

# Plan Nacional De Salud 2014-2019

Documento Para  
El Debate Público



Gobierno Bolivariano  
de Venezuela

Ministerio del Poder  
Popular para la Salud



Juventud  
por el futuro

# CONTENIDO

---

- Introducción
- Sistema Público Nacional De Salud
- Organización De La Red Integrada De Salud
- Contexto Histórico
- Logros De La Revolución Bolivariana En Salud
- Perfil De Salud-enfermedad De País
- Desafíos
- Visión
- Objetivo General Del Plan Nacional De Salud
- Objetivo Estratégico
- Políticas
- Metas

# INTRODUCCIÓN

El Plan Nacional de Salud establece las estrategias para desarrollar la gestión del Estado venezolano orientada a garantizar el Derecho a la salud para el período 2014-2019, de acuerdo a los mandatos de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela y a las directrices del Plan de la Patria, Segundo Plan Socialista de Desarrollo Económico y Social de la Nación, 2013-2019.

Para la elaboración de este Plan de Salud 2014-2019, han sido considerados los documentos sobre lineamientos para la gestión en salud producidos por diversos equipos que han ocupado la responsabilidad de conducir el Ministerio del Poder Popular para la Salud, así como por movimientos sociales y otros grupos de trabajo comprometidos con la salud del pueblo venezolano. Especialmente se tomó como documento base el elaborado en el año 2008 con la participación de 22 Ministerios, bajo la coordinación de los Ministerios del Poder Popular para Planificación y Desarrollo y para la Salud, del cual se mantiene el espíritu integrador, ideológico y filosófico pero esta vez haciendo énfasis en un eje fundamental como es el fortalecimiento del Sistema Público Nacional de Salud.

Bajo la conducción y liderazgo del Ministerio del Poder Popular para la Salud, como rector del Sistema Público Nacional de Salud, se presenta esta edición en una versión preparada para el debate público con los elementos más importantes del Plan de Salud 2014-2019.

El documento incluye las características del Sistema Público Nacional de Salud que se busca consolidar con la propuesta de organización de la Red Integrada de Salud a partir de las Áreas de Salud Integral Comunitarias; una síntesis de los momentos históricos que explican el contexto actual; los logros de la Revolución Bolivariana en salud el perfil de salud del país; desafíos que debemos superar y por último la formulación del Plan con Visión, Objetivos y 17 Políticas con sus metas.

# SISTEMA PÚBLICO NACIONAL DE SALUD

El Sistema Público Nacional de Salud debe garantizar el Derecho a la Salud de acuerdo a los valores y principios de humanismo, accesibilidad, universalidad, gratuidad, solidaridad, integración social, participación activa y protagónica, intersectorialidad, pertinencia cultural y lingüística, calidad, calidez, corresponsabilidad, eficiencia y eficacia.

La salud en Venezuela es un derecho constitucional y corresponde al Estado la responsabilidad de asegurar el acceso de toda la ciudadanía a las intervenciones y recursos necesarios para la promoción, la defensa y la recuperación de su salud a nivel individual y colectivo. Esto implica asumir la universalidad, al mismo tiempo que la adecuación a las necesidades específicas de la población de acuerdo al género, la interculturalidad, ciclo de vida y territorio social para la construcción del Socialismo y el Vivir bien.

Se concibe a la salud-enfermedad como un proceso histórico y socialmente determinado por el modo de vida, el cual deviene de la interacción entre el modo de producción, el grado de desarrollo de las fuerzas productivas, la distribución y ejercicio del poder, y los patrones culturales de producción y consumo que se derivan de ellas, con las condiciones naturales de existencia, incluyendo las características bioclimáticas del territorio de asentamiento que generan la exposición a condiciones favorables o desfavorables que se expresan en el perfil de salud de la población y su patron de morbimortalidad.

El Plan Nacional de Salud asume a la Red Integrada de Salud como la estrategia de construcción de la nueva organización en salud y al mismo tiempo eje articulador y de desarrollo del Sistema Público Nacional de Salud a partir de las necesidades de la población y que se articula con el desarrollo del Poder Popular, en coherencia con los mandatos constitucionales y del Plan de la Patria 2013-2019. El Sistema Público Nacional de Salud ejecuta las políticas dirigidas a promover el Vivir Bien y la Salud de la población en coordinación con otros sectores y niveles de gobierno, implantando el Modelo de Atención Integral y la Estrategia de Atención Primaria de Salud en todos los establecimientos de salud que funcionan en red en los ámbitos locales, municipales, estatales y nacional.

Los avances y el impacto social alcanzados con la Misión Barrio Adentro, sentaron las bases para la conformación de las Áreas de Salud Integral Comunitaria (ASIC), como la unidad básica organizativa y operativa de la estrategia de construcción y de gestión del Sistema Público Nacional de Salud en el marco de un nuevo modelo de organización como es la Red Integrada de Salud.

#### **Las ASIC son:**

- La unidad básica de la Red Integrada de Salud como forma organizativa del Sistema Público Nacional de Salud.
- El espacio para la formación de talento humano para la salud con alta calidad académica y compromiso social.
- El territorio social donde se articulan la red de servicios primarios de salud, con las redes sociales comunitarias y todas las Misiones Sociales.

**El Modelo de Atención Integral establece la organización de los servicios en función de las necesidades y el Vivir bien de las personas, las familias y la comunidad con el enfoque de determinación social de la salud, ciclo de vida, interculturalidad y género.**

Un ASIC se corresponde con el territorio social de varios Consejos Comunales. En la misma se articulan la red de servicios primarios de salud, con las redes sociales comunitarias y otras Misiones Sociales. En la red de servicios del ASIC se aplica un modelo integral e intersectorial de atención continua de salud familiar y comunitaria, universal y gratuita. Las ASIC son la unidad básica de la Red Integrada de Salud como forma organizativa del sistema de salud que deberá articularse de manera orgánica con una red de atención especializada, hospitalaria y de emergencia.

La Misión Barrio Adentro ha incorporado también en las ASIC una estrategia innovadora de formación de talento humano para la salud con alta calidad académica y compromiso social. Iniciado con la formación de médicos especialistas en Medicina General Integral, y de especialistas Odontólogos Integrales Comunitarios, posteriormente ha incluido la formación de Médicos Integrales Comunitarios (MIC) a nivel de pregrado (6 años), mostrando las ventajas de la formación en el mismo ambiente del cual proviene el estudiante en el marco de la municipalización de la educación universitaria impulsada por el Gobierno Nacional.

Un ASIC esta conformado por un conjunto de consultorios populares, cada consultorio popular realiza promoción de salud, prevención de enfermedades, atención integral aproximadamente entre 250 a 350 familias según la densidad poblacional y las características geográficas, cuenta con servicio de óptica y de odontología, un centro de diagnóstico integral (CDI), una sala de rehabilitación integral (SRI). Estos servicios están interconectados con las misiones sociales y las organizaciones comunales.

# ORGANIZACIÓN DE LA RED INTEGRADA DE SALUD

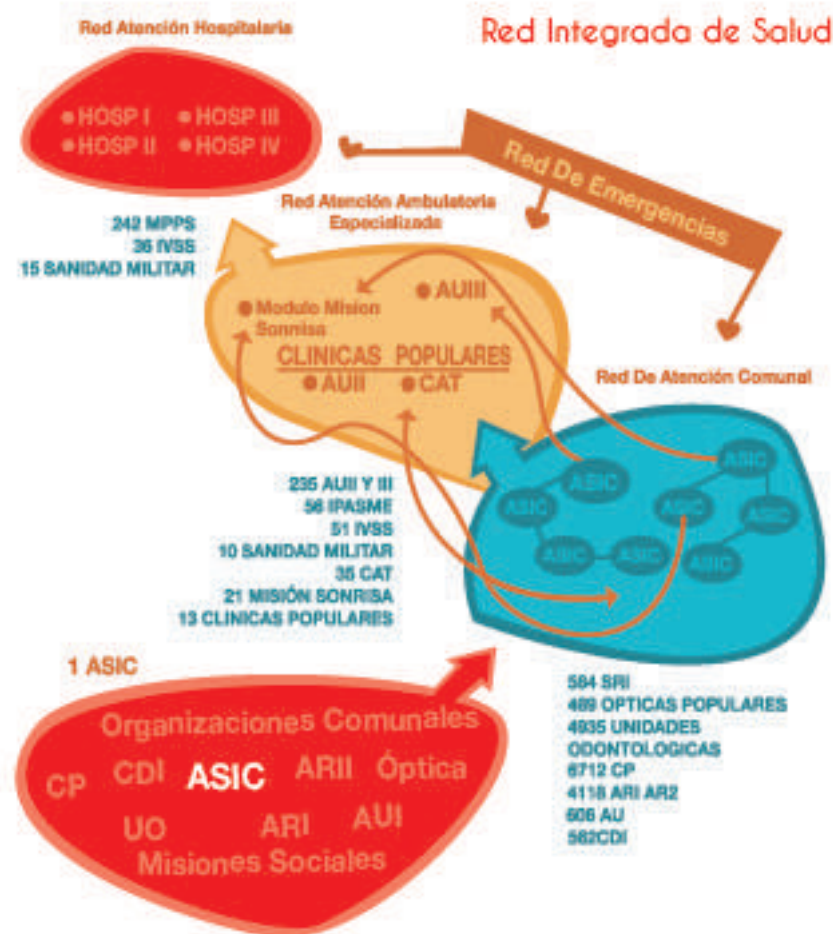
La Red Integrada de Salud se organiza en tres redes diferenciadas: Red de atención Comunal, Red de Atención Ambulatoria Especializada y Red de Hospitales. La Red de Emergencia es transversal a las tres redes, constituye la segunda puerta de entrada al sistema y sus acciones se realizan a través del sistema atención pre-hospitalaria móvil, la central reguladora y los servicios de atención de emergencias en todos los establecimientos según capacidad resolutive.

La Red Atención Comunal incluye todas las acciones relacionadas con el Vivir bien en el territorio social, especialmente las Misiones Sociales y los proyectos Comunales, en ese conjunto se ubica la red de establecimientos de salud más cercanos a la familia y comunidad. Todos los establecimientos de salud de la Red Atención Comunal se vinculan a los comités de salud, consejos comunales y Misiones sociales en los procesos de producción social de la Salud y el Vivir bien y la contraloría social.

## Organización de la Red Integrada de Salud

Red de Atención Comunal de Salud	Red de Atención Ambulatoria Especializada	Red de Hospitales:
1.Consultorio Popular Rural 1 (CPR1)	1.Clinicas Populares de Especialidades Médico-Quirúrgicas Tipo I.	se clasifican de forma combinada según el territorio que atienden y la complejidad.
2.Consultorio Popular Rural 2 (CPR2)	2.Clinicas Populares de Especialidades Médico-Quirúrgicas Tipo II.	Según territorio:
3.Consultorio Popular Urbano (CPU)	3.Clinicas Populares Especializadas.	1.Hospitales Municipales y Comunales (H.C.).
4.Centro de Diagnóstico Integral (CDI).	4.Centros de Atención Odontológica Integral (Centros de Misión Sonrisa)	2.Hospitales Estadales (H.E.).
5.Salas de Rehabilitación Integral. (SRJ).	5.Centros de Alta Tecnología (CAT).	3.Hospitales Regionales (H.R.).
6.Ópticas Comunales.		4.Hospitales Nacionales (H.N.).
7.Consultorios Odontológicos.		Según complejidad:
		1.Hospitales Generales: I,II,III, IV.
		2.Hospitales Especializados: I,II,III.

