

DERECHO A LA SALUD

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.

Artículo 76 de la Constitución de la República de Venezuela

El Sistema Nacional de Salud garantizará la protección de la salud de todos los habitantes del país sin discriminación de ninguna naturaleza.

Artículo 3 de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud

En 1977, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y sus Estados Miembros concretaron la estrategia "Salud para todos en el año 2000" (SPT/2000) como medio para lograr el grado más alto posible de salud para todos los pueblos. Esta estrategia trazaba metas regionales de salud para alcanzar la meta propuesta, que son evaluadas en este Informe, a dos años de cumplirse el plazo marcado.

En 1994, el Noveno Programa General de Trabajo de la OMS establecía el marco que en materia de salud debe regir la acción sanitaria de la comunidad mundial en el período 1996-2001, hacia el cumplimiento del plan SPT/2000. En dicho programa, los gobiernos reconocen sus responsabilidades en materia de salud pública, y la necesidad de hacer un análisis detenido de sus responsabilidades: "... teniendo muy en cuenta: la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad; el logro y el mantenimiento de una buena atención, tanto pública como privada; el fortalecimiento de la acción a nivel de distrito; (...) y la disponibilidad de servicios para los grupos más desfavorecidos, haciendo hincapié en el respeto de los derechos humanos".

Igualmente, se identificaron una serie de metas que representan "... lo mínimo que ha de alcanzarse al terminar el período para controlar o eliminar los principales problemas de salud..." . Transcurridos tres años de dicho reconocimiento, y uno del inicio del plan de trabajo, el Estado venezolano está lejos de conseguir logros significativos en dicho sentido. Continúa acentuándose el retroceso con respecto a múltiples indicadores básicos; a pesar de las declaraciones de intenciones acerca de la priorización de la promoción y prevención, no se terminan de implementar adecuadamente políticas de atención primaria efectivas; y, como aspecto más destacable de la situación por la que atraviesa el sector, los servicios de atención pública se deterioran progresivamente. Si bien se está avanzando en la formulación de propuestas de reforma, el proceso no se está llevando a cabo de una manera orgánica y coordinada, de manera que a menudo las diferentes propuestas entran en conflicto. Por otro lado, los contenidos adelantados coliden con frecuencia con el derecho humano a la salud. Ello hace que la evaluación global del cumplimiento del Estado venezolano en esta materia siga siendo desfavorable, tanto en políticas como en logro de metas, y que por ende sea más urgente una reconducción de recursos y prioridades.

Políticas de salud

Recursos presupuestarios

Contabilizar el gasto público en salud no es fácil, dada la multiplicidad de instituciones que prestan servicios y la ausencia de una base de datos común a todas ellas. Las fuentes de información son diversas y a menudo las estimaciones varían considerablemente. En cualquier caso, todas ellas reflejan la tendencia del sector a "descapitalizarse", "... constituyendo este hecho una de las principales razones, si bien no la única, de la profunda crisis por la que atraviesa el sector..." . El gasto público en salud en relación con el Producto Interno Bruto (PIB) viene reduciéndose progresivamente, hasta quedar por debajo del 2% para 1995.

En relación con el presupuesto nacional, la asignación al sector salud sigue igualmente decreciendo; en 1995, se sitúa en 5,2% para el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (MSAS) e Institutos adscritos, y en 8,9% para el conjunto de instituciones que brindan atención en salud (MSAS, IVSS, Gobernaciones, y demás organismos del sector público) . El 5.10.96, el entonces Ministro de Sanidad Pedro Rincón Gutiérrez realizaba las siguientes declaraciones: “Debemos hacer las presiones legítimas necesarias ante el Parlamento, el Ministerio de Hacienda y la Ocepre, para que se comprenda que ningún país desarrollado o subdesarrollado puede asignar menos del 10 por ciento de su presupuesto anual a la Salud Pública”.

Gasto Público en Salud

Año	% del PIB
1992	2,63
1993	2,19
1994	2,01
1995	1,87

Fuente: BCV/OCEPRE. Tomado de: Proyecto Salud: La Reforma de Salud en Venezuela, en: MSAS: Cuadernos para la Reforma del Sector Salud. Vol 1/Nº1, marzo de 1997. Pág. 22.

Sin embargo, no se ha logrado avanzar en ese sentido, a pesar de que el problema de recursos es invariablemente situado en el origen de la mayoría de los problemas que enfrenta el sector. Por otra parte, estas declaraciones son de un miembro del Ejecutivo, que es el Poder encargado de establecer los presupuestos nacionales. El legislativo, a través de la Comisión de Salud del Senado, ya mostró el año pasado la intención de otorgar al sector el 10% del presupuesto nacional.

Una causa añadida para entender los problemas de financiamiento del sector, a la vez que la orientación de las políticas del Ejecutivo, es el incremento de las partidas para subsidios sociales. Si en 1994, el 23,1% del gasto en salud se invertía en dichos programas, para 1995 este porcentaje se elevaba al 32,5% . En una situación de crisis, los programas sociales juegan un papel compensatorio de relativa importancia, pero el aporte para su funcionamiento no debe en ningún caso afectar los presupuestos de la salud, porque eso produce a su vez un gran impacto en las condiciones sociales de los sectores destinatarios. Las transferencias a dichos programas, junto con los aportes a otros organismos y a las gobernaciones en el marco de la descentralización, han venido significando una disminución drástica de los recursos disponibles del presupuesto del MSAS para gastos propios, al pasar de un 68,27% en 1989 al 48,74% en 1995.

Con respecto a la ayuda internacional, “... no se tiene cuantificada en forma precisa la cantidad (...) entregada al país...”, si bien se estima que se eleva al 1% del presupuesto del MSAS en sus diversas modalidades de préstamo, fondo perdido y cooperación técnica. Actualmente, el sector social cuenta con múltiples proyectos que son financiados por entes internacionales. El aprovechamiento de estos recursos depende en gran medida de la capacidad de administración que arroje la institución ejecutora, pero en todo caso no hay que olvidar que los créditos están sujetos a condiciones de préstamo estrictas. A finales de 1993 se firmó un crédito con el Banco Mundial (BM) para el Programa de Control de Enfermedades Endémicas MSAS/BM; a menos de un año de su fecha de conclusión (30.06.98), sólo se ha ejecutado el 39% de los recursos otorgados, y entre tanto se acumulan los intereses.

