

Algunas Líneas Maestras para la Reestructuración del Sistema de Salud de Venezuela

Enrique Santiago López-Loyo

La salud es “*un derecho humano inalienable, un derecho que no puede ser restringido ni revocado por las leyes humanas*”, tal como lo afirma Richard Foltin del Instituto Freedom Forum (1). La Organización Mundial de la Salud (OMS) establece que “el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano”. El derecho a la salud incluye el acceso oportuno, aceptable y asequible a servicios de atención de salud de calidad suficiente, aunque existe, de base, una inequidad en la prestación de los servicios sanitarios, ya que anualmente 100 millones de personas de todo el mundo alcanzan el umbral de pobreza como consecuencia de los gastos sanitarios. La cobertura sanitaria universal implica que todas las personas y comunidades reciban los servicios de salud que necesitan sin sacrificios financieros para pagarlos. Abarca desde la promoción de la salud hasta la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos. Todas las personas deben poder ejercer el derecho a la salud sin discriminación por motivos de raza, edad, pertenencia a un grupo étnico u otra condición (2).

La atención sanitaria basada en los derechos humanos se caracteriza por verificar la existencia

de discriminación, así como la disponibilidad y la accesibilidad del servicio. Esta última presenta cuatro dimensiones superpuestas que incluyen la aceptabilidad por parte de todos los establecimientos, en las que los bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, así como sensibles a las necesidades propias de cada sexo y del ciclo vital. Por otra parte, debe procurar la calidad adecuada desde los puntos de vista científico y médico y garantizarla en el caso de los equipos.

Otro aspecto lo constituye la rendición de cuentas, siendo los Estados y otros garantes de los derechos los responsables de la observancia de los derechos humanos. Finalmente, hay que considerar el concepto de universalidad, según el cual los derechos humanos son universales e inalienables. Todas las personas, en cualquier lugar del mundo, deben poder ejercerlos (3).

Está muy claro que Venezuela ha desatendido la salud como derecho humano inalienable, y ello se debe a su persistente emergencia humanitaria compleja, a la destrucción de la infraestructura del sistema público de salud y a un déficit del 80% en los servicios básicos de agua y electricidad en los hospitales, donde se verifica la ausencia de dotación de medicamentos e insumos, así como de equipos y reactivos diagnósticos.

Destacando la masiva migración de trabajadores de la salud, contabilizada por la Federación Médica Venezolana en unos 43

ORCID: [0000-0002-3455-5894](https://orcid.org/0000-0002-3455-5894)

Editor en Jefe de la Gaceta Médica de Caracas. Individuo de Número Sillón XXXI de la Academia Nacional de Medicina de Venezuela, Caracas 1012, Venezuela. E-mail: lopezloyoe@gmail.com

mil médicos que han abandonado el país. Esta situación nos deja con una población desnutrida, con ingresos miserables y sin servicios básicos eficientes (4).

Cualquier ejercicio de un proyecto de sistema de salud en Venezuela, en la situación política actual, es una utopía. Esto requiere condiciones como la eliminación de la visión ideológica y geopolítica de nuestra realidad particular. Se debe entender que las políticas de salud son, por definición, universales y no deben limitarse a visiones particulares.

Se propone la creación de un Sistema Único Nacional de Salud, es decir, una estructura operativa única, con el fin de eliminar el paralelismo que no solo plantean el Ministerio del Poder Popular para la Salud y el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales, sino que también controlaría la proliferación de cientos de Servicios de Salud en alcaldías, gobernaciones, ministerios e institutos o entes descentralizados. Este sistema de salud eficiente y de cobertura universal gratuita minimizaría el gasto de bolsillo de los ciudadanos en medio de la crisis económica terminal que atraviesa el país.

El sistema único debe responder a la llamada Atención Centrada en la Persona, que genera un trato compasivo hacia el paciente como ser humano y una atención médica enfocada en sus necesidades como persona, en el contexto social en el que habita. Contrasta con el enfoque centrado en la enfermedad y no en el enfermo como un todo. Esto supone un cambio de paradigma hacia un modelo biopsicosocial que, idealmente, debe considerar la situación del paciente, el contexto social en el que vive y los demás elementos complementarios utilizados por el entorno para manejar los efectos disruptivos de la enfermedad. Determinar sus variables biológicas cuantificables o hallazgos imagenológicos, sin olvidar su estado emocional ligado a su familia, la soledad o los grados de depresión que se le asocian. Para instaurar el modelo centrado en la persona se requieren varios pasos que incluyen formar y sensibilizar al personal, introducir los cambios con los trabajadores que se hayan ofrecido como voluntarios para evitar las resistencias iniciales,

evaluar la situación actual, definir estrategias para el cumplimiento de las metas y asignar a los profesionales de referencia, que se encargarán de facilitar que las personas que necesitan cuidados logren su mayor autonomía física y moral.

