

RECUPERACIÓN Y REESTRUCTURACIÓN SISTEMA DE SALUD

República Bolivariana de Venezuela · 2026–2036

Documento preparado por Venezuela Integral AC

Coordinador: Dr. Jesús D. Ortiz

Propuesta de Recuperación y Reestructuración del Sistema de Salud de Venezuela (2026-2031)

Contexto y Propósito

El documento, elaborado por el grupo Venezuela Integral, tiene carácter **estrictamente referencial y exploratorio**: no constituye un plan definitivo, sino un marco inicial para orientar el diálogo hacia una propuesta formal posterior.

Plantea que la reconstrucción del Sistema Público Nacional de Salud (**SPNS**) de Venezuela es un pilar esencial para la recuperación del país.

Las cifras, estimaciones y proyecciones incluidas son tentativas y están sujetas a una validación más exhaustiva una vez que se cuente con datos oficiales actualizados, censo poblacional, auditoría fiscal, capacidad de endeudamiento, capacidad industrial (acero, aluminio, cemento), capacidad técnica de personal existente, etc.

Introducción

La reconstrucción de nuestro sistema de salud no es solo una necesidad social, sino un pilar fundamental para la recuperación y el desarrollo de la nación.

Un sistema de salud universal en Venezuela debe establecerse sobre los principios de **gratuidad, universalidad, integralidad y equidad**, tal como lo establece su Constitución, pero su implementación debe priorizar la reconstrucción de la infraestructura y la recuperación de la capacidad operativa básica a través de una estrategia de **Atención Primaria de Salud (APS)** reforzada y una fuerte cooperación internacional, dadas las profundas deficiencias actuales.

La recomendación se centra en una **Estrategia de Estabilización y Reconstrucción Sanitaria (EERS)** en fases, con la **APS como eje central** y la **Red Integrada de Salud** como modelo organizativo.

La clave para la **Universalidad** es que, independientemente del modelo Beveridge sugerido o mixto, con aspectos de sistema Bismarck, el sistema garantiza que toda la población tenga **acceso a los servicios de salud sin sufrir dificultades financieras** (definición de la OMS/OPS).

Principios de Financiación

El modelo funcional Beveridge se basará primariamente en el financiamiento público y componentes alternos, es decir, se considerará un sistema mixto (Beveridge-Bismarck). Aunque la financiación pública será la dominante, se deben explorar mecanismos complementarios, como fondos de seguro nacional y subsidios focalizados para otros grupos vulnerables, con el fin de blindar la sostenibilidad financiera a largo plazo

1.1. Declaración de la Crisis Sanitaria como Imperativo Nacional

El Sistema Público Nacional de Salud (SPNS) de Venezuela enfrenta una crisis estructural que compromete severamente el derecho fundamental a la salud de su población.

El factor sistémico subyacente a esta crisis es la correlación entre la ineficiencia, la corrupción y la vulneración de derechos. Por lo tanto, cualquier plan de recuperación debe ir más allá de la inversión cosmética y abordar las fallas de gobernanza que han permitido este deterioro sostenido.

El propósito de este documento es delinear las acciones necesarias para la recuperación, reestructuración y descentralización, estableciendo las bases de un sistema de salud equitativo, sostenible y universal, en línea con el Plan Estratégico 2020-2025 de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), cuyo principio central es la equidad.

1.2. El Mandato de la Reforma: Descentralización como Democratización

La Constitución Nacional establece que la salud es un Derecho Humano fundamental, por lo que el Estado debe garantizarlo mediante el ejercicio efectivo de su rectoría. La tesis central de esta propuesta es que la recuperación integral solo es viable a través de una **descentralización estratégica** de la gestión y el financiamiento.

Los artículos que establecen que la salud es un derecho fundamental en Venezuela es el **Artículos 83,84, 85**, Se determinar de forma explícita que los bienes y servicios públicos de salud son propiedad del Estado y no podrán ser privatizados en ninguna circunstancia. El Artículo 85 de la Constitución venezolana establece que el Estado debe financiar el sistema público de salud a través de recursos fiscales, cotizaciones de seguridad social y otras fuentes de financiamiento.

La descentralización, en este contexto, no se interpreta como una mera transferencia administrativa, sino como un mecanismo de democratización que incentiva el ejercicio de la ciudadanía y democratiza el control de la función pública.

II. Diagnóstico Situacional: Colapso Estructural y Humano

2.1. El Deterioro de la Infraestructura Asistencial

El colapso de la infraestructura asistencial es generalizado. El deterioro abarca la totalidad de la red, desde grandes hospitales hasta ambulatorios y medicaturas rurales, resultando en el abandono físico y la consecuente pérdida de capacidad operativa para atender a la población.

Para revertir esta situación, el plan de recuperación debe adoptar urgentemente el **Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS)**.

La implementación del MAIS requiere una Red de Servicios de Salud funcional que priorice la **Atención Primaria (APN)**, la cual debe abordar promoción, prevención, recuperación y rehabilitación a nivel comunitario, familiar e individual.

2.2. La Crisis del Capital Humano y el Éxodo Profesional

El sector de la salud sufre un éxodo masivo de personal médico y de enfermería. La pérdida neta de profesionales experimentados, especialmente especialistas y enfermeras con larga trayectoria, socava críticamente la *calidad* de la atención y la capacidad de sostener servicios de alta complejidad. La fuga de este capital humano resulta directamente en la incapacidad de aplicar plenamente el Modelo MAIS y en el cierre técnico de servicios esenciales.

2.3. Contexto Histórico: La Tragedia de la Recentralización

El colapso actual es en gran medida el resultado de un fracaso en la gobernanza sectorial, marcado por la reversión de las reformas descentralizadoras de los años noventa.

A partir de 1999, se instaló un proceso creciente de *recentralización* que desconoció sistemáticamente los logros regionales. Este fenómeno se basó en una arraigada cultura centralista y en visiones políticas que equivocadamente equipararon la descentralización con una "rémorra neoliberal".

Un factor crítico en este fracaso histórico fue la **inexistencia de un proceso formal de municipalización** en materia de salud. Al no transferirse la capacidad de gestión y decisión financiera al eslabón más cercano a la ciudadanía (el municipio), se impidió el desarrollo de la autonomía local necesaria para la eficiencia operativa.

El modelo centralista se mantuvo rígido e incapaz de responder a las demandas segmentadas de la población, demostrando que la cultura del control burocrático, basada en la desconfianza de que la autonomía local conduce a la corrupción, históricamente ha generado, paradójicamente, una ineficiencia y corrupción centralizadas.

III. Marco para la Recuperación: Ejes del Nuevo SPNS

3.1. Reafirmación de la Rectoría y la Universalidad

El nuevo **Sistema Público Nacional de Salud** (SPNS) debe basarse en el principio de la Equidad, asegurando la atención a todos los ciudadanos, con un enfoque particular en grupos poblacionales vulnerables, como embarazadas, neonatos, niños menores de 5 años, personas con VIH-sida, víctimas de violencia, enfermos crónicos, y enfermedades raras, etc.

