Artículo Original

Cobertura universal de salud en el contexto post pandémico en Venezuela. Año 2025

Universal health coverage in the post-pandemic context in Venezuela. Year 2025

Cubillan, Sergia

Sergia Cubillan
sergiamariacubillan@gmail.com
Médico cirujano, Doctora en Seguridad Social. Profesora del Doctorado de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad Central de Venezuela.

Revista Digital de Postgrado
Universidad Central de Venezuela, Venezuela
ISSN-e: 2244-761X
Periodicidad: Cuatrimestral
vol. 15, núm. 3, e464, 2026
revistadpgmeducv@gmail.com

Recepción: 16 de abril de 2026
Aprobación: 12 de octubre de 2026

DOI: https://doi.org/10.37910/RDP.2026.15.3.e464

Cómo citar: Cubillan, S. Cobertura universal de salud en el contexto post pandémico en Venezuela. Año 2025l. Rev. Digit Postgrado 2026; 15(3): e464.doi.10.37910/RDP.2026. 15.3. e464

Resumen: Esta investigación interpreta los significados, impactos y desafíos de la Cobertura Universal de Salud (CUS) en la Venezuela post-pandémica de 2025. Mediante una metodología cualitativa de Análisis de Contenido bajo el Modelo de Mayring, se realizaron entrevistas en profundidad a una muestra intencional de actores clave de la academia, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la sociedad civil y expertos sanitaristas, permitiendo codificar sus visiones sobre la compleja realidad sanitaria nacional. Los resultados revelan una profunda fractura conceptual: mientras la OPS promueve la CUS como una estrategia de aseguramiento para eliminar barreras financieras, la academia y la sociedad civil la denuncian por segmentar la atención y vulnerar el derecho universal. Por su parte, el experto sanitarista sostiene que este modelo busca transferir recursos públicos al sector privado. El estudio evidencia que la COVID-19 exacerbó fallas estructurales previas, derivando en el desmantelamiento de infraestructuras, déficit de servicios básicos y una migración masiva de personal calificado; en este escenario, los escasos avances se limitan a programas de respuesta humanitaria. En conclusión, existe una desconexión crítica entre el avanzado marco jurídico constitucional y la operatividad real de un sistema marcado por el desfinanciamiento y un elevado gasto de bolsillo que anula la protección financiera. Para alcanzar una verdadera Salud Universal, es imperativo superar la fragmentación del sistema, promulgar una Ley Orgánica de Salud y establecer políticas fiscales que incidan en los determinantes sociales, combatiendo la desinformación planificada y la opacidad estadística que hoy obstaculizan la garantía plena del derecho a la salud.

Palabras clave: Cobertura universal de salud, Derecho a la salud, Impacto y desafíos en post-pandemia, Sistema público nacional de salud, Políticas de salud, Crisis sanitaria.

Abstract: This research interprets the meanings, impacts, and challenges of Universal Health Coverage (UHC) in post-pandemic Venezuela in 2025. Using a qualitative content analysis methodology based on Mayring model, in-depth interviews were conducted with an intentional sample of key actors from academia, the Pan American Health Organization (PAHO), civil society, and health experts, allowing their views on the complex national health reality to be coded. The results reveal a profound conceptual divide: while the Pan American Health Organization (PAHO) promotes Universal Health Coverage (UHC) as an insurance strategy to eliminate financial barriers, academia and civil society denounce it for segmenting care and violating the universal right to health. For his part, the health expert maintains that this model seeks to transfer public resources to the private sector. The study shows that COVID-19 exacerbated pre-existing structural weaknesses, leading to the dismantling of infrastructure, a deficit in basic services, and a mass migration of qualified personnel; in this context, the few advances made are limited to humanitarian response programs. In conclusion, there is a critical disconnect between the advanced constitutional legal framework and the actual operation of a system marked by underfunding and high out-of-pocket expenses that negate financial protection. To achieve true Universal Health Coverage, it is imperative to overcome the fragmentation of the system, enact a Comprehensive Health Law, and establish fiscal policies that address the social determinants of health, combating the planned misinformation and statistical opacity that currently hinder the full guarantee of the right to health.

Keywords: Universal health coverage, Right to health, Impact and challenges in the post-pandemic, national public health system, Health policies, Health crisis.

