



UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
DEPARTAMENTO DE INVESTIGACION
“PROFESOR JOSÉ RAFAEL TONA ROMERO”

**ACCESO A LA ATENCIÓN MÉDICA EN EL IAHULA CON RELACIÓN A LO
ESTABLECIDO COMO DERECHOS CONSTITUCIONALES EN VENEZUELA-**

2020

Trabajo Especial de Grado para optar al título de Odontólogo

www.bdigital.ula.ve

Autor: Br. Angy Aguilar

Tutor: Dra. Yajaira Romero

Mérida – Venezuela 2022

ÍNDICE DE CONTENIDO

ÍNDICE DE CONTENIDO	ii
RESUMEN	ivv
INTRODUCCIÓN.....	iv
CAPÍTULO I.....	3
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
1.1 Definición y contextualización del problema.....	3
1.2 Objetivo de la investigación	5
1.2.1 Objetivo general.....	5
1.3 Justificación	6
CAPÍTULO II.....	7
MARCO TEÓRICO	7
2.1 Antecedentes.....	7
2.2 Bases conceptuales	10
CAPÍTULO III	1;Error! Marcador no definido.
MARCO METODOLÓGICO	118
3.1 Tipo y diseño de investigación	1;Error! Marcador no definido.
3.2 Muestra	18
3.3 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	21
3.4 Procedimientos, materiales, equipos e instrumentos	22
3.7 Análisis de resultados	22
CAPÍTULO IV	23
RESULTADOS	23
4.1 Presentación de los resultados	23
4.2 Categorías de análisis	23
CAPÍTULO V	36
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	36
5.1 Conclusiones.....	36

6.2	Recomendaciones	37
	APÉNDICE A	38
	REFERENCIAS	39

www.bdigital.ula.ve



UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
DEPARTAMENTO DE INVESTIGACION
“PROFESOR JOSE RAFAEL TONA ROMERO”

ACCESO A LA ATENCIÓN MÉDICA EN EL IAHULA CON RELACIÓN A LO ESTABLECIDO COMO DERECHOS CONSTITUCIONALES EN VENEZUELA-2020

Trabajo Especial de Grado para optar al título de Odontólogo

Autor: Br. Angy Aguilar
Tutor: Dra. Yajaira Romero
Mérida - Venezuela, 2022

RESUMEN

Introducción: la salud es concebida como un derecho humano, social y fundamental de los seres humanos. El estado debe garantizar a cada individuo el acceso gratuito a los servicios de salud, sin distinción de raza, sexo, género, y en igualdad de oportunidades, y brindar la atención adecuada, los mecanismos de financiamiento para acceder a los medicamentos, insumos médicos, exámenes de laboratorio, radiográficos, entre otros, para ofrecer una mejor calidad de vida a la población y garantizarle el bienestar físico y mental que requiere la sociedad. **Objetivo:** analizar el acceso a los servicios de salud en un grupo de pacientes y personal de salud que labora en el IAHULA con relación a lo establecido en los artículos de la CRBV. **Metodología:** se llevó a cabo una investigación de tipo analítica con un diseño de campo, la muestra estuvo conformada por 14 participantes, distribuidas entre el personal de salud que labora en el IAHULA y pacientes que asistieron a distintas áreas clínicas de la institución, a través del uso de técnicas cualitativas. **Resultados:** se organizó la información aportada por los participantes seleccionados, se establecieron las categorías y subcategorías, y se procedió a la interpretación y el análisis de los resultados. **Conclusiones:** la CRBV en sus artículos 83 y 84 señala la salud como derecho fundamental, los principios de gratuidad, universalidad, equidad como parte del derecho a la vida, el Estado está en la obligación de garantizarlos. Sin embargo, esto no se está cumpliendo de manera efectiva para los participantes de esta investigación, debido a que han tenido que recurrir a la adquisición de bienes y servicios a través del patrimonio personal y familiar.

Palabras clave: derecho a la salud, atención médica, servicios de salud.

INTRODUCCIÓN

La salud es un derecho social^{1,2} y fundamental, obligación del Estado³ que debe garantizar una calidad de vida digna, acceso a los servicios básicos⁴, y a su vez, que brinde el bienestar adecuado^{5,6} de la población en forma gratuita⁷, y en condiciones de igualdad de oportunidades⁸. El acceso a los servicios de salud y atención médica óptima debe ser garantizada por los organismos pertinentes, tal como lo expresa la legislación venezolana en el artículo 83 en relación a lo establecido sobre el derecho a la salud, y de esta manera el

Estado venezolano permita el desarrollo efectivo y bienestar de los ciudadanos, ofreciendo la garantía del cumplimiento efectivo de este derecho. El informe elaborado por la Coalición de Organizaciones por el Derecho a la Salud y a la Vida (CODEVIDA) y el Programa Venezolano de Educación-Acción en Derechos Humanos (Provea), señalan que la situación actual del derecho a la salud en Venezuela es crítica, principalmente por el estado de deterioro de la salud pública debido a la omisión por parte de las autoridades nacionales respecto a sus obligaciones establecidas en los artículos 83, 84 y 85 de la norma constitucional⁹.

Para el año 2018 el sistema de salud en Venezuela se vio afectado de manera crítica; algunos de los factores desencadenantes de esta situación fueron, el desabastecimiento de medicamentos, desmejora en los servicios de nutrición¹⁰; así como también, las barreras y limitaciones que presentan los pacientes para obtener los insumos básicos.

Por tal motivo, el objetivo de este estudio es analizar el acceso a los servicios de salud en un grupo de pacientes y personal de salud que labora en el Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes (IAHULA) con relación a lo establecido en los artículos de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela.

El informe se encuentra dividido en cinco capítulos, los cuales se detallan a continuación:

En el primer capítulo, se presenta la definición y contextualización del problema, los objetivos de la investigación y la justificación que argumenta el desarrollo del presente estudio.

El segundo capítulo, contiene los estudios que describen los antecedentes relacionados con la presente investigación en conjunto con las bases teóricas.

El tercer capítulo está conformado por el marco metodológico que incluye el tipo y diseño de investigación.

En el cuarto capítulo se presenta la categorización, análisis y discusión de los resultados.

El quinto capítulo está conformado por las conclusiones y recomendaciones.

www.bdigital.ula.ve

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Definición y conceptualización del problema

La salud es un derecho social^{1, 2} y fundamental, obligación del Estado³ que debe garantizar una calidad de vida digna, acceso a los servicios básicos⁴, y a su vez, que brinde el bienestar adecuado^{5, 6} de la población en forma gratuita⁷, y en condiciones de igualdad de oportunidades⁸. Asimismo, la salud no distingue raza, religión, ideología política, género, condición económica o social; es por ello, que los Estados deben adoptar medidas para reformular toda legislación, práctica o política discriminatoria^{9, 10}. Por tal motivo, el Estado debe desarrollar un modelo de atención en salud que responda a las necesidades de la población¹¹ para garantizar a los ciudadanos el acceso efectivo a los servicios de salud^{6, 12}. Asimismo, el Estado debe participar como ente regulador y proveedor de los servicios de salud a toda la población venezolana, independientemente de su condición social o ingreso¹³.

En la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela aprobada en diciembre de 1999 a través de la consulta popular por medio de un referéndum¹⁴, la salud es concebida como derecho en el artículo 83^{15, 16}, así como también es necesario mencionar el artículo 84 cuyo objetivo es activar la promoción de la salud y el cumplimiento de las medidas sanitarias que establezca la ley, además el financiamiento de la misma.

En la legislación venezolana, a través de los artículos antes mencionados, se establece que el Estado promoverá y desarrollará políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios, además de participar en la promoción de la salud y prevención de enfermedades, garantizando tratamiento oportuno y rehabilitación de calidad; así como también, el financiamiento y presupuesto para cumplir con los objetivos de las políticas sanitarias⁵.

En el estudio de Roa en el 2018, se reporta que el sistema de financiamiento en el sector salud está altamente privatizado¹⁷, debido a que los ciudadanos venezolanos han tenido que resolver los gastos económicos por su cuenta, y poniendo barreras o limitaciones para acceder a los servicios de salud.

Cabe destacar que a nivel internacional durante el año 2015 se desarrolló en Perú una investigación donde expresaron que no se está cumpliendo lo establecido en la Constitución de dicho país, debido a que los pacientes atendidos en esa institución presentan quejas por no recibir una atención adecuada, dificultad para el acceso a los servicios, tratamiento defectuoso por parte del personal, entre otros inconvenientes⁴. Por otra parte, en el año 2016 se desarrolló en Ecuador, un estudio donde se reportó que a pesar de que la salud es un derecho, se ha violentado debido al limitado acceso a los servicios de promoción, prevención, atención especializada, entre otras dificultades¹⁸.

El informe elaborado por la Coalición de Organizaciones por el Derecho a la Salud y a la Vida (CODEVIDA) y el Programa Venezolano de Educación-Acción en Derechos Humanos (Provea), señalan que la situación actual del derecho a la salud en Venezuela es crítica, principalmente por el estado de deterioro de la salud pública debido a la omisión por parte de las autoridades nacionales respecto a sus obligaciones establecidas en los artículos 83, 84 y 85 de la norma constitucional⁹, así como también la crisis económica que ha causado la escasez de insumos y falta de medicamentos.

Por otra parte, el Estado promueve actos de hostigamiento contra quienes denuncian o informan sobre la situación de salud que se vive en nuestro país.

En Venezuela entre los años 2007 y 2008 se realizó un análisis etnográfico sobre la epidemia de una rara enfermedad identificada clínicamente como rabia transmitida por murciélagos en la selva del Estado Delta Amacuro, las personas afectadas de la zona realizaron diferentes denuncias a los organismos pertinentes, sin embargo, no recibieron respuestas positivas expresando públicamente que “los indígenas tenían costumbres diferentes”, y que tanto los investigadores como la población solo tenía un propósito, desacreditar al gobierno de ese momento.

Por lo que se refiere a las investigaciones sobre el derecho a la salud y el acceso a los servicios establecidos en la constitución venezolana para el bienestar de los individuos y desarrollo de una calidad de vida adecuada para la población surge la necesidad de realizar un estudio para analizar el acceso a los servicios de salud en un grupo de pacientes y personal de salud en el Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes (IAHULA) del Estado Mérida.