El **Ministerio de Sanidad Nacional** (MSN) debe ejercer una función rectora robusta, que defina las políticas, regule la calidad y monitoree los resultados sanitarios a nivel nacional.

El organigrama funcional de un Ministerio de Salud en Venezuela se estructura jerárquicamente, con un nivel directivo (Ministerio), seguido por niveles de dirección (viceministerios y direcciones generales), departamentos con funciones especializadas (salud pública, medicina, administración), y organismos de asesoría como el Sistema Público Nacional de Salud, consejos ciudadanos y el Consejo General de Relaciones Intergubernamentales.

3.2. Adopción y Operacionalización del Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS)

El MAIS se entiende como una forma de organizar el sistema de salud alrededor de las necesidades de las personas, familias y comunidades, y no solo alrededor de enfermedades o establecimientos. Su enfoque integra promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados continuos a lo largo del curso de vida, articulando los distintos niveles de atención mediante redes territoriales.

En esta propuesta, el MAIS sirve como marco operativo para fortalecer la APS, acercar los servicios al ámbito municipal y asegurar una atención continua, equitativa y resolutive. (Ref: OPS/OMS)

El eje central del sistema debe ser el abordaje de las necesidades de salud a través de programas por etapas de la vida y protocolos de atención claros.

El éxito del MAIS está intrínsecamente ligado a la estabilidad de la cadena de suministro y la disponibilidad de personal capacitado en la red de servicios.

Certificar, mediante el Campus Virtual de Salud Pública OPS/OMS, a **5.000 trabajadores de salud** durante la Fase 1, priorizando personal de Atención Primaria y gestores de información sanitaria a nivel DSM, con reporte trimestral de avance ante el Consejo Nacional de Salud certificando a profesionales como tutores. <https://campus.paho.org/es> : Profesionalizar a todo el personal.

Tesis Central: Descentralización como Solución

La propuesta sostiene que la recuperación solo es viable mediante una **descentralización estratégica** de gestión y financiamiento, entendida no como transferencia administrativa sino como mecanismo de democratización y transparencia.

Principios organizacionales

En un modelo de salud descentralizado en Venezuela, el **Ministerio de Sanidad** debe redefinir su papel, pasando de ser un ejecutor directo de servicios (rol operacional) a un **órgano rector, normativo, regulador y de vigilancia** (rol estratégico).

Su objetivo principal es asegurar la **equidad** y **calidad** del sistema a nivel nacional, transfiriendo la ejecución de los servicios de salud a los estados y municipios

1. El Rol Central del Ministerio: Rectoría y Regulación

El rol fundamental del Ministerio de Sanidad se concentra en la **Rectoría** del Sistema Nacional de Salud.

Funciones Clave de Rectoría (Nivel Nacional)

Función	Descripción
Política Sanitaria	Establecer la política de salud del Estado y dictar el Plan Nacional de Salud quinquenal.
Normatividad	Crear y actualizar las normas técnicas, protocolos de atención y guías clínicas obligatorias para todo el territorio.
Vigilancia y Control	Ejercer la autoridad de contraloría sanitaria (salud ambiental, alimentos, medicamentos, profesiones).
Monitoreo y Evaluación	Analizar la información epidemiológica y la calidad de vida a nivel nacional para retroalimentar las políticas.

Función	Descripción
Coordinación	Actuar como órgano de coordinación entre los diferentes despachos ministeriales y los gobiernos regionales y locales.

2. Capacidades y Prerrogativas para la Descentralización

Para ser un ente eficiente, transparente y auditable que facilite la transferencia operativa, el Ministerio debe consolidar las siguientes capacidades:

Prerrogativas para la Eficiencia y Transparencia

Capacidad	Prerrogativa (Poder Legal)
Capacidad de Auditoría	Poder de fiscalización y auditoría financiera y de gestión de los recursos transferidos a estados y municipios, con mecanismos de sanción claros en caso de desvío o incumplimiento de metas.
Transparencia Activa	Obligatoriedad legal de publicar en tiempo real los indicadores de salud, la asignación presupuestaria a cada nivel de gobierno y los resultados de las auditorías.
Estandarización de Datos	Poder para diseñar e imponer un sistema único de información de salud (Historia Clínica Interoperable, Registro Nacional de Salud y Vigilancia Epidemiológica) que los estados y municipios están obligados a usar. Crear tarjeta electrónica de identificación personal.
Rendición de Cuentas	Establecer un Consejo Nacional de Salud como instancia de consulta y rendición de cuentas intergubernamental y con la participación ciudadana.

Capacidad de Transferencia y Asistencia

- **Transferencia Fiscal Condicionada:** Otorgar la prerrogativa de **transferir recursos financieros** a estados y municipios sujetos al cumplimiento de metas de gestión y estándares de calidad (presupuesto por resultados).

La transferencia de finanzas se regirá inicialmente por sistema de **Crédito Fiscal** (a determinar) aplicando los preceptos de **Cápita Ajustada por Riesgo (CAR)**. (ver más abajo) para suplir compras de suministro de equipo estándar, medicamentos y reactivos y **Trasferencia de fondos líquidos** para nomina, compras locales y otros,

que estén especificados en la requisición elaborada según la planificación de necesidades del estado y municipio.

Se incluye en el presupuesto asignado las necesidades de reparación de infraestructura física de centros de asistencia de cada entidad.

- **Gestión del Recurso Humano Sanitario:** Mantener la **regulación de las profesiones de salud** y establecer una política nacional de **recursos humanos** (formación, dotación y distribución), pero transferir la administración directa (nómina, horarios, ascensos) del personal a los niveles regionales y locales.
- **Asistencia Técnica:** Crear una unidad con la capacidad de brindar **asistencia técnica y capacitación** a los gobiernos locales para que puedan asumir correctamente las funciones operacionales.
- Es recomendable estructurar la **Oficina Nacional de Compras del Ministerio** para aquellos rubros necesarios y estándares para todo el país, atendiendo al principio de economía de compra volumétrica nacional y/o internacional, estos rubros incluyen equipos médicos, medicamentos, reactivos, tecnología y otros.

3. Traspaso de Funciones Operacionales a Estados y Municipios

Las Direcciones de Salud a nivel de Estados y Municipios en Venezuela forman parte del Sistema Público Nacional de Salud (SPNS), que opera bajo la rectoría y planificación del Ministerio de Sanidad.

Nivel Estatal (Direcciones Estadales de Salud - DES)

- **Entidad:** Generalmente, la administración de la salud en cada estado recae en un solo organismo público, que puede ser la **Dirección Estatal de Salud (DES)** o, en algunos estados, una Corporación de Salud (como INSALUD en Carabobo o FUNDASALUD en Trujillo).
- **Adscripción:** Son dependencias del gobierno regional (Gobernaciones), pero deben seguir los lineamientos y normas del Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS).
- **Objetivo Principal:** Lograr la **unidad de comando** y la **coordinación** de los servicios de salud a nivel del estado, como son los hospitales de nivel II, II y IV, centros diagnóstico, laboratorios especializados entre otros de prestación de servicios generales.