Medidas legislativas

Se encuentran en proceso de discusión o consulta un importante número de proyectos legislativos, que habrán de tener un impacto considerable de ser aprobados. El Proyecto de Ley de Medicamentos –actualmente en discusión en el Senado– viene siendo objeto de polémica desde hace tiempo, debido sobre todo a los desacuerdos provenientes del sector empresarial. La discusión se centra en los aspectos relacionados con la regulación de precios,

la garantía de accesibilidad de los medicamentos y la producción de genéricos. El Estado debe garantizar el acceso de toda la población a medicamentos con criterios de equidad y universalidad , y este proyecto es un paso firme en ese sentido.

En período de consulta se encuentra el anteproyecto de Ley de Salud Mental, elaborado por una Comisión Interministerial creada a tal efecto hace dos años. Este anteproyecto responde a los planteamientos de la Declaración de Caracas , en los que se recomienda la adecuación de la legislación al respeto de los derechos humanos de las personas con trastornos mentales y a la promoción de servicios comunitarios de salud mental . Otro proyecto de Ley se refiere a las enfermedades de alto costo y riesgo, y prevé la creación de un fondo especial para cubrir los gastos de estas enfermedades.

Promoción de la salud y asistencia primaria

Para el mes de julio de 1997 estaba listo el nuevo Plan de Promoción de la Salud 1997-98 de la Dirección General Sectorial de Promoción Social para la Salud (DGSPSPS) del MSAS , en el que se plantean una serie de acciones de promoción social con el objetivo de consagrar un proceso de participación comunitaria. Estos planteamientos resultan alentadores por cuanto se dirigen hacia la puesta en práctica de una visión integral de la salud, cuyo logro es posible sólo a través de la participación consciente y activa de la comunidad. Sin embargo, en tanto los planteamientos trazados desde la DGSPSPS no cuentan con el apoyo y compromiso del Ejecutivo, a través de una adecuada dotación presupuestaria y suficiente autonomía para la implementación de su programa, la población seguirá centrando sus expectativas de salud en los centros asistenciales.

En diversos municipios del territorio están teniendo lugar experiencias de salud que muestran una voluntad importante por parte de las autoridades locales de poner en práctica redes y sistemas de asistencia primaria eficientes. En el Municipio Los Salias (Edo. Miranda) hace tres años que funciona el Sistema Integral de Salud del Municipio Los Salias (SIS). Si bien no ha tenido lugar la transferencia oficial de competencias desde el nivel central, la Alcaldía firmó un convenio con el MSAS mediante el cual asume la gestión de la red de ambulatorios. La puesta en práctica de experiencias como ésta debe ir acompañada de una legislación adecuada, que sólo puede marcarla el Estado a nivel central, cumpliendo así con su papel rector. Igualmente, los sistemas locales no deben operar sin el soporte de un sistema nacional de salud saneado que permita soluciones globales eficientes, así como la garantía de una dotación presupuestaria constante. Sin embargo, la precaria situación en que se encuentra la red nacional de ambulatorios y la falta de soporte central han sido detonantes de respuestas a nivel local que pueden abrir el camino para una reforma sobre la base de la experiencia. Un aspecto negativo del SIS es el sistema de recuperación de costos que se ha implementado en los ambulatorios, dado que puede significar una discriminación socio-económica que debe desaparecer de la salud pública, máxime de los centros de asistencia primaria.

Dentro del marco de colaboración entre el MSAS y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), se encuentra la reestructuración de la atención psiquiátrica, cuya finalidad es reorientar la organización y calidad de los servicios y estimular la atención comunitaria; en este sentido, se están adelantando experiencias piloto en los Edos. Bolívar, Mérida, Carabobo y Guárico . Para el caso de Bolívar , esto significa la elaboración de un programa de atención a la salud mental en colaboración con las autoridades regionales, en el que se incorporarán los principios fundamentales del tratamiento y rehabilitación mental, en los cuales la familia de los afectados y la comunidad juegan un papel fundamental junto a los médicos . La exitosa aplicación de estrategias de atención primaria en el tratamiento de las personas con trastornos mentales facilitaría su reincorporación a la sociedad y el desarrollo de sus capacidades y aptitudes. Por ello, es importante que estas experiencias, de acuerdo a sus resultados, sean multiplicadas a los demás estados del país.

Participación y autogestión

El IX Plan de la Nación plantea la democratización y apertura a la participación social de la estructura sanitaria como uno de los elementos principales de las políticas de salud pública. Sin

embargo, al realizar un diagnóstico de los logros en ese sentido, el MSAS destaca la “... ausencia de propuestas [oficiales] que refuercen la Acción comunitaria para ampliar la participación de la Sociedad Civil, como eje fundamental...” del proceso de reestructuración de la salud. Sólo brindando información y facilitando su ejercicio real en el proceso de elaboración de políticas, podrá lograrse la participación activa de la comunidad, gracias a la cual “... las políticas y los proyectos tienden a ser más realistas, más programáticos y más fáciles de sostener...” . La actual coyuntura del sector, en la que se plantea una reforma estructural de envergadura, es una ocasión propicia para adelantar cambios sustanciales en la actitud del Estado hacia la participación, que debe apuntar, mediante medidas políticas, legales y presupuestarias, hacia la participación activa de las comunidades “... en las decisiones sobre la política de salud y en la tarea de orientar la planificación, la gestión y la vigilancia de la infraestructura sanitaria y de los programas que ésta debe ejecutar...” .

Entre tanto, a nivel estatal y municipal se vienen adelantando propuestas de participación que a menudo limitan la acción comunitaria a la cogestión de centros asistenciales, promoviendo la creación de fundaciones y entes privados con fines de administración no siempre beneficiosos para el resto de la comunidad. Por un lado, en la mayoría de los casos la implementación de los acuerdos conlleva la puesta en práctica de sistemas tarifarios que ocasionan discriminaciones. Por otro, no existen bases legales claras que determinen las funciones y obligaciones de dichos entes.

En evaluación conjunta con la OPS, el propio MSAS caracteriza a estas experiencias como uno de los elementos causales de la situación actual de los servicios de asistencia, añadiendo que “... crean inequidades en la atención y en la contraprestación del servicio, como es el caso actual en los Estados descentralizados...” .

Situación de salud

Equidad, gratuidad y no discriminación

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales afirma que: “...teniendo en cuenta que todos los seres humanos son iguales en dignidad, (...) es imposible no concluir que todos los seres humanos tienen derecho a gozar del mismo nivel de salud...” . Sin embargo, la evaluación de la situación de salud de acuerdo con indicadores de pobreza evidencia la inequidad existente en Venezuela y apunta a la necesidad de invertir el máximo de esfuerzos hacia la corrección de tales desigualdades.

