Modelo salutogénico: enfoque positivo de la salud. Una revisión de la literatura. *Acta Odontológica Venezolana*. 2015; 53(3): 37-39.
14. Antoniazzi, L. D., Aballay, L. R., Fernandez, A. R. y Fiol de Cuneo, M. Análisis del estado nutricional en estudiantes de educación física, asociado a hábitos alimentarios y nivel de actividad física. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas*. 2018; 75(2):105-110.
15. Instituto Nacional de Estadística. XIV CENSO NACIONAL 2011. INE [Internet] 2011. [Citado 04 Marzo 2019]. Disponible en: [www.ine.gov.ve/CENSO2011/](http://www.ine.gov.ve/CENSO2011/)
16. Flores, M. Fichas técnicas de indicadores internacionales para salud universal. *Maiquiflores Blog*. 2018 [Citado 26 de marzo 2019]. Disponible en: <http://maiquiflores.over-blog.es/2018/07/fichas-tecnicas-de-indicadores-internacionales-para-salud-universal-2018.html>
17. Orfila J. y Sequera L. Promoción de la salud. Construyendo objetos de aprendizaje en salud pública. *Cuadernos de la Escuela de Salud Pública*. 2013; 85 (1): 6-20.
18. World Health Organization 1986. Promoción de la Salud. *Glosario World Health Organization*. WHO [Internet] 1986. [Citado 04 febrero 2019]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67246/1/who/-HPR-98.1-spa.pdf>. 35 p. 19.
19. Carrizo Ch, J. T., Betancourt A., Izaguirre J., Pérez, Y., Drummond T., Figueroa D., et al. Esquema de inmunizaciones para niños y adolescentes de Venezuela recomendaciones. *SVP [Internet]* 2018. [Citado 15 enero 2019]. Disponible en: <http://www.svpediatrica.org/secciones/publicaciones/esquema-de-inmunizacion/>
- 20 Sánchez, C. Esquemas de vacunación sufren efectos de la crisis en Venezuela. *Universidad Monte [Internet]* 2016. [Citado 19 febrero 2019]. Disponible en: <http://uma.edu.ve/periodico/2016/11/02/esquemas-vacunacion-sufren-efectos-la-crisis-venezuela/>
- 21 Grosselli, F., Ceolin, S., Da Costa Mendieta, M., Hohengerber, G., Suelene de Sousa, A. y Heck R. M. Educación en salud como parte del currículo escolar: de la teoría a la práctica. *Rev. De Enfermería y humanidades. Cultura de los Cuidados*. 2017; 49: 181-189.
22. Organización Mundial de la Salud. *Ambientes saludables y prevención de enfermedades*. OMS/WHO [Internet] 2006. [Citado 27 abril 2019]. Disponible en: [https://www.who.int/quantifying\\_ehimpact/publications/previdisexecumsp.pdf](https://www.who.int/quantifying_ehimpact/publications/previdisexecumsp.pdf)
23. Observatorio Educativo de Venezuela. *Monitoreando el cumplimiento del*