2. Nivel Local/Municipal (Distritos Sanitarios)

El nivel local es fundamental para la operatividad y la Atención Primaria en Salud (APS). Es el nivel de mayor importancia en el sistema nacional por ser el más cercano a la población del estado, actuara con autonomía para disponer de presupuesto asignado para cumplir con las funciones asignadas, nivel primario de consulta, prevención y control sanitario.

Distrito Sanitario: es la unidad territorial más operativa a nivel local. Está presidida por un Jefe de Distrito (generalmente un médico especialista en Salud Pública).

- **Área de Salud Integral Comunitaria (ASIC):** Constituye la base fundamental del Sistema Público Nacional de Salud y la puerta de entrada al sistema. El ASIC se conforma por un conjunto de **Consultorios Populares (CP)** y otros centros de atención.
- **Integración:** Los servicios municipales de salud deben estar integrados a este organismo único del estado para asegurar la coordinación y la aplicación de políticas nacionales y estatales.

La descentralización exige que el Ministerio se desprenda de las funciones de "hacer" y se concentre en las funciones de "asegurar que se haga bien".

Nivel de Gobierno	Funciones Operacionales a Traspasar
	Provisión de servicios hospitalarios y especializados. Administración y mantenimiento de la infraestructura de salud regional. Gestión directa de personal, compras y presupuestos asignados.
Estadal/Regional	Las Direcciones Estadales de Salud (DES) asumirán el rol de coordinación de la red hospitalaria estatal (servicios de segundo, tercer nivel y cuarto nivel) y la supervisión técnica de los Departamentos de Salud Municipales (DSM), asegurando la referencia y contrarreferencia de pacientes.
Municipal/Local	La creación de un Departamento de Salud Municipal (DSM) con autonomía financiera real es el paso más importante para el éxito de la reforma, corrigiendo el obstáculo histórico de la ausencia de municipalización formal. Responsables de Atención Primaria de Salud (APS) y promoción de la salud. Operación de ambulatorios,

**Nivel de
Gobierno**

Funciones Operacionales a Traspasar

dispensarios y centros de diagnóstico básicos. Ejecución de programas de saneamiento ambiental y salud comunitaria.

El DSM será la unidad operativa fundamental, responsable de la gestión directa de la Red de Atención Primaria (ambulatorios y medicaturas rurales) y la ejecución de las actividades de salud pública.

El municipio se convierte en el principal actor para decidir el uso específico del presupuesto de salud asignado, basado en las necesidades segmentadas de su población.

Esta autonomía decisoria permite al DSM ubicar los niveles de decisión más cerca de los problemas y responder con agilidad a las especificidades locales, un nivel de eficiencia imposible de alcanzar bajo la centralización.

Marco de Recuperación

- Adopción del **Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS)**, con la Atención Primaria de Salud (APS) como eje central.
- Cooperación internacional (OPS/OMS) para capacitación (Campus Virtual de Salud Pública) y suministro de medicamentos de alta prioridad, con transición gradual hacia compras públicas propias.

Nueva Arquitectura Institucional (Tres Niveles)

Nivel	Órgano	Función
Nacional	Ministerio de Sanidad Nacional (MSN)	Rectoría, regulación, macro-financiamiento y auditoría (sin gestión operativa directa)
Estadal	Dirección Estadal de Salud (DES)	Coordinación de redes hospitalarias y Laboratorios de alta complejidad. Supervisión técnica Estadal.
Municipal	Departamento de Salud Municipal (DSM)	Gestión autónoma de Atención Primaria y ejecución presupuestaria asignada.

El **DSM** es la pieza clave de la reforma: gestiona directamente la red primaria y decide el uso del presupuesto asignado según las necesidades locales, apoyado por Comités de Salud Comunitarios que fiscalizan la ejecución.

Financiamiento: Mecanismo de Asignación Presupuestaria por Necesidades (MAPN)

Asignación Presupuestaria para la Función Rectora del Ministerio de Sanidad

El presupuesto general asignado al Sistema Nacional de Salud debe situarse entre el 6.5 a 10 % del PIB de la Nación, recomendación de OMS/WHO

Para asegurar que el Ministerio de Sanidad ejerza efectivamente su **función rectora** (normar, regular, planificar y vigilar), se recomienda asignar entre el **<= 10% del presupuesto total de salud** para su funcionamiento central, programas estratégicos nacionales, sistemas de información y vigilancia.

Esta asignación no debe ser solo para gastos administrativos, sino para **inversión estratégica** en áreas como:

- **Vigilancia Epidemiológica Nacional:** Desarrollo e implementación de sistemas de alerta temprana y respuesta.
- **Regulación y Normativa:** Elaboración y actualización de guías clínicas, protocolos de atención y marco legal sanitario.
- **Planificación Estratégica:** Definición de la Política Nacional de Salud, metas sanitarias y planificación de recursos humanos.
- **Sistemas de Información en Salud (SIS):** Desarrollo de plataformas unificadas para recolectar, analizar y difundir datos de gestión y resultados.
- **Investigación y Desarrollo:** Financiamiento de estudios prioritarios en salud pública.

Supervisión y Evaluación: Mecanismos de auditoría y monitoreo del desempeño de los servicios descentralizados

Asignación presupuestaria para estados y municipios

Basado en un modelo predominantemente **Beveridge** (con elementos Bismarck), el MSN transfiere fondos a los DSM mediante una fórmula de **Cápita Ajustada por Riesgo (CAR)**:

Se recomienda destinar al menos el **40% del presupuesto operativo total** a la **Atención Primaria de Salud (municipalidad y 40% al nivel estatal. 10% fondo de emergencia.**

La **Cápita Ajustada por Riesgo (CAR)** es un mecanismo de financiamiento prospectivo mediante el cual se asigna a cada territorio o proveedor un monto por persona, corregido según las necesidades esperadas de salud de su población.

En línea con los enfoques de financiamiento promovidos por la OMS, este ajuste busca que los recursos no se distribuyan solo por número de habitantes, sino también por factores como edad, carga de enfermedad, vulnerabilidad social, dispersión geográfica y complejidad de atención.

Su propósito es mejorar la equidad, evitar que las zonas con mayor riesgo sanitario queden subfinanciadas y orientar el presupuesto hacia las necesidades reales de salud. (Ref: OMS/OPS):

Componentes ponderados hipotéticos:

1. Población base — 40%

Considera cuántas personas viven en el municipio o territorio.

2. Carga de enfermedad local — 30%

Ajusta el monto según la frecuencia y gravedad de enfermedades, mortalidad, morbilidad, enfermedades crónicas, brotes o necesidades epidemiológicas.

3. Dispersión/ruralidad — 15%

Aumenta la asignación cuando la población está dispersa, vive en zonas rurales o es más costoso llevar servicios de salud.

4. Vulnerabilidad socioeconómica — 15%

Corrige la asignación según pobreza, inseguridad alimentaria, acceso limitado a servicios básicos u otras condiciones sociales que aumentan el riesgo sanitario.

La CAR permite transformar las necesidades sanitarias de cada municipio en una asignación financiera objetiva. El MSN calcula el monto correspondiente a cada DSM usando población, carga de enfermedad, ruralidad y vulnerabilidad social.