La tasa de mortalidad infantil es 2,5 veces más alta en las parroquias que tienen entre el 90% y el 100% de las Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), al compararlas con grupos que tienen de 10% a 0% de NBI. Igualmente, las causas de mortalidad por enfermedades transmisibles son 3 veces más frecuentes, mientras que la tasa de mortalidad por causas perinatales es 6 veces superior en los grupos más postergados. Casi la totalidad de tétanos neonatal se registraron en municipios con 70% de la población con NBI.

La esperanza de vida al nacer es de 71,7 años (1990-95), siendo la meta del SPT/2000 de 70 años; sin embargo, en 1990 –cuando el valor era de 70,1 años –esta cifra variaba dramáticamente de acuerdo con estratos sociales (ver recuadro).

Esperanza de vida al nacer

1990

Estratos I y II	70 años
Estrato III	62 años
Estrato IV	61 años
Estrato V	58 años

La inequidad se refleja también en los valores de acceso a los servicios de asistencia. En el Noveno Programa de trabajo de la OMS, se establecieron cuatro orientaciones de política a las que debe ajustarse la acción de la comunidad sanitaria mundial, entre las que se encuentra el logro de un acceso equitativo a los servicios de salud. El MSAS estima que el 30% de la población no tiene acceso a los servicios de asistencia a la salud por razones geográficas, culturales o económicas, a pesar de la importante infraestructura existente. La superación de estos tres condicionamientos se sitúa en lo que debería ser el ámbito de acción de las políticas de promoción de la equidad en salud, y requiere de esfuerzos efectivos para lograr cumplir la meta del SPT/2000, que apunta a garantizar el acceso a los servicios de salud al 100% de la población.

En los últimos años, "... una gran proporción de establecimientos [públicos] han introducido sistemas de recuperación de costos que, al ser cubiertos por las personas, participan en el consumo privado de los hogares...". Efectivamente, el gasto privado en salud de los sectores I y II de la población (los más desfavorecidos) supone un 1,26% del PIB, cifra que es mayor que la participación del MSAS en los últimos años. Esto significa que el conjunto de la población más afectada por la situación económica gasta más en salud que el Estado a nivel central, desde donde deberían estar adelantándose medidas eficaces para aliviar los gastos y penurias de dichos sectores. El aumento del gasto privado en salud está relacionado directamente con los mecanismos de recuperación de costos implementados de manera generalizada en la red asistencial.

El Colegio de Médicos del Edo. Bolívar denunció la existencia sistemática de cobro en los hospitales públicos de la región. Igual denuncia formuló Carlos Véliz, dirigente sindical del Edo. Lara, con respecto a su región. En las emergencias de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera, de Valencia (Edo. Carabobo), se ha establecido un sistema de recuperación de costos con tarifas entre Bs. 500 y 3 mil. La Fundación del Hospital Chiquinquirá de Maracaibo (Edo. Zulia) ha establecido tarifas para todas las consultas. En el Hospital de Lídice (D.F.), un parto cuesta entre Bs. 60 mil y 85 mil.

En un documento de febrero de este año, el MSAS reconoce en referencia a los servicios de salud, que: "La gratuidad de las prestaciones no se cumple, los ciudadanos se ven obligados a pagar en dinero y en especie; a pesar del empobrecimiento creciente de la población y de la cuestionada eficiencia del sistema de recuperación de costos".

En efecto, está demostrado que lo recaudado por los sistemas de recuperación de costos representa un porcentaje mínimo de los gastos de un hospital o ambulatorio. Sin embargo, a pesar del diagnóstico oficial no se toman medidas para garantizar la gratuidad.

Sólo mediante la eliminación de los sistemas de recuperación de costos, que debe ser legitimada por una acción del Estado en ese sentido, podrá garantizarse efectivamente la gratuidad de los servicios de salud.

Mientras tanto, la demanda de servicios clínicos privados continúa sufriendo un marcado descenso. Durante 1996, la ocupación de clínicas sufrió un retroceso del 40%. La clase media, que tradicionalmente se hacía atender en clínicas, muestra una marcada tendencia a hacer uso de los servicios públicos, ante los elevados costos que deben enfrentar en la medicina privada. Este aumento en la demanda para el sistema público requiere de una mayor intencionalidad si cabe, a la hora de afrontar la necesaria recuperación de la red hospitalaria nacional. El propio MSAS caracteriza a los servicios privados de salud como "... ineficientes y de alto costo...", al evaluar "... las esperanzas que algunos le asignaron a la privatización de la salud como vía para resolver los problemas de eficiencia y financieros del sector...". Es de esperar que este diagnóstico sirva de base para desestimar definitivamente las opiniones que algunos sectores vienen apoyando de traspasar la responsabilidad de la salud pública al sector privado, lo que entra en abierta contradicción con los compromisos adquiridos por el Estado.

Tanto en el ámbito laboral como en el ámbito de la educación se siguen produciendo situaciones discriminatorias por VIH/SIDA, violando la resolución N° SC-490, del 25.08.94, del MSAS . Acción Ciudadana Contra el Sida (ACCSI), adelantó en octubre de 1996 las acciones legales y políticas necesarias para evitar que a los aspirantes a estudiar en la Universidad Pedagógica Libertador (UPEL) se les exigiera como requisito la prueba del VIH . En septiembre, ACCSI introdujo un recurso de amparo contra el Instituto Nacional del Menor y uno de los centros adscritos a esa institución, dado que se negaban a acoger a una menor por ser seropositiva.

Prevención y tratamiento de enfermedades

Las coberturas de las campañas de vacunación del MSAS en menores de un año para la Triple, Antipolio, Antisarampión y BCG se mantuvieron para 1996 entre el 70% y el 90% de las metas planificadas . Los compromisos adquiridos por Venezuela en materia de inmunizaciones, a través de la ratificación de la estrategia SPT/2000, establecen metas de cobertura de estas vacunas del 100% a menores de un año para el 1° año del próximo milenio , comparados con los porcentajes de metas alcanzadas en 1996, muestran avances moderados en ese sentido, pero evidencian la necesidad de invertir importantes recursos hacia el logro de dicha meta.