INTRODUCCIÓN

La Cobertura Universal de Salud (CUS) representa un eje analítico fundamental para el ejercicio del derecho a la salud en Venezuela. Su complejidad técnica y política deriva en diversas concepciones teóricas que enmarcan la realidad sanitaria nacional en el periodo post-pandémico. El estudio de la CUS requiere comprender el impacto y los desafíos actuales, desde las perspectivas de actores con responsabilidad institucional, académica y social. La concepción teórica y metodológica de la Cobertura Universal de Salud, está determinada por los fundamentos teóricos emanados por la Organización Mundial de la Salud. [1,2]

Una evaluación que da cuenta de la limitada capacidad de respuesta del sistema de salud, realizada en abril de 2020, ubicaba a Venezuela, junto con Yemen, Sudán del Sur y Siria, como países con doble emergencia: COVID-19 y crisis humanitaria. [3]

La presente investigación surge ante la necesidad de evaluar la distancia entre el marco normativo y la práctica operativa. El estudio contó con el aval del Comité de Bioética de la Escuela de Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela, aprobado el 28 de noviembre de 2025.

El objetivo general de este trabajo es interpretar los significados que sobre la CUS construyen los actores de la sociedad civil, la academia, expertos sanitaristas y organismos internacionales en el periodo post-pandémico. Asimismo, se busca determinar el impacto del COVID-19 en la cobertura sanitaria e identificar las políticas públicas necesarias para su consolidación en el país.

MÉTODOS

Se realizó una investigación de corte cualitativo, utilizando el modelo de Análisis de Contenido[4,5,6], especialmente el presentado por Mayring. Este diseño permitió indagar las perspectivas subjetivas de los actores sociales sobre el impacto del COVID-19 y la situación de la CUS en Venezuela.

La investigación se llevó a cabo en el ámbito de la Salud Colectiva nacional. Los participantes fueron seleccionados mediante un muestreo de tipo teórico, dinámico e intencional, categorizados en cuatro grupos:

1. Sociedad Civil Organizada: Representada por la presidencia de la ONG Acción Solidaria.
2. Academia: Representada por la Dirección del Postgrado de Seguridad Social de la Universidad Central de Venezuela.
3. Cooperación Internacional: Representante de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en Venezuela.
4. Experticia Técnica: Médico sanitarista experto en Políticas y Sistemas de Salud.

Para el procesamiento de los datos, se siguieron los pasos de codificación, segmentación de verbatums y categorización interpretativa[4]. Las unidades de análisis se centraron en tres categorías: nociones conceptuales de la CUS, impacto post-pandemia y gobernanza/políticas públicas.

RESULTADOS

Los hallazgos se presentan estructurados en las tres categorías fundamentales derivadas del análisis de contenido:

Nociones conceptuales de la Cobertura Universal de Salud: Los actores sociales entrevistados presentaron nociones contrapuestas del concepto de Cobertura Universal de Salud, la representación de la OPS define la CUS como la combinación de acceso efectivo y cobertura de seguro para eliminar barreras geográficas y financieras, la vía para concreción de la Cobertura y Acceso Universal bajo la figura del aseguramiento. En contraste, el actor técnico conociendo el concepto enfatiza que representa una negación al Derecho pleno y absoluto de la Salud y otros dos actores, el académico y de la sociedad civil, reconocen que la Cobertura Universal de la Salud está establecida en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela vinculada al acceso sin barreras y la calidad de la atención pero que se encuentra negada por la crisis sanitaria que se profundizó en el periodo post pandémico.

Impacto de la Cobertura Universal de Salud en el periodo post pandémico: Los desafíos para la CUS en el periodo post-pandémico identificados por los actores entrevistados, configuran una crisis de carácter multidimensional y estructural. Según los entrevistados, los obstáculos fundamentales, según el Representante de la OPS, incluyen las limitaciones financieras y operativas derivadas de las medidas coercitivas unilaterales, que dificultan la adquisición de insumos básicos y la estabilización de la fuerza laboral, sumado a una gobernanza fragmentada y una presencia desestructurada de la asistencia humanitaria. No obstante, el experto en políticas públicas, enfatiza que los desafíos internos son igualmente críticos: la diáspora de profesionales de la salud calificados ha generado una crisis de talento humano sin precedentes, mientras que el representante de la Sociedad Civil, plantea que falta de indicadores epidemiológicos impide una planificación basada en necesidades reales. Para superar este escenario, todos plantean como reto la reconstrucción del Sistema Público Nacional de Salud, mediante una inversión masiva que trascienda el sector sanitario. Para el representante de la Academia se debe dar cumplimiento estricto al marco legal vigente (Art. 50 de la Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social) y el combate frontal a problemas estructurales como la corrupción y la improvisación en la gestión pública en salud.

