

# 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**

La crisis sin precedentes de la red hospitalaria ha sido el elemento más significativo del período en lo que respecta al derecho a la salud. Sin embargo, esta crisis pone en evidencia una cuestión de mayor relevancia: la falta de compromiso y voluntad política del Ejecutivo para abordar la salud desde una perspectiva integral de derecho, que cumpla con los compromisos asumidos por el Estado.

De acuerdo a la definición de sistema nacional de salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS), asumida por el Estado venezolano a través de diversos compromisos internacionales, los distintos tipos de centros hospitalarios, que conforman junto a otras instancias intersectoriales el escalón intermedio del sistema, deben brindar servicios especializados y "... prestar apoyo al primer escalón de contacto de la atención primaria de salud",<sup>70</sup> que es considerado como "... la función central y el núcleo principal..."<sup>71</sup> del sistema. En la medida en que el nivel de asistencia primaria funcione de acuerdo a sus características, prestando servicios de salud preventiva, los escalones intermedios podrán cumplir con su papel sin enfrentar situaciones críticas, dada la interdependencia de los distintos escalones. Es por ello que las razones de la crisis hospitalaria que atraviesa la salud pública hay que buscarlas en una inadecuada política de salud, que coloca sobre el sector terciario todo el peso de la asistencia, manteniéndolo al borde del colapso debido a la

70 ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD: *Estrategia Mundial de Salud para Todos en el año 2.000*. Ginebra, 1981. Pág. 41. Todas las citas relacionadas con instrumentos internacionales han sido tomadas de Provea: *La salud como derecho. Marco nacional e internacional de protección del derecho humano a la salud*. Provea, Serie "Aportes" N° 3. Caracas, 1996

71 Organización Mundial de la Salud: *Declaración de Alma Atta*. Alma Atta, 1978.

sobre demanda de servicios. Mientras no se lleve a cabo una reestructuración profunda del sistema, planteando soluciones a los problemas de salud más usuales desde los centros de atención primaria a través de un esquema preventivo, y reservando a los centros hospitalarios la atención de problemas complejos, la investigación y la formación académica, cualquier solución a corto plazo de la situación hospitalaria llevará inevitablemente a un nuevo colapso.

## Prevención y tratamiento de enfermedades

Al igual que en años precedentes, las jornadas de vacunación en 1995 no lograron cubrir a cabalidad los objetivos planteados, si bien la cobertura de vacunación antipolio oral refleja un incremento del 6% con respecto a 1994.<sup>72</sup> En cuanto al programa de prevención del dengue, a lo largo de 1995 se cumplió con el 82,4% de las visitas programadas y, aunque aumentó en términos absolutos el tratamiento y eliminación de depósitos, el incremento en la incidencia de la enfermedad muestra la necesidad de corregir y perfeccionar los mecanismos del programa. Es de destacar la iniciativa del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (MSAS) de elevar a rango de Dirección General Sectorial la dependencia encargada de promoción para la salud, pero esta medida solo surtirá efecto en cuanto reciba una asignación presupuestaria que le permita alcanzar una mínima operatividad. De acuerdo a estudios de la Oficina Panamericana de la Salud (OPS), tan solo el 0,3% del presupuesto del sector salud es destinado a actividades de

promoción de la salud, porcentaje que debería situarse como mínimo en el 3% del total para que tuviera algún efecto real sobre la salud de la población.<sup>73</sup>

En cuanto a la red de ambulatorios, existen dos experiencias en el Área Metropolitana que pueden significar una vía adecuada para solucionar la crisis de la Atención Primaria a la Salud (APS). Por un lado, en San Agustín del Sur se ha implantado el Sistema de Medicina Familiar, mediante el cual se pretende rescatar la figura del médico de familia.<sup>74</sup> Por otro, en el Municipio Sucre se está realizando un rescate de la red de ambulatorios, introduciendo servicios de especialidades médicas como gineco-obstetricia y odontología, aparte de las habituales consultas de medicina general.<sup>75</sup> Sin embargo, ambas experiencias introducen en la APS un elemento que distorsiona sus principios, como es el cobro de los servicios prestados,<sup>76</sup> lo cual instaura una práctica discriminatoria que debe ser corregida. Sin embargo, el Instituto Municipal de Cooperación y Atención a la Salud de Chacao (Imcas) proporciona asistencia médica de forma gratuita, a través de un servicio ambulante que atiende casos a domicilio. Recientemente han inaugurado un centro de salud con diversas especialidades que permite hacer seguimiento a las personas tratadas, y que mantiene la gratuidad de la atención.<sup>77</sup> Por su parte, la Universidad Centroccidental Lisandro Alvarado (UCLA) y el MSAS han desarrollado un programa en Barquisimeto -el Proyecto UNI- que permite que los estudiantes de medicina realicen prácticas en 17 ambulatorios del oeste de la ciudad, donde prestan servicios de medi-