1.2 Objetivos de la investigación

Objetivo general

Analizar el acceso a los servicios de salud en un grupo de pacientes y personal de salud que labora en el Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes con relación a lo establecido en los artículos 83, 84 y 85 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela.

1.3 Justificación

La salud es un derecho fundamental para la vida, bienestar y desarrollo de la población, y cuya responsabilidad es función del Estado como lo establece la legislación venezolana (CRBV) en el artículo 83. Sin embargo, desde hace varios años Venezuela se encuentra sumergida en una grave crisis económica, política y social que afecta a todos los ciudadanos, siendo el sector salud uno de los más afectados. Es por esta razón, que se ha vuelto cada vez más difícil el acceso a los servicios de salud, atención integral, y suministros necesarios de calidad que deben garantizar los organismos responsables a través de las instituciones hospitalarias en todos los sectores del país a todos los pacientes y usuarios que asistan a los centros de salud.

Es necesario que la población conozca sus derechos establecidos en la ley y de esta manea exigir que se cumplan de manera efectiva, además cabe destacar la relevancia e importancia del tema en salud para el desarrollo y evolución del país, asimismo, debe beneficiar a los ciudadanos en función de garantizar los mecanismos mediante los cuales la sociedad venezolana puedan acceder a los servicios de salud y recibir la atención adecuada.

Debido a los numerosos problemas presentes en Venezuela la población se ha visto gravemente afectada como consecuencia de la coyuntura política, económica y social, desencadenado una serie de factores negativos como la escasez de medicamentos, los elevados costos, bajo poder adquisitivo de la población en sus diferentes sectores, entre otros, que ha conllevado a la población a buscar alternativas de tratamiento y rehabilitación en otras fronteras, a través de fundaciones, donaciones, ayuda económica familiar y de

amigos, venta de bienes materiales, trabajos extras fuera de sus profesiones con la finalidad de obtener una mejor calidad de atención y la mayor cobertura en salud posible.

Actualmente, en Venezuela no se está cumpliendo de manera efectiva lo establecido por la legislación venezolana en la CRBV, debido a las incorrectas gestiones y políticas de gobierno, ya que los centros de salud no están capacitados para atender las necesidades básicas de los usuarios debido al déficit que existe hoy en día por la escasez de insumos y medicamentos, equipos adecuados, cantidad de personal, fallas eléctricas, agua potable, entre otros factores que afectan la calidad y prestación de los servicios de salud.

En vista de que en nuestro país no se ha reportado en la literatura suficientes investigaciones sobre este tema y debido al vacío de información científica, se hace necesario desarrollar la siguiente investigación, a través de la cual se analizará el acceso a los servicios de salud, la aplicabilidad eficaz de este derecho, la vulneración del mismo establecido en la CRBV, teniendo en cuenta la relevancia de esta investigación debido a la situación en la que se encuentra Venezuela.

www.bdigital.ula.ve

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

Los antecedentes de esta investigación se encuentran organizados de manera cronológica de acuerdo al contexto internacional y el nacional.

Para el año 2000, Fajardo et al. publicaron un estudio cuyo objetivo fue la exploración y la conceptualización del acceso efectivo a los servicios de salud, según los reportes presentados por la Encuesta Nacional de Salud en México 57.6% de la población no contaba con esquemas de protección financiera en salud (lo equivalente a 55.8 millones de individuos), 33% estaba en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), 6.4% en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), poco más de 1% en otros seguros públicos, y menos de 1% en seguros privados²⁰. Por lo tanto, existía un número significativo de la población con una protección financiera en salud muy básica, debido a todos estos problemas se hizo necesario formular una reforma del sistema que se llevó a cabo en el año 2000, la cual amplió el acceso a los servicios de salud de calidad a través del financiamiento efectivo de los mismos, lo cual dio origen al Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) por medio de la reforma de la Ley General de Salud; en cuanto a lo anteriormente descrito para el año 2012, de acuerdo con los resultados de la reciente Ensanut (Encuesta Nacional de Salud y Nutrición), 42 millones de mexicanos, que correspondía aproximadamente al 37% de la población, estaban ya cubiertos por el SPSS, lo cual redujo el número de ciudadanos sin protección financiera a 25% del total de 29 millones de personas para ese año²¹.

Por otra parte, para el año 2009 en la investigación de Vargas y Molina en Colombia, se puso de manifiesto un nuevo modelo de aseguramiento que dio la oportunidad a las personas de escasos recursos económicos de acceder a algunos servicios que antes no tenían, especialmente a aquellos que implican la utilización de alta tecnología para la atención de enfermedades de alto costo²². Sin embargo, se identificaron diversos factores que desencadenan barreras limitantes para los usuarios de los servicios de salud; entre algunas de esas limitaciones está la dispersión geográfica debido a largas distancias en el

caso de la población perteneciente a zonas rurales, el contexto político debido a la ausencia de información de los ciudadanos en cuanto al derecho de la salud que debe garantizar el Estado, situación socio-económica que presentan los sectores más vulnerables que dificultan el acceso a las instituciones sanitarias, entre otros.

Para el año 2015 García y Soto publicaron su trabajo de grado en donde presentaron diferentes casos en el Hospital Almanzor Aguinaga en Perú, en los cuales los pacientes reportaron no recibir una atención adecuada, ya sea por no tener un acceso oportuno a una cita para un servicio de su salud, por el tratamiento inadecuado de algunos profesionales, o bien porque la medicina no es proporcional con la enfermedad que tienen algunos pacientes, debido a todos estos factores presentados por el testimonio de la población se evidencia la incorrecta aplicación de este derecho universal, vulnerando el Artículo 9 de la Constitución Política de dicha nación. En esta investigación arrojan como conclusiones principales que el Estado reformule sus políticas de salud, además de encargarse de garantizar que las mismas se cumplan de manera efectiva para proporcionarle a la población el cumplimiento efectivo del derecho a la salud y brindarle la atención adecuada⁴.

Durante los años 2007 y 2008 se realizó una investigación por Briggs referida al análisis etnográfico sobre la epidemia de una enfermedad misteriosa identificada clínicamente como rabia transmitida por murciélagos en la selva del Delta Amacuro en Venezuela y las contradicciones enfrentadas por los gobiernos de izquierda de América Latina en sus esfuerzos por transformar la salud en un derecho social fundamental, que afectó a la población de esta región. El inicio de esta epidemia fue durante la revolución socialista de Hugo Chávez, que posicionó a la salud de la población venezolana y los derechos de los pueblos originarios como ejes centrales.

En Julio de 2007, algunos niños comenzaron a morir en Mukoboina, una pequeña población con aproximadamente 80 habitantes, luego en enero del 2008 se presentaron otra serie de casos y una tercera ola en Junio de 2008, que causó 16 muertes en dos meses, en dicho estudio se presentan dos panoramas, uno entre las personas indígenas y las no indígenas, donde se manifestaron las diferencias culturales y para la población del Delta,

debido a los efectos discriminatorios de las políticas de salud pública, además, existe un segundo panorama que se centró en los esfuerzos revolucionarios para definir la salud como derecho social fundamental y para ofrecer a toda la población venezolana acceso a la atención; las principales conclusiones de este estudio sugieren lograr la justicia comunicativa en salud, la igualdad e inclusión, y el análisis de las inequidades y desiguales en salud¹⁹.

Por otra parte, D'Empaire realizó un estudio en Venezuela con el objetivo de analizar la calidad de atención médica y los principios éticos, según algunas de las cifras más representativas en esta investigación para finales del 2007 de acuerdo con la *JointUnitedNationsProgramon HIV/AIDS* (UNAIDS), un aproximado de 33.2 millones de personas vivían con VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana), de esos pacientes 2.1 millones estaban representados por niños y 2.1 millones murieron por SIDA; 6.800 personas se infectan diariamente con VIH debido a su poca capacidad de acceder a tratamientos de efectividad demostrada para prevenir la trasmisión de este virus. Sin embargo, y a pesar de todos los avances científicos de la actualidad, la cobertura en salud para el tratamiento retroviral de esta enfermedad permanece baja, solamente 31% de las personas que lo requieren recibieron terapia antirretroviral en 2007, finalmente resalta la implementación y la mejora en la calidad de los servicios de salud, modelos y políticas que fortalezcan las fallas, así como la promoción educativa desde los valores y principios éticos de la medicina²³.

Además, para el 2014 González llevó a cabo una investigación sobre la atención médica en Venezuela, refirió que la misma siguió deteriorándose ya que el gobierno nacional estuvo reduciendo constantemente la proporción del gasto público anual dedicado a la salud desde un máximo de 9,1% en 2010 a 5,8% en 2014. Por otra parte, reporta la escasez de artículos básicos tales como medicinas, insumos, materiales quirúrgicos, fórmulas infantiles, entre otros, estas son algunas de las cifras reflejadas en dicho estudio, más de la mitad de los pabellones no funcionan o lo hacen de forma intermitente, solo 7% de los servicios de emergencia están completamente operativos, no se cuenta con 88% de las medicinas más esenciales y 79% de los insumos médicos. Además dio a conocer la grave situación y crisis

en el sector salud que enfrenta nuestro país, asimismo recomendó implementar cambios radicales para ayudar a la población con sus necesidades y de esta manera mejorar su calidad de vida²⁴.

En Venezuela, a pesar de los esfuerzos realizados para ampliar la cobertura del primer nivel de atención en salud (70%) para el 2016, persisten barreras que limitan el acceso a los servicios de salud, sobre todo en los adolescentes. Las coberturas de este grupo son de las más bajas, aún en las entidades federales que tienen suficientes servicios de salud; la natalidad en adolescentes es una de las más altas de América Latina; los datos sobre la salud de los adolescentes y su acceso a los servicios de salud son escasos; así como los estudios sobre esta temática²³.