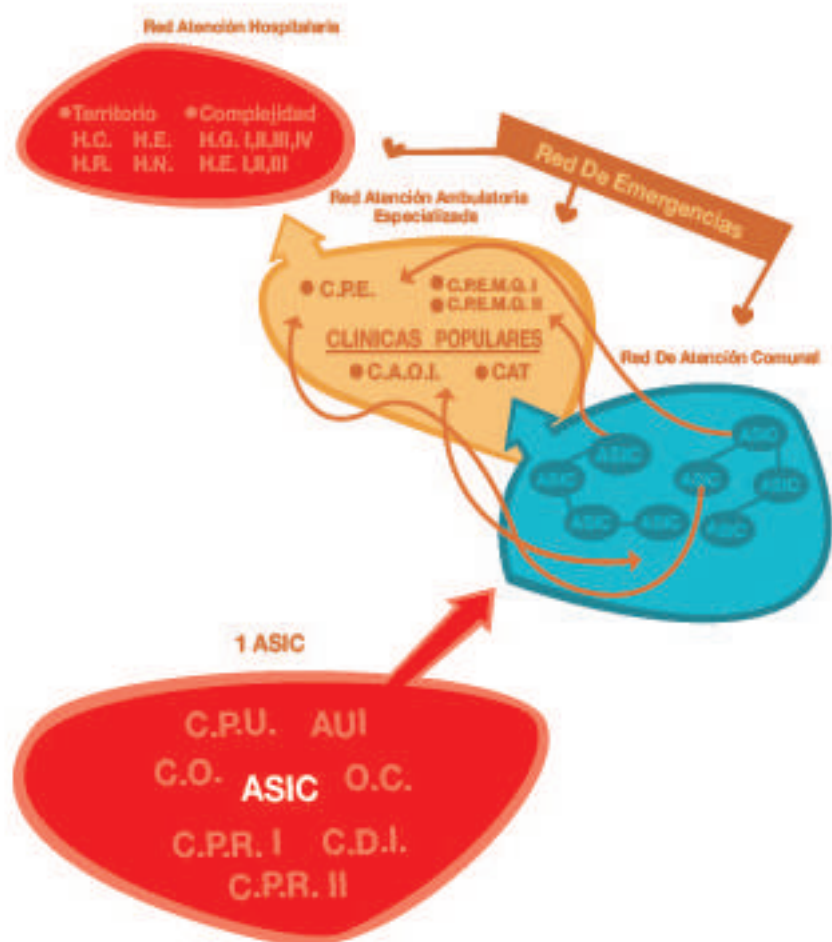
La Red de Atención Ambulatoria Especializada es el conjunto al conjunto de establecimientos con especialidades médicas, quirúrgicas y odontológicas que tienen capacidad resolutoria suficiente para desarrollar acciones educativas, preventivas, protectoras, restitutivas y rehabilitadoras, las cuales pueden contar con servicio de observación de corta estancia. Son establecimientos de referencia para varias



*Nota: Se inicia un proceso de transición de la clasificación de establecimientos de 1983 a una nueva clasificación para que los Ambulatorios Rurales I (ARI), II (ARII) y Urbanos I (AUI) se adecúen e integren a las Áreas de Salud Integral Comunitaria con la denominación de consultorios populares y los Ambulatorios Urbanos II (AUII) y III (AUIII) pasen a ser Clínicas Populares. Las Clínicas Populares que posean camas de hospitalización pasarán a ser parte de la Red de Hospitales.*



## Nueva Clasificación de la Red Integrada de Salud



La Red de Hospitales se organiza en función de dar respuesta a la demanda de las Áreas de Salud Integral Comunitaria con niveles de complejidad médica y tecnológica de acuerdo a las necesidades reales de la población, el número de habitantes que debe atender y el perfil epidemiológico local.

En los establecimientos de la Red de Atención Ambulatoria Especializada y la Red de Hospitales deben hacer vida las comunidades en el ejercicio de la democracia participativa y la contraloría social.

# PLAN NACIONAL DE SALUD Y LA HISTORIA DE LA SALUD PÚBLICA

Consideramos necesario incluir en el Plan Nacional de Salud una breve reseña sobre los hitos fundamentales del desarrollo de la salud pública en nuestro país y los éxitos alcanzados por la Revolución Bolivariana; queremos reivindicar lo mejor de la historia de la salud pública venezolana, señalando la labor abnegada de sobresalientes trabajadores de la salud venezolanos, y la acción desplegada por algunos gobernantes que impulsaron políticas de salud en beneficio de las grandes mayorías excluidas de la nación, y constituyen experiencias acumuladas sobre los cuales se construye hoy el Sistema Público Nacional de Salud.

Las luchas y esfuerzos por lograr una salud y vida dignas y con calidad, como política de Estado, nacieron con el proceso independentista y el ideario del Libertador sobre la salubridad pública. Han transitado un largo proceso de avances y derrotas por casi 200 años, y hoy, en el marco del proceso Bolivariano tenemos la oportunidad de alcanzar niveles superiores de salud, vida y felicidad, mediante la construcción de una nueva institucionalidad en salud y formas de gestión intersectorial que se articulan con la construcción del Poder Popular y la transición al Socialismo.

La Salud Pública venezolana se ha desarrollado históricamente sobre 3 ejes de conflicto:

- a) La salud como derecho universal vs. la salud como beneficencia y asistencia para pobres;
- b) La atención de la salud como bien público y responsabilidad del Estado vs. la atención de salud como mercancía y responsabilidad privada individual; y c) La Salud Pública integral (promoción, prevención y recuperación de la salud) vs. las concepciones verticales y

reduccionistas de una Salud Pública restringida a la prevención y control de algunos pocos problemas sanitarios, relegando la recuperación a lo privado.

Los avances y retrocesos en estos ejes han determinado las políticas públicas en los diferentes momentos de nuestra historia marcando su carácter contradictorio y de clase.

En 1827 el Libertador Simón Bolívar, como Presidente de la Gran Colombia, crea la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela y le confiere atribuciones relativas a salubridad pública, dando la responsabilidad de dirigir esos esfuerzos a José María Vargas. Sin embargo, la temprana separación de Venezuela de la Gran Colombia y el predominio de sectores conservadores, sumió al país en una gran inestabilidad política, y los avances en materia de salud pública fueron limitados. Hasta 1888 solo existían en Caracas 1 hospital militar, 2 pequeños hospitales privados y 6 albergues de beneficencia. Correspondió al Presidente Rojas Paúl (1888-1890) retomar el desarrollo de la salubridad pública, creando el Hospital Vargas (1888) en el marco de una política para dar al Estado un papel más preponderante en la asistencia médica, sin embargo, el modelo dominante era la medicina como práctica liberal, centrada en la actividad clínica privada. Posteriormente el gobierno nacionalista de Cipriano Castro (1899-1908) diseñó políticas para fortalecer la salud pública, creando la Dirección Nacional de Higiene y Estadística Demográfica.

Con la dictadura de Juan Vicente Gómez el avance de la salud pública se detiene y se da prioridad a las políticas impulsadas por la Fundación Rockefeller, brazo filantrópico de la Exxon, cuyo único interés era controlar el paludismo para explotar el petróleo recién descubierto. Aquella fue una etapa de cesión total de nuestra soberanía en materia de salud pública, a tal punto que en 1926 el Ingeniero Jefe de la Misión de Ingeniería Sanitaria de la Fundación Rockefeller en Venezuela, Thorndike Saville, fue designado Jefe del Servicio de Ingeniería Sanitaria de Venezuela. Con la muerte de Gómez, bajo las presidencias de López Contreras y Medina Angarita, se retoma el compromiso del Estado y se da inicio al desarrollo de la salud pública. En Febrero de 1936 se crea el Ministerio de Salud, a partir de la escisión del entonces Ministerio de Agricultura y Salubridad, en dos Ministerios: el de Agri-

cultura y el de Sanidad y Asistencia Social (M.SAS), siendo su primer Ministro Enrique Tejera, médico parasitólogo, quien dura pocos meses en el cargo debido a un conflicto generado por la aprobación en el Congreso de una ley de Lucha contra la malaria. Tejera, a pesar de tener como una de sus prioridades el control de la malaria, no estuvo de acuerdo con la aprobación inconsulta de esa Ley. Se designa como su sucesor a Aníbal Santos Dominici, quien también dura poco en el cargo y renuncia con motivo de la aprobación en 1936 de la Ley del Trabajo, en cuyo articulado se establece la creación del Seguro Social Obligatorio. Señalaba Santos Dominici que la creación de ese seguro, sólo para trabajadores asalariados, fragmentaría el sistema de salud en Venezuela. Reconocemos los aciertos de Tejera y Santos Dominici, el primero al confrontar una visión que priorizaba los programas verticales sobre la integralidad de la salud, y el segundo, al señalar la fragmentación pública que se generaba a partir de la creación de un seguro sólo para trabajadores.

En la constitución de 1947 se consagra por primera vez el derecho a la salud y la responsabilidad del estado como mandato constitucional, y es necesario comparar las Constituciones del 47 y el 61. En el Artículo 76 de la Constitución de 1961 se dice: "Todos tienen derecho a la protección de la salud. Las autoridades velarán por el mantenimiento de la salud pública y proveerán los medios de prevención y asistencia a quienes carezcan de ellos." Mientras que el artículo 51 de la Constitución de 1947 señalaba: "El Estado velará por el mantenimiento de la salud pública. Todos los habitantes de la República tienen el derecho a la protección de la salud. El Estado establecerá los servicios necesarios para la prevención y tratamiento de las enfermedades." Clara diferencia entre la salud concebida como un derecho universal para todos (1947), y una concepción focalizada en donde el estado garantiza salud solo a los que carecen de recursos (1961).

En el período de predominio de la Salud Pública como derecho y responsabilidad estatal, iniciado en 1936, cerrado en los años 60, se desarrolló una extensa red de servicios de salud, y se aplicaron ideas innovadoras, con metas sociales desafiantes, conducidas por importantes líderes que combinaban un alto nivel científico técnico y vocación de servicio público, entre los cuales se destacaron Edmundo Fernández, Arnoldo Gabaldón, José Ignacio Baldó, Jacinto Convit, Pastor

Oropeza, y muchos otros.