Para la instauración de este sistema único, se requiere una gestión descentralizada del Estado, con el fin de acercar los niveles de toma de decisiones a los ciudadanos y las comunidades organizadas. Los ciudadanos deberían determinar sus necesidades sentidas en materia de servicios de salud, incluyendo su capacidad de ejercer la contraloría social para asegurarse que los recursos que el Estado les asigne se inviertan de forma honesta y cabal. Esta es la estrategia de los municipios y comunidades saludables, instaurada inicialmente como uno de los Objetivos del Milenio, que consiste en fortalecer la ejecución de las actividades de promoción de la salud en el ámbito local, lo que se simplifica como “Municipalización de la Salud”. Este modelo considera a los ciudadanos como actores sociales, quienes deben tener la capacidad de identificar sus necesidades y, en paralelo, dar prioridad a las actividades de las comunidades que conduzcan a mejorar su bienestar y su calidad de vida.

En la experiencia europea se denominan ciudades saludables y, en la de América Latina, municipios saludables. En su contexto, se está continuamente creando y mejorando ambientes físicos y sociales y, de igual manera, expandiendo los recursos comunitarios que habilitan a la gente para apoyarse mutuamente en el desempeño de todas las funciones de la vida y para desarrollar su máximo potencial (5,6).

A la par de esta reorganización estructural, se debe asegurar que el personal de la salud perciba una remuneración que garantice su desarrollo profesional y familiar en condiciones de dignidad. Para lograrlo, entre otras estrategias, ese Sistema Único Nacional de Salud debe estar vinculado a la seguridad social, un sistema de protección social cuyo objetivo principal es garantizar el bienestar y la calidad de vida de la población mediante un conjunto de políticas públicas y programas diseñados para proteger a los ciudadanos frente a necesidades básicas, riesgos laborales

y contingencias de la vida. Es una forma de asegurar la atención y el cuidado de las personas en situaciones de enfermedad, discapacidad, vejez o desempleo, entre otras, lo cual constituye un tema complejo que plantea muchas cuestiones a considerar en la concertación de ideas. Muchos grupos las definen como “recetas” difíciles de reproducir; sin embargo, cada país difiere en su realidad socioeconómica y cultural. En Venezuela habría que rehacerlo desde cero y ser creativos en lo gerencial, para lo cual se requiere un equipo multidisciplinario que incluya médicos sanitarios, economistas, gerentes corporativos y empresariales, representantes del Estado y de organizaciones no gubernamentales, entre otros. Los beneficios de una seguridad social eficiente y bien estructurada incluyen la asistencia médica y sanitaria de calidad. Prestaciones económicas dignas, protección ante el desempleo, seguridad en la maternidad y la paternidad y seguridad en la vejez.

La condición fundamental es que los ciudadanos puedan acceder a un empleo de calidad, lo cual constituye la base operativa de todo programa de Seguridad Social Integral, con atención a los requisitos médicos descritos y la provisión de pensiones al momento del retiro. El punto clave es la productividad o la recuperación del aparato productivo, que actúa como un mecanismo de protección financiera y facilita el acceso a los servicios de salud. Los principios de la Seguridad Social coinciden en gran medida con los de la salud en el marco del derecho humano, destacando la universalidad, la equidad, la solidaridad y la sostenibilidad (7).

Presentamos una serie de propuestas, trazadas como líneas maestras de los aspectos más relevantes de la reconfiguración de nuestro sistema sanitario, con el objetivo de enriquecer una discusión consciente sobre los detalles más fundamentales a considerar en el marco de la reconfiguración que debe realizarse en el país a la luz de las nuevas realidades planteadas desde el 3 de enero de 2026.

Dentro de las variables a considerar como objetivos que deben alcanzarse para la modificación

del estado sanitario actual de Venezuela se encuentra la optimización de la información médica y epidemiológica, para lo cual se debe mantener la publicación del Boletín Semanal de información epidemiológica oportuna por parte del Ministerio de Salud, que había sido suspendido indebidamente en los años recientes, a pasar que se trata de información de gran valor para la planificación de estrategias sanitarias y para identificar las patologías circulantes y determinar las que muestran patrón endémico o carácter episódico en grupos poblacionales que habitan áreas geográficas determinadas. Es fundamental digitalizar la estructura de registros de salud para mejorar el seguimiento y el control de los pacientes, con el objetivo de elaborar la Historia Médica Electrónica a partir de una tarjeta con un chip que contenga la información de salud de cada venezolano. Se requiere un proceso de adecuación tecnológica que incluya la dotación de equipos y la disponibilidad de redes electrónicas en todas las áreas. La Historia Médica Electrónica es un concepto en evolución que se define como la recopilación sistemática de información digital de salud de los pacientes o de las poblaciones (8).