Para el año 2019 Azkoul et al. publicaron una investigación donde identificaron los elementos claves que conllevaron a la emergencia humanitaria compleja en Venezuela, entre ellos se destacan: la crisis alimentaria, repunte de enfermedades emergentes y remergentes y el desplazamiento forzado de la población. Algunos de los resultados de este estudio señalan que 94% de la población venezolana no cuenta con los recursos económicos necesarios para cubrir la canasta alimentaria y los servicios básicos debido a los graves problemas financieros que se presentan en el país. En cuanto a la salud en los últimos años, 25.000 embarazadas no recibieron control prenatal y aproximadamente unas 7.500 lo hacen tardíamente; para el 2015 fallecieron 8.812 niños menores de un año, cifra que aumentó 30,12% para el año 2017 con 11.466 niños fallecidos. Además cabe destacar el déficit de medicamentos para los pacientes con cáncer que ha llevado al aumento de los casos en fase terminal, 38% para el 2010 a 65% en el año 2017, asimismo los autores destacan algunas realidades y el panorama en el que se encuentra Venezuela resaltando las fallas y ruptura en las políticas del Estado cuyas consecuencias se ven reflejadas en la población afectando su bienestar físico, económico y social²⁵.

2.2 Bases conceptuales

2.1.1 Acceso a los servicios de salud

El acceso a los servicios de salud incluye de forma amplia la promoción y la prevención, hasta los aspectos curativos, por lo tanto, son considerados como la expresión final de los esquemas implementados para garantizar el financiamiento y la provisión de servicios, así como de los elementos que determinan los resultados del acceso en términos de salud de la población²⁰. Por otra parte, la Asamblea Mundial de la Salud exhortó a los países a que promuevan la disponibilidad y el acceso universal a los bienes y servicios esenciales para la salud y el bienestar, con especial énfasis en la equidad²⁶.

Durante los últimos años Venezuela se ha visto enmarcada en una situación económica, política y social crítica, desencadenando una serie de dificultades en la vida cotidiana de la sociedad venezolana; la situación en materia de salud no escapa de estas adversidades, viéndose afectada en los diferentes sectores en todo el territorio nacional como lo reportan las siguientes cifras a presentar en este estudio:

Para el año 2015 Venezuela presentó la tasa de inflación más alta del mundo (180,9%), algunas cifras reportadas en esta investigación abarcan el desabastecimiento de medicamentos que según la Federación Farmacéutica Venezolana era de 80% para el 2016, desmejora en los servicios de nutrición para el 2017 con 64%, y solo el 13% cuenta con el suministro adecuado¹⁷; todos estos números describen el gran deterioro en el sistema de salud de nuestro país, donde no se cumplen de manera efectiva las políticas públicas de salud que garanticen el goce eficiente de este derecho, afectando la calidad de vida y el bienestar de la población venezolana.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) para el año 2018 se evidenció la desigualdad en las normas y estereotipos de género, debido a esto se produjeron sesgos en las políticas, las instituciones y la programación, de tal manera que incidieron desfavorablemente en la eficacia de los servicios de salud y en el acceso a estos. En las instituciones de salud, ese sistema de creencias y valores compartidos por trabajadores y usuarios, por medio del discurso opera de forma invisible, jugando un papel preponderante

en la definición de la cultura organizacional, y esta a su vez ejerce una fuerte influencia en las prácticas de los prestadores de los servicios de salud²⁷.

Por otra parte, cada Estado deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes, servicios públicos de salud y centros de atención, así como de diferentes programas²⁸, estos servicios deben contar con personal de salud capacitado para brindar atención adecuada y oportuna, instituciones sanitarias con suficientes insumos, administración y distribución correcta de medicamentos, funcionamiento y mantenimiento de los equipos en las salas clínicas, de emergencia, cuidados intensivos, quirófanos, y otros servicios fundamentales como agua potable, sistema eléctrico de calidad, alimentación, entre otros factores determinantes de la salud.

En cuanto a la accesibilidad, esta debe estar garantizada en base a cuatro dimensiones: no discriminación, accesibilidad física, accesibilidad económica, acceso a la información²⁸ permitiendo a los ciudadanos el acceso oportuno y la garantía de este derecho universal.

2.1.2 Derecho a la salud

Según la OMS el derecho a la salud está íntimamente relacionado con el de otros derechos humanos tales como la alimentación, la vivienda, el trabajo, la educación, la no discriminación, el acceso a la información y la participación²⁶; sin embargo, la forma de promover de manera eficiente cada uno de estos derechos y su correcto cumplimiento, o en contraparte la vulneración de los mismos, dependerá de las diversas políticas que implementen en los distintos países, así como el desarrollo y la aplicación en cada una de sus naciones.

La Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) instó a los países que la conforman a poner en marcha los sistemas accesibles de salud, de tal manera que beneficien a sus ciudadanos, la misma invitó a los miembros pertenecientes para que formaran parte de esta, y por ende desarrollar sistemas de salud que no obliguen a la población a tener que pagar para recibir atención, ya que esa práctica atenta contra los derechos humanos²⁹; siendo la salud un derecho de cobertura universal institucionalizado en las leyes constitucionales de los diferentes países que se deben encargar del

cumplimiento efectivo del mismo con el objetivo de brindar el bienestar adecuado a los ciudadanos.

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el basamento legal venezolano concibe la salud como expresión individual y colectiva de la calidad de vida y bienestar, producto de las determinaciones sociales; que comprende el conjunto de condiciones biológicas, psicológicas, materiales, sociales y culturales; así como también la alimentación, la vivienda, el saneamiento básico, el medio ambiente, el trabajo, la renta, la educación, el transporte y el acceso a bienes y servicios esenciales³⁰.

Por otra parte, uno de los aspectos más controversiales dentro del área de la salud global es el hecho de clasificar la salud como un derecho humano, porque está en el centro del objetivo de esta área por asegurar que todos los seres humanos tengan la posibilidad de mejorar y asegurar equidad en el alcance de un estándar de salud aceptable; a pesar de esta realidad indiscutiblemente el tema en salud se ve afectado negativamente en muchas ocasiones debido a los altos costos, la injusticia social, la inequidad sanitaria³¹, entre otros determinantes importantes donde se excluye a un número significativo de la población; por esta razón sería fundamental la implementación, organización, y activación mundial de diferentes planes que se fundamenten en reforzar las políticas públicas de salud, ayudar a las poblaciones más vulnerables, fortalecer las debilidades en el sistema de salud y así brindar el apoyo, velar y proteger por una calidad de vida digna y el desarrollo de la sociedad.

El derecho a la salud es considerado por la comunidad internacional un derecho de realización progresiva, dirigido al disfrute del más alto nivel posible de salud, además está íntimamente relacionado con la vida, la justicia, la igualdad y la libertad¹⁰; asimismo, la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (CRBV) en el artículo 83, expresa que el Estado es el que debe garantizar y promover el cumplimiento efectivo de este derecho, además de efectuar políticas adecuadas de prevención, promoción, financiamiento, para brindar a la población los tratamientos oportunos que garanticen su bienestar físico y emocional.

Asimismo, el artículo 84 de la CRBV expresa que dentro de las características que debe tener el sistema público nacional de salud deben estar las siguientes: ser intersectorial, descentralizado, participativo y gratuito^{1, 16}. Sin embargo, el informe elaborado por la Coalición de Organizaciones por el Derecho a la Salud y a la Vida (CODEVIDA) y el Programa Venezolano de Educación-Acción en Derechos Humanos (Provea), señalan que la situación actual del derecho a la salud en Venezuela es crítica, principalmente por el estado de deterioro de la salud pública debido a la omisión por parte de las autoridades nacionales respecto a sus obligaciones establecidas en los artículos 83, 84 y 85 de la norma constitucional⁹.

2.1.3 Inequidades en el sector salud

La inequidad en salud se refiere a las diferencias en salud, innecesarias, evitables e injustas, estas se deben a una división del trabajo en la sociedad que coloca a determinados grupos de personas en desventaja, especialmente en relación con sus posibilidades de conservar la salud³².

Según el INIQUIS (Índice de Inequidades en Salud), los cinco países con las peores situaciones con respecto a la salud de sus poblaciones son Haití, Guatemala, Bolivia, Venezuela y Honduras, por otra parte, Venezuela es de los países con mayor producto interno bruto (PIB) y se encuentra dentro del grupo con la situación más desfavorable en relación al INIQUIS, debido fundamentalmente al menor gasto destinado a salud³³.

Los ejes de desigualdad están relacionados con la discriminación y las relaciones de clase, género o raza, basadas en prácticas institucionales e interpersonales en las cuales los miembros de un grupo predominante adquieren privilegios con base en subordinar a otras personas, por lo que justifican estas prácticas mediante ideologías de superioridad o diferencias, que se denominan clasismo, sexismo o racismo³, esta desigualdad se ve enmarcada principalmente gracias al poder adquisitivo de la población con mayores recursos que se ve favorecida, en contraparte de las personas que no cuentan con un aporte

económico favorable y quedan en vulnerabilidad, en esta situación se observan barreras que limitan el acceso y atención en cobertura de salud.

Entre los participantes del estudio, la gran mayoría indicó el deseo de recibir ayuda con los servicios relacionados con la atención médica, incluida la asistencia para buscar atención especializada (91%), atención primaria (88%) y seguro médico (86%)³⁴. A pesar de que el área de atención en salud fue la de mayor preocupación y relevancia para estos pacientes, también se destacaron otras inquietudes con algunos determinantes de la salud como la inseguridad alimentaria, laboral y de vivienda; el entorno comunitario; transporte; y deuda.

De igual forma, y a pesar de la expansión del seguro de atención, persisten las barreras al seguro médico, la atención médica y la salud, incluso entre aquellos que no están excluidos explícitamente de la ley³⁵.

2.1.4 Sistemas y políticas de salud

El sistema de salud de Venezuela está conformado por un sector público y un sector privado, el sector público está constituido por el Ministerio del Poder Popular para la Salud, los organismos de salud descentralizados y las instituciones de la seguridad social, principalmente el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS), el Instituto de Previsión Social de las Fuerzas Armadas (IPSFA), el Instituto de Previsión y Asistencia Social del Ministerio de Educación, Cultura y Deportes (IPASME), Petróleos de Venezuela (PDVSA) y universidades; y el sector privado está constituido por quienes prestan sus servicios a cambio de pago directo y por compañías de seguros de salud³⁶.