Con esa transferencia, el DSM elabora su presupuesto anual, priorizando personal, medicamentos, infraestructura básica, prevención y atención primaria según los riesgos locales. La fórmula también permite comparar municipios, justificar técnicamente las transferencias y ajustar el presupuesto cada año con base en datos actualizados

Ejemplo práctico: si dos municipios *A y B) tienen 50.000 habitantes y una cápita base de 100 por persona, el municipio con bajo riesgo recibiría 5.000.000. En cambio, otro municipio con mayor ruralidad, pobreza, malaria y menor acceso a servicios podría recibir

un ajuste de 30% aprox., alcanzando cerca de 7.000.000. Así, la CAR asigna más recursos donde las necesidades sanitarias son mayores y verificables, permitiendo el ajuste para mejorar servicios.

Es el monto base por persona, ajustado por factores que miden la necesidad de servicios de salud. Se calcula un "peso" o "ponderador" para cada persona. Una persona joven y sana tiene un ponderador de 1.0. Los siguientes grupos tendrían ponderadores mayores:

- **A. Ponderador por Edad y Sexo: (municipio B, según censo))**
 - < 5 años (Alta demanda de pediatría, vacunas): Ponderador de 1.8
10.000 niños: $10.000 \times 100 \times 1.8 = 1.800.000$
 - Mujeres en Edad Fértil (15-49 años): Ponderador de 1.3 (incluye atención prenatal y parto.
15.000: $15.000 \times 100 \times 1.3 = 1.950.000$
 - Adultos Mayores (> 65 años): Ponderador de 2.5 (mayor cronicidad)
5,000: $5.000 \times 100 \times 2.5 = 1.250.000$
 - Población general (resto): Ponderador de 1.0
20.000: $20.000 \times 100 \times 1.0 = 2.000.000$
- **B. Ponderador por Morbilidad y Condiciones de Salud:**
 - **Prevalencia de Enfermedades Crónicas:** Se asigna un costo adicional por cada persona registrada con diabetes (ej. +0.5), hipertensión (+0.4), VIH (+1.2), etc., basado en costos de tratamiento estándar.
 - **Discapacidad:** Ponderador adicional según el grado (ej. +0.7 a +1.5).
- **C. Ponderador por Vulnerabilidad Socioeconómica:**
 - **Índice de Pobreza Multidimensional:** Asignar un ponderador mayor (ej. 1.2) a las poblaciones en municipios con mayores niveles de pobreza, ya que suelen tener peores indicadores de salud y mayores barreras de acceso.

3. Factor de Ajuste por Costo Regional:

Reconoce que los costos de operación no son iguales en todo el país.

- **Aislamiento Geográfico:** Estados con poblaciones dispersas (ej. Amazonas, Delta Amacuro) reciben un factor >1.0 para cubrir mayores costos de logística y transporte.

- **Costo de Vida:** Ajuste para estados con un costo de vida significativamente más alto (ej. Zulia fronterizo, áreas turísticas).

Se crea además un **Fondo de Contingencia y Reconstrucción (FCR)** centralizado por estados, para inversiones mayores en infraestructura hospitalaria de alta complejidad y en caso de desastres naturales y otras contingencias emergentes. A determinar por cada estado, con contribuciones consensuadas entre estado y municipios.

Planes Operativos

- **Plan de Choque de Infraestructura:** rehabilitación de medicaturas y ambulatorios, con enfoque en agua, electricidad, conectividad (telemedicina) y dotación de insumos y medicamentos.
- **Estrategia Nacional de Captación, Retención y Desarrollo de Personal (ENCRDP):** remuneración competitiva, seguridad, vivienda/transporte en zonas remotas y desarrollo profesional continuo.
- **Médicos Integrales Comunitarios (MIC):** el documento señala que este programa carece de base académica reconocida y representa un riesgo para la salud pública; propone erradicarlo mientras se diseña un proceso de censo, evaluación y reconversión de quienes ya están incorporados al sistema, hacia una nueva figura (¿ej. “Médicos Sanitaristas”?) en principio, con funciones de apoyo comunitario y epidemiológico bajo supervisión.

Plan de transición del programa MIC (Año 1-2):

1. Censo nacional de personal MIC activo (mes 1-3), a cargo de MSN-universidades.
2. Evaluación individual de competencias frente a un estándar definido por el MSN y Universidades (mes 4-9). Estratificación por puntaje de nivel de competencia.
3. Clasificación en tres vías: Mediante planes de estudio para, (a) reconversión a una nueva figura de apoyo comunitario bajo supervisión, (b) formación complementaria formal a niveles de atención intermedio (c) egreso del sistema de servicios directos con plan de transición laboral. Pensum de estudios y tiempos a determinar.
4. Cierre del proceso y suspensión de nuevos ingresos al programa MIC: mes 12.

Hoja de Ruta 2026-2031

- **Años 1-2 (Estabilización):** reestructuración del MSN, nuevo marco legal (Ley Orgánica de Salud y Descentralización), "triaje sanitario" priorizando centros asistenciales locales, aseguramiento logístico de emergencia de medicamentos e insumos críticos, así como personal sanitario.
- **Años 3-5 (Consolidación):** despliegue pleno del MAPN (con $\geq 50\%$ del presupuesto asignado a nivel estatal/municipal), fortalecimiento de la APS, recuperación de capacidad diagnóstica y transición hacia autosuficiencia técnica del MSN en compras públicas.

Riesgos Identificados

1. **Resistencia centralista ideológica** → mitigada mediante legislación de alto rango y transparencia pública del proceso de asignación de fondos.
2. **Baja capacidad técnica de los nuevos DSM** → mitigada con inversión en capacitación gerencial municipal, apoyada por la OPS/OMS.

Propuesta de Indicadores de Seguimiento por Fase

Marco Metodológico

Para que la hoja de ruta sea evaluable, se propone un sistema de indicadores organizado en tres categorías clásicas de monitoreo sanitario (estructura-proceso-resultado), aplicado a cada fase según su objetivo predominante.

Fase 1 (Años 1-2): Estabilización y Legislación

Indicadores de Estructura (¿se construyó la base institucional?)

Indicador	Meta sugerida	Fuente de verificación
Ley Orgánica de Salud y Descentralización	Promulgada en mes 6	Gaceta oficial
DSM formalmente constituidos	100% de municipios priorizados en fase 1	Registro MSN
Reglamento técnico del MAPN/CAR publicado	Mes 12	Documento MSN

Indicador	Meta sugerida	Fuente de verificación
Presupuesto ejecutado por el MSN sobre $\leq 10\%$ (según meta del el total nacional	documento)	Ley de presupuesto
Comités de Salud Comunitarios instalados	≥ 1 por DSM priorizado	Actas de constitución

Indicadores de Proceso (¿se está ejecutando el Triage Sanitario?)