Otro aspecto que, sin duda, debe considerarse es la recuperación profunda de la infraestructura de hospitales y ambulatorios, que incluye la puesta en marcha de servicios de agua, electricidad, aseo y telecomunicaciones en los centros de salud. Se debe reforzar la red ambulatoria mediante la construcción y la recuperación de sedes para la atención comunitaria. Por otra parte, optimizar la disponibilidad de quirófanos, unidades de emergencia y de terapia intensiva en los hospitales de la red pública.

Se requiere el control de enfermedades emergentes y reemergentes, por lo cual se debe reactivar la Dirección Nacional de Malariología y su red de vigilancia, a fin de asegurar el control de vectores mediante fumigaciones periódicas y abatizaciones, para combatir el dengue, el zika y el chikungunya, entre otras patologías. Contando con laboratorios dotados de tecnología especializada y con personal capacitado para sus respectivas tareas. Esto debe retomar la identificación de riesgos de patologías endémicas en áreas rurales

y urbanas y, en concreto, la vigilancia continua de la fiebre amarilla, la fiebre hemorrágica, la enfermedad de Chagas y otras endemias. Estas medidas deben ir de la mano con la restitución de programas de saneamiento ambiental para la distribución de agua apta para el consumo humano y de calidad sanitaria, así como de sistemas de drenaje y de disposición de excretas. Garantizando la ejecución eficiente de la potabilización de aguas que minimice la aparición de enfermedades hídricas de alta morbilidad y mortalidad en la Venezuela actual.

Hay que completar y mantener el Programa Ampliado de Vacunación para prevenir aquellas patologías que lo requieran, tales como varicela, difteria, fiebre amarilla y sarampión, e incorporar las de VPH, hepatitis y rotavirus, entre otras.

En cuanto a la salud materno-infantil y atención geriátrica, debe ser abordada desde lo inmediato, propiciando la recuperación de áreas de maternidad, neonatales y de cuidados al anciano con dotación de medicamentos básicos en unidades de atención materno-infantil y geriátrica, así como la reinstauración de las consultas prenatales y de niños sanos, que aunque existen, han dejado de tener la trascendencia de darle un carácter verdaderamente preventivo e integral con la participación de equipos médicos y técnicos multidisciplinarios.

Hay que procurar la dotación directa y gratuita de fórmulas lácteas y alimentos a niños y ancianos en programas de protección nutricional y promover la fortificación de los alimentos de consumo masivo con vitaminas, aminoácidos esenciales y oligoelementos. Los efectos devastadores de la desnutrición deben abordarse iniciando por reforzar los programas de promoción de la lactancia materna. Proponemos la elaboración de una galleta nutricional con contenidos adecuados de vitaminas, minerales y oligoelementos, para su distribución en escuelas, retenes de atención geriátrica y cárceles con alta incidencia de desnutrición y un alto porcentaje de manifestación clínica de patologías como la tuberculosis. Esto se basa en ideas propuestas

por especialistas en programas de recuperación nutricional.

La salud odontológica prestada por la sanidad pública ya no alcanza la cobertura requerida para garantizar una atención óptima, lo que obliga al uso de servicios privados, lo que representa un duro desafío para la economía familiar, ya deteriorada por las bajas asignaciones de sueldos y salarios.

Es importante la asistencia oportuna a pacientes con condiciones especiales y patologías crónicas, tales como discapacidades, síndrome de Down, autismo y trastornos de la salud mental, entre otros; para ello, se deben canalizar las consultas coordinadas y las entregas de medicamentos a través de las instituciones sanitarias y reforzar los programas de rehabilitación en los casos necesarios. Canalizar las necesidades terapéuticas de los pacientes de bajos recursos con hipertensión y diabetes, de quienes requieren terapias de alto costo en patologías reumáticas, de los trasplantados, de quienes presentan trastornos neurológicos y de quienes requieren diálisis. Asegurar igualmente la dotación de medicamentos antirretrovirales a los pacientes con VIH/SIDA.

Un comentario aparte merece la recuperación del Programa oncológico nacional, con la restitución oportuna de la dotación de medicamentos de quimioterapia debidamente certificados, lo que propiciaría el regreso de las empresas proveedoras de la industria farmacéutica.