Durante los últimos años, Venezuela ha pasado por diversas transformaciones políticas significativas que obligan al estudio de las políticas públicas que el Estado ha llevado a cabo, en virtud de los cambios introducidos en la modificación de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela en 1999³⁷. El Estado implementó algunas gestiones para la creación de un sistema público nacional de salud expresado en el artículo 85 de la Constitución, así como mejoras en el financiamiento, progreso de las infraestructuras para

optimizar la calidad de los servicios, sin embargo y pese a esos posibles esfuerzos e ideas favorables para ayudar a la población se observa que a lo largo de los años la situación no ha sido beneficiosa para nuestro país, agudizándose y decayendo desfavorablemente el sector salud, representando grandes fallas en las instituciones sanitarias, insumos básicos, equipos médicos, alimentación, fallas de servicios básicos como agua potable, sistema eléctrico, entre otros.

En muchos países a menudo los sistemas de salud están fragmentados y se componen de programas con un enfoque limitado en la atención de enfermedades específicas, y colocando en segundo plano alguna de estas, como ciertas emergencias de salud³⁴. Sin embargo, una atención de emergencia debe ser prioridad, de tal manera de organizar y estructurar planes y recursos necesarios que faciliten el acceso y atención adecuada de los pacientes desde su ingreso a la institución hospitalaria, el tratamiento oportuno de diferentes enfermedades, la estabilización en la sala de urgencias, y la rehabilitación óptima para garantizar la mejora y estabilización en la salud de los pacientes que lo ameriten.

De hecho, los sistemas de atención de emergencia abordan al menos 12 de las metas de los objetivos de desarrollo sostenible y son particularmente relevantes para la cobertura universal de salud (CSU), tales afirmaciones sobre el efecto de los sistemas de atención de emergencia son importantes, pero igualmente imperativo es el argumento de los derechos humanos para el acceso a la atención de emergencia. Un enfoque de derechos humanos para el acceso a la atención de emergencia puede brindar apoyo tanto legal como moral a los esfuerzos de promoción³⁵.

Una estrategia nacional de salud pública no puede estar completa sin la inclusión de un sistema de atención de emergencia³⁸, además de atender las necesidades básicas de salud pública, este sistema debe estar preparado para afrontar la aparición de enfermedades endémicas, pandemias, brotes y otras situaciones críticas, de modo de abordar de manera efectiva el área de la salud garantizando el cuidado oportuno y bienestar de los ciudadanos a través de la prevención, atención primaria, inmunización, atención de urgencias y emergencias, entre otros factores que velen por el bienestar y la vida de la población.

El proceso de desarrollo y perfeccionamiento del plan nacional de salud debe ser transparente y participativo para garantizar tanto su idoneidad como su calidad, como se destaca en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma-Ata y la Declaración de Uagadugú en lo que respecta a los sistemas de atención primaria de salud^{35,39}. La evaluación es fundamental para garantizar que los países rindan cuentas y cumplan con sus obligaciones en materia de derechos humanos⁴⁰, es por ello la importancia del monitoreo tanto mundial como nacional a través de los entes pertinentes de las fortalezas o debilidades que presenten los diferentes países con respecto a la salud, siendo este un derecho humano y universal de vital importancia.

www.bdigital.ula.ve

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1 Tipo y diseño de investigación

Tomando en cuenta la clasificación de Hurtado¹¹, esta investigación es de tipo analítica, debido a que se pretende recopilar información para analizar las posibilidades de acceso y atención médica a los servicios de la salud prestados por el IAHULA con relación a lo establecido como derechos constitucionales en Venezuela, la misma se ejecutó entre el último trimestre del año 2019 y el primer trimestre del año 2020, previo a la pandemia Covid-19. El diseño de esta investigación es de campo, contemporánea, transeccional, y unieventual; debido a que se desarrolla en un momento particular del presente¹¹, a través de los pacientes y personal de salud del IAHULA, y abarca un evento de estudio específico.

3.2 Muestra

La muestra estuvo conformada por 14 participantes (13 femeninas y 1 masculino) los cuales se distribuyeron entre el personal de salud que labora en el IAHULA, dentro de ellos médicos cirujanos y especialistas, licenciadas en bioanálisis, licenciadas en enfermería y los pacientes que asistieron a distintas áreas clínicas de la institución hospitalaria, a través de los cuales se obtuvo la información necesaria para el desarrollo de la presente investigación. El tipo de muestra que se utilizó fue la no probabilística¹¹, también llamado muestreo teórico en la investigación cualitativa²⁶, es decir, se desconoce la probabilidad que tiene la población, y la selección con base en a los criterios establecidos por el investigador¹¹.

3.2.1 Técnica de muestreo: se trabajó con un subgrupo de la población desde el enfoque cualitativo a través de los resultados generados por las información aportada por los participantes en las entrevistas, se utilizó la muestra homogénea ya que las unidades de estudio que se seleccionaron presentan características similares; su propósito es centrarse en el tema de estudio y resaltar situaciones, procesos o episodios en un grupo social, permitiendo una investigación más específica y puntual³⁸.

3.2.2 Tamaño de la muestra: en la indagación cualitativa el tamaño de muestra no se fija a priori (antes de la recolección de los datos), sino que se establece un tipo de unidad de

análisis y a veces se perfila un número aproximado de casos, pero la muestra final se conoce cuando las nuevas unidades que se añaden ya no aportan información o datos novedosos y se da la saturación de categorías³⁸, es decir la información aportada por los participantes comenzó a ser repetitiva en el transcurso de la transcripción de las entrevistas. En esta investigación se realizaron 14 entrevistas.

Conformación de la muestra	
Pacientes que asisten a diferentes áreas clínicas del IAHULA	7
Médicos cirujanos y especialistas	3
Licenciadas en Enfermería	2
Licenciadas en Bioanálisis	2
Total: 14 participantes	

Participantes	Perfil de los participantes
P1	Participante femenina de 53 años, ama de casa, madre de familia, muy receptiva y colaboradora durante la entrevista, esposa de un paciente de 58 años que padece Síndrome de Cushing, provenientes de Barinas, de cuyo estado se trasladaron en varias oportunidades hasta el estado Mérida donde fue intervenido quirúrgicamente en el IAHULA.
P2	Participante femenina de 26 años, estudiante universitaria perteneciente a la Universidad de los Andes-Mérida, nativa del estado Barinas, residenciada en la avenida las Américas, además se desempeña como comerciante con la venta de dulces, quien padeció de apendicitis, ameritando intervención quirúrgica en el IAHULA.
	Participante femenina de 25 años, ama de casa, estudiante

P3	universitaria, residenciados en Tóvar estado Mérida, madre de un niño de 3 años, el cual padece de microcefalia, convulsiones y fue intervenido quirúrgicamente.
P4	Participante femenina de 30 años, ama de casa, madre de familia, nativa del estado Mérida, residenciada en los Chorros de Milla, se desempeña como comerciante, se mostró muy receptiva durante la entrevista.
P5	Participante femenina de 22 años, estudiante de arquitectura de la Universidad Santiago Mariño, residenciada en la avenida Andrés Bello, estado Mérida, nativa y proveniente del estado Barinas.
P6	Participante femenina de 37 años, que se desempeñaba como asistente de libre nombramiento del Consejo Legislativo del Estado Mérida, madre de familia, ama de casa, fue diagnosticada con Lupus.
P7	Participante femenina de 40 años, residenciada en Arapuey, ama de casa, se desempeña como maestra en una escuela rural, diagnosticada con colecistitis e intervenida quirúrgicamente ameritando colecistomía.
P8	Médico de 58 años, Egresada de la Universidad de Los Andes, con su especialidad en Anestesiología, nacida en el estado Mérida, con 23 años de experiencia laboral en instituciones públicas, y privadas. La informante se mostró muy receptiva al momento de la entrevista.
P9	Médico Cirujano de 30 años, Egresado de la Universidad de Los Andes, residente del 4to año de la especialidad Cirugía General en la Universidad de Los Andes, se mostró con mucha receptividad durante su entrevista.
P10	Médico Cirujano de 46 años, egresada de la Universidad de Los Andes, especialista en Medicina Interna, con 20 años de experiencia laboral en instituciones públicas y privadas de salud, desempeñándose en el área de Hematología.

P11	Licenciada en Enfermería de 57 años, egresada de la Universidad de Los Andes, desempeñándose en instituciones de salud públicas y privadas, domiciliada en el sector el Campito del estado Mérida, se mostró muy receptiva en su entrevista
P12	Licenciada en Enfermería de 62 años, egresada en la Universidad de Los Andes con 28 años de experiencia laboral, desempeñándose en instituciones públicas y privadas, domiciliada en la ciudad de Mérida, se mostró muy receptiva en la entrevista.
P13	Licenciada en Bioanálisis de 28 años, egresada de la Universidad de Los Andes, con un postgrado en Microbiología en la Universidad Central de Venezuela, se desempeña en instituciones públicas y privados, con 5 años de experiencia, se mostró muy colaboradora al momento de la entrevista.
P14	Licenciada en Bioanálisis de 34 años, egresada de la Universidad de Los Andes, con 12 años de experiencia laboral en instituciones públicas y privadas, domiciliada en la ciudad de Mérida, se mostró muy receptiva en la entrevista.

3.3 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

La técnica de recolección de datos que se utilizó en la presente investigación es la entrevista no estructurada (no dirigida o libre)¹¹, mediante esta el entrevistado tiene plena libertad para expresarse, a través de esta técnica se va a recopilar la información necesaria que provea el entrevistado de manera sencilla y mediante una conversación abierta. Para la recolección de la información aportada por los entrevistados se utilizó como instrumento de registro una grabadora de voz, posteriormente se procedió a transcribir la información de manera digital a través del programa *Microsoft Office Word*.

3.4 Principios éticos

La presente investigación se realizó manteniendo la confidencialidad de los entrevistados durante la recolección de la información; sin exponer sus datos

personales en el análisis de los resultados y utilizando códigos que guarden el anonimato de los mismos, sin conflicto de intereses.

3.5 Procedimientos, materiales, equipos e instrumentos

El estudio se llevó a cabo en 2 fases:

La primera fase de la investigación constó de la captación de las personas que fueron entrevistadas, conformadas por el personal de salud que labora en el Instituto Autónomo Hospitalario Universitario de los Andes y los pacientes que acudieron a esta institución en el Municipio Libertador del estado Mérida; posterior a la selección de los participantes, se procedió a organizar el día, la hora y punto de encuentro, mediante un mutuo acuerdo entre los informantes y la entrevistadora de manera individual para el desarrollo de la entrevista, la cual se registró a través de una grabadora de audio, y el uso de otros materiales como: cuaderno de notas, lápiz y borrador.