Porcentajes de cobertura de inmunizaciones en menores de 1 año

Vacunas	1995	1996	2000 (metas)
Triple	68%	70,4%	100%
Antipolio	85%	87,5%	100%
Antisarampión	67%	73,2%	100%
BCG	92%	91,6%	100%

La necesidad de cubrir estas metas con urgencia se hace más evidente, al relacionar el aumento y/o estabilización de algunos indicadores epidemiológicos en los últimos años con el siguiente análisis que el propio MSAS hace de la capacidad de respuesta ante situaciones de emergencia epidemiológica: "En la última década, se nota la ausencia de sistemas de vigilancia epidemiológica coordinados, así como la falta de acciones integrales de prevención y control que obstaculizan la toma de medidas oportunas ante la aparición de epidemias".

En el mes de febrero, diversos representantes de la Unión de Comités de Salud del Edo. Lara (UCSAL) denunciaron públicamente que en el Dpto. de Pediatría del Hospital Antonio María Pineda de Barquisimeto y en la Unidad Sanitaria de Barquisimeto, dependientes del MSAS, se estaba cobrando por las vacunas, con precios que oscilaban entre Bs. 800 (BCG, Triple) y Bs. 20 mil (Varicela, Hepatitis A) . Si bien las autoridades de estos centros declararon que esta práctica no se estaba realizando en el marco de campañas oficiales de vacunación, el hecho plantea una situación de extrema gravedad. Las autoridades deben contar con los mecanismos adecuados para evitar que en centros pertenecientes al sistema público de salud se presenten discriminaciones de este carácter, máxime en todo lo relacionado con salud preventiva e inmunizaciones.

La accesibilidad de los medicamentos es de fundamental importancia para la prevención y tratamiento de enfermedades. Un estudio de la Fundación Elías Morris Curiel sobre medicamentos genéricos revela que el 40,3% de la población venezolana no tiene acceso a ellos por sus propios medios, mientras que otro 37% sólo puede adquirir los más económicos . Los dos proyectos cuyo objetivo es facilitar el acceso a los medicamentos (la producción de genéricos y el Programa Social de Suministro de Medicamentos -Sumed), enfrentan dificultades ante la presión del mercado y requieren de una política más firme y determinada por parte del Estado para su definitiva consolidación.

El programa de medicamentos genéricos ha estado sujeto a cambios de última hora y a presiones por parte de la industria farmacéutica, la que, a pesar de participar en el diseño del proyecto, ve en el control de precios un obstáculo para su desarrollo. Sin embargo, un programa de esta naturaleza sólo puede tener efecto en la medida en que no esté sujeto a los avatares del mercado. El programa Sumed, que para finales de 1996 sólo logró asignar el 22% de sus recursos, sufrió en enero un estancamiento indefinido, a causa de la diferencia de criterios entre el Estado y la industria.

Al igual que en años anteriores, los pacientes renales enfrentaron situaciones de gravedad debido a la falta de dotación de las clínicas de diálisis y hemodiálisis, que son abastecidas en su mayoría por el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS). La última de estas crisis se produjo durante el mes de agosto. Otros grupos de las llamadas enfermedades crónicas o de riesgo que enfrentaron situaciones difíciles debido a la ausencia de materiales para su tratamiento fueron los hemofílicos (mil censados en todo el país) y los trasplantados de riñón (igualmente unos mil en todo el país).

En octubre de 1996, la Dirección Regional de Salud del Edo. Lara intervino el Centro de Resocialización Psiquiátrica de El Pampero, tras realizar un informe en el que se identificaban las siguientes características: carencia de agua, ausencia de línea telefónica, hacinamiento, falta de cuidados, falta de medicamentos, alimentación defectuosa, deterioro de infraestructura. Las autoridades pusieron en marcha una serie de medidas para mejorar la situación de dicho centro, que no contaba con permiso de habitabilidad para la fecha de su inauguración, hace ya unos 10 años. En el mismo mes, un colectivo de trabajadores presentó un escrito ante el MSAS para denunciar las deplorables condiciones del Hospital Psiquiátrico de Anare, en el Municipio Vargas (D.F.). Por otra parte, la OPS califica positivamente al Centro de Salud Mental de Ciudad Bolívar, que será incorporado al proyecto de salud mental y asistencia primaria que se desarrollará en el Edo. Bolívar.

Asistencia a la salud

Desde noviembre de 1996, la Federación Médica Venezolana (FMV) anunció acciones de protesta inminentes en función de tres reclamos principales: la situación de los centros asistenciales (falta de dotación y deterioro de la estructura física), vencimiento de la contratación colectiva y reclamo de una política de seguridad social para los médicos. Ante la falta de respuesta por parte de las autoridades, se inició el 27.12.96 una paralización de actividades –“hora cero”–, que afectó de distinta manera a la red asistencial pública, tanto a nivel servicios como emergencias, y que puso de relieve una vez más las negativas condiciones en que trabajan los médicos de la salud pública. Este conflicto puso en evidencia la incapacidad del Estado para enfrentar la crisis global del sector, abordando soluciones estructurales que garanticen el funcionamiento adecuado del sistema de salud asistencial, tanto en dotación y planta física como en compromisos con los trabajadores. Si bien el abandono de las emergencias –que Provea no apoyo en su oportunidad– debe considerarse un recurso extremo, la FMV hizo uso legítimo de un derecho constitucional ante la falta de cumplimiento de las autoridades, que quedaría nuevamente evidenciada más adelante, cuando se repitieron situaciones de conflicto en el sector.

De acuerdo con el registro hemerográfico realizado por Provea, 50 centros hospitalarios del país atraviesan o han atravesado a lo largo del período circunstancias que supusieron una grave desmejora de las condiciones de atención –distintas de las provocadas por las protestas gremiales (ver anexo No. 12). Sin embargo, este método de registro de la crisis de los centros hospitalarios no resulta definitivo. La Memoria y Cuenta del MSAS 1996 no presenta balance ni información alguna acerca de la crisis que se produjo el año pasado, que afectó a centros de todo el país. El Director Técnico de Servicios de la Dirección General de Salud del MSAS, en entrevista el 30.09.97, reconoció que los centros están pasando “...grandes dificultades...”. Las causas son muy variadas, pero su origen común se encuentra en la falta de recursos y en una inadecuada administración de los recursos existentes. Un problema que se presenta de forma recurrente se refiere a la falta de mantenimiento, tanto a nivel de instalaciones generales como del equipamiento médico, cuya “... obsolescencia [es] del orden de 15 a 20 años...”. El propio MSAS identifica las causas del problema: “En los últimos años de (sic) ha deteriorado la

infraestructura física de la red, lo cual se ve expresado no sólo en las deplorables condiciones materiales de los establecimientos, sino en la carencia de suministro de servicios básicos, como agua y electricidad, todo lo cual está asociado a la baja tasa de inversión en construcción pública médico-asistencial y la falta de una política de mantenimiento preventivo y correctivo”.