Restablecimiento de los protocolos de mantenimiento de los equipos de radioterapia mayor, de diagnóstico nuclear, morfológicos-histopatológicos y de patología molecular de la red pública oncológica, a partir de su necesaria adecuación tecnológica. Fortalecer también la red privada de salud oncológica como recurso complementario.

Hay que adecuar la infraestructura de los servicios oncológicos mediante la remodelación de las salas quirúrgicas y de terapias y la plena operatividad de los servicios complementarios de laboratorio, Anatomía Patológica y banco de

sangre. Reforzar el alcance de los programas de atención y de lucha contra el cáncer en el país, con énfasis en los principios de vida saludable y en los programas de pesquisa de las principales causas de muerte, destacando el cáncer de mama, colorrectal, pulmonar y prostático. Se debe propiciar la creación del Instituto Nacional de Cáncer, con al menos cuatro instituciones subregionales satélites, para promover la investigación científica sobre esta patología, la caracterización de los tumores y la creación de biobancos para la monitorización de los perfiles genéticos frecuentes en el país.

Es fundamental reforzar la Educación Médica y Comunitaria Integral para formar médicos que promuevan estilos de vida saludables, con énfasis en la cultura de la prevención, y se debe dar la importancia que tiene la educación preescolar, cuya optimización debe estar asociada a programas de vigilancia del desarrollo infantil, con monitoreo desde el nivel municipal, para que los niños puedan convertirse en agentes de cambio para su familia y su entorno comunitario.

En la formación de Médicos se debe iniciar un proceso de evaluación de los Médicos Integrales Comunitarios (MIC) para reinsertarlos en el sistema de salud, a través de un Consejo Nacional de Nivelación Académica, constituido por representantes de las Escuelas de Medicina de las Universidades Nacionales, a fin de establecer sus verdaderas competencias, determinar su base de preparación académica y someterlos a un Curso de Nivelación.

Los MIC deben canalizarse al programa nacional de Atención Primaria, reforzando el esfuerzo de los especialistas en Medicina Familiar. Por otra parte, hay que unificar los títulos de médicos mediante la Ley de Ejercicio de la Medicina, con la designación original de Médicos Cirujanos, ya que actualmente también existe el título de Médico Militar. Es un despropósito que grupos de poder se conviertan en administradores de la formación de profesionales altamente calificados bajo el precepto militarista que nos ha gobernado. Esto ha cesado con la incursión de enero de 2026.

La educación médica debe ser evaluada para actualizar los programas de formación tanto en pregrado como en posgrado, incorporando recursos tecnológicos, y debe estar fundamentada en el principio de la Medicina Centrada en la Persona y en competencias en su perfil curricular, así como en el establecimiento de evidencias diagnósticas.

Es necesario incentivar y proteger la investigación científica y a los investigadores nacionales mediante el otorgamiento de financiamiento a proyectos orientados a la solución de los problemas sanitarios del país.

En una nación con alta siniestralidad por desastres naturales, hay que replantear los programas de atención médica ante contingencias y desastres. Para ello, se requiere optimizar la red de asistencia inmediata, asegurando la dotación de equipos acordes con las funciones de salvamento y rescate, tanto en tierra como en espacios acuáticos. Se deben reforzar las competencias y la dotación de los centros de Protección Civil y del Cuerpo de Bomberos, con vehículos de soporte vital pertinentes, técnicos y especializados. Asimismo, se debe promover la cultura antisísmica y antidesastres mediante el diseño de protocolos para la atención de eventos de la naturaleza, tales como incendios, deslaves y terremotos, con diseños preestablecidos de mecanismos de evacuación masiva, asegurando la formación de brigadas y de facilitadores de talleres que se rotarán periódicamente en colegios y universidades.

La mortalidad por accidentes de tránsito ha ido en franco aumento, a expensas de cifras alarmantes de accidentes en motocicletas, debido a la distribución masiva de estos vehículos y a la creación de programas por parte del propio Estado, como la llamada “Misión Motopirqueta”. En los últimos años, la morbimortalidad por este tipo de accidentes ha alcanzado niveles impresionantes, por lo que constituye un problema real de salud pública y amerita la intervención multidisciplinaria del Estado, mediante controles adecuados y educación continua supervisada.