En la segunda fase se procedió a transcribir las entrevistas de manera digital a través del programa *Microsoft Office Word*, con ayuda del programa de reconocimiento de voz para su posterior análisis en el software Atlas.ti.

3.6 Plan de Análisis de resultados

Este estudio arrojó los resultados a través de la elaboración de herramientas cualitativas, usando el programa de análisis Atlas.ti, con el cual se facilitó las actividades comprometidas con la interpretación, recopilación y organización de los datos y audios; previamente recolectados mediante la información proporcionada por los entrevistados, de tal manera que permitió codificar, describir, interpretar y analizar segmentos significativos a través de los informantes.

CAPITULO IV

RESULTADOS

Presentación y análisis de los resultados

4.1 Categorías de análisis:

A continuación, se presenta la interpretación de los resultados de esta investigación a través del análisis cualitativo de los datos obtenidos a partir de la información aportada por los participantes con el propósito de cumplir con el objetivo planteado.

Para la presentación de los resultados se realizó una descripción de las categorías, a través de la información aportada en las entrevistas por los informantes, y que a su vez generaron el desarrollo de las subcategorías de este estudio.

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
1. Adquisición de suministros e insumos para el paciente	1.1 Institución hospitalaria 1.2 Por compra directa
2. Financiamiento para cubrir los costos de la atención	2.1 Estatal 2.2 Familiar
3. Personal de salud	3.1 Capacidad adecuada 3.2 Deserción laboral
4. Funcionamiento de equipos médicos y laboratorios	4.1 Disponibilidad y actividad en el hospital 4.2 Referidos al sector privado

4.1.1. Adquisición de suministros e insumos para la atención a los pacientes: en esta categoría los participantes de la investigación describieron la forma por medio de la cual obtuvieron los suministros e insumos para poder ser atendidos en el IHULA.

P1: Nosotros nos movimos para buscarla, porque por una clínica privada no se podía, pero se tenía el dinero de los fondos recolectados por las hijas que estaban fuera del país, y bueno gracias a Dios porque allí ellas montaron una campaña por *GoFundMe* y aparte lo que ellas podían aportarnos para todos estos gastos de exámenes, pagar la estadía en Mérida, cuando había que arreglar el carro, todos estos gastos operativos, porque él no estaba trabajando, y lo que yo ganaba no alcanzaba para nada, entonces compramos esa lista de insumos...

P2: En ese momento mi familia se movilizó a buscar los insumos, pero allí regresaron porque me pasaron directamente a quirófano, porque en el hospital había algunos insumos, solamente tuvieron que comprar luego analgésicos por la vía endovenosa, que fue el Ketoprofeno, Metronidazol vía endovenosa y Omeprazol vía endovenosa...

P3: Con respecto a los insumos, nos colaboraron con los antibióticos, le dio una flebitis en el pie izquierdo y con mucha atención me prestaron el servicio para realizarle un eco, y perfecto buena atención, estuvo 2 días en emergencia pediátrica y un mes exactamente en el piso 7... Excelente atención, excelentes doctoras, sin duda alguna la prioridad con mi hijo fue excepcional. Muy agradecida con todas las doctoras, con respecto a las curas diarias sí tenía que buscar los materiales, pero con el apoyo de la licenciada y la doctora me facilitaban los insumos de las gasas y guantes...

P4: Pues nosotros estamos en un grupo de motos de alta cilindrada y como íbamos para un evento de motos en Barinas los motociclistas nos ayudaron a buscar todos los insumos que nos pidieron...

P5: Los antibióticos y la vía corrieron por mi cuenta, lo que me proporcionaron allá fueron los exámenes y el suero...

P6: Es un tratamiento que se les pone a algunas personas con algún cáncer como leucemia, me lo pusieron por 6 meses, sin ningún problema, el Seguro Social me lo daba, en enero del 2016 me dice la de farmacia que lamentándolo mucho no me lo pueden dar más, porque solo se les va a dar a los trasplantados... y después del embarazo me da la crisis, donde necesito el inmunosupresor y es cuando empiezo a tratar de buscarlo y no lo

hay, solo a los trasplantados y a veces lo dan porque ya aquí ya no llegan medicamentos como antes y bueno me tocó comprarlo en Colombia que sí lo hay pero el costo es elevado...

P7: lo que optamos fue comprar el medicamento que el doctor me había indicado el día anterior y que no habíamos conseguido en Arapuey, lo conseguimos y en el hospital me lo colocaron, fue cuando se me calmó el dolor...me dijeron que si yo tenía un familiar aquí que fuera una vez por semana a ver si ya habían llegado los gases anestésicos para poder incluirme en la lista para operarme, uno de mis tíos buscó con el director del Seguro Social los gases anestésicos y él los consiguió con un informe médico, después de eso fue que me dieron la lista de todo lo que iba a necesitar porque allí no tenían insumos, me mandaron con la lista al almacén del hospital para ver de la lista que tenía y solo tenían el kit de laparotomía y un gorro de dama nada más y el resto tuvimos que comprarlo...

Los participantes que se presentan a continuación forman parte del personal de salud de la institución y expresaron sus opiniones acerca de los mecanismos por medio de los cuales la institución recibe suministros.

P10: En cuanto al manejo de suministros e insumos dentro de la institución, son distribuidos por depósito de insumos, son muy precarios, ya que no llega suficiente para el IAHULA; para la adquisición de materiales, suministros e insumos nos ayudan las fundaciones benéficas sin fines de lucro nacionales e internacionales, que aportan en la medida de sus posibilidades lo más que pueden al hospital, ya que hay poca disponibilidad de jeringas, antibióticos, material de bioseguridad, entre otros, incluyendo reactivos; el personal no recibe equipo de bioseguridad...

P12: La mayoría de los insumos que llegan son por donaciones de fundaciones, porque en realidad el gobierno no aporta mayor cantidad de insumos, el paciente tiene que llevar muchos de los insumos para resolver su situación, incluyendo medicamentos, estudios...

La Organización Mundial de la Salud indica que los gobiernos nacionales deben encargarse de asegurar que los pacientes reciban los medicamentos de acuerdo con las necesidades clínicas en las dosis y tiempo adecuados, y al menor costo posible⁴².

Asimismo, facilitar y abastecer las instituciones públicas con los medicamentos, suministros e insumos necesarios que requiere la población para el acceso efectivo a los mismos de la forma más sencilla posible, con el fin de asegurar el funcionamiento adecuado de los servicios de salud. Por su parte, el estudio de González²⁵ sobre la crisis del sistema de salud en Venezuela reportó que para el año 2014 no se contaba con 88% de las medicinas más esenciales y 79% de los insumos médicos, además de la escasez de fórmulas infantiles, materiales quirúrgicos, entre otros; estos presentan similitud con los resultados obtenidos en la presente investigación ya que los participantes describieron sus experiencias en las cuales reportaban las dificultades para conseguir los medicamentos, insumos y suministros básicos que requerían para sus tratamientos en el caso de los pacientes; del mismo modo, los profesionales de la salud expresaban el déficit de equipos de bioseguridad y otros equipos médicos relevantes.

La salud es un derecho social, fundamental y constitucional reconocido por la Carta Magna venezolana, cuya garantía y responsabilidad recae sobre el Estado el cual debe encargarse de organizar y ejecutar las políticas necesarias para cubrir los requerimientos de la ciudadanía⁴³. La adquisición de suministros, insumos y medicamentos forman parte de estas obligaciones que debe proporcionar el Estado para garantizar la mejora, prevención, curación, y rehabilitación, de tal manera de proporcionar y ofrecerle a la población una mejor calidad de vida, al ser estos determinantes imprescindibles para su bienestar; no obstante en muchas ocasiones y diferentes escenarios la obtención de estos recursos se vuelve muy complicada, así como lo expresaron los entrevistados anteriormente.

Los participantes de esta investigación describieron las diferentes vías para obtener los suministros básicos e insumos, y la disponibilidad de estos, además expresaban que en algunas oportunidades en las instituciones donde los asistieron les proporcionaban algunos insumos, sin embargo, la mayoría de los testimonios describieron las listas de insumos, medicamentos, y suministros que les solicitaban para poder brindarles la atención requerida, del mismo modo presenta semejanza con el estudio de Azkoul et al. donde identificaron diferentes factores que desencadenaron la emergencia humanitaria en Venezuela, entre ellos se destacan el déficit de medicamentos para los pacientes con cáncer en fase terminal²⁵.

4.1.2 Financiamiento: los pacientes describieron las diferentes vías a través de las cuales obtuvieron los recursos financieros para costear sus tratamientos. Por otra parte, los profesionales de la institución expresaron las vías de entrada de los recursos económicos.

P11: Al gobierno nacional le toca dar esos aportes financieros, entonces todo se va quedando en quejas, pueden existir muy buenos planes, pero no se ejecutan, puesto que la parte financiera mueve todo, y eso tiene un hilo muy pequeño que es el presidente, porque todos los enlaces en Venezuela, la salud, viene dada por la parte gubernamental, llámese ejecutivo nacional, luego la gobernación, y finalmente ellos disponen los recursos para el hospital universitario, y por más que este presupuesto se haga lo más real, en realidad es ficticio porque a mitad de año ya ha cambiado muchísimo por la hiperinflación que tiene Venezuela, además de lo que ellos hablan del bloqueo económico, que realmente sí afectan las medidas y sanciones porque Venezuela no está produciendo, todo lo contrario está importando todo...

P4: Nosotros mismos costeamos los gastos, pero también tuvimos ayuda familiar y de muchos amigos...

P1: Los enfermos tienen muy pocos amigos y muy pocos familiares, así que ya para esa fecha estábamos él y yo solos, la familia de él se había ido para la playa, las hijas estaban fuera del país, y bueno gracias a Dios porque allí ellas montaron una campaña por *GoFundMe* y aparte lo que ellas podían aportarnos.. Nosotros nos movimos para buscarla, porque por una clínica privada no se podía, pero se tenía el dinero de los fondos recolectados para todos estos gastos de exámenes, pagar la estadía en Mérida, cuando había que arreglar el carro, todos estos gastos operativos, porque él no estaba trabajando, y lo que yo ganaba no alcanzaba para nada, entonces compramos esa lista de insumos...