En 1961, el Congreso Venezolano de Salud Pública propuso la Medicina Simplificada para ampliar la cobertura de servicios rurales de salud y la necesidad de un Plan de Salud Integral que respondiera a la nueva realidad sanitaria. Sin embargo, estos intentos, impulsados desde el campo de la salubridad pública integral, no fructificaron plenamente, ya que a partir de los años setenta se inició un proceso gradual de liquidación de la Salud Pública que culminó con la clara aplicación de políticas neoliberales que desmantelaron el sistema de salud particularmente en la década de los noventa. El contexto nacional e internacional estaba marcado por la conflictividad política, las políticas contrainsurgentes y las ideas desarrollistas conservadoras, en un continente en el que predominaban las dictaduras y los movimientos populares de resistencia e insurgencia. El deterioro de los recursos disponibles junto al predominio de las ideas liberales conservadoras, impidieron que el M.SAS pudiera responder con un enfoque integral a los cambios demográficos y de la situación de salud, con una población progresivamente mayor y cada vez más urbana y más consciente de sus derechos, en un ambiente de creciente conflictividad social. Los costos crecientes de la atención restaurativa comenzaron a ser percibidos como una carga que afectaba las acciones de promoción y prevención, comenzaron a resurgir las ideas reduccionistas en las políticas de Salud Pública, y fue acumulándose una deuda social en salud cada vez mayor, sobre todo a nivel urbano.

Al abandonar el Estado la noción de salud como derecho universal y responsabilidad del Estado, las decisiones sobre políticas de salud pasaron a estar fuertemente determinadas por la concepción mercantil de la salud y la "necesidad" de recuperar costos, es decir transferir los costos de la atención médica a la población. En esa época se crearon diversos mecanismos que permitieran al Ministerio desligarse de la responsabilidad de gestionar los establecimientos de atención médica, supuestamente para concentrar su interés en la promoción y prevención. Se estimuló la descentralización de los servicios en múltiples organismos nacionales, estatales y municipales, la reducción del gasto público, el deterioro intensivo de las capacidades del M.SAS para conducir y ejercer la rectoría, y se propició el desarrollo de la atención médica privada. A partir de 1966, se oficializa y amplía la política,

denominada de “recuperación de costos”, es decir el cobro por servicios en los hospitales públicos, argumentándose los elevados costos operativos. En los años 80 y sobre todo en los 90 se conforma una nueva institucionalidad de la salud en el país, contraria a la salud pública y de corte anti-popular con reformas neoliberales orientadas por el llamado Consenso de Washington e impulsadas con el apoyo financiero y técnico de organismos financieros internacionales. Estas reformas reforzaron la liquidación de lo público en salud y su subordinación a lo privado. En este contexto ocurrió el levantamiento popular conocido como el “Caracazo” (1989). La nueva institucionalidad en salud en el país propició la proliferación de ONG’s con acciones en salud substitutivas de la responsabilidad del Estado. Los aportes al sector salud descendieron progresivamente. Si para 1970 el gasto público en salud era el 2,62% del PIB, para finales de la década de los 80 alcanzaba al 1,63%. Al mismo tiempo, sólo entre 1985 y 1991, la atención médica privada pasó de atender menos del 10% de la demanda al 33% de la misma y continuó su crecimiento. Mientras esto acontecía, se deterioraba progresivamente la calidad de vida en los grandes conglomerados urbanos.

En 1998 se aprobó una Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, de corte totalmente neoliberal, que hubiese liquidado definitivamente la salud Pública, de no haberse detenido su implementación por los cambios políticos iniciados en el 1998 con el triunfo del presidente Chávez.

Las consecuencias sobre la situación de salud del abandono de la responsabilidad del Estado en salud y del predominio de las ideas liberales fueron terribles. Entre 1985 y 1991 las consultas públicas descendieron, los casos de malaria ascendieron, el bajo peso al nacer subió. El gasto per cápita total en salud cayó desde el equivalente a US\$ 112 a US\$ 33. En ese mismo período cerraron total o parcialmente 55 hospitales públicos, mientras el VIII Plan de la Nación planteaba como meta el autofinanciamiento de los hospitales públicos.

Para 1990, la sumatoria de los estratos más pobres (IV y V) alcanzaba a 79%. Todo ello como consecuencia de una concepción de política social compensatoria, focalizada, donde la población no es sujeta de derechos sociales, sino de dádivas. El Índice de Desarrollo Humano se

estancó. La distribución del ingreso se concentró, llegando el Coeficiente de Gini hasta 0,486. Para 1999 el 20% más rico del país se apropiaba del 51.9% del ingreso, mientras al 20% más pobre apenas le correspondía el 4,4%. El total de la inversión social apenas alcanzaba en 1996 el 7,6% del PIB. La tasa de desempleo era de 16,6%, la tasa de mortalidad infantil para 1995 era de 23,7 por mil nacidos vivos. Alrededor de 15 millones de venezolanos estaban excluidos del acceso a atenciones de salud de acuerdo a sus necesidades. La calidad de vida de los venezolanos se había deteriorado a niveles incompatibles con la dignidad. En procura de revertir esta terrible realidad social insurge en el año 1992, el movimiento revolucionario bolivariano (MBR-200), abriéndose un proceso que reconstituye el movimiento popular venezolano y se inicia la Revolución Bolivariana liderada por el presidente Hugo Chávez.

Con el triunfo electoral de la Revolución Bolivariana en 1998 y el proceso constituyente de 1999, se inició el restablecimiento del derecho a la salud y la concepción integral de la salud pública, sobre la base de la participación protagónica de la población organizada, recuperando así las mejores tradiciones nacionales en este campo, al mismo tiempo que formulando nuevas estrategias adecuadas a la realidad demográfica y sanitaria, económica y política de la Venezuela contemporánea.

# LOGROS DE LA REVOLUCIÓN BOLIVARIANA EN SALUD 1998-2013

## Barrio Adentro I (2003)

Etapla inicial dirigida a superar la exclusión social en salud, consistió en la instalación y operación de puntos de consulta en los ambientes residenciales, priorizando las poblaciones tradicionalmente empobrecidas y sin acceso al sistema de salud a nivel urbano y rural.

Hasta diciembre del 2013 se ha completado la construcción y equipamiento de 6.712 Consultorios Populares, están funcionado 459 Ópticas Populares, 3019 sillones odontológicos y 20 centros de Misión Sonrisa.

## Barrio Adentro II (2005)

Se ha desarrollado un sistema de servicios que ha elevado la capacidad de diagnóstico y de resolución de la primera etapa.

Hasta diciembre del 2013 se han instalado y están operando 562 Centros de Diagnóstico Integral (CDI) que incorporan al sistema de salud 130 quirófanos, 584 Salas de Rehabilitación Integral (SRI), se encuentran en funcionamiento 35 Centros de Alta Tecnología (CAT) y 72 Centros de la Misión Milagro.

## Barrio Adentro III (2006)

Consiste en la modernización y adecuación tecnológica de los hospitales existentes con la finalidad de articularlos con las áreas de salud integral comunitaria, logrando ampliar y consolidar el sistema de referencia y contrarreferencia, la atención de emergencias y desastres, la unificación de los protocolos de atención y de los programas de salud.



Se han equipado los hospitales del país durante el periodo 2006 al 2013:

- Imagenología (606 equipos).
- 6.922 equipos de sostén de vida.
- 7.855 mobiliario clínico.
- 5.183 instrumental quirúrgico.
- 1.860 equipos de apoyo diagnóstico.
- 157 equipos de video endoscopia.
- 1.499 equipos para quirófano y anestesia.
- 379 equipos para diálisis.
- 3.799 equipos para cocinas y lavanderías.

### Barrio Adentro IV (2006)

Consiste en el desarrollo de una red de nuevos centros de atención, investigación y formación de talento humano especializado que se inició en el 2006. Para abril del año 2013, se han inaugurado un total de 22 nuevos hospitales.

### Formación de Talento Humano

Iniciado con la formación de médicos especialistas en Medicina General Integral, de los cuales han egresado 3.158 y de especialistas Odontólogos Integrales Comunitarios 837 egresados, posteriormente ha incluido la formación de Médicos Integrales Comunitarios (MIC) a nivel de pregrado (6 años).

Para diciembre del 2013 han egresado tres cohortes con un total de 16.628 MIC y 21.237 en formación.

# PERFIL DE SALUD-ENFERMEDAD REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA

## L Componente socio-demográfico

Estructura de Población:

0 - 14 años: 27,6

15 - 64 años: 66,6 %

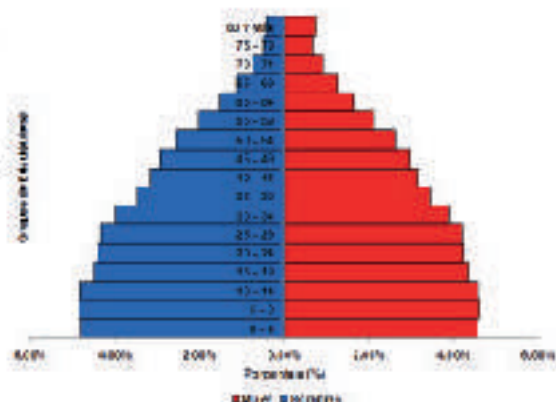
65 años y más: 5,8 %

Total de Población (2014):

30.204.125

Hombres: 15.143.724.

Mujeres: 15.060.401



\*Proyecciones de población en base a resultados preliminares Censo 2011.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE).

98 hombres x cada 100 mujeres

32,4 personas son mayores de 59 años x cada 100 menores de 15 años

50 personas dependientes por cada 100 personas en edad de trabajar

9 Entidades Federales concentran el 66 % de la población: Anzoátegui, Aragua, Bolívar, Carabobo, Distrito Capital, Lara, Miranda, Táchira y Zulia

2,8 % es población indígena

11,2 % población rural y 88,8% población urbana

Tasa Global de Fecundidad: 2,4 hijos por mujer

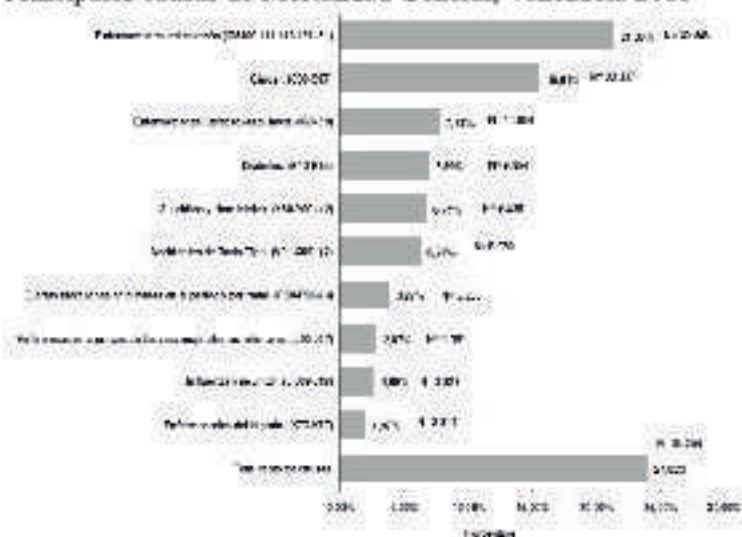
54,7 % son mujeres en edad fértil (15-49 años)

Tasa Bruta de Natalidad: 20,31 nacidos vivos por cada 1000 habitantes.