De acuerdo con todo lo planteado, concluimos que la reestructuración de los sistemas de salud es vital para garantizar el derecho a la atención médica, optimizar el uso de los recursos y asegurar la sostenibilidad financiera ante el envejecimiento poblacional y las crisis sanitarias. Siendo los pilares fundamentales de esta transformación, en primer lugar, el garantizar el acceso y la equidad para reducir las desigualdades sociales, acercando los servicios integrales de calidad a toda la población, por otra parte lograr fortalecer el primer nivel de atención dedicado a la prevención, seguido de lograr la sostenibilidad financiera, haciendo uso responsable de los recursos con la optimización de citas médicas y la vigilancia del número de estudios paraclínicos innecesarios y finalmente mantener una protección ante las crisis que permita al sistema adaptarse a las situaciones generadas por emergencias epidemiológicas e inclusive dar respuesta inmediata a futuras pandemias.

La dificultad particular que enfrenta Venezuela es el grado de destrucción actual de los servicios sanitarios, lo que hace cada vez más difícil contar con recursos tanto financieros como humanos para lograr una recuperación progresiva y definitiva, debido al altísimo nivel de emigración profesional.

REFERENCIAS

1. Trejo E. ¿A qué se refieren los principios de indivisibilidad e interdependencia? Portal Todos los Hechos. 2022. Disponible en: <https://todosloshechos.es/a-que-se-refiere-el-principio-de-indivisibilidad-y-de-interdependencia>
2. Naciones Unidas. La salud es un derecho humano: ¿Qué significa la cobertura sanitaria universal? Noticias ONU. 2021. Disponible en: <https://news.un.org/es/story/2021/04/1490682>
3. Organización Panamericana de la Salud. Derechos Humanos y Salud. Temas OPS/OMS. 2020. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/derechos-humanos-salud>
4. Federación Médica Venezolana. Alrededor de 43 mil médicos migraron del país. Aporrea. Publicación electrónica. 2024. Disponible en: <https://www.aporrea.org/trabajadores/n397096.html>
5. Colomer Revuelta C, Álvarez-Dardet C. Promoción de la salud y cambio social. Madrid: Elsevier España S.L.U. 2000. ISBN: 8445824732.
6. Universidad Internacional de Valencia. Atención centrada en la persona: qué es y cómo comenzar a aplicarla. 2024. Disponible en: <https://www.universidadviu.com/es/actualidad/nuestros-expertos/atencion-centrada-en-la-persona-que-es-y-como-comenzar-aplicarla> (universidadviu.com in Bing)
7. Hama HH, Alexiuk M, Elgubtan H, Tangri N. Seguridad del Estado, seguridad social y seguridad humana. Revista de Relaciones Internacionales de Jadavpur. 2017;21(1).
8. Hasan Hama H, Alexiuk M, Elgubtan H, Tangri N. Clinical Decision Support Tools in the Electronic Medical Record. Kidney Int Rep. 2024;9(1):29-38.

Some Guidelines for the Restructuring of the Venezuelan Health System

Enrique Santiago López-Loyo

Health is “*an inalienable human right, a right that cannot be restricted or revoked by human laws,*” as Richard Foltin of the Freedom Forum Institute states (1). The World Health Organization (WHO) establishes that “the enjoyment of the highest attainable standard of health is one of the fundamental rights of every human being”. The right to health includes timely, acceptable, and affordable access to health care services of sufficient quality. However, there is an inherent inequity in the provision of health services, as 100 million people worldwide fall into poverty annually due to healthcare costs. Universal health coverage means that all individuals and communities receive the health services they need without incurring financial hardship. It encompasses health promotion, prevention, treatment, rehabilitation, and palliative care. Everyone should be able to exercise the right to health without discrimination based on race, age, ethnicity, or any other status (2).

Human rights-based healthcare is characterized by determining whether discrimination exists and assessing the availability and accessibility of services. Accessibility has four overlapping dimensions, including acceptability across all healthcare facilities, where health goods and services must be respectful of medical ethics and

culturally appropriate, and sensitive to the specific needs of each gender and life stage. Furthermore, it must ensure appropriate quality from scientific and medical perspectives and guarantee that quality for the equipment.

Another aspect is accountability, with States and other rights guarantors responsible for the observance of human rights. Finally, the concept of universality must be considered, establishing that human rights are universal and inalienable. All people, everywhere in the world, must be able to exercise them (3).

It is very clear that Venezuela has neglected health as an inalienable human right, and this is due to its persistent complex humanitarian emergency, the destruction of the public health system's infrastructure, an 80% deficit in basic water and electricity services in hospitals, where there is a lack of medicines and supplies, and a lack of diagnostic equipment and reagents. The massive migration of health workers is particularly noteworthy; according to the Venezuelan Medical Federation, some 43,000 doctors have left the country. This situation leaves us with a malnourished population, meager incomes, and inefficient basic services (4).