72 MINISTERIO DE SANIDAD Y ASISTENCIA SOCIAL: *Memoria y Cuenta 1995*. Caracas, 1996. Salvo indicación expresa, todos los datos manejados en este capítulo provienen de la Memoria y Cuenta para 1995.

73 El Nacional, 13.01.96, pág. C-4.

74 EL Globo, 24.09.96, pág. 11.

75 EL Globo, 21.09.96, pág. 13.

76 Economía Hoy, 12.01.96, pág. 13, para la red de ambulatorios de Sucre; para el ambulatorio de San Agustín del Sur, información proporcionada por sus administradores en el I Congreso de Salud Comunitaria, Barquisimeto, octubre 1995.

77 EL Universal, 08.10.96, pág. 3-6.

cina familiar y algunas especialidades básicas.<sup>78</sup> Estos modelos deben ser rescatados para la red ambulatoria nacional, siempre que se respeten los principios fundamentales de universalidad y equidad.

Otra experiencia que se está llevando a cabo en numerosas localidades del país, dentro del programa de la OPS Municipios hacia la Salud, puede significar el rescate de una visión integral de la APS, dado que busca influir sobre todos los aspectos que inciden en la salud de la población. Un componente importante de este programa, que se está realizando a nivel piloto en comunidades con altos niveles de pobreza, es la incorporación de la comunidad a las distintas tareas de saneamiento ambiental y gestión de servicios, así como la promoción de huertos familiares. En la medida en que estas experiencias arrojen resultados positivos, podrán multiplicarse a otras zonas del país, ayudando al rescate de un sistema que priorice la promoción de la salud por encima del tratamiento a la enfermedad.<sup>79</sup>

El suministro de medicamentos esenciales debe formar parte de las políticas de prevención de enfermedades. En este sentido, cabe destacar el poco efecto que ha tenido la resolución número 930 del MSAS,<sup>80</sup> en la que se exige a los médicos que receten junto a las medicinas comerciales su equivalente genérico. Las medicinas genéricas ponen al alcance de la población compuestos realizados con los mismos principios activos que los de laboratorios comerciales, pero a precios hasta el 50% más económicos. Sin embargo, la falta de control, aunada a intereses comerciales, impiden una adecuada comercialización de

estos productos.<sup>81</sup> En lo que se refiere al Programa de Suministro de Medicamentos (SUMED), que persigue la distribución de medicamentos a bajo costo a través de las farmacias afiliadas, al cierre de este Informe se encuentra paralizado, aunque se anuncia su relanzamiento para mediados del mes de octubre. El correcto funcionamiento del programa permitiría adquirir medicamentos por el 20% de su valor de mercado, de acuerdo a determinados perfiles de morbilidad, y su meta anual es beneficiar a medio millón de personas.<sup>82</sup>

En referencia al tratamiento de enfermedades, se volvieron a dar situaciones críticas para los enfermos renales (aproximadamente 3.100 en todo el país), derivadas del desabastecimiento de materiales de diálisis, imprescindibles para el tratamiento de la enfermedad. En marzo, Douglas Urbina, Presidente de la Sociedad Venezolana de Nefrología, advirtió la muerte inminente de 531 pacientes, dado que los once establecimientos que les prestan asistencia se encontraban completamente desabastecidos.<sup>83</sup> Durante el mes de julio, los pacientes sólo estaban recibiendo dos diálisis por semana, tal y como denunció Luis Garrido, de la Fundación de Ayuda al Paciente Renal,<sup>84</sup> cuando un enfermo requiere como media unas 13 diálisis mensuales. Esta situación provocó la muerte de Blas MARTÍNEZ DÍAZ (25) el 07.06.96, al pasar tres días sin recibir tratamiento,<sup>85</sup> según denunciaron la Federación Nacional de Derechos Humanos de Venezuela (Fenaddeh) y la Asociación de Pacientes Renales del Edo. Aragua (Aprega). El 30.08.96, el Sr. Agüero, presidente del

78 EL Impulso, 22.07.96, pág. D-9.

79 Exposición de Rutilia Calderón, representante de la OPS, en el foro El Derecho a la Salud y las Políticas Públicas. Caracas, 16.07.96.