Gobernanza y políticas que favorecen la Cobertura Universal de Salud en el periodo post pandémico: Mientras el representante de organismos multilaterales, destaca que el Estado mantiene un posicionamiento discursivo favorable en escenarios como la OMS y propone políticas centradas en el levantamiento de medidas coercitivas para recuperar la oferta sanitaria y regular la demanda en contextos de escasez, otros actores demandan cambios de fondo en la gobernanza nacional. Desde la academia, se propone una política de Estado que trascienda los gobiernos mediante un programa nacional que materialice los derechos, en especial el Derecho a la Salud, mientras que la sociedad civil apela al cumplimiento de los ODS 2030 para no "dejar a nadie atrás". Finalmente, la postura técnica más crítica sostiene que cualquier avance requiere, de forma imperativa, reconocer la magnitud de la crisis, poner fin a la desinformación epidemiológica planificada y promulgar una Ley de Salud que resuelva la fragmentación y segmentación del sistema, construyendo un Sistema Público Nacional de Salud de financiamiento fiscal y participación real, basado en la honestidad técnica y el valor político para enfrentar las fallas de gestión actuales.

Respecto al Acuerdo sobre Pandemias de la OMS (2025), se detectó un desconocimiento generalizado entre los actores locales, exceptuando a la cooperación internacional, que lo considera una oportunidad para fortalecer capacidades institucionales que no han logrado financiamiento internacional suficiente.

DISCUSIÓN

Esta fase representa el momento en el cual se agrupó o se vinculó la información incorporando la perspectiva crítica en el estudio (sexto paso según esquema propuesto por Mayring) y, por consiguiente, el paso primordial para establecer nuevas interpretaciones y relaciones teóricas.

La investigación revela una tensión inacabada sobre el concepto de CUS, por parte de la OPS, desde su lanzamiento en el documento Estrategia para el Acceso Universal a la Salud y la Cobertura Universal de Salud (CD53/5, Rev.2 año 2014) [7] ,que trajo como consecuencia la aprobación de la Resolución 53° Consejo Directivo de la OPS, del año 2014 [8] ,en la cual se insta a los Estados Miembros a que establezcan metas y objetivos nacionales y definan sus planes de acción para avanzar hacia el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud.

En el período post pandémico se tuvo que activar la Emergencia Humanitaria Compleja, por la crisis sanitaria, que estuvo centrada en la diáspora afectando la atención medica en los servicios de salud y el derecho a la salud. La infraestructura sanitaria, deteriorada por el déficit de todos los servicios generales, especialmente agua y energía y la falta de insumos y equipos médicos.

La cobertura en salud se encuentra transversalizada por el enfoque de derechos humanos para todos los entrevistados independientemente que se ubiquen en el ámbito de organismo internacional, no gubernamental o la academia , tiene sustento en el marco jurídico-institucional de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, a través del Artículo N° 83 que ordena todo el funcionamiento institucional para que el derecho a la salud se haga efectivo en la vida de las ciudadanas y los ciudadanos. [9]

Un hallazgo relevante es el impacto del gasto de bolsillo. Los resultados corroboran que Venezuela presenta uno de los niveles de desfinanciamiento público más altos de la región (gasto en salud alrededor de 2% del Producto Interno Bruto (PIB), lo que convierte cualquier enfermedad en un evento económicamente catastrófico para las familias. [10] (. Esta situación invalida el propósito de protección financiera inherente a la CUS.

Surge entonces el aseguramiento como la fórmula económica que deben implementar los Estados para el logro de la CUS, descrito en los Caminos para la Cobertura Universal OMS[10] .Esto trajo como consecuencias respuestas de la comunidad internacional, especialmente de académicos de la Salud Colectiva y la Medicina Social en América Latina como Laurell, y Herrera [11] quienes aseguran que esta estrategia se basa en paquetes de intervenciones definidos con criterios de costo-beneficio y no en la satisfacción de necesidades. El seguro introduce restricciones y condicionamientos al derecho a la salud, se usa el discurso de legitimación, de un nuevo universalismo. [12]

La segunda categoría de análisis da cuenta del impacto en el escenario post pandémico como el balance de las transformaciones del sistema de salud en dicho periodo. Un punto coincidente para los actores

entrevistados, es que no hubo avances en la CUS durante el período post pandémico. Para todos los actores, el retroceso de la Cobertura Universal fue notorio, en todos los ámbitos del Sistema de Salud, mostrando su alta fragilidad, desmantelamiento y disminución significativa del personal de salud calificado que fue severamente afectado por la pandemia del COVID 19.

El sistema de salud de Venezuela se encuentra en una profunda crisis. No tiene capacidad de respuesta. Lo demuestra la desinformación programada, que impide el diseño de políticas basadas en el análisis estratégico de la situación de salud.

En relación a los desafíos que enfrenta la CUS en el periodo post pandémico, se hace evidente que son desafíos estructurales que requieren de voluntad política, consenso, alianzas naciones e internacionales y la posibilidad de diseñar e implementar una Ley Orgánica de Salud.