Tasa General de Mortalidad: 4,94 defunciones por cada 1000 habitantes  
 Expectativa de Vida al Nacer: Mujeres: 77,9 años.  
 Hombres: 71,94 años, Venezuela: 74,85 años  
 Población con acceso a Agua Potable: 95%.  
 Población con acceso a servicios de Recolección de Aguas Servidas: 84%  
 Población con acceso a Servicio de Electricidad: 99,5 %  
 Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE), 2011.  
 Pobreza: 19,6% por NBI  
 Pobreza Extrema: 5.5 % por NBI  
 Coeficiente de Gini: 0,398  
 Inversión Social como % del PIB: 19,19  
 Tasa de Desempleo: 8 %  
 Empleo formal 59,6%; Empleo Informal 40,4 %  
 Número de pensionados: 2.509.975  
 Tasa Neta de Escolaridad (Educación Básica): 92%  
 Tasa Neta de Escolaridad (Educación Media): 75,3  
 Matrícula Universitaria: 2.503.296  
 Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE), 2013.

## II. Mortalidad y Morbilidad

### Principales causas de Mortalidad General, Venezuela 2011



\*Fuente: MPPS, Anuario de Mortalidad año, Dirección de Información y Estadística en Salud 2011

## Principales causas de Morbilidad Registrada por Sistemas y Aparatos, Venezuela 2011

Principales causas de Morbilidad General. República Bolivariana de Venezuela. Año 2011.

Orden	Aparatos y sistemas	Casos registrados
1	Enfermedades del sistema respiratorio (J00-J99)	5.140.014
2	Enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99)	3.067.744
3	Traumatismos y envenenamientos (S00-T98)	1.140.162
4	Enfermedades del sistema genito-urinario (N00-N99)	861.958
5	Enfermedades del sistema digestivo (K00-K93)	773.788
6	Enfermedades de la piel y tejido subcutáneo (L00-L99)	702.886
7	Enfermedades del sistema circulatorio (I00-I99)	545.131
8	Enfermedades sist.osteomusc. y tej. conjuntivo (M00-M99)	466.854
9	Enfermedades del oído y apófisis mastoides (H80-H95)	374.827
10	Enfermedades del ojo y sus anexos (H00-H59)	271.161
11	Enfermedades endocrinas, nutric. y metabólicas (E00-E90)	250.244
12	Enfermedades de la sangre y org. hematopoy. (D50-D89)	175.136
13	Enfermedades del sistema nervioso (G00-G99)	106.948
14	Trastornos mentales y del comportamiento (F00-F99)	51.839
15	Neoplasias (C00-D48)	22.185

Fuente: MPPS, Anuario de Morbilidad 2011

### III. Estructura sanitaria

El Ministerio del Poder Popular para la Salud como ente Rector, está conformado por 5 despachos de viceministros: Despacho del Viceministro de Salud Integral, Despacho del Viceministro de Redes de Atención Ambulatoria de Salud, Despacho del Viceministro de Hospitales, Despacho del Viceministro de Redes de Salud Colectiva, Despacho del Viceministro de Recursos, Tecnología y Regulación.

A nivel estatal está organizado en 23 Direcciones Estadales de Salud y a nivel local con 94 Distritos o Municipios Sanitarios.

Actualmente hay 7 Entidades Federales que no firmaron los Convenios de Transferencia en el año 1993 (Amazonas, Cojedes, Guárico, Barinas, Portuguesa, Delta Amacuro y Vargas) y se recentralizaron

Miranda y Caracas, coexistiendo gestiones de recursos centralizados y descentralizados a nivel del Ministerio del Poder Popular para la Salud.

El Gasto Nacional de Salud es de 6,3 % del PIB para el año 2010 (MPPPD), el financiamiento es segmentado.

La estructura sanitaria actual, responde a un tipo de Sistema de Salud fragmentado, cuyos principales subsistemas públicos los conforman los establecimientos de Salud adscritos al Ministerio del Poder Popular para la Salud, Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS) Instituto de Prevención y Asistencia Social del Ministerio del Poder Popular para la Educación (IPASME) y Sanidad Militar. Otros como los de las Gobernaciones, Alcaldías, Universidades, PDVSA, reciben financiamiento público y organizan los servicios de salud de manera diferente, no vinculada en red con el resto de los servicios de salud públicos.

El sub sector privado, está organizado de forma individual en establecimientos de atención médica de tipo hospitalaria y ambulatoria, en el cual el Estado hace grandes compras de servicios a través de las pólizas de hospitalización, cirugía y maternidad.

# RED INTEGRADA DE SALUD POR ENTIDAD FEDERAL VENEZUELA, ENERO 2014

ENTIDAD FEDERAL		AMAZONAS	ANZOÁTEGUI	APURE	ARAGUA	BARINAS	BOQUIVIA	CHACABOBO	COJEDOS	DELTA AMIGURIO	DISTRITO CAPITAL	FALCÓN	GUÁRICO	LARA	MÉRIDA	
RED DE ATENCIÓN COMUNITARIA	CONSULTORIOS POPULARES BA	34	304	126	383	133	334	557	75	41	845	215	165	272	262	
	AMB. RURAL I Y II	105	273	129	63	220	299	69	96	101	3	122	216	262	195	
	MPPS URBANO I	7	34	8	47	13	43	18	10	2	60	27	31	37	17	
	CDI BA	5	29	11	41	16	31	47	10	4	39	21	19	28	18	
	SRI BA	7	31	11	42	17	31	48	10	4	44	21	19	29	18	
	ÓPTICAS	2	19	9	27	11	30	36	7	4	50	16	13	30	16	
	SILLONES ODONTOLÓGICOS	29	239	105	187	110	257	433	55	34	597	176	113	265	208	
RED AMB. ESPECIALIZADA	IPASME	1	3	2	1	2	1	2	2	1		2	5	3	2	
	AMBULATORIOS URBANO I Y II		8	6	23	1	6	14	5	1	19	13	1	12	6	
	CAT BA	1	2	1	2	1	3	2	1	1	2	1	1	2	1	
	CLINICAS POPULARES		1	1				1			5					
	MISIÓN SONRISA ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA		1	1	2			1		1	3	1	1	1	1	
	IPASME		1		1		2	1			1			1	1	
	SANIDAD MILITAR	1		1		1	1	1			1		1		1	
RED DE HOSPITALES	IVSS		2	1	4	1	7	8	2		1	1	2	1		
	HOSPITALES	MPPS	1	10	6	12	7	6	13	5	1	17	9	7	12	15
		IVSS		2		2	1	4	2			6	4		2	1
		SANIDAD MILITAR			1	1	1	2	1			2			1	1
		OTROS						3								
TOTAL		183	959	419	838	535	1.060	1.254	278	195	1.695	829	594	958	763	

ENTIDAD FEDERAL		MÉRIDA	MÉRIDA	MONAGAS	NUJEA ESPARTA	PORTUGUESA	SUCRE	TÁCHERA	TRUJILLO	VARGAS	VARAQUY	ZELIA	TOTAL	
RED DE ATENCIÓN COMUNITARIA	CONSULTORIOS POPULARES BA	262	599	184	89	229	213	123	186	94	255	994	6.712	
	AMB. RURAL I Y II	195	208	212	83	214	221	193	314	20	107	193	4.118	
	MPPS URBANO I	17	39	11	7	17	11	34	21	20	19	73	606	
	CDI BA	18	60	16	7	30	17	25	13	9	14	64	564	
	SRI BA	18	63	18	7	21	18	25	14	9	14	63	584	
	ÓPTICAS	16	30	13	3	20	15	14	14	6	14	60	459	
	SILLONES ODONTOLÓGICOS	208	377	152	99	167	158	131	272	35	141	701	5.041	
RED AMB. ESPECIALIZADA	IPASME	2	1		2	2	2	2	1	1	1	3	42	
	AMBULATORIOS URBANO II Y MPPS II	6	17	3		10	5	6	3	1	12	63	235	
	CAT BA	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	3	35	
	CLÍNICAS POPULARES		3		2								13	
	MISIÓN SONRISA ODONTOLOGÍA ESPECIALIZADA	1	1	1	1		1	1	1		1	1	21	
	IPASME	1		1	1			1	1	3	1	1	17	
	SANIDAD MILITAR	1	1								1		10	
RED DE HOSPITALES	IVSS		6	1	1			1	2		1	6	48	
	HOSPITALES	MPPS	15	19	14	3	9	12	11	9	4	6	32	240
		IVSS	1	3		1	1		1	2	1		3	36
		SANIDAD MILITAR	1			1		1	1		1		1	15
		OTROS											1	4
TOTAL		763	1.430	627	308	711	675	570	854	205	588	2.262	18.800	

# DESAFÍOS

## Desafíos

- Asegurar capacidades para la atención integral del perfil de salud.
- Transformar modos de vida de la población que son socialmente reproducidos relacionados con el patrón de consumo.
- Eliminar las desigualdades en salud.
- Articular los diferentes entes públicos con competencias en salud, elevar la capacidad resolutoria y ordenar el financiamiento público en salud.
- Mejorar la eficacia de las medidas de prevención y control de las enfermedades de transmisión sexual.
- Fortalecer la vigilancia epidemiológica, y alcanzar coberturas de vacunación óptimas para todas las enfermedades inmunoprevenibles.

## I. Garantizar el Derecho a la Salud y mejorar las condiciones de vida

La población venezolana, según datos del Instituto Nacional de Estadísticas, crece a un ritmo anual alrededor de 14,6 por mil habitantes (2010-2015) y de continuar las tendencias actuales, para el 2015-2020 aún podría crecer anualmente 12,88 por cada mil habitantes. La fecundidad, aunque tiende a reducirse a nivel nacional (alrededor de 2,5 por mujer en edad fértil para 2011), es más alta en aquellos estados con menor desarrollo económico social y en los grupos sociales más pobres y con menor nivel educativo.

Progresivamente se ha reducido la proporción de menores de 15 años y aumentado la proporción de población en edad productiva (15 a 65 años). Esto demanda asegurar capacidades y estrategias para la atención integral del perfil demográfico: primero, las necesidades y problemas de salud de la población adolescente y adulta joven, incluyendo los problemas de violencia de todo tipo, accidentes de tránsito, adicciones y consumo de alcohol, tabaco y drogas, salud reproductiva;



y, segundo, los problemas de salud crónicos no transmisibles, muchos de los cuales constituyen características que acompañarán toda la vida a las personas, que además tendrán una expectativa de vida cada vez mayor. Las Enfermedades Crónicas no transmisibles, como cáncer, diabetes y enfermedades del corazón e hipertensión arterial muestran una curva en ascenso, estos problemas, están principalmente relacionados con los modos de vida de la población, que son socialmente producidos y reproducidos por la dinámica económica y social estructural y relacionados con el patrón de consumo, entre los que se destacan el tabaquismo, la vida sedentaria y hábitos alimentarios no saludables. elevado de azúcares refinados, de “grasas trans”, el bajo consumo de frutas y verduras, están asociados a su disponibilidad y precio en el mercado, y a una amplia propaganda que moldea los hábitos de consumo sobre todo en poblaciones infantiles.

Igualmente, el sedentarismo, tiene una elevada prevalencia. En la Encuesta Nacional de Consumo de Alimentos desarrollada en el 2012 por el Instituto Nacional de Estadísticas (2012) el 65,1% de los hombres y el 77,8% de las mujeres sólo realizan una actividad física ligera que resulta insuficiente para consumir las calorías ingeridas y mantener el cuerpo saludable.