80 Publicada en Gaceta Oficial el 6 de enero de 1995.

81 Reporte Económico, 10.09.96, pág. 6.

82 EL Globo, 22.09.96, pág. E-12.

83 EL Nacional, 29.03.96, pág. C-2.

84 EL Nacional, 22.10.96, pág. C-2.

85 EL Nacional, 11.06.96, pág. B-4.

organismo que unifica los centros de diálisis extrahospitalarios, notificó que cerrarían definitivamente sus puertas en un mes, si no era cancelada la deuda que mantiene con ellos el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS).<sup>86</sup> En todo caso, es de esperar que se materialice el acuerdo anunciado por el Ministro de Sanidad, Pedro Rincón Gutiérrez, entre el MSAS y el IVSS, para la creación de una comisión mixta en septiembre del presente año, que garantice el mantenimiento de cuotas adecuadas de abastecimiento del material de diálisis en los centros dependientes de ambos organismos.

En lo referido al tratamiento de los fármaco-dependientes, el único centro del MSAS que hospitaliza a estos enfermos se encuentra en situación de desalojo, debido a la precaria estabilidad de la edificación. La Unidad de Atención al Fármacodependiente (UDAF), dependiente del Hospital Psiquiátrico de Lídice (Distrito Federal), alberga a 15 pacientes, pero brinda asistencia a 600 ciudadanos al mes. Paradójicamente, el centro acaba de celebrar su 10º aniversario, con un índice de éxito del 98% de reinserción de los fármacodependientes que reciben el tratamiento completo.<sup>87</sup> La anunciada creación de centros ambulatorios para el tratamiento de esta enfermedad podría suponer una solución permanente al problema que presentan estos enfermos, que deben contar con una asistencia adecuada de cara a su reinserción social.<sup>88</sup> Por otro lado, un estudio de 1993 mostraba que la mitad de los pacientes mentales recluidos en instituciones psiquiátricas del país *"ya estaban bien, pero por (...) fallas en el servicio social seguían dentro"*.<sup>89</sup> Este dato evidencia la falta de una política integral para el trata-

miento de este sector, que debe estar basada en la rehabilitación del afectado, y no en su reclusión indefinida.

## Asistencia a la salud

La crítica situación que enfrenta la red hospitalaria, estrechamente relacionada con la política de abandono de la red de asistencia primaria, está afectando gravemente a la salud del país, dado que la mayoría de la población depende de los hospitales para recibir asistencia. Durante el presente año, se han sucedido los cierres o colapsos parciales de gran número de hospitales y, en otros casos, el mantenimiento de servicios en condiciones completamente adversas para su cabal funcionamiento. El momento más crítico se dio entre los meses de marzo a junio del presente año, en los que prácticamente todos los centros hospitalarios del Área Metropolitana se vieron afectados en distinta medida.<sup>90</sup> Las múltiples causas que han provocado esta situación -falta de insumos médicos, ausencia de mantenimiento, peligro de contaminación, conflictos laborales- tienen un denominador común en la falta de asignación de recursos, aunada a un inadecuado manejo de los recursos existentes.

Resulta preocupante constatar que las autoridades venían siendo advertidas por los distintos centros, de la crítica situación en la que venían operando. El equipo médico del Hospital Pérez Carreño -el cual ha sufrido una de las crisis más prolongadas, que persiste hasta el cierre de este Informe-<sup>91</sup> envió hasta 34 comunicaciones a la administración del IVSS desde octubre de 1995 hasta su cierre el 23.05.96, planteando la gravedad del problema y la necesidad de tomar medidas para

86 EL Nacional, 30.08.96, pág. C-2.

87 EL Nacional, 20.09.96, pág. C-2.

88 EL Globo, 21.08.96, pág. 9.

89 EL Nacional, 27.09.96, pág. C-3.

90 EL Universal, 09.06.96, pág. 1-28.

91 EL Globo, 09.09.96, pág. 12.

evitar el colapso. Ninguna de estas comunicaciones recibió respuesta.<sup>92</sup> En diciembre de 1995, la Sociedad de Médicos Internos y Residentes del Hospital Central de San Cristóbal (Edo. Táchira) advertía sobre la carencia de insumos y la insuficiencia en materia de personal de guardia, que situaba al centro al borde del colapso.<sup>93</sup> Meses más tarde, este hospital enfrentaba una de las crisis más graves, que lo llevó al cierre total.