Indicador	Meta sugerida	Fuente
Hospitales estatales operativos con agua y electricidad estable	100% de los seleccionados en triaje	Inspección MSN/DES
% de centros priorizados con quirófano básico funcional	$\geq 80\%$	Auditoría de infraestructura
Tiempo promedio de reposición de medicamentos críticos (crónicos, quirófano, vacunas)	Reducción $\geq 40\%$ del tiempo de ruptura de stock, línea base :mes 0 a mes 24	Sistema logístico OPS/OMS
Cobertura de vacunación esquema básico en zonas priorizadas	Aumento medible vs. año 0	Registros epidemiológicos

Indicadores de Resultado (¿mejoró la capacidad de respuesta?)

Indicador	Meta sugerida	Fuente
Tasa de mortalidad materno-infantil en centros centinela	Tendencia a la baja	Vigilancia epidemiológica
Aumentar emergencias resueltas a $\geq 75\%$ en el nivel de atención correspondiente	Aumento medible	Registros hospitalarios
Déficit de personal médico/enfermería (nacional)	Reducción respecto al 76.1%/76.8% de 2024	Censo de recursos humanos

Nota: la línea de base será porcentaje tomado en mes 0 medida a 24 meses

Fase 2 (Años 3-5): Consolidación y Expansión

Indicadores de Estructura

Indicador	Meta sugerida	Fuente
% del presupuesto de salud ejecutado a nivel estatal/municipal	≥50% (meta del documento)	Ejecución presupuestaria MSN
DSM con autonomía fiscal plena operando bajo MAPN	100% de los constituidos en fase 1	Auditorías MSN
Sistema de información epidemiológica municipal funcionando (para alimentar la fórmula CAR)	Cobertura en el 100% de DSM	Plataforma MSN

Indicadores de Proceso

Indicador	Meta sugerida	Fuente
Consultorios Populares y ASIC rehabilitados	% acumulado según cronograma	Inspección DES/DSM
Laboratorios/imagenología de baja complejidad reactivados	Meta por región	Reporte DSM
% del presupuesto DSM ejecutado en Promoción y Prevención (cumplimiento de la condicionalidad del 50%)	≥50% verificado	Auditoría MSN
Profesionales egresados/certificados vía Campus Virtual OPS	Meta acumulada	Registro OPS
Avance del proceso de censo/reconversión de MIC	% de MIC evaluados y segmentados	Registro conjunto MSN-universidades

Indicadores de Resultado

Indicador	Meta sugerida	Fuente
Densidad de personal sanitario cualificado por 10,000 habitantes	Acercamiento progresivo al umbral OMS (22.8)	Censo nacional
% de población con acceso a APS sin barrera financiera	Aumento medible hacia universalidad	Encuestas de hogares/ENCOVI u homólogo
Reducción de referencias evitables de nivel primario a nivel terciario	Tendencia a la baja	Sistema de referencia y contrarreferencia
Gasto público en salud como % del PIB (6.5%)	Aumento progresivo (tendencia sostenida)	Cuentas nacionales de salud
Índice de satisfacción/confianza ciudadana en Comités de Salud	Encuestas periódicas	Comités comunitarios / auditoría social

Nota metodológica importante

El propio documento reconoce como debilidad la ausencia de metas numéricas explícitas esta propuesta de indicadores busca llenar ese vacío, pero su viabilidad depende de que exista un sistema de información sanitaria funcional. Esto conecta directamente con el segundo punto que desarrollamos a continuación.

Segundo Punto de Interés: El Sistema de Información Sanitaria como Prerrequisito

Todo el andamiaje del MAPN, la fórmula CAR, la condicionalidad del 40%, las auditorías por resultados, y ahora los indicadores propuestos arriba **depende de datos confiables, oportunos y desagregados a nivel municipal**. Sin embargo, el documento no incluye un eje específico dedicado a reconstruir esta capacidad, a pesar de que:

- El diagnóstico reconoce explícitamente el "abandono y pérdida de capital humano" como transversal a todo el sistema, lo cual lógicamente incluye a los equipos de estadísticas, epidemiología y vigilancia.
- La fórmula CAR requiere datos de **carga de enfermedad** (30% de ponderación) y **vulnerabilidad socioeconómica** (15%) actualizados y confiables si estos datos no existen o son de mala calidad, toda la fórmula pierde legitimidad técnica y puede

volver a ser manipulada políticamente, exactamente el riesgo que el MAPN busca evitar.

- Es necesario la participación de Epidemiólogos, Estadísticos, Sociólogos, Trabajadoras Sociales y otros para diseñar un Censo Nacional Sanitario conjuntamente con el Censo Nacional de Población;

Riesgo concreto

Existe una **paradoja de secuenciación**: se planea desplegar el MAPN plenamente en la Fase 2 (años 3-5), pero reconstruir un sistema de información epidemiológica y estadístico municipal confiable típicamente toma su tiempo, especialmente en un contexto donde muchos municipios carecerán de personal técnico capacitado en salud pública/bioestadística (la misma escasez que afecta a médicos y enfermeras).

Propuesta de mitigación

Crear un eje explícito "Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS)" dentro de la Fase 1, con las mismas prioridades de urgencia que el Plan de Choque de Infraestructura.

1. **Fórmula CAR transicional simplificada**: para los primeros 2-3 años, usar solo los componentes con datos ya disponibles y confiables (ej. población base y ruralidad, que dependen de censo/geografía), e incorporar gradualmente carga de enfermedad y vulnerabilidad socioeconómica conforme el SNIS madure, evitando que la fórmula se implemente con datos débiles desde el inicio.
2. **Alianza técnica específica con OPS/OMS para bioestadística municipal**, aprovechando el Campus Virtual ya mencionado en el documento, pero con una ruta de certificación específica para "gestores de información en salud" a nivel DSM.
3. **Indicador de estructura adicional para Fase 1**: "% de DSM con al menos un responsable de información sanitaria capacitado" este sería, en la práctica, un prerequisite habilitante para que el resto del sistema de indicadores propuesto arriba sea medible con confiabilidad.

Diseño del Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS)

Objetivo: proveer la infraestructura de datos que hace posible calcular la fórmula CAR, auditar por resultados y monitorear los indicadores propuestos sin esto, el MAPN opera sobre supuestos, no evidencia.

Arquitectura en tres niveles (espejo de la arquitectura de gobernanza):

- **Nivel municipal (DSM):** captura de datos primarios consultas, morbilidad, natalidad/mortalidad, stock de medicamentos, asistencia de personal. Un responsable de información por DSM, capacitado vía Campus Virtual OPS.
- **Nivel estatal (DES):** consolidación regional, control de calidad del dato, articulación con vigilancia epidemiológica de brotes.
- **Nivel nacional (MSN):** plataforma centralizada, cálculo oficial de la fórmula CAR, tablero público de transparencia (alimenta directamente a los Comités de Salud Comunitarios).

Fases de implementación (integradas a la hoja de ruta ya definida):

- *Año 1:* diagnóstico de sistemas de registro existentes, diseño del set razonable de datos, capacitación de primeros responsables DSM.
- *Año 2:* piloto en municipios del "triaje sanitario"; fórmula CAR transicional (solo población + ruralidad, datos ya disponibles).
- *Años 3-5:* cobertura nacional, incorporación gradual de carga de enfermedad y vulnerabilidad socioeconómica a la fórmula conforme mejora la calidad del dato; interoperabilidad con sistema de referencia/contrarreferencia.