P6: Ni los dos, ni tres salarios porque yo no gano en dólares, la pastilla, el tratamiento como tal cuesta 250 dólares la caja, tengo que vender una máquina de las que tengo de coser, que es una bordadora, para cubrir un dinero que se prestó, porque es la única forma que tengo, para poder salir de la crisis porque necesitaba salir de la crisis...

P7: Pues es bastante porque aquí no tenemos un gran ingreso alto, mi familia son agricultores y lo que yo gano en mi sueldo no me alcanza ni para comprar una jeringa, porque uno de los sueros que me pidieron cuesta 200.000 bolívares y es más o menos lo que yo gano mensual y me pidieron 5 sueros ringer y 5 sueros N° 09 imagínese y claro con la ayuda de mi papá y de mis hermanos y del papá de mi hijo es que solventamos los gastos porque si no, no me hubiese operado y eso significa un hueco en el presupuesto familiar porque ese dinero que se necesitaba para comprar cosas para la casa pues se fueron ahí y para reponerla pues no se puede reponer porque cuando la llegué a reunir ya no vale eso, cuando la tengamos ya no vale nada...

Los recursos financieros de los sistemas públicos de los servicios de salud provienen de cuotas presupuestarias independientes de la cantidad de servicios prestados y de los costos, lo que afecta seriamente la asignación racional de los recursos disponibles⁴⁵, causando en su gran mayoría que los usuarios y pacientes de los servicios públicos del sector salud estén obligados a costear los gastos de atención médica y de los servicios recibidos.

El financiamiento del sistema público de salud es obligación del Estado, el cual integrará los recursos fiscales, las cotizaciones obligatorias de la seguridad social y cualquier otra fuente de financiamiento que determine la ley. El Estado garantizará un presupuesto para la salud que permita cumplir con los objetivos de la política sanitaria¹⁶.

En relación a la cantidad de recursos, Venezuela tiene gran retraso en el financiamiento del sector salud, aun cuando en cifras absolutas, los presupuestos para el gasto público total y real han crecido mucho respecto a los años 90 del siglo XX, este sector se financia a través de los gastos médicos directos por parte de la población y contribuye a la profundización de desigualdades e inequidades en la población venezolana, ya que el acceso a los servicios depende de la posibilidad de pago⁴⁴.

Estos resultados coinciden con el estudio de Fajardo et al.²⁰ sobre la exploración y la conceptualización del acceso efectivo a los servicios de salud en México, donde reportaron que la protección financiera en el sistema de salud era muy básica y cubría un bajo porcentaje de la población; asimismo, muestra similitud con los hallazgos en la

investigación de Briggs donde describen las desigualdades, barreras e inequidades en el área de salud ¹⁹.

Por otra parte, Vargas et al.²² describieron un modelo de aseguramiento en Colombia que permitió a la población de escasos recursos acceder a servicios de salud de alta tecnología para la atención de diversas enfermedades, contrariamente a lo reportado en este estudio, donde los resultados arrojaron algunas dificultades que presentan los pacientes para la obtención y garantía de los servicios básicos de salud, hasta los estudios de más alto costo, dificultando la atención médica donde se evidencian ciertas barreras económicas, políticas y sociales que limitan la garantía del acceso efectivo de la población. No obstante, Venezuela se ha visto afectada de manera significativa en el sector salud, observándose un panorama con barreras políticas, económicas, sociales y culturales que han desencadenado una serie de problemas y limitaciones de infraestructura, servicios básicos, alza de precios, déficit de medicamentos e insumos, entre otros factores determinantes que repercuten e influyen desfavorablemente en la vida de la población venezolana, ameritando buscar soluciones financieras por sus propios medios a través de sus familiares, amigos, donaciones, fundaciones, entre otros.

Los participantes de esta investigación describieron los diferentes métodos empleados para obtener los recursos financieros, ya sea través de la ayuda familiar, de amigos, o a través de algunas donaciones, fundaciones, gobierno nacional, entre otros, ya que por sus propios medios se les dificultaba acceder a todo lo que necesitaban y lograr tanto conseguir como cubrir los gastos que los mismos ameritaban para sus tratamientos.

4.1.3 Personal de salud: los participantes que se presentan a continuación forman parte del personal de salud, en esta categoría los profesionales describieron la cantidad de trabajadores de la institución, asimismo expresaban el déficit del personal de salud y los factores determinantes que ha influido en la deserción laboral.

P8: Acuérdate que el hospital es un hospital tipo IV, si hay suficiente personal para atender todos los pacientes que nos llegan de el Vigía, Santa Bárbara, Barinas, a partir

de la pandemia se empezó a disminuir un poquito el personal, tanto enfermería como el personal médico, nosotros te hablo con respecto al servicio de anestesiología...

P9: Desde mi punto de vista o lo que yo he podido ver, siento que siempre se mantuvo el trabajo obrero: las camareras, los ascensoristas, los vigilantes... Con relación a enfermería desde antes de la pandemia habíamos visto una crisis sumamente importante, pero realmente el personal de enfermería del hospital es menor, inclusive en áreas importantes como trauma shock o mixta ha disminuido muchísimo la calidad de atención en enfermería, porque es diferente áreas como trauma shock o mixtas que son áreas de cuidados intermedios que requiere por lo menos 1 o 2 enfermeros(as) por cada paciente, y actualmente creo que se maneja un enfermero por cada 7 pacientes, por lo que el manejo no es igual, porque son pacientes que requieren un cuidado bastante estricto y eso no se ha podido cumplir a cabalidad...

P10: El personal general del IAHULA es poco comparado al nivel del hospital que tenemos, hay déficit en enfermería en los pisos y en emergencia...

P12: La institución se ha recuperado un poco, porque prácticamente estaba en ruinas, se ha recuperado en pintura, en estructura, tenía unas calderas que ya no funcionaba, ya gracias a Dios lograron solventar, hay mucha deficiencia tanto en estructura todavía, en personal, porque la mayoría se ha ido o ha renunciado, a pesar de eso se siguen atendiendo a los pacientes, las emergencias, y los estudios más necesarios. Hay muy poco personal, el que está yendo es por vocación, no por un sueldo, porque en realidad los salarios son muy bajos...

P13: La verdad no nos damos a basto, es mucho el trabajo que siempre llega al hospital, y el personal es insuficiente, a medida que pasa el tiempo más personal hace falta, pero no van por alguna razón, porque tienen reposo, o por el tema de la gasolina, eso afecta mucho en el ausentismo laboral, la emigración, los bajos sueldos, también la pandemia, mucha gente renunció porque no querían exponer su vida... El total para mí es insuficiente, por ejemplo, en el área de laboratorio que es quizás donde yo conozco más, si somos suficientes los bioanalistas, pero hacen falta muchos asistentes y técnicos, entre ellos quizás son los que hay más deficiencias...

P14: Voy a hablar del personal del laboratorio de emergencia, en estos momentos contándonos todo, estamos aproximadamente 21 bioanalistas, 18 asistentes, y 2

auxiliares, falta personal, sí falta personal, porque en vista del problema país pues se han ido mucho, varios asistentes, varios bioanalistas, nos hace falta el auxiliar del fin de semana, el que lava el material, no tenemos quién cubra lo que es cuando hay algún reposo, vacaciones, tenemos que cerrar fila entre nosotros, de paso ahorita con la pandemia también nos vemos cortos del personal, más que todo por el tema del transporte y de la gasolina...

No obstante, debido a la situación actual en la que se encuentra sumergido nuestro país se presentan una serie de problemáticas que afectan directa o indirectamente a estos profesionales del área de la salud reflejándose algunas consecuencias como lo expresa el estudio de Durán y Rodríguez en el 2017, dentro de ellas se destacan: bajo salario de los médicos y sanitarios, que compatibilizaban su trabajo en el sistema público con la práctica privada, trabajos en los ambulatorios públicos con horarios de 6 a 8 horas, pero que en muchos casos cumplían menos de las exigidas, equipamiento inadecuado de los centros con bajos insumos, desmotivación profesional, problemas de inseguridad y violencia, falta de compromiso social de una parte del personal sanitario, entre otros factores ⁴⁶. Por otra parte, para el año 2019 según el estudio de Ascanio, se apreció que la migración estuvo representada por gente muy joven, es decir, profesionales venezolanos con edades muy productivas y útiles para el país y que a futuro pudiera estar formando parte del capital humano de relevo que se requiere para el desarrollo desde el punto de vista económico, político y social de Venezuela, y no de los países a los cuales han emigrado. Del total de la muestra presentada en esta investigación (513), los profesionales venezolanos encuestados manifestaron haber realizado 85 carreras diferentes en estudios de maestría o doctorado, siendo las de mayor número de personas, en el orden de aparición Ingeniería (75), Medicina (73), Comunicación Social (66), Administración (53), Publicidad y Mercadeo (29), Economía (21), Derecho (17), Psicología (16), Educación Superior (15), Arte (13), Arquitectura (10)⁴⁷.

La situación crítica en la que se encuentra Venezuela ha influido en que los ciudadanos emigren y busquen otras oportunidades y mayor calidad de vida en otros países, dentro de ellos se destaca un gran número de profesionales de la salud, debido a los bajos salarios, escasez de insumos, costos elevados, dificultades académicas para seguir formándose por

los altos costos de los estudios especializados, entre otros determinantes importantes, muchos de estos profesionales han llegado a otros países a aportar de manera significativa mejoras en el desarrollo de esas naciones, causando un impacto positivo y ayudando a la mejora de los mismos.

Los participantes de la presente investigación aportaron información fundamental para el desarrollo de este estudio, en esta categoría expresaban algunas de las condiciones más difíciles para el desarrollo de su trabajo, reportaban el ausentismo laboral debido a los bajos salarios, costos elevados de diferentes factores, déficit de combustible, ausencia de transporte público para aquellos que no contaban con un vehículo propio, falta de medidas e insumos de bioseguridad para trabajar adecuadamente en sus áreas clínicas.