En muchos de los casos, fueron los propios médicos de la institución los que tomaron la decisión de suspender las actividades, tal y como ocurrió en el Hospital Vargas de Caracas, en el que se suspendieron las actividades quirúrgicas electivas *“porque no hay condiciones mínimas necesarias para garantizar la vida del paciente”*, según palabras del presidente de la Sociedad de Médicos, Dr. Rafael Ramos.<sup>94</sup> El 19.03.96 la Sociedad de Médicos Internos y Residentes del Hospital Victorino Santaella de Los Teques (Edo. Miranda), advirtió sobre el cierre progresivo del hospital, dado que *“no podemos garantizar la resolución de una emergencia y por ende la vida del paciente”*, según declaraciones del Dr. Jesús Ocaña.<sup>95</sup> En otros casos, el cierre de los hospitales se debió a conflictos laborales, debidos al incumplimiento en el pago de salarios y bonos, como fue el caso del Hospital Clínico Universitario de Caracas en abril<sup>96</sup> y el Hospital Central de Lara en junio.<sup>97</sup> En numerosas ocasiones el ejercicio del derecho a la huelga por parte de los profesionales de la salud estuvo acompañado de movilizaciones, que en general recibieron el apoyo de la población en sus demandas salariales. Se sucedieron igualmente acciones de protesta ante la desidia gubernamental,

en las cuales la comunidad intrahospitalaria y organizaciones vecinales se pronunciaron al unísono.

La crisis ha afectado en igual medida a centros adscritos al MSAS y al IVSS -al cual pertenecen la mayor parte de los centros del interior registrados-, y en menor medida a aquellos dependientes de las gobernaciones.

Provea elaboró una lista de hospitales afectados por la crisis, a partir de informaciones aparecidas en prensa, que recoge un total de 55 hospitales (ver Anexo N° 17), aunque solamente un informe oficial podría mostrar el alcance real de la crisis. Se han registrado centros que han sufrido directamente cierres totales o parciales de sus servicios, y otros donde se han afrontado situaciones particularmente serias para brindar asistencia en condiciones adecuadas, tanto a nivel presupuestario como de condiciones materiales. Por otro lado, se presenta la lista de hospitales inspeccionados por la Fiscalía General de la República durante los meses de julio y agosto de 1995, que presentaron graves deficiencias en uno o más de los siguientes aspectos: fallas físicas, de insumos médicos, de presupuesto o de personal (ver Anexo N° 18).

A pesar de las declaraciones del Ministro de Sanidad a principios de junio, en las que anunciaba que la recuperación de los hospitales del Área Metropolitana se concretaría en ese mes,<sup>98</sup> al cierre de este Informe persiste la crisis en muchos de los centros afectados, aunque en general se advierte una tendencia a la gradual estabilización de los principales servicios. Aún así, los créditos adicionales solicitados para paliar la situación no se concretan en los plazos adecuados, y son asignados en forma poco equitativa,

92 EL Universal, 08.06.96, pág. 2-16.

93 La Nación, 27.12.95, pág. B-1.

94 EL Nacional, 15.03.96, pág. C-2.

95 EL Universal, 20.03.96, pág. 2-20.

96 EL Nacional, 12.04.96, pág. D-4.

97 EL Informador, 11.06.96, pág. 8-A.

98 EL Globo, 05.06.96, pág. 2.

según denuncia de la Comisión Permanente de Salud del Senado.<sup>99</sup>

Como resultado de esta situación, Provea ha registrado un total de 37 víctimas de violación al derecho a la vida en centros hospitalarios del país, siendo la causa principal la falta de insumos. En algunos casos, la negligencia médica ha sido igualmente determinante en el desenlace registrado. El origen de las denuncias relacionadas con negligencia médica habría que buscarlo en las circunstancias adversas en que laboran los profesionales adscritos a los distintos hospitales, y la consecuente deshumanización de la praxis médica.