Por último, resulta imponderable conocer de parte de los entrevistados, cuáles pueden ser las políticas de salud que apunte a la posibilidad de lograr la Cobertura Universal de Salud, pudiendo resumirse de la siguiente forma: en primer lugar, el reconocimiento de la magnitud de la crisis sanitaria en este periodo post pandémico, poner fin a la desinformación programada no ocultando la realidad. Por lo tanto, debe publicarse la información sanitario epidemiológica, que permita elaborar una Ley Orgánica de Salud, para reordenar el sistema y resolver la fragmentación y segmentación, con un carácter universal, accesible, equitativo, de financiamiento fiscal, participativo, articulado con el resto de las políticas públicas para actuar sobre los determinantes sociales de la salud, tal y como lo prevé la Constitución de La República Bolivariana de Venezuela.

Es relevante que Venezuela, a través de su ente rector de las Políticas de Salud, representado por el Ministerio del Poder Popular para la Salud, haga extensiva al sector de salud, espacios de discusión de todas las resoluciones que refieren a la Cobertura Universal de Salud o Salud Universal en su concepción más amplia, por ejemplo, la de 2016 sobre sistemas de salud resilientes [13] para que no solo discursivamente haga presencia, sino también en el accionar de las políticas de salud.

CONCLUSIONES

Existe una profunda divergencia en la concepción de la CUS. Mientras los organismos multilaterales (OPS/OMS) la promueven como una estrategia de aseguramiento para eliminar barreras financieras, otros actores sociales y académicos la critican por considerarla una visión mercantilista que segmenta la atención, siendo funcional a la acumulación de capital reproduciendo la desigualdad social y vulnerando el carácter universal del derecho a la salud. Situándonos durante el periodo post-pandémico con barreras de acceso y déficit en la calidad de la atención por lo que se encuentra negada por la crisis sanitaria actual. La protección financiera es inexistente debido a un gasto de bolsillo elevado, consecuencia de una baja prioridad fiscal que no supera el 2 % del presupuesto. La pandemia de COVID-19 exacerbó las debilidades estructurales preexistentes, resultando en un desmantelamiento de la infraestructura, déficit de servicios básicos (agua y energía) y una pérdida significativa de personal calificado. Para avanzar hacia una verdadera Salud Universal, se requiere de forma imperativa el desarrollo de políticas de salud que apunten a: 1. La promulgación de una Ley Orgánica de Salud. 2. La superación de la fragmentación y segmentación del sistema de salud. 3. La recuperación del financiamiento fiscal. 4. La articulación de políticas que incidan sobre los determinantes sociales de la salud.

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo: la financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal. Ginebra: OMS; 2010.
2. World Health Organization. Draft of the WHO Pandemic Agreement. Geneva: WHO; 2025.
3. Comité Internacional de Rescate (IRC). COVID-19 en crisis humanitarias: una doble emergencia [Internet]. IRC; 2020 [consultado 20 Abr 2026]. Disponible en: https://www.rescue.org/sites/default/files/document/4693/covid-19-doubleemergency-april2020.pdf.

4. Mayring P. Qualitative content analysis [Internet]. Forum Qualitative Social Research. 2000 [consultado 20 Abr 2026]. Disponible en: http://qualitativeresearch.net/fqs/fqs-e/2-00inhalt-e.htm.
5. Flick U. Introducción a la investigación cualitativa. Madrid: Ediciones Morata; 2004.
6. Hernández R. Metodología de la investigación. México: McGraw-Hill; 1994.
7. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. 53.º Consejo Directivo de la OPS, 66.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas (Washington, D.C., del 29 de septiembre al 3 de octubre de 2014). Washington, D.C.: OPS; 2014. Documento CD53/5, Rev. 2.
8. Organización Panamericana de la Salud. Informe Final del 53.º Consejo Directivo de la OPS, 66.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas (Washington, D.C., del 29 de septiembre al 3 de octubre de 2014). Washington, D.C.: OPS; 2014. Documento CD53/FR.
9. Venezuela. Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (19 de febrero, 2009). Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela, N° 5.908 Extraordinario.
10. World Health Organization. Health systems financing: the path to universal coverage. Geneva: WHO; 2010.
11. Laurell A, Herrera J. La Segunda Reforma de Salud: Aseguramiento y compra-venta de servicios. Rev Salud Colectiva. 2010;6(2):137-148.
12. Hernández M. Sistemas universales de protecciones sociales como alternativa a la Cobertura Universal en Salud (CUS). Saúde Debate. 2019 Dic;43(Esp 5):29
13. Organización Panamericana de la Salud. Los sistemas de salud resilientes [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2016 [citado 20 Abr 2026]. Disponible en: https://iris.paho.org/handle/10665.2/31444.