De la salud pública se han retirado aproximadamente 15.000 profesionales de la medicina, de estos, un 46 % está trabajando en el sector privado. Además, persiste el déficit de personal de enfermería que los gremios calculan en 60 %, además se suman a la lista los bioanalistas⁴⁸, los resultados de este estudio muestran similitud con los hallazgos obtenidos en la presente investigación donde los participantes reportaron un incremento en la deserción laboral, así como las dificultades que presentaban en sus trabajos en el sector público.

La atención médica, el tratamiento oportuno y la rehabilitación adecuada forman parte de un conjunto de determinantes que ayudan significativamente a la mejoría y evolución de los pacientes, donde influye la ética profesional, el cuidado de los pacientes, las prácticas adecuadas, entre otros factores de quienes requieren la prestación de los servicios de salud para solventar sus necesidades. Asimismo cabe señalar que en los resultados de estudio se demostró que los participantes reportaron recibir una atención adecuada por parte de cada uno de los profesionales por los que fueron atendidos, en caso contrario a los hallazgos mostrados en el estudio de García et al.⁴ en el cual se presentaron factores desfavorables como atención médica inadecuada, así como el tratamiento incorrecto por parte de los profesionales hacia los pacientes.

4.1.4 Funcionamiento de equipos médicos y laboratorios: en esta categoría los participantes relataron cómo es el funcionamiento de los equipos, así como también aportaron información sobre las fallas y falta de mantenimiento que estos presentan,

además de la disposición de exámenes que se les realizan a los pacientes, o bien la garantía o falta de reactivos en el laboratorio.

P2: Sí todos me los hicieron allá en el hospital, me mandaron a hacer hematología completa, glicemia, tiempo de coagulación y de orina...

P11: En estos momentos el servicio de oncología no está funcionando, las radioterapias no se están cumpliendo, porque el equipo de radioterapia se dañó hace muchos años y ya no funciona, el tomógrafo que llegamos a tener en el Hospital Universitario de Los Andes era excelente, pero con los bajones y apagones hace años que se dañó y no se volvió a reinstalar, y así lo volvieran a reinstalar es un problema con los constantes apagones, porque vivimos más sin luz, que con luz, por lo tanto eso no va a funcionar... Asimismo, tuvimos la unidad de terapia renal (hemodiálisis y trasplante renal), eso fue excelente, maravilloso porque se hacían de 5 a 8 trasplantes renales semanales, hoy en día no se hace ni uno, y prácticamente por mala administración y que no se le da el cuidado necesario a las máquinas de diálisis, ya que no se les da el mantenimiento adecuado, hoy por hoy funciona uno o máximo dos, y nosotros tenemos un alto índice de pacientes que requieren hemodiálisis... Eso por nombrarle algunas cosas, pero lo que es oncología, hematología, está en muy malas condiciones, por mí podría decirle que la salud en el estado Mérida específicamente en el Hospital Universitario de los Andes, a pesar de que es un hospital tipo IV donde brinda atención a toda la población venezolana, está en pésimas condiciones, se le da la atención mínima necesaria, para ser un hospital tipo IV que resolvía todo, hoy por hoy se resuelve muy poco, y esto se está resolviendo porque el paciente aporta el 90% de lo que debería estar aportando el Estado venezolano...

P10: El funcionamiento de rayos X, ecosonograma y laboratorio es a medias, su funcionamiento depende del momento cuando haya reactivos, mayormente no hay...

P8: En cuanto a equipos estamos graves, el equipo de rayos X a veces funciona, cuando es que no hay placas o están dañados, no hay mantenimiento, bueno los parapetean y vuelven a funcionar, tomografía y resonancia creo que tenemos 4 o 5 años si no es que más que no funcionan, teniendo buenos equipos de resonancia en el IAHULA, lo mismo pasa en quirófano, de 13 quirófanos que teníamos, ahorita solo

están funcionando 2 o 3 nada más, cuando no son las lámparas, los bombillos que se queman, el equipo de laparoscopia que le falta x cosa, siempre hay algo que no funciona, en cuanto a equipos sí estamos graves..

P12: En gastroenterología por lo menos, se están haciendo endoscopias, pero no con el endoscopio que se debería sino con el de niños porque el otro está dañado, gammagrafías no se están haciendo porque en medicina nuclear el equipo se descalibró y la compañía que lo reparaba se fue del país y no hubo alguien más que lo sepa hacer y no han venido más, es un estudio que es tan importante para resolverla la situación a los pacientes oncológicos y renales que no contamos con ese equipo disponible para realizar esos estudios, imagínate los diagnósticos que se pueden hacer lamentablemente, por muy buen recurso humano que haya, como son los oncólogos, pues no se logra porque no tenemos, y no solamente es aquí en Mérida, sino a nivel nacional..

P14: El equipo de química, la última indicación del jefe es que hay que apagarlo 1 hora, primero para que se establezca lo de la luz y no fuera a quemar la lámpara, porque posee una lámpara que es muy costosa y se quema de nada, esa fue la última indicación de apagar los equipos 1 hora y sobre todo el de química, esperemos que se resuelva pronto la compra por parte de la institución, el jefe ha estado haciendo la gestión para la compra de los UPS, porque son importantísimos, es un temor cada vez que hay estas variabilidades eléctricas, en esos momentos imagínate, se atrasa la entrega de resultados, hay que decirle al familiar que viene a buscar resultados, o los que traen muestra que tienen que esperar, porque de aquí a que el equipo reinicie, son unos 10 a 15 minutos para ellos reiniciar, entonces hay una falla grande con esto...

Debido a la situación económica y política se manifestaron algunos problemas relevantes, entre ellos, se destaca las camas hospitalarias públicas (3 por 1.000 habitantes), comparado con el estándar internacional, Venezuela presenta un alto déficit, que ha ido creciendo en los últimos años hasta llegar a 70%. Según datos de la Oficina Panamericana de la Salud (OPS), entre los años 2005-2008, la tasa de camas en Venezuela fue 1,3 por 1.000 habitantes y, entre los años 2009-2011, bajó a 0,9 por 1.000⁴⁸; esto por mencionar algunas de las consecuencias negativas que se presentan

en el país, ya que son numerosos los problemas que se reportan día a día que afectan de manera significativa a la población venezolana.

Se evidencia que los participantes describieron las dificultades que presentaron en los sistemas públicos de salud para la obtención de tratamientos de efectividad debido a la gran problemática en que se encuentra el sector sanitario, en este caso se vio reflejado en el hospital centinela del estado Mérida (IAHULA) donde los entrevistados narran sus propias experiencias, que en su mayoría describen numerosas limitaciones; asimismo, es importante resaltar las fallas en los equipos médicos y el déficit de reactivos e insumos en el laboratorio, estos resultados coinciden con la investigación realizada por D'Empaire, ya que para el 2007 en Venezuela solo 31% de los pacientes portadores de VIH recibían la terapia retroviral, evidenciándose la disminución y poca efectividad de la cobertura en salud en nuestro país²³.

Del mismo modo, los centros de salud públicos presentan severas fallas de infraestructura y de servicios básicos, que derivan en el colapso frecuente de sistemas de aguas negras, falta de agua, iluminación, ascensores y aires acondicionados⁴⁸, que constituyen servicios básicos y fundamentales para el desarrollo efectivo de las instituciones sanitarias, a esto se suman las constantes fallas eléctricas en las diferentes regiones del país que ocasionan daños de equipos médicos de vital importancia para el diagnóstico y tratamiento de los pacientes.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

A partir de los resultados obtenidos en esta investigación con base al objetivo planteado se presentan las siguientes conclusiones y recomendaciones:

- El artículo 83 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela señala que la salud es un derecho fundamental para el desarrollo y bienestar de la población, el Estado está en la obligación de garantizarlo como parte del derecho a la vida.
- Los principios de gratuidad y universalidad establecidos en la legislación venezolana en el artículo 84 no se están cumpliendo de manera efectiva para los participantes de esta investigación como parte fundamental del derecho a la salud, ya que han tenido que recurrir a la adquisición de bienes y servicios que debe aportar el Estado, por lo que han tenido que financiar sus gastos a través del patrimonio personal y familiar.
- Los suministros, insumos y medicamentos forman parte de un conjunto de factores determinantes para la evolución, tratamiento y rehabilitación efectiva de los pacientes que lo ameritan, pese a esto, la disponibilidad de los mismos es baja o bien tiene costos elevados. Es por ello, que los pacientes buscan alternativas de ayuda a través del servicio al que acuden, apoyo económico familiar, del Estado, fundaciones o por compra directa.
- Los participantes de este estudio describieron las limitaciones y barreras económicas que encontraron para solventar los tratamientos que requerían y las dificultades que presentaron durante su proceso de recuperación.
- Los profesionales del área de la salud se han visto afectados a causa de la situación económica, política y social que se presenta en nuestro país debido a algunos factores determinantes como: bajos salarios, escasez de insumos y suministros, poca afluencia de transporte público, déficit del combustible, entre

otros, que ha conllevado a la deserción y desmotivación laboral de un gran número de profesionales.

5.2 Recomendaciones

- El Estado debe reforzar el financiamiento del sector sanitario y proporcionarle a la población venezolana la dotación de insumos, medicamentos y suministros necesarios para garantizar el tratamiento y rehabilitación efectiva de los pacientes.
- Se recomienda reforzar las políticas de salud pública, así como también la promoción y prevención de la salud con la finalidad de mejorar las debilidades de esta área.
- Es pertinente que el gobierno nacional brinde y facilite los elementos de bioseguridad, insumos y suministros básicos necesarios a los profesionales del área de la salud de tal manera de que puedan brindar la atención médica adecuada y efectiva a la población.
- Se hace necesario implementar y fomentar planes para la mejora y el desarrollo de infraestructuras sanitarias públicas con la finalidad de optimizar la calidad de los servicios y fortalecer las debilidades del sector salud.
- Finalmente se sugiere realizar mayor número estudios con relación al derecho de la salud, vulneración, atención médica y servicios de salud debido a la escasez de investigaciones científicas en Venezuela.