El otro eje fundamental de la crisis es la falta de insumos y equipos médicos adecuados, lo cual ha sido reiteradamente denunciado por las sociedades médicas de diversos centros. En cuanto a la respuesta que ha dado el Ejecutivo a los problemas de dotación a partir de las protestas gremiales, el Presidente de la FMV, Dr. Fernando Bianco, concluyó que “... se lograron relativas mejoras salariales, pero la dotación hospitalaria sigue siendo incumplida; está inclusive peor que antes de la huelga...”.

Una lista incompleta de los problemas detectados en diversos hospitales incluye: cierre total de servicios, cierre de los quirófanos, cierre de servicios por contaminación, hacinamiento en los servicios, colapso de las emergencias, colapso de laboratorios, falta de ambulancias, problemas con el aire acondicionado en áreas que lo requieren (Ej. cuidados intensivos), fallas en el suministro de agua, deterioro de las instalaciones, ausencia de mantenimiento, inundaciones, etc.

Por otra parte, hace ya tres años que el Ministerio Público realiza inspecciones periódicas en numerosos hospitales del país. El informe correspondiente a las visitas del año 1996 arroja un balance marcadamente negativo, al igual que el año anterior, lo que apunta a que no se están adoptando las medidas adecuadas para corregir las deficiencias que se detectan. Habida cuenta de la ausencia de una política adecuada de mantenimiento y de la incapacidad del Estado para dar respuesta a las necesidades de dotación de los centros asistenciales, la situación de crisis en los centros hospitalarios puede terminar convirtiéndose en una característica estructural del sistema.

La prensa nacional recogió a lo largo del período la muerte de 20 usuarios por causas presuntamente relacionadas con la situación de inoperatividad que atraviesan los centros hospitalarios. En octubre de 1996, el Fiscal 85 del Ministerio Público solicitó apertura de averiguación sumarial acerca de la muerte de Oda Soledad PÉREZ GÓMEZ, que aparentemente habría sido causada por contaminación, luego de ser operada en la Maternidad Concepción Palacios (DF). Gabriel Arcángel CARRASCO (67) murió al desprenderse el ascensor que tomó en el Hospital de Lídice (DF); el ascensor se encontraba en reparaciones desde hacía días, pero ningún cartel lo advertía. El Dr. Jean Marcos París, Presidente de la Sociedad de Médicos del Hospital Rísquez, denunció que 5 pacientes perdieron la vista a causa de la falta de aire acondicionado, que mantenía inoperativa desde hacía 5 semanas toda el área quirúrgica. Por su parte, los pacientes del servicio de neurocirugía del Hospital del IVSS Domingo Luciani (D.F.) introdujeron un recurso de amparo para salvaguardar su derecho a la salud, dado que las operaciones a que debían ser sometidos venían siendo postergadas de manera indefinida.

Indicadores de morbilidad y mortalidad

La Dirección de Vigilancia Epidemiológica, al analizar los datos de morbilidad para el año 1995, identifica como principal conclusión “... el deterioro de la calidad de vida de la población venezolana que se está reflejando claramente en el comportamiento de los estados morbosos...”. Este informe presenta información general acerca de la morbilidad, así como análisis de las causas de prevalencia de ciertas enfermedades, con el objetivo de destacar los dos factores que están incidiendo negativamente sobre la salud de la población: una política económica desvinculada del desarrollo social y una política de salud pública deficiente, que no cumple adecuadamente con sus objetivos centrales de promoción de la salud y prevención de sus riesgos.

Según registro de 1996, las enfermedades infecciosas intestinales –cuya incidencia está estrechamente relacionada con las condiciones sanitarias de aguas servidas– se mantienen en la zona de alarma del canal endémico.

En 1996 se notificaron hasta noviembre 8.223 casos de dengue, con 12 fallecidos por dengue hemorrágico. En lo concerniente a 1997, ya en la semana epidemiológica N° 38 (del 14.09 al 20.09) se habían presentado 11.891 (18 decesos), lo que significa que su incidencia superará a la del año anterior, si bien se prevé una notable disminución con respecto a 1995. Los estados en donde se ha detectado mayor morbilidad son Lara, Mérida, Aragua, Barinas y DF, donde la casuística supera en 40% a la del año pasado.

La malaria muestra un importante repunte para el presente año. Si los cerca de 20 mil casos que se produjeron en 1996 suponían un discreto descenso del 10% con respecto a 1995, la cifra de 1997 hasta la semana epidemiológica N° 38 se sitúa ya en 21.283 -6.925 casos más que los registrados hasta la misma semana del año anterior. Los estados más afectados son Sucre y Bolívar, con alrededor del 30% de casos cada uno. Para el caso concreto del Edo. Táchira (8,4% de los casos para la semana epidemiológica N° 33), el registro casi se triplica con respecto al mismo período del año anterior. Al respecto, el Programa de Erradicación de la Malaria realiza el siguiente diagnóstico: "... Existe en la región, una situación de desorganización total en el campo de las instituciones generadoras de salud, que ha fomentado paralizaciones de las actividades antimaláricas con mucha frecuencia...", lo que sumado a fallas gerenciales sería el causante de dicho exceso. Por su parte, la Dirección de Vigilancia Epidemiológica reconoce que "... estas afirmaciones se corresponden con una realidad ampliamente expresada para (sic) nosotros, en deficiencias y negligencias en las actividades básicas..." de vigilancia epidemiológica, por lo que "...el componente de intervención sanitaria está seriamente comprometido...". La internalización de las dificultades y deficiencias que enfrentan las instituciones de salud en éste y otros campos es un paso importante en el proceso de lograr cambios significativos hacia las metas de salud, pero debe ir acompañada de una determinación en la implementación de medidas que no termina de producirse.

En cuanto a la encefalitis equina, la epidemia de 1995 arrojó tan sólo dos casos a comienzos de 1996 (que corresponden a la cola del brote) y no se ha evidenciado en lo que va de 1997, a pesar de que "... el comportamiento presentado desde 1962, hace suponer la reaparición de la enfermedad para finales de 1996...". Es de esperar que la alerta epidemiológica que se declaró a mediados de año para las zonas más sensibles a dicha enfermedad arroje mejores resultados que en el período anterior.