Ismael RODRÍGUEZ VÁSQUEZ (63) falleció el 30.01.96, a las puertas de la emergencia del Hospital Universitario de Caracas, a donde había sido trasladado con síntomas de infarto, al no presentarse nadie a brindarle asistencia.<sup>100</sup> El cierre de la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital Doctor Domingo Luciani, en el Llanito (Edo. Miranda), colocó a los pacientes de neurocirugía del hospital en situación de grave peligro, provocando de hecho el deceso de Celso MORENO, por la falta de cuidados intensivos tras una intervención neuroquirúrgica.<sup>101</sup> Leifer ABRAHAM CASTRO (6) sufrió una picadura de alacrán y falleció a las 13 horas del suceso en la emergencia pediátrica del Hospital General del Oeste, en Catia (D.F.), debido a que no contaban con el antidoto necesario para neutralizar el veneno.<sup>102</sup> En el Hospital Antonio María Pineda de Barquisimeto (Edo. Lara) se elevan a 16 las denuncias de parturientas fallecidas en lo que va del año. De acuerdo a investigaciones de la Comisión de Asuntos Sociales de la Asamblea Legislativa del Edo. Lara, al menos 4 de estas muertes fueron

causadas por sepsis puerperal (infección posterior al parto), debido a las pésimas condiciones sanitarias en que funcionaba para la fecha la Unidad de Ginecobstetricia y a la falta de antibióticos para afrontar la gravedad de las infecciones.<sup>103</sup>

## Disponibilidad de recursos

El gasto público en salud sigue sufriendo drásticas reducciones. Si en 1992 era de 112 dólares por persona, según la Oficina Central de Estadística e Informática (OCEI), para 1995 se situó en 50 dólares, y estimaciones para 1996 indican que se reducirá a sólo 33 dólares *per cápita*.<sup>104</sup>

El propio Ministro de Sanidad afirmó a principios de año que el presupuesto asignado al MSAS no permite cubrir las necesidades, lo que les obligaría a recurrir a créditos adicionales.<sup>105</sup> La solución de los problemas presupuestarios que atraviesa el sector no debe buscarse en la petición de créditos de auxilio, que a largo plazo tan solo sirven para perpetuar el endeudamiento del sector, sino en corregir las asignaciones presupuestarias, destinando fondos adecuados al gasto público en salud.

### Evolución del presupuesto del MSAS en relación al presupuesto del Estado

Año	Presupuesto MSAS
1992	8,3%
1995	7,0%
1996 (Estimado)	5,5%

Fuente: Economía Hoy, 05.02.95, pág. 16.

99 EL Universal, 09.08.96, pág. 1-10.

100 EL Globo, 02.02.96, pág. 11.

101 Últimas Noticias, 24.02.96, pág. 3.

102 Últimas Noticias, 30.04.96, pág. 49.

103 EL Impulso, 26.09.96, pág. C-7.

104 EL Universal, 21.08.96, pág. 2-2.

105 EL Globo, 06.03.96, pág. 10.

Por otra parte, si tomamos en cuenta el porcentaje de los gastos de salud en referencia al Producto Interno Bruto (PIB), resulta alentador que, para 1997, el MSAS esté solicitando un presupuesto que representa el 5% del PIB, cuando, para el presente año, el gasto de salud realizado por las distintas entidades se sitúa por debajo del 2% del PIB. Las recomendaciones de la OMS sitúan el gasto mínimo en 5%, y, de acuerdo a Darío Conde Alcalá, Presidente de la Comisión de Salud del Senado, la aspiración del legislativo es alcanzar el 10%.<sup>106</sup> Toda iniciativa en ese sentido por parte del Congreso de la República redundaría en beneficio del derecho a la salud de los habitantes del país, y por ende de la nación en su conjunto.

Un requisito fundamental para el logro efectivo del derecho a la salud es la asignación de recursos adecuados para el correcto funcionamiento del sistema de salud en su totalidad. En este sentido, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CDESC) expone la necesidad de evaluar la disposición y capacidad del Estado "... en la utilización lo más eficaz posible ..." de estos recursos, así sean escasos.<sup>107</sup> Por ello, resulta de igual importancia evaluar si el presupuesto global que el Estado destina al sector es acorde con las necesidades existentes, como el determinar en qué medida estos recursos están siendo utilizados para cumplir con los objetivos de salud planteados. Según datos proporcionados por la Presidencia del Congreso, el 70,33% de las cuentas del MSAS entre 1990 y 1994 han sido objetadas por el Contralor de la República;<sup>108</sup> sólo para 1995, la contraloría interna del

MSAS detectó irregularidades en operaciones por valor de más de 6 mil millones de bolívares.<sup>109</sup> Este cuadro de cuentas objetadas pone en evidencia que no existe transparencia en el manejo de los recursos. Una inadecuada administración de los recursos existentes profundiza la situación de desfinanciamiento del sector, y muestra una falta de control en lo que se refiere a la gestión presupuestaria. La correcta administración de los recursos debe ser una prioridad en un sector que depende en tal medida del factor económico.