Principio de diseño: preferir herramientas ligeras de data manual (los ambulatorios rurales no tendrán conectividad estable), con sincronización de periódica hacia el nivel estatal evita que la falta de infraestructura tecnológica se convierta en un nuevo cuello de botella.

El documento incluye el nuevo componente sobre el Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS) integrado como sección independiente (V), junto con el diagnóstico, la arquitectura institucional, el MAPN, la hoja de ruta, los indicadores por fase, los riesgos y la consideración especial sobre los MIC.

Necesidades Financieras para el Programa

“Salud Venezuela 2036” (2026-2036)

El sistema de salud venezolano enfrenta un colapso estructural: 280 hospitales y 3.900 centros ambulatorios operan al 30% de su capacidad, con infraestructura y equipamiento obsoletos, déficit severo de personal y fallas en servicios básicos.

El programa “Salud Venezuela 2035” propone una recuperación integral en dos fases (2026-2031 y 2031-2036) para alcanzar estándares internacionales, especialmente en disponibilidad de camas y cobertura de personal, siguiendo recomendaciones de la OMS y organismos multilaterales.

Debemos destacar y aclarar que el contenido de este informe es de naturaleza estrictamente referencial y exploratoria. Las cifras, estimaciones y proyecciones incluidas son tentativas y están sujetas a una validación más exhaustiva una vez que se cuente con datos oficiales actualizados y un estudio de factibilidad detallado. Así mismo se destaca que todo el proceso de reestructuración amerita la intervención coordinada de varios entes gubernamentales.

1. Levantamiento Diagnóstico y Digitalización

Antes de iniciar la recuperación, es crucial realizar un censo nacional digitalizado (por estado y tipo de instalación) que incluya:

- Capacidad instalada y operativa
- Personal en funcionamiento
- Quirófanos y camas (UCI, emergencia)
- Servicios materno-infantiles
- Dotación de insumos y medicamentos
- Estado de servicios generales (Laboratorios, agua, electricidad, ambulancias, gas), Imagenología, etc.

Este censo permitirá cuantificar daños y precisar costos, siguiendo lineamientos internacionales de diagnóstico, priorización y planificación.

Programa Nacional de Recuperación del Sistema de Salud de Venezuela (2026-2036)", con dos fases explícitas:

- **Fase I — Estabilización y Reconstrucción (2026-2031)**
- **Fase II — Consolidación y Expansión (2031-2036)**

2. Fase 1 (2026-2031): Recuperación de Hospitales y Centros Ambulatorios

A. Recuperación de 50 hospitales de III y IV nivel

- **Costo de infraestructura:**
100.000 USD por cama.
Supongamos que cada hospital tiene un promedio de 200 camas:
 $50 \text{ hospitales} \times 200 \text{ camas} \times 100.000 \text{ USD} = \mathbf{1.000 \text{ millones USD}}$
- **Reequipamiento:**
2,5 millones USD por hospital.
 $50 \text{ hospitales} \times 2,5 \text{ millones} = \mathbf{125 \text{ millones USD}}$
- **Personal (5 años):**
 $25 \text{ millones USD/hospital/año} \times 50 \text{ hospitales} \times 5 \text{ años} = \mathbf{6.250 \text{ millones USD}}$

Total, Fase 1 Hospitales:

$1.000 + 125 + 6.250 = \mathbf{7.375 \text{ millones USD}}$

Nota metodológica sobre las cifras de especificadas: Las cifras de este apartado usan promedios estándar (200 camas/hospital, 100.000 USD/cama, 2,5 millones USD/hospital en reequipamiento) tomados de referencias internacionales comparables [OMS- Bolivia y Panamá], no de un censo verificado de la infraestructura venezolana existente. Estas cifras deben tratarse como un techo presupuestario preliminar, sujeto a recálculo obligatorio una vez completado el censo nacional digitalizado descrito en la Sección 1.

B. Reestructuración de Centros Ambulatorios (50% de 3.800 = 1.900 centros)

- **Costo por centro:**

250.000 USD x 1.900 = **475 millones USD**

- **Sistema de Telemedicina:**

40.000 USD x 3.800 = **152 millones USD**

Total, Fase 1 Ambulatorios:

475 + 152 = **627 millones USD,**

Infraestructura paralela: Conectividad y Telemedicina

Sistema Integrado Nacional de Telemedicina con hardware y software moderno, incluye equipos diagnósticos básicos y software de Historia Medica Nacional Digital interoperable con hospitales centrales especializados.

Este sistema de telemedicina puede implementarse en término de 24 meses para ser instalado en cada uno de los 3800 centros rurales y suburbanos, una vez desarrollado el software de historia clínica digital interoperable, la inversión estimada para este sistema se ubica en 25.000 usd por centro. No incluye, electricidad ni Internet Satelital (Starlink).

3. Fase 2 (2031-2036): Construcción de Nuevos Hospitales

A. Construcción de 50 hospitales nuevos (200 camas c/u)

- **Construcción:**

40 millones USD x 50 = **2.000 millones USD**

- **Equipamiento:**

2,5 millones USD/cama x 200 camas x 50 hospitales =

500 millones USD x 50 = **25.000 millones USD**

Total Fase 2 Hospitales Nuevos:

2.000 + 25.000 = **27.000 millones USD**

4. Fondo Nacional Estratégico de Medicamentos

- **Estimación inicial:**

Para cubrir 400 principios activos en 650 presentaciones, con abastecimiento

anual para población vulnerable, un fondo inicial de **500 millones USD** es razonable, ajustable según demanda y precios internacionales.

5. Formación de Personal Sanitario

- **Estimación:**

La formación y capacitación de médicos, enfermeras, técnicos y auxiliares podría requerir al menos **200 millones USD** en 10 años, considerando becas, infraestructura educativa y actualización profesional, dada la magnitud del déficit reportado por la OPS, actuando juntamente con Ministerio de Educacion.

- **Umbrales para la Cobertura Sanitaria Universal (CSU):** Investigaciones relacionadas con la CSU han sugerido umbrales más altos, por ejemplo, para alcanzar un rendimiento del 80% en el índice de cobertura efectiva de la CSU (UHC 80), se sugieren:

20,7 médicos por cada 10.000 habitantes.

70,6 enfermeras y matronas por cada 10.000 habitantes.

6. Reestructuración Ministerial y Gobernanza

- **Estimación:**

Modernización administrativa, digitalización, auditoría y transparencia: **50 millones USD.**

7. Resumen de Costos Estimados (2026-2036)

Concepto	Monto (USD millones)
Recuperación hospitales existentes	7.375
Reestructuración ambulatorios + telemed.	627
Construcción y equipamiento nuevos hosp.	27.000
Fondo estratégico de medicamentos	500
Formación de personal	100

Reestructuración ministerial	50
Total, estimado	35.652

8. Consideraciones y Recomendaciones

- **Financiamiento:**

Se recomienda buscar apoyo del FMI, Banco Mundial, BID y alianzas público-privadas, ajustando los montos a la inflación y fluctuaciones cambiarias. Instrumentar programa de Recuperación de Dineros sustraídos ilícitamente a la Nación. (> de 500 mil millones de USD).