## II. Superar las desigualdades en salud

No obstante los avances logrados en la reducción de la pobreza, aun persisten desigualdades en la situación de salud que necesitan ser superadas. Hay variaciones importantes según el sexo, según los territorios, clase social y etnias. Las desigualdades sociales aún son un importante determinante de la situación de salud. La mayoría de los indicadores de mortalidad muestran entre los diferentes estados, que evidencian la diversidad de niveles y formas de desarrollo económico y social heredados del capitalismo. Aunque la tasa nacional de mortalidad infantil se ha reducido considerablemente y mantiene una franca tendencia a la reducción, mostrando las mejorías en la calidad de vida de la población y de la atención de salud de la infancia, persisten desigualdades en su frecuencia entre territorios y grupos sociales. Así, mientras que la tasa nacional en el 2011 fue de 14,7 por mil nacidos vivos registrados, en algunos estados como el Zulia alcanzó el mismo año 23,7 y en otros como Miranda, Sucre, estuvo alrededor de 9 y 11

respectivamente. Asimismo las muertes maternas tienen marcadas diferencias según territorios y grupos sociales. Mientras algunos estados como Delta Amacuro y Amazonas tienen tasas superiores a 110 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos registrados, otros como Barinas, Sucre, Mérida presentan tasas menores a 54 (2011).

### III. Consolidar el Sistema Público Nacional de Salud

El sistema público de salud fue desmantelado durante los últimos 30 años del siglo XX, y sobre todo en los años 90, mediante tres procesos simultáneos: a) El debilitamiento progresivo de las capacidades técnicas, operativas, financieras y de ejercicio de la rectoría del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, b) La descentralización y multiplicación de órganos públicos con competencias y atribuciones en salud, c) La privatización de los servicios, sobre todo los de carácter restaurativo.

En consecuencia, a pesar de los logros en el acceso a la atención de salud con la Misión Barrio Adentro, persisten problemas heredados como la existencia de diferentes entes públicos con competencias en salud, poco articulados con baja capacidad resolutoria frente a necesidades de atención especializada y una fuerte subordinación al complejo médico industrial y en general al sector privado. Esto se traduce en debilidades para asegurar la atención continua durante el ciclo de vida y de los daños específicos (fragmentación) y la existencia de diversos regímenes prestacionales y modelos de atención para diferentes sectores de la población (segmentación).

Por otro lado, persisten variadas fuentes de financiamiento y mecanismos de asignación que se traducen en diferentes regímenes de prestación con diferentes modelos de atención, lo que determina la existencia de diferentes niveles de ejercicio de la ciudadanía en salud. Esto último genera distorsiones e ineficiencias, tales como las superposiciones financieras y el subsidio cruzado, ambos expresados en el crecimiento desordenado del aseguramiento privado con cargo al financiamiento público.

## IV. Garantizar la seguridad sanitaria

Algunos fenómenos climáticos registrados en las últimas décadas como incrementos en la temperatura del aire y cambios en la precipitación pluvial favorecen condiciones para la colonización y reproducción de los insectos transmisores del dengue, la malaria, la enfermedad de Chagas y la Leishmaniasis. Estos bruscos y cada vez más visibles trastornos de tipo atmosférico son consecuencia directa de una agresión continuada y sistemática al medio ambiente desde hace mucho tiempo, especialmente sobre la capa de ozono que influyen en la degradación del entorno y contribuyen con la aparición de nuevos focos de infección derivados de una reducción en los mecanismos de defensa que la propia naturaleza otorga.

Venezuela ha desarrollado un efectivo programa de control de la Tuberculosis con entrega gratuita de tratamiento completo. Nuestra incidencia se ubica entre las más bajas del continente (21,1 por 100.000 en 2012). Sin embargo, al igual que en muchos países latinoamericanos, la asociación con el VIH/SIDA y la preocupación por la multiresistencia bacteriana (MDR), constituyen importantes desafíos. Es necesario mejorar la eficacia de las medidas de prevención y control de las enfermedades de transmisión sexual, especialmente la disponibilidad de preservativos en todos los establecimientos de salud.

Uno de los grandes logros de la Revolución ha sido la implementación de un Plan Ampliado de Inmunizaciones completamente gratuito que desde el año 2000 ha incluido progresivamente, los biológicos Pentavalente, Antihepatitis B, Antihepatitis A, Antihaemophilus, Antinfluenza y Rotavirus. Además de las existentes como la Antipolio, Triple bacteriana, Toxoides Tetánico, Triple Viral, BCG, Anti Rábica Humana, anti-neumococo, los cuales protegen a la población contra 15 enfermedades. Pero es necesario fortalecer la vigilancia epidemiológica, y alcanzar coberturas de vacunación óptimas para todas las enfermedades inmunoprevenibles.

## VISIÓN

La situación de salud expresará la satisfacción de las necesidades sociales, en complementariedad con la naturaleza, para preservar el bienestar de las futuras generaciones y avanzar hacia una sociedad justa e igualitaria. Se consolida un Sistema Público Nacional de Salud universal y gratuito, bajo un modelo de atención integral, con la máxima capacidad científico-técnica y, que garantiza la intersectorialidad para la transformación de los determinantes sociales de la salud y la garantía del derecho a la salud. En todos los niveles de gestión del SPNS estarán operando mecanismos de participación activa del pueblo organizado y de los órganos del Poder Popular correspondiente, con funciones de corresponsabilidad, planificación participativa y contra-loría social.

## OBJETIVO GENERAL DEL PLAN NACIONAL DE SALUD

Garantizar la Salud como derecho social universal, vinculado al Vivir bien, obligación del Estado consolidando el Sistema Público Nacional de Salud y asegurando los mecanismos y espacios que permitan la participación protagónica del Poder Popular, acorde con los mandatos de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela y el Plan de la Patria 2013 – 2019.

## OBJETIVO ESTRATÉGICO

Consolidar el Sistema Público Nacional de Salud basado en la Red Integrada de Salud, con rectoría única, financiamiento garantizado, desarrollo soberano científico-tecnológico, talento humano de calidad, solidario internacionalmente y legitimado a través de la participación protagónica del Poder Popular en la ejecución, seguimiento, control y evaluación del Plan Nacional de Salud.

# POLÍTICAS

I. Consolidar la Rectoría del Ministerio del Poder Popular para la Salud, su carácter regulador, las bases legales y su conducción estratégica

## Proyectos Estratégicos

1. Desarrollo del Ministerio del Poder Popular para la Salud como instrumento de garantía del derecho a la salud integrado y desconcentrado los niveles de gestión del Sistema Público Nacional de Salud.
2. Desarrollo de un Sistema Público Nacional de Salud unificado, organizado en una Red Integrada de Salud que articula todos los prestadores de salud de los distintos subsistemas existentes.
3. Integración progresiva de los subsistemas de salud y sus establecimientos.
4. Fortalecimiento de la función regulatoria del MPPS a través de la Contraloría Sanitaria y el Instituto Nacional de Higiene
5. Regulación del sector privado en Salud, en concordancia con los lineamientos del MPPS.

## Medidas

- Gaceta Oficial de Reestructuración del Ministerio del Poder Popular para la Salud. Consolidación del Estado Mayor de Salud Nacional y conformación y creación de equipos del Estado Mayor de Salud Nacional en cada entidad federal, para el seguimiento y evaluación del Plan Nacional de Salud.
- Elaboración y aprobación de la Ley de Salud ajustada a la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela y Plan de la Patria
- Adecuación del marco jurídico en salud apegado a la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela y Plan de la Patria .

**II. Fortalecimiento de Barrio Adentro a través de la consolidación de la Red Integrada de Salud, con atención integral y continua, basada en las Áreas de Salud Integral Comunitaria (ASIC) y articulados con el sistema de agregación comunal.**

### **Proyectos Estratégicos**

- 1. Consolidación de las Áreas de Salud Integral Comunitarias (ASIC) a nivel nacional como las unidades básicas, operativas y puerta de entrada principal al Sistema Público Nacional.**
- 2. Organización del Sistema Público Nacional de Salud a partir de las Áreas de Salud Integral Comunitaria (ASIC) como territorio social comunal de base, vinculando los establecimientos de salud a la red de atención comunitaria que la conforman con los distintos establecimientos de la red ambulatoria especializada y hospitalaria ubicados en los territorios de las comunas, parroquias, municipios y entidades federales que le correspondan, bajo la rectoría y coordinación del MPPS.**
- 3. Desarrollo del modelo de atención integral y el modelo de gestión en la Red Integrada de Salud, de acuerdo a la complejidad de sus redes: Red de Atención Comunitaria, Red Ambulatoria Especializada, Red de Hospitales y Red de Emergencia que transversaliza las tres anteriores.**
- 4. Creación de Centros de Regulación de emergencias, consultas especializadas y de Regulación de Camas Hospitalarias en todas las entidades federales del país.**
- 5. Articulación de la red integrada de SPNS con el sistema de agregación comunal desde las ASIC.**
- 6. Implementación de la Estrategia Promocional de Calidad de Vida y Salud y Buen Vivir en Socialismo en toda la Red Integrada de Salud, con énfasis en los espacios de las ASIC.**

## Medidas

- Resolución Ministerial que crea el nuevo ordenamiento en Red Integrada del SPNS.
- Resolución Ministerial que crea la red de emergencia con su respectivo sistema de regulación
- Resolución Ministerial que ordene la integración de todos los establecimientos de salud de la Red de Atención Comunitaria en las Áreas de Salud Integral Comunitaria (ASIC).
- Resolución Ministerial que ordene la Nueva Clasificación de Establecimientos Asistenciales del Sistema Público Nacional de Salud, organizados en una Red Integrada de Salud
- Constitución de los equipos de trabajo que permitan la materialización de los proyectos a nivel de los distintos niveles de gestión.
- Designación de los colectivos de dirección hospitalaria.
- Conectividad de los servicios de salud.
- Activación de los comités de salud.
- Proyecto piloto de integración de los servicios en redes.

III. Desarrollo de Programas y Proyectos en Prevención y Atención Integral para las principales causas de morbi-mortalidad de la población transversalizados por género, ciclo de vida, etnia y territorio social con base en la determinación social de la salud.

### Proyectos Estratégicos:

1. Desarrollo de líneas de atención integral priorizadas: obstétrica con énfasis en la reducción de la mortalidad materna, pediátrica con énfasis en inmunizaciones, reducción de la mortalidad infantil y menores

de 5 años, endocrinometabólica, violencia en todos sus tipos, adicciones, cardiológica y cerebrovasculares, caumatológica, traumatológica y de ortopedia, accidentes de tránsito con énfasis en los accidentes de motos; todas estas líneas de atención con expresión en las redes que conforman la red integrada de salud.

2. Actualización de los protocolos de atención de los programas de salud y principales patologías de acuerdo a los problemas priorizados y reorientados por el Modelo de Atención Integral en Salud.

### Medidas

- Resolución Ministerial que ordene la creación de las Líneas de Atención Integral Priorizadas.
- Oficializar, publicar y difundir los protocolos de atención de los programas de salud y principales patologías de acuerdo a los problemas priorizados
- Resolución conjunta de los Ministerios del PP para la Salud, para la Educación Básica y la Educación Universitaria, que incorpora la salud sexual y reproductiva, prevención del embarazo en adolescentes y la prevención del VIH-SIDA, y de las enfermedades crónicas, en los programas de educación primaria, secundaria, universitaria y Misiones Educativas.
- Regulación de contenidos de alimentación saludable conjuntamente con el Instituto Nacional de Nutrición en las currícula del sistema educativo.