En el marco de la ayuda internacional, el Estado venezolano concluyó las negociaciones de varios años con el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) para la concesión de un préstamo para el denominado Proyecto Salud, que se desarrolla dentro del marco de la descentralización y beneficiará inicialmente a once estados.<sup>110</sup> A lo largo del año se han sucedido informaciones contradictorias con respecto a la llegada de los primeros recursos ejecutables del Proyecto, cuyo inicio ha sido repetidamente postergado. Aunque se contaba con el primer préstamo por valor de 54 millones para enero de 1996,<sup>111</sup> recién en agosto, Luis Fuenmayor Toro, coordinador del proyecto, anunciaba su llegada para esa fecha, y todavía a mediados de septiembre faltaban dos semanas para comenzar a ejecutar los primeros recursos.<sup>112</sup> Las exigencias de la banca multilateral para acceder a créditos millonarios son extremadamente complejas, y resulta recomendable acompañar la rigurosidad con la que se cumplen estos requisitos con la prudencia a la hora de hacer públicos los plazos de cumplimiento. Inicialmente, los estados

106 EL Globo, 19.07.96, pág. 12.

107 COMITE DE DERECHOS ECONOMICOS, SOCIALES Y CULTURALES: Informe del Noveno Periodo de Sesiones. E/C. 12/1993/19. Discusión General sobre el derecho a la salud.

108 El Universal, 07.06.96, pág. 1-4.

109 Ministerio de Sanidad y Asistencia Social: Op.cit. pág. 44.

110 Para mayores detalles sobre el Proyecto Salud, ver PROVEA: Informe Especial: Derecho a la Salud y Ajuste Neoliberal. En: Informe Anual 1993-1994. Caracas. 1994; y PROVEA. Informe Anual 1994-1995. Caracas, 1995.

111 El Nacional, 07.11.95, pág. C-2.

112 El Globo, 16.09.96, pág. 19.

que se beneficiarán este año serán Trujillo, Falcón, Aragua, Sucre y Carabobo, pero habida cuenta de los reiterados aplazamientos en el comienzo de ejecución del Proyecto, resulta difícil adelantar pronósticos en este sentido.<sup>113</sup>

De acuerdo al CDESC, los Estados deben hacer uso de los recursos existentes a nivel internacional acudiendo a *“la cooperación y la asistencia internacional”*<sup>114</sup> cuando no cuenten con recursos suficientes para satisfacer los derechos de sus ciudadanos. El financiamiento internacional otorgado para el Proyecto Salud es un logro importante tanto del Estado venezolano como de las respectivas gobernaciones. Sin embargo, en las políticas implementadas a través del proceso de modernización del sector, es necesario que se respeten los principios fundamentales del derecho a la salud. De acuerdo a declaraciones de la gerente de proyectos del Banco Mundial (BM), Karen Cavanagh, que asistió a las negociaciones, *“... se pondrán en funcionamiento mecanismos para lograr financiamiento propio (de los hospitales), como el cobro de seguros y tarifas por determinados servicios...”*,<sup>115</sup> lo cual no haría sino repetir esquemas de discriminación socioeconómica que deben ser corregidos en el actual sistema.

Al igual que en lo referido a los plazos de ejecución, hay contradicciones en cuanto al alcance de las medidas de reducción de la nómina a nivel central que incorpora el Proyecto Salud. De acuerdo al coordinador del proyecto, solo quedarán mil empleados en la nómina del MSAS<sup>116</sup>, mientras que el Ministro de Sanidad sitúa la cifra en 5 mil<sup>117</sup>. En este sentido, resultan preocupantes las de-

ficiencias de planificación que evidencian las reiteradas contradicciones en relación a la implementación y alcance del Proyecto.