Any attempt to design a healthcare system in Venezuela under the current political conditions is utopian. It requires conditions such as eliminating ideological and geopolitical perspectives from our particular reality. It must be understood that health policies are by definition universal and should not be limited by particular viewpoints.

ORCID: [0000-0002-3455-5894](https://orcid.org/0000-0002-3455-5894)

Chief Editor of the Gaceta Médica de Caracas. Chair Number Individual XXXI of the National Academy of Medicine of Venezuela, Caracas 1012, Venezuela. E-mail: lopezloyoe@gmail.com

The creation of a Unified National Health System is proposed; that is, a single operational structure to eliminate the parallel structures not only created by the Ministry of Popular Power for Health and the Venezuelan Institute of Social Security, but also to control the proliferation of hundreds of health services in municipalities, state governments, ministries, and decentralized institutes or entities. This efficient healthcare system with universal, free coverage would minimize out-of-pocket expenses for citizens amid the country's terminal economic crisis.

The unified system must adhere to the principles of Person-Centered Care, which fosters compassionate treatment of the patient as a human being and focuses medical attention on their individual needs within their social context. This contrasts with the approach that focuses on the disease rather than on the patient as a whole. This represents a paradigm shift toward a biopsychosocial model, which ideally should consider the patient's situation, the social context in which they live, and other complementary elements of the social environment that help manage the disease's disruptive effects. This includes determining quantifiable biological variables or imaging findings, without neglecting their emotional state related to their family, loneliness, or associated levels of depression. Implementing a person-centered model requires several steps, including training and raising awareness among staff, introducing changes with volunteer workers to overcome initial resistance, assessing the current situation, defining strategies for achieving goals, and assigning designated professionals who will be responsible for facilitating the greatest possible physical and emotional autonomy for those in need of care.

The establishment of this unified system requires decentralized state management to bring decision-making closer to citizens and organized communities. Citizens should identify their perceived needs for health services, including their capacity for social oversight, to ensure that state-allocated resources are invested honestly and effectively. This is the strategy for healthy municipalities and

communities, initially established within the Millennium Development Goals, which focuses on strengthening the implementation of health promotion activities at the local level, often referred to as the "Municipalization of Health." This model considers citizens as social actors who must be able to identify their needs and simultaneously prioritize community activities that improve their well-being and quality of life.

In Europe, these are called healthy cities, while in Latin America, they are referred to as healthy municipalities. In this context, physical and social environments are continually being created and improved. Likewise, community resources are being expanded that enable people to support each other in performing all life functions and to develop their full potential (5,6).

Alongside this structural reorganization, it must be ensured that healthcare personnel receive remuneration that guarantees their professional and family development in dignified conditions. To achieve this, among other strategies, this Unified National Health System must be linked to social security, which is a social protection system whose main objective is to guarantee the well-being and quality of life of the population through a set of public policies and programs designed to protect citizens against basic needs, occupational risks, and life's contingencies. It is a way to ensure care and attention for people in situations of illness, disability, old age, or unemployment, among others. This is a complex issue that raises many points to consider in a collaborative effort. Many groups define these as "recipes" that are difficult to replicate; however, each country differs in its socioeconomic and cultural reality. In Venezuela, the system would have to be rebuilt from scratch, requiring creative management approaches. This necessitates a multidisciplinary team that includes public health physicians, economists, corporate managers, representatives from the state and non-governmental organizations, among others. The benefits of an efficient and well-structured social security system include quality medical and healthcare, dignified economic benefits, unemployment protection, maternity and paternity leave, and old-age security.

The fundamental condition is that citizens have access to quality employment, which is the operational basis of any comprehensive social security program that addresses the aforementioned medical requirements and provides pensions upon retirement. The key point is productivity, or the recovery of the productive sector, which provides financial protection and facilitates access to health services. The principles of social security largely coincide with those of health as a human right, emphasizing universality, equity, solidarity, and sustainability (7).

We present a series of proposals outlined as guiding principles for the most relevant aspects of reconfiguring our healthcare system. Our aim is to enrich a thoughtful discussion of the most fundamental considerations within the framework of the reconfiguration that must take place in the country in light of the new realities that have emerged since January 3, 2026.

Among the variables to be considered as objectives for achieving in modifying the current state of healthcare in Venezuela is the optimization of medical and epidemiological information. To this end, the Ministry of Health must continue to publish the Weekly Bulletin of timely epidemiological information, which was improperly suspended in recent years. This information is invaluable for planning healthcare strategies, identifying circulating diseases, and determining which exhibit endemic or episodic patterns in population groups inhabiting specific geographic areas. Digitizing the health records structure is fundamental to improving patient monitoring and control, and to developing an Electronic Health Record (EHR) on a chip-enabled card that can contain the health information of every Venezuelan. This requires a technological upgrade process, including the provision of equipment and free access to electronic networks in all areas. The Electronic Health Record is an evolving concept defined as a systematic collection of digital health information for patients or populations (8).