Se recomienda encargar un **estudio de factibilidad financiera independiente** antes de la Fase 1, que evalúe capacidad de endeudamiento, espacio fiscal disponible y escenarios de precio del petróleo, dado que el monto total (35.652 millones USD X 10 años) representa una fracción significativa del PIB proyectado de Venezuela y su viabilidad no puede darse por supuesta.

- **Priorización:**

Iniciar por hospitales de mayor complejidad y ambulatorios estratégicos, garantizando continuidad operativa durante las obras.

- **Sostenibilidad:**

Establecer mecanismos de mantenimiento preventivo y monitoreo digital permanente.

- **Transparencia:**

Implementar sistemas de gestión y auditoría en tiempo real para evitar desvíos y corrupción

9. Conclusión

La recuperación del sistema de salud venezolano demanda una inversión estimada de 35.652 millones USD en 10 años, con un enfoque integral en infraestructura, equipamiento, personal, medicamentos y gobernanza. Este programa debe ser flexible, auditable y adaptado a la evolución de las necesidades y capacidades del país, alineado con estándares internacionales y recomendaciones de organismos multilaterales.

SOLUCIONES ALTERNATIVAS

HOSPITALES Y CLINICAS PREFABRICADAS

La construcción modular y prefabricada para hospitales y clínicas es una solución muy utilizada globalmente por su rapidez y escalabilidad.

Precios Aproximados de Estructuras Prefabricadas Hospitalarias

El costo de una estructura prefabricada o modular varía enormemente. Depende de factores críticos como el **nivel de complejidad sanitaria** (una clínica básica frente a un quirófano o una UCI), el **nivel de acabado**, si incluye **equipamiento médico**, y los **estándares de calidad y certificación** requeridos.

Los siguientes precios son rangos estimativos

1. Costo por Metro Cuadrado (Estructura Básica)

El precio de solo la estructura modular, sin incluir el equipamiento médico de alta complejidad ni instalaciones especializadas, se puede estimar en los siguientes rangos generales:

Tipo de Estructura	Rango de Precio Estimado	Notas Importantes
Construcción Modular de (Referencia de Bajo Costo)	\$700 - \$1,200 USD / m ²	Rango general para modulares, sirve como punto de partida inferior para una clínica muy básica.
Estructura Hospitalaria Modular (Básica a Estándar)	\$1,500 - \$3,500 USD / m ²	Incluye la estructura, cerramientos, instalaciones básicas (electricidad, fontanería), y acabados de grado sanitario.

2. Costo por Unidad (Contenedores/Clínicas Móviles)

Para soluciones más pequeñas, rápidas y móviles, basadas en contenedores modificados:

Tipo de Unidad	Rango de Precio Estimado por Unidad	Nivel de Equipamiento
Clínica Móvil / Contenedor Médico Básico	\$3,000 - \$13,000 USD	Estructura de contenedor modificada, a menudo sin equipamiento médico especializado.
Hospital de Campaña o Unidad Expandible	\$7,200 - \$9,500 USD (por unidad/módulo básico)	Unidades que se expanden para aumentar el espacio, ideales para respuesta rápida o centros de atención primaria.

3. Factores Adicionales que Aumentan el Costo

Debe considerar que los precios anteriores solo cubren la infraestructura. Los costos totales de un proyecto hospitalario modular aumentan significativamente debido a:

Equipamiento Médico: Los equipos de diagnóstico (Tomógrafos, Resonancias) y quirófanos pueden representar entre el **10% y 20%** del costo total del proyecto.

Fabricantes Internacionales de Hospitales y Clínicas Prefabricadas

Los fabricantes de este sector suelen ofrecer soluciones que van desde simples clínicas de contenedores hasta hospitales modulares complejos y permanentes.

Región Principal	Fabricante (Ejemplos)	Tipo de Solución Principal
China / Global	K-Home (Henan K-Home Steel Structure Co., Ltd.)	Hospitales y clínicas de contenedores, soluciones llave en mano.
	Weifang Henglida Steel Structure Co., Ltd. (Grupo Lida)	Hospitales y clínicas modulares prefabricadas, estructuras de acero.

Región Principal	Fabricante (Ejemplos)	Tipo de Solución Principal
Turquía / Global	Karmod	Edificios modulares y de contenedores para clínicas y hospitales.
	Herocont	Soluciones de hospital modular, incluyendo quirófanos y UCI a medida.
	Vertisa (Vertisa LATAM)	Hospitales modulares basados en proyectos, a menudo con estructuras expandibles.
Europa (Italia)	Manni Group (Manni Green Tech, Isopan)	Módulos hospitalarios multifuncionales y soluciones de construcción en seco en acero.
África	Afripanel	Clínicas modulares y centros de salud diseñados para el clima africano.
América del Norte / Global	Wilmot Modular Structures, Inc. (EE. UU.)	Constructores modulares para el sector sanitario (Miembros del MBI).
España	ABC Arquitectura Modular	Construcción modular especializada en arquitectura sanitaria (hospitales, urgencias).
Latinoamérica	Spatium Arquitectura Modular (Ejemplo regional)	Hospitales y clínicas modulares y sostenibles.

BIBLIOGRAFIA

1. <https://provea.org/actualidad/cresta-metalica-como-recuperar-un-hospital-o-centro-de-salud-en-breves-etapas/>
2. <https://diarioelnacionalista.com/2026/05/05/venezuela-entre-los-paises-con-mayor-escasez-de-personal-medico-segun-la-ops/>
3. <https://www.redalyc.org/pdf/290/29002704.pdf>
4. https://es.wikipedia.org/wiki/Ministerio_del_Poder_Popular_para_la_Salud
5. <https://transparenciave.org/saludcritica/2021/05/15/informe-transparencia-venezuela-senala-corrupcion-e-ineficiencia-como-causas-de-la-crisis-del-sistema-de-salud-nacional/>
6. <https://cnnespanol.cnn.com/2020/03/17/alerta-maduro-pide-un-financiamiento-al-fmi-de-us-5-000-millones-para-lidiar-con-el-coronavirus>
7. <https://www.bancomundial.org/es/news/feature/2024/12/06/transformar-el-desaf-o-en-acci-n-la-cobertura-universal-de-salud-en-am-rica-latina-y-el-caribe>
8. <https://es.linkedin.com/pulse/gasto-p%C3%BAblico-en-salud-venezuela-giselmar-soto-md>
9. <https://eldiario.com/2021/03/06/plan-recuperar-infraestructura-venezuela/>
10. <https://www.elimpulso.com/2026/02/18/huniades-urbina-el-sistema-de-salud-de-venezuela-esta-quebrado-18feb/>
11. <https://cronica.uno/deficit-de-medicos-crece-en-los-hospitales-y-agrava-la-atencion-de-salud-y-iii/>
12. <https://www.aes.es/Jornadas2007/pdfs/52.pdf>
13. <https://www.paho.org/es/noticias/15-6-2017-venezuela-participa-desde-2011-fondo-estrategico-organizacion-panamericana-salud>
14. <https://www.aa.com.tr/es/econom%C3%ADa/venezuela-le-pidi%C3%B3-usd-5-mil-millones-al-fmi-para-el-sistema-de-salud-ante-amenaza-del-coronavirus-/1769816>
15. <https://contralacorrupcion.mx/hospitales-asfxiados-gobierno-venezolano- apenas-atendio-9-de-la-demanda-de-ventiladores-para-enfrentar-la-emergencia-del-covid-19/>
16. http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1315-95182009000400012