En cuanto al proceso de descentralización, el Vice-Ministro de Sanidad, Roberto Rondón Morales, aseveró que *“... se aprovechó un resquicio que abrió la Ley de descentralización”*<sup>118</sup>, lo cual evidencia la ausencia de un basamento jurídico sólido, y una adecuada planificación y detección de prioridades. El MSAS diseñó una planificación que no ha sido cumplida, como lo muestra el hecho de que, entre 1994 y 1995, se hizo efectiva en 13 estados, en lugar de en los 11 inicialmente planificados. Argumentar como logro el haber alcanzado metas superiores a lo planificado, evidencia una vez más la falta de rigurosidad en el proceso. Teóricamente, la reforma apunta a la transferencia de competencias administrativas de los servicios de salud, reservando el papel gestor y normativo para el nivel central. Sin embargo, las distintas gobernaciones están implantando modelos de salud de acuerdo a diseños propios, aduciendo que los lineamientos no están claros, tal y como lo expresó el Presidente de la Federación Médica Venezolana (FMV), Dr. Fernando Bianco<sup>119</sup>. El propio Ministro de Sanidad, Pedro Rincón Gutiérrez, lo confirma al comentar: *“Ha habido desorganización en los cinco estados descentralizados (...) y en las ocho entidades 40 por ciento autónomas. Pero confío que las cosas se corregirán sobre la marcha”*, para terminar diciendo que *“... Pediremos al ejecutivo que reglamente la descentralización”*<sup>120</sup>. Resulta cuanto menos preocupante que un proceso de tal magnitud

113 Últimas Noticias, 29.07.96, pág. 53; El Guayanés, 25.04.96, pág. A-2.

114 Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Observación General 3, párrafo 13. Quinto período de sesiones. Ginebra, 1990. E/1991/23.

115 El Nacional, 07.11.95, pág. C-2.

116 El Nacional, 05.01.96, pág. C-2.

117 El Globo, 29.03.96, pág. 12.

118 El Nuevo país, 31.01.96, pág. 28.

119 El Globo, 20.04.96, pág. 2.

120 El Globo, 06.09.96, pág. 14



se esté llevando de una manera tan desorganizada, lo que puede significar pérdida de dirección del mismo -especialmente a nivel central- y que, junto a las contradicciones señaladas en referencia al Proyecto Salud, podría dar lugar a situaciones atentatorias contra el derecho a la salud.

## Equidad, gratuidad y no discriminación

La OPS sitúa a más de 2 millones de personas -más del 10% de la población-, en la categoría de "comunidades postergadas" a causa de la situación de pobreza extrema, y describe esta categoría como la "falta de oportunidad de vida". En ese sentido, este organismo identifica "el combate a la pobreza" como "la primera medida de salud"<sup>121</sup>. Por ello, y más allá de los problemas de gestión y compromiso político señalados, la inequidad sigue siendo el principal obstáculo para alcanzar niveles adecuados de salud en el país. Según cifras de la Unicef y Cordiplan para 1995, el 71,2% de la población vive en condiciones de pobreza<sup>122</sup>, mientras que para la OCEI, en el primer trimestre de 1996 la cifra superaría el 80% de la población<sup>123</sup>.

En este sentido, es importante señalar la tendencia del Ejecutivo de rescatar la equidad como principio rector de la reforma, aún cuando resulta inaceptable que se plantee que "tenemos que hacer de la salud un derecho equitativo y rentable", como recientemente declaró el Vice-Ministro del MSAS<sup>124</sup>. El planteamiento de que un derecho humano como la salud debe ser rentable, está reñido con su propia naturaleza. La salud debe ser eficiente, debe contar con recursos adecuados,

y estos recursos deben ser administrados eficientemente, pero apuntar a la rentabilidad introduce un componente mercantilista del derecho a la salud que justificaría una apertura a la privatización y la consiguiente perpetuación de la inequidad, dada la falta de recursos de la mayoría de la población.

De acuerdo a estudios realizados por Fundacredesa<sup>125</sup>, durante el año 1995 la adecuación del consumo de energía calórica por miembro de familia decreció significativamente en referencia al año anterior. Esta situación afectó en mayor medida a aquellas familias ubicadas en el estrato V, de pobreza crítica, cuyo consumo de energía se situó 9% por debajo de las cifras de 1994, y se encuentra un 12% por debajo del nivel de requerimiento mínimo, mientras que para el estrato IV se situó un 6% por debajo de la cifra anterior y en el nivel de requerimiento mínimo. Esto se refleja en cuadros persistentes de desnutrición, que afectan al 20% de los menores de 15 años<sup>126</sup>. En cuanto a la mortalidad infantil, en niños menores de 1 año es de 30 por 1.000 en los sectores más pobres, frente a 10 por 1.000 en las comunidades más favorecidas<sup>127</sup>. Esta inequidad se refleja dramáticamente en el caso de Chacao y Sucre, municipios de Caracas colindantes. Mientras la mortalidad infantil en el primero es de 7,8 por 1.000 -comparable a la de los países más desarrollados-, en el municipio Sucre esta cifra se eleva a 49,2 por 1.000.