Another aspect that must undoubtedly be considered is the thorough restoration of hospital and outpatient clinic infrastructure, including the provision of water, electricity, sanitation, and

telecommunications services to health centers. The outpatient network must be strengthened by constructing and renovating community care facilities. Furthermore, the availability of operating rooms and emergency and intensive care units in public hospitals must be optimized.

The control of emerging and re-emerging diseases requires reactivating the National Directorate of Malariology and its surveillance network to ensure vector control through periodic fumigation and larviciding, thereby combating dengue, Zika, and chikungunya, among other diseases. This requires laboratories equipped with specialized technology and staffed by trained personnel. This should include resuming the identification of risks of endemic diseases in rural and urban areas, and specifically the continuous surveillance of yellow fever, hemorrhagic fever, Chagas disease, and other endemic diseases. These measures must go hand in hand with the reinstatement of environmental sanitation programs for the distribution of safe drinking water, the provision of drainage systems, and the disposal of excreta. This ensures the efficient implementation of water treatment processes to minimize the incidence of waterborne diseases, which have high morbidity and mortality rates in present-day Venezuela.

The Expanded Program on Immunization must be completed and maintained to prevent diseases such as chickenpox, diphtheria, yellow fever, and measles, and to incorporate vaccines for HPV, hepatitis, and rotavirus, among others.

Regarding maternal and child health and geriatric care, immediate action is needed to revitalize maternity, neonatal, and elderly care areas, ensuring the provision of essential medications in maternal and child and geriatric care units. Prenatal and well-child visits, which currently exist, must be reinstated. While these services do not provide a truly comprehensive and preventative approach, they lack the necessary multidisciplinary medical and technical teams. Direct, free distribution of infant formula and food to children and the elderly through nutritional protection programs is essential, and the fortification of widely consumed foods with

vitamins, essential amino acids, and trace elements must be promoted. The devastating effects of malnutrition must be addressed by strengthening breastfeeding promotion programs. We propose developing a nutritional biscuit with adequate levels of vitamins, minerals, and trace elements for distribution in schools, geriatric care facilities, and prisons with high rates of malnutrition and a high prevalence of clinical manifestations of pathologies such as tuberculosis. This is based on ideas proposed by specialists in nutritional recovery programs.

Dental care provided by the public health system no longer provides the coverage needed to ensure optimal care, forcing reliance on private services that impose a significant financial strain on families already struggling with low wages and salaries.

It is important to provide timely assistance to patients with special needs and chronic illnesses, such as disabilities, Down syndrome, autism, and mental health disorders, among others. To this end, coordinated consultations and medication deliveries should be coordinated with health institutions, and rehabilitation programs should be strengthened where necessary. To address the therapeutic needs of low-income patients with hypertension, diabetes, and those requiring high-cost therapies for rheumatic diseases, as well as to provide care for transplant recipients, patients with neurological disorders, and those requiring dialysis. To also ensure the provision of antiretroviral drugs to HIV/AIDS patients.

The recovery of the National Cancer Program deserves special mention, with the restoration of a timely, properly certified supply of chemotherapy drugs, encouraging the return of pharmaceutical industry suppliers.

To reinstate maintenance protocols for major radiotherapy, nuclear diagnostic, morphological-histopathological, and molecular pathology equipment within the public cancer network, based on the necessary technological upgrades. To also strengthen the private oncology healthcare network as a complementary resource.

The infrastructure of oncology services must be upgraded, including the remodeling of operating rooms and therapy areas, and the full operation of complementary services such as the laboratory, pathology department, and blood bank. The reach of cancer care and control programs in the country must be strengthened, with an emphasis on healthy living principles and screening programs for the leading causes of death in the country, particularly breast, colorectal, lung, and prostate cancer. The creation of a National Cancer Institute should be promoted, along with at least four satellite subregional institutions, to foster scientific research on this disease, characterize tumors, and establish nationwide biobanks to monitor common genetic profiles.

It is essential to strengthen Comprehensive Medical and Community Education to train physicians who promote healthy lifestyles with an emphasis on a culture of prevention. The importance of preschool education must be recognized, and its optimization should be linked to municipal-level child development monitoring programs, so that children can become agents of change for their families and communities.