## IV. Creación de un sistema universal de atención Oncológica a nivel de la Red Integrada de Salud.

### Proyectos Estratégicos:

1. Micromisión para el diseño y lanzamiento de un sistema universal integral de atención de pacientes con cáncer, que incluya detección precoz y prevención.



Reparación urgente de los equipos oncológicos paralizados, expansión de la red y oferta de servicios de radioterapia.

2. Desarrollo de Sistema automatizado para la atención de pacientes oncológicos a nivel de la red hospitalaria.
3. Actualización y adecuación de los Protocolos de Atención Oncológica.
4. Desarrollo de un Sistema de Vigilancia Oncológica Integrado al Sistema de Información y Vigilancia en Salud del MPPS.

### Medidas

- Agilizar la reparación de los equipos oncológicos que están fuera de servicio.
- Elaborar contratos de mantenimiento preventivo y correctivo de todos los equipos.
- Capacitar técnicos en el área de mantenimiento de equipos oncológicos.
- Establecer acuerdos con todos los entes prestadores de servicios oncológicos, inclusive con el sector privado para la disminución inmediata de las listas de espera.

V. Creación del Sistema Integrado de Información y Vigilancia de Salud para el Sistema Público Nacional de Salud, utilizando la Telesalud como plataforma para el desarrollo de los proyectos.

### Proyectos Estratégicos

1. Aplicación de los Análisis de Situación de Salud (ASIS) de base comunitarias desde los ASIC con enfoque de determinación social de la salud para el desarrollo de intervenciones ajustadas a la realidad de cada territorio social.

2. Desarrollo y aplicación del software de los registros epidemiológicos, Historia Clínica Básica Integral, Ficha Familiar, Cédula de Establecimientos y la Historia Hospitalaria en todos los establecimientos de la Red Integrada de Salud.

3. Creación del Sistema Integrado de Vigilancia de Salud interconectado, incorporando al proyecto de CANTV, CNTI de acceso a internet, voz, datos y videos, bajo la plataforma de software libre operativa, bajo la transversalidad de la determinación social de la salud, el análisis de los daños y de las intervenciones que puedan ser aplicadas de acuerdo a la situación de salud de cada territorio social.

5. Creación de la Dirección de Sistemas de Información para la Red Integrada de Salud que unifique las unidades de estadísticas en salud, consolide, divulgue, diseñe políticas, normas estándares sobre Operaciones Estadísticas.

### Medidas

■ Mesas de trabajo para unificación de criterios entre todos los entes prestadores de servicios de salud en relación con historia clínica, fichas familiares, sistema de referencia y contrarreferencia, historia hospitalaria entre otros.

■ Desarrollo de la Telesalud que le de viabilidad a los proyectos planteados en la política.

VI. Desarrollo de una Red de Hospitales que forme parte de la red integrada de salud de acuerdo al perfil epidemiológico, vinculada a protocolos de atención de pacientes, protocolos de distribución de insumos y medicamentos con un sistema de mantenimiento de equipos, instalaciones e infraestructura, acorde al nivel de complejidad.

### Proyectos Estratégicos

1. Desarrollo de nuevas estrategias de gestión hospitalaria basada en el

Plan Maestro Hospitalario, con énfasis en los colectivos de dirección, implementación del mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos, la automatización de procesos y la puesta en marcha de los almacenes automatizados; consolidación de los comités de terapéuticos, de Bioética, de infecciones hospitalarias y de atención obstétrica; vocación de los hospitales y profundización de la participación de las Contralorías Sociales que aboguen por la garantía del derecho a la salud.

2. Adecuación de los modelos de atención apegada a la ética humanista y socialista centrada en la atención de las necesidades de los pacientes.
3. Nuevo modelo de gestión hospitalaria con los siguientes elementos de desarrollo: red de distribución de insumos y medicamentos, sistema de mantenimiento de equipos, instalaciones e infraestructura, programa de cálculo de trabajadores y trabajadoras requeridos por nivel de complejidad, capacitación continua y generación de incentivos al desempeño.
4. Desarrollo de la estrategia de Recepción, Acogida y Clasificación en los servicios de emergencia y quinto departamento.
5. Actualización, publicación y difusión de los protocolos de atención de las principales patologías a nivel hospitalario.
6. Fortalecimiento de la contraloría social en salud a nivel hospitalario.
7. Seguridad Hospitalaria que enmarque el hospital como un espacio de paz: que incluya vigilancia y resguardo hospitalario con planes de contingencia en caso de emergencias y desastres y seguridad en medio ambiente de trabajo.
8. Sistema de Información en salud hospitalario con la participación popular.

e incorporación a la Red Integrada de Salud y su Sistema de Referencia y Contrarreferencia.

10. Expansión de la red hospitalaria a través de plan racional de culminación y apertura de nuevos hospitales.

### Medidas

- Gaceta Oficial que crea los Colectivos de Dirección a nivel de los hospitales.
- Aplicabilidad de la nueva clasificación de hospitales según normativa establecida en gaceta oficial.
- Aplicación del Movimiento Hospitalario como Instrumento de Gestión Hospitalaria en todos los hospitales que conforman la red integrada de salud
- Normativa que regule los Comités de: Bioética, Mortalidad, Terapéuticos y de Infecciones a nivel hospitalario.

VII. Garantizar el financiamiento público del sistema de salud, principalmente sostenido por el ingreso fiscal; administrado por el Estado, solidario, progresivo y predecible en el tiempo, integrado, que responda a las prioridades sanitarias y se distribuya con equidad en función de los proyectos; con la participación vinculante del poder popular.

### Proyectos Estratégicos

1. Desarrollo del Fondo Único de Salud de carácter público que asegure el financiamiento completo y oportuno del SPNS con expresión en los diferentes niveles territoriales para la integración de las fuentes de financiamiento.

2. Creación de la Unidad de Economía de la Salud, para el análisis y seguimiento de la ejecución financiera del presupuesto en salud.
3. Creación de una plataforma de gestión integrada que permita incorporar instrumentos que orienten una asignación eficiente de la inversión pública en salud y permita mejorar su eficiencia financiera, social y de salud.
4. Implementar la rendición pública de cuentas en todos los niveles territoriales e instituciones del sistema para garantizar el ejercicio del poder popular en salud.
5. Aumentar la eficiencia de la inversión pública en la garantía del derecho a la salud, reduciendo progresivamente la transferencia de los fondos públicos al capital privado a través de la regulación de las HCM financiadas por fondos públicos, de acuerdo al marco constitucional y legal vigente y respetando los derechos laborales conjuntamente con la Superintendencia Nacional para la Defensa de los Derechos Socioeconómicos (SUNDDE) y la Alianza Interinstitucional para la Salud (AIS).
6. Regulación de la calidad del sector privado en salud conjuntamente con la Superintendencia Nacional para la Defensa de los Derechos Socioeconómicos (SUNDDE) y la Alianza Interinstitucional para la Salud (AIS).

### Medidas

- Crear la normativa del mecanismo equitativo de asignación financiera dentro del sistema que garantice la solidaridad, la transparencia, las prioridades, en función de proyectos.
- Crear la normativa para el proceso de rendición de cuentas.
- Automatización de los procesos de la gestión administrativa.

VIII. Fortalecer la formación y capacitación de trabajadores y trabajadoras de la salud en áreas críticas y estratégicas requeridas por el Sistema Público Nacional de Salud, que respondan a las necesidades de atención y servicios de la población a través del diseño, seguimiento y regulación de planes, programas y proyectos académicos a nivel nacional.

### Proyectos Estratégicos

1. Armonizar diseños curriculares y perfiles de competencias de especialistas del área, en correspondencia con los requerimientos en los diferentes niveles de atención del Sistema Público Nacional de Salud.
2. Coordinar en el marco del Convenio Integral de Cooperación Cuba-Venezuela el desarrollo de Proyectos de Formación de Especialistas en Cuba en las siguientes áreas prioritarias: Neonatología, Anatomía Patológica, Anestesiología, Medicina Intensiva y Emergencias, Oncología, Imagenología, Hematología y Bioestadística.
3. Creación de la Universidad de las Ciencias de la Salud del ALBA
4. Seguimiento a la gestión del Postgrado de Medicina General Integral para coadyuvar el fortalecimiento del Sistema Integrado de Salud.
5. Fortalecimiento del Sistema Integrado de Salud con la inclusión de los Médicos Integrales Comunitarios como fuerza de trabajo dentro del Sistema Público Nacional de Salud.

### Medidas

- Articulación con el Ministerio del Poder Popular para la Educación Universitaria (MPPEU) para la adecuada gestión de los Programas Nacionales de Formación del área de salud, en correspondencia con las necesidades de formación de trabajadores y trabajadoras que requieren los diferentes niveles de atención del Sistema Público Nacional de Salud.

- Resolución interministerial (MPPEU/MPPS) para la gestión del Programa Nacional de Formación avanzada en salud en Especialidades prioritarias como Pediatría y Puericultura, Ginecología y Obstetricia, Medicina Interna, Cirugía General, en Establecimientos de salud del Sistema Público Nacional de Salud.
- Asignación de becas para la formación de trabajadores y trabajadoras del área de salud.
- Resolución ministerial para el registro de especialistas del área de salud en el Servicio Autónomo de Contraloría Sanitaria.
- Articulación con el MPPEU, MPPE, MPPCTI, INPSASEL, MPPD, MPPIJ para el desarrollo conjunto de programas académicos de formación de trabajadores y trabajadoras del área de salud.
- Registro y aval de los programas de capacitación y actualización de trabajadores y trabajadoras del área de salud para fortalecer el Sistema Público Nacional de Salud.
- Suscripción del Convenio Integral de Cooperación Cuba- Venezuela.
- Resolución interministerial (MPPEU/MPPS) para la creación de la Universidad de las Ciencias de la Salud
- Reforma de la Ley del Ejercicio de la Medicina.

## IX. Diseñar Políticas Públicas vinculadas a la Investigación y Desarrollo de Tecnologías en Salud desde y con el Poder Popular en el marco del Segundo Plan Socialista de Desarrollo Económico y Social de la Nación 2013 - 2019.

### Proyectos Estratégicos

1. Orientar las actividades de la Dirección de Investigación para el fortalecimiento del Poder Popular con su expresión orgánica en Consejos Comunales y su integración en el nivel superior, las Comunas y los Comités de Salud.

2. Desarrollo del Observatorio Nacional en Salud con la incorporación del Poder Popular estrechando vínculos con el MPPCTI y el Observatorio Nacional en Ciencia, Tecnología e Innovación (ONCTI).

3. Desarrollar investigaciones en etnobotánica, fitoterapia, etnobiología y la acupuntura entre otros, que consoliden su aplicación en la población.

## Medidas

■ Promover proyectos de Investigación-Acción Participativa con el Poder Popular en distintas localidades e instancias el país, dirigidos a diagnosticar y resolver los principales problemas de salud y el desarrollo de políticas públicas en investigación.