17. [http://saber.ucv.ve/bitstream/10872/16234/1/Aprovechamiento de la infraestructura fisica de salud.pdf](http://saber.ucv.ve/bitstream/10872/16234/1/Aprovechamiento%20de%20la%20infraestructura%20fisica%20de%20salud.pdf)
18. <https://facilityvenezuela.com/remodelacion-de-habitaciones-hospitalarias/>
19. <https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/5048/10031>
20. <https://efectococuyo.com/salud/endeudarse-o-morir-de-mengua-la-crisis-del-sistema-de-salud-publica-en-venezuela/>
21. <https://transparenciave.org/crisis-sanitaria-hospitales-muestran-abandono-y-perdidas/>
22. <https://efectococuyo.com/salud/encuesta-nacional-de-hospitales-2023-en-venezuela-solo-el-40-de-quirofanos-sigue-operativo/>
23. http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0367-47622009000200003
24. <https://www.pixelgrafia.com/post/233-cuanto-cuesta-desarrollar-una-aplicacion-de-telemedicina>
25. [https://sosteledicacion.ucv.ve/malaria/manuales/SOS Telemedicina CEPAL.pdf](https://sosteledicacion.ucv.ve/malaria/manuales/SOS%20Telemedicina%20CEPAL.pdf)
26. [https://www.orasconhu.org/documentos/Listado de Medicamentos Esenciales Venezuela FINAL.pdf](https://www.orasconhu.org/documentos/Listado%20de%20Medicamentos%20Esenciales%20Venezuela%20FINAL.pdf)
27. [https://www.who.int/publications/m/item/venezuela-\(bolivarian-republic-of\)---la-lista-nacional-de-medicamentos-esenciales-\(lme\)-2015-\(spanish\)](https://www.who.int/publications/m/item/venezuela-(bolivarian-republic-of)---la-lista-nacional-de-medicamentos-esenciales-(lme)-2015-(spanish))
28. <https://www.redalyc.org/journal/214/21458813015/html/>
29. <https://bibliofep.fundacionempresaspolarg.org/media/1378173/07-resven-libropdf.pdf>
30. http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1690-32932014000200011
31. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/7165135.pdf>
32. [https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Perfil Sistema Salud-Venezuela 2001.pdf](https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Perfil%20Sistema%20Salud-Venezuela%202001.pdf)
33. <https://www.ovsalud.org/boletines/salud/el-sistema-de-salud-en-venezuela/>
34. <https://talcualdigital.com/venezolanos-deben-pagar-altos-costos-por-cirugias-gratuitas-ante-escasez-de-insumos/>
35. <https://portal.amelica.org/ameli/journal/101/1014218009/1014218009.pdf>
36. <https://www.cinco8.com/periodismo/por-que-son-tan-costosas-las-clinicas-en-venezuela/>

37. <https://hospitecna.com/servicios-hospitalarios/venezuela-preve-destinar-bs-66-millones-del-presupuesto-nacional-para-dotaciones-de-hospitales/>
38. <https://www.lavanguardia.com/sociedad/20230625/9066205/oms-rechaza-recomiende-minimo-cinco-camas-100-personas-mayores-residencias.html>
39. <https://www.europapress.es/epsocial/igualdad/noticia-oms-desmiente-haya-recomendacion-camas-residencias-cada-100-mayores-65-anos-20230622151016.html>
40. <https://ehealthreporter.com/historia-clinica-compartida-cuando-los-sistemas-no-se-hablan-la-salud-se-arriesga/>
41. <https://innovation.teleradweb.com.ar/blog/como-la-telemedicina-reduce-los-costos-en-una-institucion-de-salud>
42. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2026000100011
43. https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/e_salud.htm
44. <https://www.swissinfo.ch/spa/mercado-farmacéutico-venezolano-subió-un-41-%-en-noviembre-frente-al-de-2023.-dice-sector/88661629>
45. <https://cotejo.info/2020/08/camas-hospitalarias-venezuela/>
46. <http://www.ula.ve/medicina/estudios/pregrado/enfermeria/136-enfermeria/estudios->
47. <https://avessoc.org.ve/impulsamos-el-desarrollo-integral-de-personas-y-organizaciones-en-el-sector-salud-a-traves-de-la-formacion/>
48. <http://www.ucv.ve/organizacion/facultades/facultad-de-medicina/escuelas/enfermeria/departamentos/departamento-de-desarrollo-academico/postgrado.html>
49. <https://www.devex.com/organizations/ministry-of-popular-power-for-health-ministerio-del-poder-popular-para-la-salud-mpps-venezuela-143683>
50. https://provea.org/wp-content/uploads/2017/08/002_derecho_a_la_salud-4.pdf
51. https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1315-95182008000200010
52. <https://www.infobae.com/politica/2024/01/04/en-medio-de-la-reestructuracion-del-gobierno-oficializaron-el-nuevo-organigrama-del-ministerio-de-salud/>
53. <https://www.scielo.br/j/csp/a/PFRRksgBHCfMkDFM668YvfC>
54. <https://provea.org/covid-19/salud-en-venezuela-un-escenario-aterrador-para-2020-1/>

55. <https://dspace.ups.edu.ec/bitstream/123456789/1052/13/UPS-CT002035.pdf>
56. <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-telemedicina-entornos-rurales-S0212656725000423>
57. <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/05/1367728/teg-acaps.pdf>
58. <https://mpps.gob.ve/profesionales-de-la-salud-inician-formacion-en-el-spns/>
59. <https://statistics.cepal.org/portal/cepalstat/perfil-nacional.html?theme=1&country=ven&lang=es>
60. <https://www.paho.org/es/fondo-estrategico-ops>
61. <https://cedice.org.ve/ogp/wp-content/uploads/2023/08/Reestructuracion-Deuda-OGP.pdf>
62. <https://www.minhacienda.gov.co/w/reforma-a-la-salud-en-2024-tendra-un-costo-de-929-mil-millones>
63. <https://datos.bancomundial.org/indicador/DT.DOD.DECT.GN.ZS?locations=VE>
64. <https://www.swissinfo.ch/spa/precandidato-presidencial-venezolano-propone-solicitar-pr%C3%A9stamos-al-fmi-y-el-banco-mundial/48757160>
65. Comunicaciones personales: Personal de OMS, Ginebra y Grupo de Estudio de Gobernanza de Universidad de Ginebra.