**APROXIMACIÓN A LA PROBLEMÁTICA DE SALUD Y  
SUS DETERMINANTES SOCIO-CULTURALES EN LA VENEZUELA DEL 2018**

- Derecho a la Educación en Venezuela: El PAE falló en 22 de las 24 entidades federales del país. Observatorio Educativo de Venezuela Blog. 2011. [Citado 22 abril 2019]. Disponible en: <https://observatorioeducativo.wordpress.com/2011/06/20/el-pae-fallo-en-22-de-las-24-entidades-federales-del-pais/>
- Tapia, M.S., Puche, M., Pieters, A., Marrero, J. F., Clavijo, S., Gutiérrez, A. et al. Retos y oportunidades de la seguridad alimentaria y nutricional en las Américas. Seguridad alimentaria y nutricional en Venezuela. Secuestro agroalimentario de un país: visión y compromiso. Fundación Bengoa para la Alimentación y Nutrición [Internet]. 2017 [Citado 01 febrero 2019]. Disponible en: <https://www.fundacionbengoa.org/publicaciones/Seguridad%20alimentaria%20y%20nutricional%20en%20Venezuela.pdf>
25. Gutiérrez, S.A. Balance Agroalimentario 2016. Revista SIC. Caracas: Fundación Centro Gumilla; 2017.
26. Francisco, J. Embarazo en adolescentes en Venezuela. Reconsideración del problema. En: Trabajos de Incorporación y Discursos en la Academia Nacional de Medicina. Díaz Bruzual A, López Loyo ES, editores. Trabajos de Incorporación y Discursos en la Academia Nacional de Medicina. Tomo XXII. Caracas: Editorial Ateproca; 2018. P.1-35.
27. Cortes Alfaro, A., Chacón, O'farril, D., Álvarez García, A.G. y Sotomayor Gómez, Y. Maternidad temprana: repercusión en la salud familiar y en la sociedad. Rev Cubana Med Gen Integr. 2015; 31(3):376-383
28. Oficina Panamericana de la Salud-Venezuela. América Latina y el Caribe tienen la segunda tasa más alta de embarazo adolescente en el mundo. OPS/WHO [Internet]. 2018 [Citado 13 marzo 2019]. Disponible en: <https://www.paho.org/ven/index.php?...embarazo-adolescente>
29. Carrillo Roa A. Sistema de salud en Venezuela: ¿un paciente sin remedio? Cad. Saúde Pública [Internet]. 2018 [Citado 13 marzo 2019]; 34 (3). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00058517>.
30. Agencia de las Naciones Unidas para los Refugiados y la Organización Internacional para las Migraciones. Los flujos de venezolanos continúan constantes, alcanzando ahora la cifra de 3,4 millones. ACNUR. Comunicado de prensa conjunto ACNUR [Internet]. 2018 [Citado 21 marzo 2019]. Disponible en: <https://www.acnur.org/noticias/press/2019/2/5c700eb94/los-flujos-de-venezolanos-continuan-constantess-alcanzando-ahora-la-cifra.html>

31. Médicos por la Salud. Encuesta Nacional de Hospitales 2018. Médicos por la salud. [Internet]. 2018 [Citado 12 abril 2019]. Disponible en: [https://cifrasonlinecomve.files.wordpress.com/2018/03/enh-final\\_2018...](https://cifrasonlinecomve.files.wordpress.com/2018/03/enh-final_2018...)

32. CENDES- OVS. El Sistema de salud en Venezuela. OVS [Internet]. 2016 [Citado 22 abril 2019]; Boletín 5. Disponible en: <https://www.ovsalud.org/boletines/salud/sistema-de-salud-en-venezuela/>

33. Agencia EFE. Hospitales venezolanos sufren por deterioro y escasez en medio de la crisis. El Sol de Margarita [Internet] 2016 [Citado 03 febrero 2019]; 10 de diciembre. Disponible en: <http://www.elsoldemargarita.com.ve/posts/post/id:180851/Hospitales-venezolanos-sufren-por-deterioro-y-escasez-en-medio-de-la-crisis>

34. Transparencia Venezuela. Informe Riesgos de corrupción en el sector salud: Experiencia del Comando Antiguiso. Monitor Legislativo Blog. 2013 [Citado 14 enero 2019]. Disponible en: <http://monitorlegislativo.net/wp-content/uploads/2013/11/Riesgos-corrupcion-en-sector-salud-Transparencia-Venezuela-noviembre-2013-Recovered.pdf>

35. Herrera H., Marianela. Los primeros mil días de vida. Sociedad Venezolana de Puericultura y Pediatría [Internet] 2018.

[Citado 21 marzo 2019]. Disponible en: <http://www.svpediatria.org/secciones/comunidad/articulos-para-la-familia/articulo/?id=92>

36. Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. Gaceta Oficial Extraordinaria N° 36.860, 30 de diciembre de 1.999. Caracas, Venezuela.

**CORRESPONDENCIA:** Josefa Orfila.  
**Dirección:** Cátedra de Administración Sanitaria. Escuela de la Salud pública. Facultad de Medicina. Universidad Central de Venezuela. Caracas, Venezuela. Teléfono: (0414) 2530227. Dirección de correo electrónico: josefaorfila@gmail.com