El cólera, que no se manifestaba en el país desde el año 1993, reapareció a mediados del año pasado en el Edo. Zulia. Después de varios meses de informaciones confusas y de intentos de calificarlo como fenómeno "importado", las autoridades declararon alerta epidemiológica en la zona. Poco más de un mes después se produjo un nuevo brote en el D. F., donde la alerta se declaró con mayor celeridad (para la fecha se habían registrado 10 casos). Ello no impidió que la enfermedad se hiciera presente a lo largo de los meses siguientes, tanto en el Área Metropolitana como en varios estados del país. El año pasado el total fue de 269 casos, con 9 muertes, y el acumulado de 1997 se sitúa para la tercera semana de septiembre en 2.086 casos, con 48 muertes. La mayoría se ha focalizado en el Edo. Zulia (246 en 1996 y 1.067 en 1997), aunque la tasa de letalidad es sensiblemente superior en el Edo. Delta Amacuro. A mediados de septiembre se mantenían los últimos brotes presentes en Zulia, Aragua, Miranda y D.F., habiéndose presentado los primeros casos en el Edo. Trujillo. Con respecto a las cifras de incidencia de la enfermedad, se calcula que el subregistro puede ascender al 90%, puesto que "... sólo entre 1% y 5% padecen cuadros graves que ameritan hospitalización y terapia... [y] ...los que no se sienten enfermos siguen contaminando el medio ambiente sin que nadie se dé cuenta...", según Hernán Paublíni, Director de Vigilancia Epidemiológica del MSAS. Germán Valero, director regional de salud del Edo. Zulia, reconocía en junio la posibilidad de que el cólera se convierta en una endemia en la región; para entonces el número de casos se elevaba a 901.

Guillermo Seijas, vice ministro del MSAS, afirmó que "... si no tuviéramos las medidas sanitarias que disponemos aquí el cólera hubiera hecho estragos...". A partir de que las autoridades asumieron abiertamente la presencia del cólera en el país, se establecieron medidas de promoción y prevención, como campañas informativas, cordones sanitarios y reglamentaciones en torno a la venta de productos en lugares con poco o ningún control higiénico, lo que ha logrado una reducción importante de su incidencia con respecto al brote de 1992. Sin embargo, como afirma el presidente del Instituto de Medicina Tropical, Alexis

Rodríguez Acosta, "... lo principal es mejorar las condiciones sanitarias y socioeconómicas de las poblaciones, porque el problema del cólera radica en el subdesarrollo..." . Por otro lado, y en contraste con las declaraciones del vice-ministro, una de las actividades específicas de la Dirección de Vigilancia Epidemiológica del MSAS para el año 1996 fue la intensificación del plan de acción de control y prevención para enfermedades diarreicas y cólera. A pesar de dichas acciones, ese mismo año hizo presencia en el país el cólera, tras 4 años de inactividad epidémica.

La tuberculosis es otra enfermedad reemergente, que prácticamente había desaparecido de Venezuela. En 1995 se detectaron 5.232 casos con 764 fallecidos, lo que representa un ascenso del 22% con respecto al año anterior. Sin embargo, existe un subregistro indeterminado, así como "... problemas operacionales del programa...", que dificultan su control.

Sólo mejorando las condiciones socio-ambientales de la población se podrá lograr la paulatina desaparición de las enfermedades relacionadas con la pobreza. La Dirección de Vigilancia Epidemiológica destaca "... la relevancia que tiene (...) el adecuado acondicionamiento de la infraestructura sanitaria y de las condiciones de saneamiento ambiental con las que coexiste la población..." . Resultan alentadores los planes trazados desde los entes gestores de concentrar esfuerzos en las áreas de promoción de saneamiento ambiental y prevención de riesgos, pero estos planteamientos se vienen repitiendo desde hace años, sin que se puedan palpar los resultados efectivos de un cambio en ese sentido. Entre tanto, sigue prevaleciendo el esquema curativo de la salud, tanto en términos de inversión como de medidas. En el proceso, es la población más desasistida la que sufre las consecuencias.

La incidencia del sarampión viene disminuyendo notablemente desde la epidemia de 1994; en 1996 alcanza un registro de 546 casos, con un deceso. Es en el combate contra el sarampión donde mejores efectos ha logrado la irregular política de prevención de enfermedades infecciosas. Sin embargo, la casuística de tosferina sufrió un ligero repunte en 1996: 26.489 casos con 13 fallecidos, frente a los 25.123 casos con 10 muertes de 1996.

Desde 1982 hasta septiembre de 1996 la División de SIDA/ETS del MSAS ha registrado en el país 6.299 casos de SIDA, de los cuales 5.706 son hombres y 593 mujeres; el número de muertes asciende a 3.712 . El grupo etario más afectado es el comprendido entre 20 y 39 años. Estas cifras no son altas si se comparan con otros países de la región; sin embargo, la oficina del MSAS reconoce un subregistro de unos 3 casos más por cada caso registrado, lo que elevaría la cifra a cerca de 19 mil . Por otro lado, las estimaciones del número de portadores del VIH varían entre 50 mil (las más conservadoras), 425 mil (que baraja Raúl Fernández Barboza, asesor del MSAS) y 625 mil.

La División de SIDA/ETS, a través de su Directora la Dra. Beatriz Narváez, asume correctamente que "... hoy por hoy la educación es la única vacuna...", pero este planteamiento parte de un presupuesto que puede afectar seriamente los efectos positivos de esta política, al entender que es un proceso lento y "... muy tendiente al fracaso..." .

Salud materno infantil

En agosto del presente año, los directivos de la Sociedad de Puericultura y Pediatría señalaban la reaparición de cuadros severos de desnutrición en escolares y el incremento de patologías de los aparatos gastrointestinal y respiratorio en lactantes como los principales problemas en relación a la salud infantil . Alrededor del 30% de las consultas infantiles están relacionadas con cada una de dichas patologías. Ambas causas están directamente relacionadas con las condiciones alimentarias, ambientales y educativas de los sectores más desfavorecidos. Eva Rodríguez, epidemióloga regional del D.F., indicó a finales del año pasado la existencia de una epidemia de diarrea infantil en la región, que había arrojado 35.493 casos hasta noviembre, frente a los 31 mil de 1995 . A su vez, José Domingo Maldonado, epidemiólogo regional del Edo. Carabobo, señalaba por las mismas fechas una epidemia de diarrea infantil en mayores de 5 años en la región, identificando sus principales causas en el mal estado de las aguas y alimentos y en la falta de servicios básicos en los sectores más desfavorecidos.