In medical training, an evaluation process should be initiated to reintegrate Comprehensive Community Physicians (CCPs) into the health system. This should be done through a National Academic Leveling Council, composed of representatives from the Medical Schools of National Universities, to establish their actual competencies and determine their academic preparation, through a Leveling Course.

The CCPs should be channeled into the national Primary Care program, reinforcing the efforts of Family Medicine Specialists. Furthermore, medical degrees must be unified under the Law Regulating the Practice of Medicine, using the original designation of Medical Surgeons, since the title of Military Physician currently exists. It is absurd that powerful groups should become administrators of the training of highly qualified professionals under the militaristic precept that has governed us; this ceased with the incursion of January 2026. Medical education must be

evaluated to update training programs at both the undergraduate and postgraduate levels, incorporating technological resources and grounded in the principle of Person-Centered Medicine, competency-based curriculum, and evidence-based diagnostic criteria.

It is necessary to incentivize and protect scientific research and national researchers by providing funding for projects relevant to solving the country's health problems.

In a nation with a high incidence of natural disasters, it is necessary to rethink emergency and disaster medical care programs. This requires optimizing the immediate assistance network and ensuring the provision of equipment appropriate for search-and-rescue operations both on land and in water. The capabilities and resources of Civil Protection and Fire Departments must be strengthened by providing vehicles equipped with the necessary technical and specialized life-support equipment.

Likewise, a culture of earthquake and disaster preparedness must be promoted by designing protocols for responding to natural events such as fires, landslides, and earthquakes. These protocols should include pre-established mass evacuation procedures, ensuring the training of brigades and workshop facilitators who will rotate periodically among schools and universities. Mortality from traffic accidents has been steadily increasing, driven by alarming figures for motorcycle accidents, the widespread distribution of these vehicles, and the creation of state-sponsored programs such as the so-called "Motorcycle Stunt Mission." In recent years, morbidity and mortality from these types of accidents have reached staggering levels, making it a genuine public health problem that warrants multidisciplinary state intervention through appropriate controls and supervised continuing education. Based on all of the above, we conclude that restructuring health systems is vital to guarantee the right to medical care, optimize resource use, and ensure financial sustainability in the face of population aging and health crises. The fundamental pillars of this

transformation are, firstly, guaranteeing access and equity to reduce social inequalities by bringing comprehensive, high-quality services closer to the entire population; secondly, strengthening primary care focused on prevention; thirdly, achieving financial sustainability by using resources responsibly, optimizing medical appointments, and monitoring the number of unnecessary paraclinical tests; and finally, maintaining a protective framework against crises that allows the system to adapt to situations generated by epidemiological emergencies and even provide an immediate response to future pandemics.

The particular difficulty facing Venezuela is the current state of destruction of its healthcare services, which makes it increasingly difficult to secure both financial and human resources due to the extremely high level of professional emigration, hindering the achievement of a progressive and definitive recovery.

REFERENCES

1. Trejo E. ¿A qué se refieren los principios de indivisibilidad e interdependencia? Portal Todos los Hechos. 2022. Disponible en: <https://todosloshechos.es/a-que-se-refiere-el-principio-de-indivisibilidad-y-de-interdependencia>
2. Naciones Unidas. La salud es un derecho humano: ¿Qué significa la cobertura sanitaria universal? Noticias ONU. 2021. Disponible en: <https://news.un.org/es/story/2021/04/1490682>
3. Organización Panamericana de la Salud. Derechos Humanos y Salud. Temas OPS/OMS. 2020. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/derechos-humanos-salud>
4. Federación Médica Venezolana. Alrededor de 43 mil médicos migraron del país. Aporrea. Publicación electrónica. 2024. Disponible en: <https://www.aporrea.org/trabajadores/n397096.html>
5. Colomer Revuelta C, Álvarez-Dardet C. Promoción de la salud y cambio social. Madrid: Elsevier España S.L.U. 2000. ISBN: 8445824732.
6. Universidad Internacional de Valencia. Atención centrada en la persona: qué es y cómo comenzar a aplicarla. 2024. Disponible en: <https://www.universidadviu.com/es/actualidad/nuestros->

[expertos/atencion-centrada-en-la-persona-que-es-y-como-comenzar-aplicarla \(universidadviu.com in Bing\)](#)

7. Hama HH, Alexiuk M, Elgubtan H, Tangri N. Seguridad del Estado, seguridad social y seguridad humana. Revista de Relaciones Internacionales de Jadavpur. 2017;21(1).
8. Hasan Hama H, Alexiuk M, Elgubtan H, Tangri N. Clinical Decision Support Tools in the Electronic Medical Record. Kidney Int Rep. 2024;9(1):29 38.