APÉNDICE A



UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN “JOSE RAFAEL TONA ROMERO”

CONSENTIMIENTO INFORMADO

La presente investigación tiene como objetivo: Analizar el acceso a los servicios de salud en un grupo de pacientes y personal de salud que labora en el Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes con relación a lo establecido en los artículos de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela en el municipio Libertador del estado Mérida. La responsable es el bachiller Angy Aguilar portadora de la cédula de identidad V-21.364.762. Los resultados obtenidos con la realización de esta investigación permitirán establecer algunos parámetros que abordan al sector salud como: acceso a los servicios, medicamentos, exámenes de laboratorio, insumos, atención en salud, financiamiento, entre otros. Razón por la cual solicitamos de su apoyo y colaboración como informante, garantizándole que su identidad personal no será dada a conocer públicamente.

Si usted accede a participar en este estudio, se le realizará una entrevista personal y/o medios digitales previo acuerdo con el investigador.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. Si en algún momento se siente incómodo está en el derecho de no seguir aportando la información a dicha investigación.

Si tiene alguna duda sobre esta investigación, puede comunicarse al 0416-1762793. De antemano agradecemos su colaboración.

Declaro que he sido informado (a) de que el objetivo de este estudio es analizar el acceso a los servicios de salud, desde la perspectiva de los informantes (personal médico, licenciados(as) y pacientes) pertenecientes al IAHULA, del municipio Libertador, estado Mérida. Me han indicado también, que se me hará una entrevista, así como también, que la participación en este estudio es estrictamente voluntaria.

Nombre y apellido del participante: _____ C.I: _____

Firma del participante: _____

Lugar y fecha: Mérida 2020.

REFERENCIAS

1. Libreros L, Fuentes L. El Derecho a la salud y la promoción de la salud en el nuevo Marco Legal Venezolano: Una aproximación. *Rev Multidisciplinaria del Consejo de Investigación de la Universidad de Oriente*. 2012;24(2):196-201.
2. Bolis M. Legislación y equidad en salud. *Rev Panam Salud Pública*. 2002;11(5- 6):444-448.
3. Borrell C, Artacoz L. Las políticas para disminuir las desigualdades en salud. *Gac Sanit. Agencia de Salud Pública*. 2008;22(5):465-473.
4. Díaz MM, Soto TA. El derecho a la salud y su efectiva protección en el Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo en el año 2015. [Tesis]. Perú;2015:141p.
5. Montiel L. Derecho a la salud en México. Un análisis desde el debate teórico contemporáneo de la justicia sanitaria. *Rev IIDH* 2004;40:292-13.
6. Cardona D, Acosta L, Bertone C. Inequidades en salud entre países de Latinoamérica y el Caribe (2005-2010). *Gac Sanit [Internet]*. 2013;27(4):292- 2977. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2012.12.007>.
7. Romero Y. La salud. Un derecho humano por construir desde la educación. *Rev Educere*. 2014; 18(61):399-408.
8. Ronconi L. Derecho a la salud : un modelo para la determinación de los contenidos mínimos y periféricos. *Rev Salud Colectiva*. 2012;8:131-49.
9. Coalición de Organizaciones por el derecho a la salud y a la vida (CODEVIDA), Programa Venezolano de Educación-Acción en Derechos Humanos (PROVEA). Artículo 12, el derecho a la salud. 2015;1-28.
10. Delgado A. El derecho a la salud en Venezuela. Una mirada desde el enfoque de los derechos humanos. *Rev Espec en Investig Jurídica*. 2019;3:116-136.
11. Hurtado J. Metodología de la Investigación Holística. SYPAL. Caracas. Venezuela; 2000. 628 p.
12. Morales R, Bermejo P, Serrate P, Mariño C, Onega N, Castillo D, et al. Transformaciones en el sistema de salud en Cuba y estrategias actuales para su consolidación y sostenibilidad. *Rev Panam Salud Pública*.2018;42(25)1-8.

13. Arango M. Organización Mundial de la Salud [Internet]. World Health 21 Organization. 2016. p. 100. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs313/es/>.
14. Gómez E. Género, equidad y acceso a los servicios de salud: una aproximación empírica. Rev Panam Salud Pública. 2001;11(5-6):1-8.
15. Carrillo Y, Romero Y. Evaluación de calidad de atención odontológica de los servicios adscritos a la Corporación Merideña de Salud en el Municipio Libertador del Estado Mérida 2005. Rev Act Odontol Venez. 2007;45(2):1-9.
16. Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. 1999;31(3):221–5. Disponible en: http://www.defiendete.org/docs/de_interes/Leyes/CONSTITUCION%20.
17. Roa A. Sistema de salud en Venezuela : ¿Un paciente sin remedio? Cad Saúde Pública. 2018;34(3):1-15.
18. Gonzales DM. Acceso al derecho a a la salud de las personas con discapacidad en el Cantón Mejía.[Tesis] Quito, Ecuador. 2016; 102 p.
19. Briggs C. Descubriendo una falla trágica en las políticas revolucionarias de salud: Desde las inequidades en salud y comunicación a la justicia comunicativa 22 en salud. Rev Salud Colect. 2017;13(3):411-27.
20. Fajardo, G., Gutiérrez J., García S. Acceso efectivo a los servicios de salud: operacionalizando la cobertura universal en salud. Rev Salud Publica Mex2015;57:180-186.
21. Frenk J., González E., Gómez O., Lezana M., Knaul F. Reforma Integral para mejorar el desempeño del sistema de salud en México. Salud Pública Mex. 2007;49:23-
22. Vargas J., Molina G. Acceso a los servicios de salud en seis ciudades de Colombia: limitaciones y consecuencias. RevFacNac Salud Pública 2009;27(2): 121-130.
23. D'Empaire G. Calidad de atención médica y principios éticos. Acta Bioethica2010; 16(2): 127-132
24. González G. La crisis del sistema de salud en Venezuela. Rev Salus UC. 2018; 22(1):6-7.
25. Azkoul J., Salas A., Gómez R. Emergencia humanitaria compleja en Venezuela, realismo mágico de alto nivel. Rev Venez Endocrinol Metab Mérida, Venezuela. 2019;17(2): 55-60.

26. Organización Mundial de la Salud. Asamblea Mundial de la Salud. Resolución WHA62.14. Ginebra: OMS, 2009.
27. Organización Mundial de la Salud. Disponible en <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/gender>. 2018.
28. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales Observación General 14, 2000. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud.
29. Fernández S. Postura de la Red Latinoamericana de género y salud colectiva de ALAMES frente a la cobertura universal de salud. Revista Cubana de Salud Pública. 2015;41(2): 335-356.
30. Organización Panamericana de la Salud. División de Promoción y Protección de la Salud. Informe de Venezuela. Logros en Promoción de la Salud con respecto a los compromisos asumidos en la declaración de México, 2007.
31. Manchola C., Garrafa., Cunha T., Hellmann F. El acceso a la salud como derecho humano en políticas internacionales: reflexiones críticas y desafíos contemporáneos. *Ciência&SaúdeColetiva*, 22(7):2151-2160, 2017.
32. Linares-Pérez N., López-Arellano O. La equidad en salud: propuestas conceptuales, aspectos críticos y perspectivas desde el campo de la salud colectiva. *Medicina Social*. 2008;3:247-59.
33. Cardona D., Acosta L., Bertone C. Inequidades en salud entre países de Latinoamérica y el Caribe (2005-2010). *GacSanit*. 2013;27(4):292-2977.
34. S Shamsheer., Pelayo E., Richman M., McColloughM., Taira B. Barreras al derecho a la salud de los pacientes de un servicio público de emergencias después de la implementación de la Ley de atención asequible. *Equidad en salud*. 2019;3(1):186-192.
35. Burkholder T., Hill K., CalvellidoHynes E. Desarrollar sistemas de atención de emergencia: un enfoque basado en los derechos humanos. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud* 97 2018;(9), 612-619.
36. Bonvecchio A., Becerril V., Carriedo A., Landaeta M. Sistema de salud de Venezuela. *Salud PúblicaMex* 2011;5(2):275-286.
37. Naranjo M. La política de salud en Venezuela durante el período 1999-2012. Aportes para su formulación e implementación. 2014;12(2).

- 38.** Reynolds T., Sawe H., Rubiano A., Shin S, Wallis L., Mock C. Fortalecimiento de los sistemas de salud para brindar atención de emergencia: Prioridades de control de enfermedades: mejorar la salud y reducir la pobreza; 2018;(9).
- 39.** Declaración de Uagadugú sobre la atención primaria de salud y los sistemas de salud en África: lograr una mejor salud para África en el nuevo milenio [Internet]. Brazzaville: Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud para África; 2008. Disponible en: https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-06/decouagadougou_declaration_eng.pdf.
- 40.** Gruskin S., Ahmed S., Bogecho D., Ferguson L., Hanefeld J, Maccarthy S., et al. Los derechos humanos en los marcos de los sistemas de salud: ¿qué hay, qué falta y por qué es importante? Glob Public Health. 2012;7(4): 337–51.
- 41.** Hernández R. Metodología de la Investigación, McGraw Hill 6ta edición. México, 2014.
- 42.** Peña T., Delgado J. Gestión suministro para disponibilidad de medicamentos e insumos en micro redes de salud 2020. Revista Científica Multidisciplinar. México 2020: 4(2): 1182-120).
- 43.** Aular Y. Escasez de medicamentos y repercusión en la salud. Revista de la Facultad de las Ciencias de la Salud, Universidad de Carabobo. 2014;18(2).
- 44.** Sambrano J. Tesis Impacto Económico de las Terapias de Sustitución Renal en el Gasto Público en Salud en Venezuela. 2010. [Tesis].
- 45.** Croce N. El financiamiento del sector salud la modernización tributaria en Venezuela. Universidad Central de Venezuela Consejo de Desarrollo Científico y Humanístico. Caracas, Venezuela; 2002.
- 46.** Durán N., Rodríguez M. Expectativa de vida de la población venezolana debido a la problemática de los centros de asistenciales en salud de Venezuela. Una revisión cronológica de los últimos 5 años. Valencia, Venezuela. 2017.
- 47.** Ascanio R. Profesionales universitarios venezolanos que han emigrado y la pérdida del capital intelectual para el país. Revista de Ciencias de la Comunicación e Información. 2019; 27: 1-14.
- 48.** D'Elia J. Situación de salud pública en Venezuela. 2014; 388-39.