La tasa de mortalidad infantil, que mantenía una tendencia descendente hasta el último decenio, se ha estancado en el período 90-95, cuando pasa –según cifras de la OMS/OPS– de 31,3 a 28,1 por 1.000 nacidos vivos (NV) , siendo 30x1.000NV la meta para el año 2000 de la estrategia SPT/2000 (según el indicador UNICEF, la cifra se eleva a 33,3) . Sin embargo, este promedio varió alarmantemente, aumentando entre 31,5 y 50x1.000 en los Edos. Amazonas, Delta Amacuro, Nueva Esparta, Zulia y Bolívar . Estas diferencias se explican al relacionar el porcentaje de NBI y las tasas de mortalidad infantil registradas en cada uno de los estados, lo que arroja un cuadro de inequidades por motivo geográfico que indica la necesidad de reconducción de recursos y programas. Por su parte, el indicador de mortalidad de niños de 1-4 años x1.000 niños de esas edades arroja un comportamiento positivo: 1,5 , frente a 2,4 que traza la OMS para el año 2000. Las principales causas de mortalidad infantil son: en primer lugar, las afecciones respiratorias como la asfixia e hipoxia (31,1%), y en segundo lugar las diarreas (17,9%).

De acuerdo con el Dr. Avellaneda, subdirector del Instituto Nacional de Nutrición (INN), "... para el año 1996, debido a la gravedad de la situación económica, hubo un aumento en el porcentaje general de desnutridos..." . Efectivamente, datos del INN-SISVAN para el primer trimestre de 1995 y 1996 muestran un importante deterioro de la situación nutricional infantil, especialmente en ciertas regiones como Yaracuy, Sucre, Portuguesa, Delta Amacuro y Amazonas . Si bien el Dr. Avellaneda señala que "... nuestros programas nutricionales han cumplido y están cumpliendo un papel fundamental..." en el proceso de aliviar la desnutrición, dichos programas sólo logran atenuar la desnutrición infantil en aquellas regiones con mayor capacidad de organización social. Por añadidura, para 1997 se espera una reducción en el número de beneficiarios, lo que probablemente redunde en un mayor índice de desnutrición en aquellos sectores y áreas geográficas donde dichos programas están resultando efectivos.

El MSAS identifica los siguientes factores como principales determinantes de los problemas de salud reproductiva: el aumento de la pobreza, el alto porcentaje de embarazos en menores de 20 años y las deficiencias asistenciales del sector público. A pesar de que se dispone de infraestructura y recursos humanos, se detectan fallos en la coordinación de los servicios, poca disponibilidad de insumos básicos, limitaciones en la red de atención primaria y baja disponibilidad de recursos. Un problema que se sitúa al origen de todas estas fallas, junto con la escasez de recursos, es la falta de una política de salud reproductiva específica, que permita abordar sistemáticamente la problemática derivada de ella.

A nivel de indicadores, las muertes de mujeres de 15 a 49 años por causas maternas registran un aumento del 3,5% entre 1990 y 1994, si bien la mortalidad general se redujo en casi 2% para el mismo período. La tasa de mortalidad materna se situó en 65,6 x100.000 NV en 1995, superando la media para el período 1988-95 (63x100.000 NV).

El porcentaje de mujeres en edad reproductiva que reciben atención pública relacionada con planificación familiar es muy reducido, y viene sufriendo un importante retroceso en los últimos años (1990: 14,6%; 1994: 12,6%; 1995: 10,8%). El propio MSAS identifica las causas de dicho retroceso en razones presupuestarias, falta de dotación y "... escasa política de información, educación y comunicación para toda la población..." . En lo que se refiere a atención a mujeres embarazadas atendidas por personal del MSAS durante el embarazo, la estimación para 1994 arroja un exiguo 33,70%.

En cuanto a las labores de promoción, las campañas educativas cuentan con pocos recursos materiales, y se realizan sin la debida coordinación entre las instancias responsables (Min. Familia, Min. Educación y MSAS). El MSAS entiende que "... las comunidades tienen un grado bajo de participación en la formulación y ejecución de los programas..." , pero sería importante que se realizara un diagnóstico de las razones de esta situación. En tanto en cuanto la población permanece desinformada y no se concentran esfuerzos en fomentar su capacitación y formación, difícilmente se encontrará identificada con la necesidad de participar activamente en las políticas públicas.

Salud ocupacional y del medio ambiente

El mantenimiento de la salud en los ambientes de trabajo es mandato de los dos principales organismos de salud, MSAS e IVSS. De estas dos instituciones, sólo el IVSS lleva un registro de enfermedades ocupacionales, a través de la Dirección de Medicina del Trabajo. De acuerdo con estos registros, el número total de accidentes de trabajo entre graves y mortales presenta un descenso progresivo en los últimos años, a partir de 1992, cuando se produjo el mayor número de casos de la década (20.279). Para el año 1995, último período computado, se presentaron 15.797 casos. Sin embargo, aún en 1997 no se cuenta con datos que desglosen esta casuística entre accidentes graves y mortales para los años 1992-95, lo que permitiría establecer prioridades acordes con las necesidades detectadas.

El Plan Nacional de Salud de los Trabajadores, publicado por la Dirección General Sectorial de Salud del MSAS en diciembre de 1995, establece seis prioridades nacionales de acuerdo a seis actividades económicas. Los servicios de salud y sus trabajadores figuran como primera prioridad en esta lista, debido a la exposición a riesgos laborales derivados de su actividad y a la identificación de la situación de los trabajadores como determinante directo de la calidad de los servicios de salud. Por ello, se plantea la necesidad de mejorar las condiciones de trabajo y dar respuesta a las reivindicaciones laborales del sector. Adelantar políticas en este sentido significaría un primer paso fundamental para promocionar efectivamente la salud ocupacional, y favorecería el saneamiento del sistema de salud pública. Sin embargo, la situación laboral que enfrenta el sector salud muestra una vez más la incapacidad del Estado para poner en práctica soluciones adecuadas, aún cuando son identificadas y desarrolladas a lo interno de sus instituciones. Un ejemplo de ello es el problema que afrontan los trabajadores y usuarios del servicio de radiología del H. Pérez de León. A pesar de que se cuenta con un informe oficial que muestra que el deterioro de los equipos radiológicos expone a radiaciones muy por encima de lo permitido, el Servicio Municipal de Salud ha decidido que se deben seguir recibiendo pacientes, con el riesgo demostrado que ello supone para la salud de trabajadores y usuarios.