■ Establecer procesos de investigación que avalen y actualicen protocolos y procedimientos clínicos aplicados en el marco de los Programas Nacionales de Atención del MPPS.

■ Establecer los lineamientos para el desarrollo de investigaciones en salud de acuerdo a las necesidades reales y al perfil epidemiológico de la población en función de la determinación social, con enfoque de género, ciclo de vida, interculturalidad y territorio social.

## X. Consolidación de la capacidad soberana e independencia científica y tecnológica para producir y garantizar los medicamentos, insumos y equipos para la salud.

### Proyectos Estratégicos

1. Desarrollo un sistema nacional soberano con innovación tecnológica para la producción, validación, adquisición, certificación y distribución de medicamentos, equipos e insumos para la salud.

2. Estimular la producción nacional de insumos para la salud e impulsar la soberanía nacional de medicamentos, material médico quirúrgico, reactivos, equipos médicos, repuestos e insumos para los equipos médico (Protocolos para la validación de productos tecnológicos de producción nacional para la certificación y permisología sanitaria).



3. Apertura de la planta nacional de producción de vacunas.
4. Fortalecimiento del área de mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos médicos y no médicos de los establecimientos de salud.
5. Desarrollo del Sistema Nacional de Distribución, Seguimiento y Monitoreo de Medicamentos, Equipos e Insumos para la salud

### Medidas

- Creación de la empresa nacional para la adquisición de medicamentos, material médico-quirúrgico y equipos médicos: VENSALUD.
- Creación de la empresa nacional para el mantenimiento preventivo y correctivo de equipos de salud: CONSALUD.
- Normar el acceso universal a los medicamentos esenciales con el respaldo del Formulario Terapéutico Nacional.

### XI. Construcción de capacidades para el fortalecimiento de la solidaridad internacional en salud y el liderazgo de Venezuela en las agendas internacionales.

#### Proyectos Estratégicos

1. Fortalecimiento de la solidaridad internacional en formación de talento humano y atención integral en salud con la República de Cuba.
2. Generar capacidades de negociación en el Ministerio del Poder Popular para la Salud y Cancillería ante las nuevas instancias de cooperación Sur-Sur como el ALBA, Petro-Caribe, UNASUR, MERCOSUR.
3. Participar y acordar posiciones comunes en materia de salud ante foros y organismos internacionales.

## XII. Promoción de intervenciones a nivel de las Áreas de Salud Integral Comunitarias (ASIC) que fortalezcan la convivencia solidaria y el buen vivir en socialismo.

### Proyectos Estratégicos

1. Fortalecimiento de capacidades de los consejos comunales, comités de salud y otras organizaciones del poder popular para la construcción de una cultura de paz y la prevención de factores generadores de violencia.
2. Fortalecimiento de las redes de atención integral que impidan la reproducción social de la violencia.
3. Desarrollo del sistema de vigilancia epidemiológica de la violencia.

## XIII. Apoyar el funcionamiento de un sistema de tránsito seguro para conductores, pasajeros y peatones a través de los programas de educación vial desarrollados desde las ASIC

### Proyectos Estratégicos

1. Fortalecimiento de la educación vial en las comunidades y a través de los medios de comunicación que forman parte de las ASIC.
2. Fortalecimiento de la educación vial en motorizados
3. Fortalecimiento de estrategias comunicacionales para educación vial de las ASIC.
4. Fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica para accidentes de tránsito (mapa de riesgos).

**XIV. Propiciar las condiciones para el desarrollo de una cultura de recreación y práctica deportiva liberadora, ambientalista e integradora en torno a los valores de la patria, como vía para la liberación de la conciencia, la paz ya la convivencia armónica.**

#### **Proyectos Estratégicos**

1. Fortalecimiento de estrategias de educación para la salud que promuevan la actividad física, la recreación, la cultura y el deporte en las ASIC conjuntamente con el Poder Popular en Salud.
2. Articulación con Barrio Adentro Deportivo y otras instancias institucionales y movimientos sociales que trabajen las áreas de cultura, deporte y recreación en las ASIC.
3. Desarrollo de proyectos comunitarios de intervención y de investigación en las ASIC que tengan como objetivos la cultura, el deporte, la actividad física y la recreación.
4. Promover la ética socialista en los espacios de formación, recreación y ocio libre de los jóvenes.

**XV. Promoción, conservación y atención del medio ambiente para contribuir a la salud de las comunidades.**

#### **Proyectos Estratégicos**

1. Promoción de espacios libres de riesgos ambientales a nivel de las comunidades, viviendas, planteles educativos, establecimientos de salud y centros recreativos.
2. Corresponsabilidad en la gestión de los desechos sólidos y en el desarrollo de iniciativas de manejo adecuado de desechos a nivel comunitario.
3. Planes de Gestión para el Manejo de los Desechos generados en el Sector Salud.

3. Aseguramiento de la Calidad del Agua destinada al consumo humano (Fortalecer la red de laboratorios de calidad del agua).
4. Construcción el sistema de dosimetría personal, clínica y evaluación de equipos emisores de radiaciones ionizantes para el sistema público nacional de salud.
5. Implementación del Plan de Gestión de Desechos Radiactivos, con énfasis en el sector salud.
6. Construcción y adecuación espacios físicos para la instalación de Unidades entomológicas en las 24 entidades federales del país.
7. Asegurar el acceso la atención integral (Detección, Diagnostico y Tratamiento) y el suministro de medicamentos a pacientes afectados por enfermedades transmitidas por vectores (endémicas) en toda la red integrada de salud, priorizando las intervenciones de prevención en las ASIC.
7. Manejo adecuado de los desechos de plaguicidas existentes en el sector salud.
8. Atención a la salud de los trabajadores y trabajadoras de la salud a través de la creación de los servicios de seguridad y salud en trabajo, prevención de la exposición a procesos peligrosos hospitalarios, con énfasis en la protección radiológica, exposición a citostáticos, prevención de enfermedades transmitidas por la sangre

### Medidas

- Regulación sanitaria de los desarrollos habitacionales, comerciales, industriales y turísticos.
- Resolución Ministerial que ordene la elaboración de planes de manejo interno de los desechos generados en los establecimientos de salud
- Revisión y actualización de Manuales y Normas de procedimiento para el uso y manejo seguro de equipos e insecticidas empleados en

## Salud Pública.

- Revisión y actualización de Manuales y Normas para Unidades de Entomología.
- Revisión y actualización de protocolos de atención, diagnóstico y tratamiento de pacientes con diferentes enfermedades producto de riesgos sanitario ambientales (Malaria, Chagas, intoxicación por metales pesados entre otros).
- Revisión y actualización del manual de normas y Procedimientos del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica Sanitario Ambiental.

XVI. Promover el fortalecimiento de Instancias del Poder Popular y su articulación en el Sistema de Agregación Comunal, para la garantía del derecho a la salud mediante la legítima gestión obediencial del Sistema Público Nacional de Salud.

### Proyectos Estratégicos

1. Consolidar a los Comités de Salud en todas las ASIC como organización de base popular integrada al equipo de salud en cada consultorio popular en toda la red primaria.
2. Impulsar procesos inclusivos de intercambio de saberes con el Sistema de Agregación Comunal y sus Instancias relacionadas con la salud, sobre la contraloría, cogestión y autogobierno, orientados a la garantía del derecho a la salud.
3. Acompañar la construcción del Sistema de Agregación Comunal y su participación protagónica en la contraloría, cogestión y autogobierno del Sistema Público Nacional de Salud, en el marco del nuevo modelo de Gestión Socialista Bolivariano.
4. Implementar espacios y sistemas de comunicación permanente, que permitan la concertación de acciones entre el Sistema de Agregación Comunal y el Sistema Público Nacional de Salud, para la garantía del derecho a la salud.

5. Impulsar la participación de experiencias exitosas de salud comunal en foros internacionales de movimientos sociales, con el fin de intercambiar experiencias, reivindicaciones y propuestas.

6. Transferir al Sistema de Agregación Comunal y sus instancias relacionadas con la salud, competencias, servicios y otras atribuciones del SPNS, relacionadas con la garantía al derecho a la salud y el buen vivir.

### Medidas

- Asambleas mensuales por ASIC
- Construcción de Plan de Desarrollo Comunal en Salud(PDCS)
- Sistema de seguimiento y evaluación del PDCS
- Encuentros semestrales y anuales de voceros de ASIC y REDIS por estado
- Encuentros nacionales trimestrales de coordinaciones estatales de participación comunal en salud.
- Acompañamiento del equipo nacional a los espacios regionales de participación nacional en salud.
- Acompañamiento de los equipos regionales a las coordinaciones estatales de salud.
- Acompañamiento de los equipos estatales a las coordinaciones municipales de salud.
- Acompañamiento de los equipos municipales al Sistema de Agregación Comunal y sus instancias relacionadas con la salud.
- Encuentros de intercambio de saberes entre instancias del SAC y el SPNS
- Encuentros de concertación de acciones de contraloría, cogestión y

autogobierno para la garantía del derecho a la salud entre instancias del SAC y el SPNS

- Presencia del SAC y sus instancias relacionadas con la salud en los Medios de Comunicación Comunitarios, Nacionales e Internacionales.
- Encuentro internacional anual de experiencias populares en salud.
- Participación en encuentros internacionales de movimientos sociales.
- Acompañamiento de experiencias de contraloría, cogestión y transferencia de competencias del SPNS a Instancias de salud del SAC.

**XVII. Impulsar la participación protagónica del Sistema de Agregación Comunal y sus instancias relacionadas con la salud, en la contraloría, cogestión y autogestión, de la promoción integral de la salud.**

#### **Proyectos Estratégicos**

1. Impulsar la participación protagónica del Sistema de Agregación Comunal y sus instancias relacionadas con la salud, en la contraloría, cogestión y autogobierno de la promoción de la salud de la población.
2. Impulsar procesos permanentes de debate, construcción colectiva de conocimientos, con su sistematización y socialización, en materia de contraloría, cogestión y transferencia de la promoción de la salud, fortaleciendo habilidades y socializando estrategias exitosas

#### **Medidas**

- Impulsar experiencias de prevención de los factores de riesgo, diagnóstico precoz, atención integral y control de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT).
- Impulsar experiencias de promoción de la salud sexual y reproductiva por ciclos de vida, con énfasis en los sectores de mayor vulnerabilidad y exclusión.

- Impulsar experiencias orientadas a cargas de enfermedad, mortalidad prematura y mortalidad evitable con énfasis en mortalidad materna, mortalidad en menores de 5 años.
- Impulsar experiencias de disminución del sobrepeso y el sedentarismo como factores de riesgos de enfermedades prevenibles, a través de mecanismos que fomenten la actividad física, mejoren los hábitos alimenticios y patrones de consumo.
- Impulsar experiencias de promoción de condiciones de vida saludables en toda la población.
- Impulsar experiencias de promoción de hábitos alimentarios saludables y patrones de consumo adaptados a las potencialidades productivas del país.
- Impulsar experiencias de promoción de lactancia materna.

### XVIII. Garantizar el derecho a la salud y el buen vivir a las Personas con Discapacidad, población indígena y en pobreza extrema que se encuentran bajo una condición de fragilidad social.