En cuanto a actividades de salud ambiental, el MSAS logró cumplir adecuadamente con la mayoría de las metas trazadas para 1996, gracias sobre todo a una adecuada coordinación de actividades intersectoriales, en las que se involucraron múltiples instituciones públicas. Esta coordinación intersectorial es por sí sola un logro importante. Las metas de control sanitario del aire, agua y suelo cumplieron el ejercicio con promedios por encima del 100% de cumplimiento, a excepción del control de contaminación atmosférica, que arrojó déficit en las metas logradas.

El Servicio Autónomo Programa Nacional de Vivienda Rural arrojó igualmente cumplimiento de metas; sin embargo, existen indicadores que permiten abrigar dudas con respecto a la calidad de las viviendas que se realizan desde este programa. Los planes para 1997 se centran en la creación de rellenos sanitarios y el establecimiento de mancomunidades para el manejo y disposición final de residuos sólidos. Existe en el país un déficit agudo de rellenos sanitarios, que debe ser solventado, sin dejar de lado que suponen un potencial foco de infecciones y contaminación, por lo cual su creación debe ir acompañada de una adecuación a los estándares de control ambiental.

La estrategia SPT/2000 traza como meta para el año 2000 que el 100% de la población tenga acceso a servicios de agua potable y de evacuación de desechos. El análisis de las cifras promedio que se presentan a continuación indica la necesidad de realizar ingentes esfuerzos en el sentido de dotar adecuadamente con dichos servicios a más de la tercera parte de la población.

Servicios	% de la población	
	Urbano	Rural
Con servicios de alcantarillado y evacuación de excretas	55%	59%
Con servicios de abastecimientos de agua potable	68%	67%

Fuente: OPS/OMS: Situación de Salud en las Américas. Op. cit. Datos para el período 1992-95

Reforma del sector salud

Desde hace años se vienen adelantando diversos proyectos de reforma del sector salud, que afectan tanto al nivel central como a las gobernaciones. El componente más importante ha sido el proceso de descentralización, que comienza en 1992. Este proceso se está llevando a cabo de manera descoordinada, lo que está dando lugar a conflictos entre los distintos poderes, permitiendo la implantación de modelos dispares en los distintos estados, de acuerdo con intereses y esfuerzos no siempre acordes con la búsqueda de una mayor equidad y eficiencia en el sector. Por otro lado, el propio MSAS ha utilizado la descentralización como medio de desprenderse de responsabilidades de gestión, que normalmente no se ha correspondido con una transferencia equivalente de recursos. A continuación se analizan los proyectos más significativos de la reforma.

El Proyecto Salud (PS) –que cuenta con recursos internacionales del BM y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID)– es el principal ente ejecutor a nivel central de la descentralización y reestructuración del MSAS. Supone un importante esfuerzo para retomar la iniciativa del proceso, cumpliendo con el papel rector y normativo con el que debe contar un proceso de tal complejidad, sin embargo enfrenta importantes obstáculos desde el comienzo de su ejecución, que han obligado a introducir cambios en la planificación. A pesar de ello, ha adelantado a lo largo del período diversas actividades en sus componentes de descentralización y reestructuración del MSAS, aunque el nivel de ejecución del préstamo está por debajo de lo esperado.

El Programa de Atención Integral a la Salud (PAIS) es un proyecto de la Unidad Coordinadora del PS, y atiende al tercer objetivo del mismo: reforma de modelos de gestión. El PAIS plantea, en el marco de la descentralización, un modelo de atención bajo dos grupos de intervenciones según su complejidad. De acuerdo a esta división, sólo el primero contará con financiamiento 100% público, lo que significa la estratificación de la salud y la apuesta por un modelo que atenta contra la equidad. Si bien se crearía un fondo de salud para cubrir la atención de las personas sin medios económicos, no se debe olvidar que en el modelo actual, que no cuenta con estas categorías, se producen discriminaciones en la atención. De no corregir estas deficiencias, la propuesta del PAIS vendría a legitimar estas discriminaciones.

En ese sentido apunta igualmente una iniciativa legislativa, el Proyecto de Ley Orgánica de Salud (LOS), elaborado por un equipo interdisciplinario que incluye al MSAS y al Congreso de la República. Este proyecto –que de aprobarse derogaría la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud (LOSNS) y la Ley de Sanidad Nacional –, consagra en su art. 37 los sistemas de recuperación de costos como medios para optimizar el sistema asistencial, a pesar del cuestionamiento de su eficiencia y equidad. Adicionalmente, en el art. 36 se concibe a los establecimientos de atención a la salud como empresas públicas que administran recursos financieros distintos del presupuesto aprobado al sector salud, lo cual puede ser interpretado como legitimación de la privatización. Finalmente, no contempla el precepto del Estado como garante del derecho a la salud, sino que limita su papel a la determinación de un conjunto de “... prestaciones obligatorias...” (art. 44) que relativizan la garantía debida a la población por precepto constitucional.

Por último, el Proyecto de Ley Orgánica de Seguridad Social establece la creación de un Subsistema de Salud Nacional de Atención Médica, que incumple el principio de universalidad, al dejar por fuera del sistema a los sectores que no tienen capacidad de cotizar al sistema (art. 3). Plantea una vez más la creación de planes de salud con distintas categorías (art. 38), incorporando al sector privado como ente prestador de servicios que debe cubrir el sistema (art. 35); ambos aspectos repercuten en discriminación socio-económica. Por otra parte, entra en contradicción con las propuestas de atención a la salud que emanan del MSAS, al crear un fondo para salud cuyos recursos se atribuyen a su vez el PAIS, desde donde se brindarían prestaciones a los asegurados. De nuevo queda evidenciada la falta de coordinación de las propuestas del Estado con respecto a la salud; la vulnerabilidad de la que adolecen antes de ser implementadas permiten augurar su fracaso antes de su aprobación.

La necesidad de una reforma profunda del sector se detectó ya en la década pasada, cuando se aprobó la LOSNS. La incapacidad del Estado para adelantar su implementación mostró la necesidad de que los proyectos de reforma vengan acompañados de una voluntad y determinación políticas que parecen de nuevo estar ausentes del actual proceso. Por ello, y ante el deterioro progresivo de la situación de salud y del modelo de intervención, se hace cada vez más necesario lograr una concertación multisectorial definitiva, de la que debería surgir un proyecto global que incluya las bondades de la LOSNS y las ventajas de los subsistemas estatales y locales. En cualquier caso, toda propuesta debe contemplar el pleno respeto a los principios rectores del derecho humano a la salud, entre los que se encuentran la universalidad, la equidad y la accesibilidad. Es importante que estos principios no sean interpretados como elementos de un discurso, sino que sean efectivamente incorporados con medidas que garanticen su cumplimiento.