#### Proyectos Estratégicos

1. Fortalecimiento de las redes de servicios de rehabilitación/habilitación, tecnología auxiliar y programas específicos de Atención Integral en Salud para las personas con discapacidad y sus familiares.
2. Desarrollo de las instancias y mecanismos institucionales e intersectoriales que garanticen la participación del movimiento asociativo de personas con discapacidad, colectivos de personas con discapacidad y familiares y órganos del poder popular en la planificación, gestión y contraloría de políticas que les afecte.
3. Desarrollo de instancias y mecanismos institucionales e intersectoriales que garanticen la participación de los pueblos indígenas en el sector salud.



Fortalecimiento de la red integrada de salud en los territorios sociales de las comunidades indígenas a nivel nacional.

4. Impulso de los programas de salud priorizados según el perfil socioepidemiológico de las comunidades indígenas.

5. Fortalecimiento de estrategias comunicacionales institucionales y comunitarias que eliminen actitudes y prácticas discriminatorias, estigmatizantes y prejuicios contra las personas con discapacidad y las comunidades indígenas.

6. Fortalecimiento de la medicina tradicional entre las comunidades indígenas.

Desarrollo desde las ASIC de intervenciones intersectoriales dirigidas a las familias y comunidades que se encuentran en pobreza extrema.

### Medidas

- Resolución Ministerial que ordene la eliminación de obstáculos u mejore el acceso de las personas con discapacidad a todos los establecimientos sanitarios, servicios y programas de salud.
- Revisión y actualización de Normas y protocolos de atención de las personas con discapacidad por tipo de discapacidad.
- Revisión y actualización de normas y procedimiento para mejorar la obtención de datos pertinentes e internacionalmente comparables sobre discapacidad.
- Establecer convenios intersectoriales nacionales e internacionales para el desarrollo de la investigación en el área de la discapacidad dentro de la red integrada de salud.

# METAS

Propósito	Año Base (2013)	Metas 2018-2019	
		2018	2019
El Sistema Público Nacional de Salud está organizado en una Red Integrada de Salud que articula todos los prestadores de salud de los distintos subsistemas existentes dentro del Sistema Público Nacional de Salud	10%	80%	100%
Adecuado todos los Instrumentos Jurídicos (leyes, reglamentos, normativas y otros) del campo de la salud, a la CRBV, Plan de la Patria y al Plan Nacional de Salud	—	70%	100%
Desarrollado un mecanismo permanente de articulación con los órganos del Gobierno y del Poder Popular con responsabilidades y compromisos en intervenciones sobre determinantes del Buen Vivir y la Salud	—	100%	100%
Formulado y aprobado una política y estrategia de regulación del sector privado y de las pólizas de HCM financiadas con fondos públicos, de acuerdo al marco constitucional y legal vigente y respetando los derechos laborales conjuntamente con la Superintendencia Nacional para la Defensa de los Derechos Socioeconómicos (SUNDD) y la Alianza Interinstitucional para la Salud (AIS)	30%	100%	100%
Todas las Áreas de Salud Integral Comunitarias (ASIC) consolidadas a nivel nacional como unidades básicas, operativas y puerta de entrada principal al Sistema Público Nacional de Salud.	30%	100%	100%
Creados Programas de Incentivo para el desarrollo de Redes de Investigación, Promoción y Educación para la Salud articuladas a las ASIC.	—	70%	100%
Implementado nuevos modelos de atención y de gestión en la red de atención comunitaria y red de atención ambulatoria especializada.	—	80%	100%
Desarrollo de nuevas estrategias de gestión hospitalaria con énfasis en los colectivos de dirección, indicadores de productividad, calidad, eficiencia, impacto, vocación de los hospitales y profundización de la participación de las Contralorías Sociales que aboguen por la garantía del derecho a la salud.	—	80%	100%
Promulgada y en uso a nivel nacional la Nueva Clasificación de Establecimientos Asistenciales del Sistema Público Nacional de Salud, organizados en una Red Integrada de Salud	—	80%	100%
Redefinido y protocolizados los programas de salud de acuerdo a los principales problemas priorizados reorientados por el Modelo de Atención Integral en Salud con enfoque de derecho, género, etnia, equidad y territorialidad, en todas las etapas del ciclo de vida.	30%	100%	100%
Desarrollo, a nivel nacional, las líneas de atención integral obstétrica, oncológica, cardiológica, caumatológica, traumatológica y de ortopedia.	30%	80%	100%
Creados y en funcionamiento los Centros de Regulación de emergencias y de Regulación de Camas Hospitalarias en todas las entidades federales del país.	—	80%	100%

Desarrollo, a nivel nacional, las líneas de atención Integral obstétrica, oncológica, cardiológica, caumatológica, traumatológica y de ortopedia.	30%	80%	100%
Creados y en funcionamiento los Centros de Regulación de emergencias y de Regulación de Camas Hospitalarias en todas las entidades federales del país	—	80%	100%
Constituido un Fondo Único de Salud, de carácter público que asegure el financiamiento completo y oportuno del SPNS.	—	100%	100%
Creación de la Unidad de Economía de la Salud, que permita costear las prestaciones y mejorar la capacidad de negociación y rectoría de la salud	—	100%	100%
Creación de una plataforma de gestión integrada que permita incorporar instrumentos que orienten una asignación equitativa del gasto público en salud y permita mejorar su eficiencia financiera, social y de salud	—	100%	100%
Creación y funcionamiento del Sistema de Información de Salud Integrado e Interconectado, incorporando al proyecto de CANTV, CNTI de acceso a Internet, voz, datos y videos, bajo la plataforma de software libre operativa.	30%	80%	100%
Creación y funcionamiento del Sistema Integrado de Vigilancia de Salud bajo la transversalidad de la determinación social de la salud, el análisis de los daños y de las intervenciones que puedan ser aplicadas de acuerdo a la situación de salud de cada territorio social.	30%	80%	100%
Desarrollo y aplicabilidad del software de la Historia Clínica Básica Integral, Ficha Familiar, Cédula de Establecimientos y la Historia Hospitalaria	30%	80%	100%
Creación de una Oficina para Estadísticas en Salud que coordine, consolide, divulgue, diseñe políticas, normas estándares sobre Operaciones Estadísticas	—	100%	100%
Aumento de la proporción de los medicamentos esenciales producidos en el país	5%	10%	15%
Aumento de la producción en el país de insumos requeridos por el Sistema Público Nacional de Salud	5%	8%	10%
Desarrollo del Sistema Nacional de Distribución, Seguimiento y Monitoreo de Medicamentos, Equipos e insumos para la salud	10%	80%	100%
Desarrollo de un sistema de certificación y validación de insumos y recursos para la salud.	—	100%	100%
Elaborados y aprobados los Protocolos para la validación de productos tecnológicos de concepción nacional para la certificación y permilogía sanitaria establecidos	—	100%	100%
Incremento de los egresados en distintas profesiones integrados al Sistema Público Nacional de Salud, bajo la estrategia de priorización según necesidades locales	50.000	60.000	80.000
Creación de la Empresa Nacional de Mantenimiento de Equipos para la Salud CONSALUD	—	50%	100%
Creación de la Universidad de Ciencias de la Salud del ALBA.	—	100%	100%

Incrementar la prevalencia de la Lactancia Materna Exclusiva (LME)		30%	45%	70%
Reducir la mortalidad infantil		14,7 por 1.000 (2011)	9 por 1.000	7 por 1.000
Reducir la mortalidad materna		63,7 por 100.000 (2011)	50,5	37,3
Incrementar la esperanza de vida al nacer		74,3 años (2011)	77,5 años	79,9 años
Reducir el sedentarismo	Hombres adultos	65% (2012)	48,8%	32,5%
	Mujeres adultas	78% (2012)	58,5%	39%
Disminuir la mortalidad por diabetes y enfermedades cardiovasculares		187,7 por 100.000 (2011)	156,7 por 100.000	125,6 por 100.000
Disminuir la mortalidad por cáncer		77,1 por 100.000 (2011)	66,6 por 100.000	56,1 por 100.000
Aumento de los municipios integrados a un sistema de Vigilancia Sanitario Ambiental del manejo integral los residuos y desechos sólidos.		5 % (2013)	15 %	50 %
Aumento de los municipios integrados a un sistema de Vigilancia Sanitario Ambiental del manejo integral los residuos y desechos sólidos.		5 % (2013)	15 %	50 %
Incrementar los establecimientos de salud con planes de manejo de sus desechos.		1 (2013)	10%	50%
Incrementar la cobertura de vigilancia de la calidad del agua destinada al consumo humano.		20%	40%	60%
Construcción de centros de manejo de desechos peligrosos del sector salud.		0	1	2
Construcción de centros de disposición final de los desechos peligrosos existentes en los almacenes del sector salud a nivel nacional. (plaguicidas y medicamentos)		0	1	10
Instalación de Unidades entomológicas en las 24 entidades federales del país		3	12	24
Incrementar el sistema de licenciamiento de prácticas médicas con radiaciones ionizantes y no ionizantes a nivel nacional		25% (2013)	60%	100 %
Instalación de laboratorios de dosimetría ambiental.		1	1	2
Consolidación de los Comités de Salud Integrados al Sistema de Agregación Comunal.		2000	8000	10000



# CREDITOS

MINISTRO DEL PODER POPULAR PARA LA SALUD  
Francisco Alejandro Armada

VICEMINISTRO DE SALUD INTEGRAL  
Carlos Alvarado

VICEMINISTRA DE REDES DE SALUD COLECTIVA  
Pasqualina Curcio

VICEMINISTRA DE REDES DE ATENCION AMBULATORIA  
DE SALUD  
Rosicar Mata

VICEMINISTRA DE HOSPITALES  
Juana Contreras

VICEMINISTRO DE RECURSOS, TECNOLOGIA  
Y REGULACION  
Aurelio Tosta



# Plan Nacional De Salud 2014-2019

## Documento Para El Debate Público

El Plan Nacional de Salud establece las estrategias para desarrollar la gestión del Estado venezolano orientada a garantizar el Derecho a la salud para el período 2014-2019, de acuerdo a los mandatos de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, y a las directrices, del Plan de la Patria, Segundo Plan Socialista de Desarrollo Económico y Social de la Nación, 2013-2019.

Para la elaboración de este Plan de Salud 2014-2019, han sido considerados los documentos sobre lineamientos para la gestión en salud producidos por diversos equipos que han ocupado la responsabilidad de conducir el Ministerio del Poder Popular para la Salud, así como por movimientos sociales y otros grupos de trabajo comprometidos con la salud del pueblo venezolano. Especialmente se tomó como documento base el elaborado en el año 2008 con la participación de 22 Ministerios, bajo la coordinación de los Ministerios del Poder Popular para Planificación y Desarrollo y para la Salud, del cual se mantiene el espíritu integrador, ideológico y filosófico pero esta vez haciendo énfasis en un eje fundamental como es el fortalecimiento del Sistema Público Nacional de Salud.

Bajo la conducción y liderazgo del Ministerio del Poder Popular para la Salud, como rector del Sistema Público Nacional de Salud, se presenta esta edición en una versión preparada para el debate público con los elementos más importantes del Plan de Salud 2014-2019.