Por otro lado, la OPS entiende que "... el Estado debería prestar gratuitamente los servicios que benefician al país en general"<sup>128</sup>, entre los que se encuentran los servicios de salud. Sin embargo, tal y como lo denunció el diputado de la Asamblea Legisla-

121 El Globo, 11.11.95, pág. 29

122 El Nacional, 12.11.95, pág. E-1

123 El Impulso, 30.09.96, pág. D-7

124 El Globo, 19.11.95, pág. 10

125 FUNDACREDESA: Indicadores de condiciones de vida años 1994-1995. Caracas, junio 1996. pág. 199

126 El Impulso, 30.09.96, pág. D-7

127 El Globo, 11.11.95, pág. 29

128 OPS: Apoyo económico a las estrategias nacionales de salud para todos. Washington, 1989. ps. 81-82

tiva del Edo. Lara, Ramón Enrique Jiménez, en Venezuela “*el servicio de salud dejó de ser gratuito*”, y solo “*consiguen atención médica los que tengan medios económicos*”.<sup>129</sup> La implementación generalizada de sistemas de recuperación de costos en los hospitales del país, a través de la figura de la colaboración de los pacientes, ha significado en la práctica el cobro indiscriminado de los servicios.

Las “colaboraciones” en el Hospital Antonio María Pineda de Barquisimeto (Edo. Lara), ver Anexo N° 19, varían en función del tipo de intervención: próstata (de Bs. 50 mil a 120 mil Bs.), neurocirugía (Bs. 120 mil), infarto (Bs. 40 mil), etc. La familia de Dilcia ARANGUREN debió abonar 29 mil Bs. por un parto; a 30 mil Bs. ascendió la cifra que la familia de María RODRÍGUEZ debió desembolsar por el aborto que sufrió la víctima; a Juana CORDERO (73) le exigieron Bs. 40 mil por una intervención a consecuencia de un infarto.<sup>130</sup> En lo que se refiere al Edo. Carabobo, donde los hospitales son dependientes de la Gobernación, Elías Aldana, alcalde de Guacara, presentó pruebas que demuestran el cobro por los servicios prestados, con tarifas que oscilan entre Bs. 10 mil y 80 mil. Según denuncias recibidas, “... se ha dado el caso de mujeres que por no haber tenido recursos económicos, las han sacado de los hospitales”<sup>131</sup>. Tras hacer públicas estas denuncias, el sistema de recuperación de costos de este hospital fue suspendido.<sup>132</sup> Son de destacar las declaraciones de Dennis Navarro, director del hospital, en las que explica que el centro presentaba superávit en sus cuentas gracias a la recuperación de costos, lo que muestra la política de mercado a la que se

vería sujeta la salud pública, de permitir la consolidación de estos mecanismos a nivel nacional. Por su parte, un parto en la Maternidad Concepción Palacios tiene un costo de Bs. 5 mil, a lo cual hay que añadir los Bs. 6 mil 800 de equipos esterilizados que deben adquirir las parturientas, más los costos derivados del control prenatal y seguimiento del embarazo.<sup>133</sup>

La atención ambulatoria también está siendo afectada por la implementación de sistemas de cobro indiscriminados, lo cual atenta directamente con la función proactiva que debe ejercer la asistencia primaria, dado el efecto disuasorio que provoca en los ciudadanos que apenas cuentan con medios de subsistencia. En efecto, como afirma el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), “*está demostrado que la implementación de cobros de tarifas a los usuarios determina una disminución en la demanda de los servicios sanitarios*”.<sup>134</sup>

El Vice-ministro de Sanidad afirma que “*En Venezuela en todos los hospitales públicos se cobra en este momento, con mecanismos que queremos corregir porque son regresivos e inequitativos ya que se cobra previo a los servicios y directo a las personas, a quienes tienen bienes y a quienes no los poseen*”.<sup>135</sup> La voluntad de corregir estos mecanismos debe ir acompañada de medidas políticas y legislativas que garanticen unos servicios básicos de salud gratuitos para todos los habitantes del país, máxime cuando, tal y como lo muestran estadísticas ya reseñadas, entre 7 y 8 de cada 10 habitantes apenas cuentan con ingresos como para proveerse de los mínimos medios de subsistencia. Entre

129 El Informador, 15.07.96, pág. 5-A

130 El Informador, 25.07.96, pág. 7-A y El Informador, 14.08.96, pág. 6-A

131 El Carabobeño, 03.09.96, pág. A-5

132 El Carabobeño, 11.09.96, pág. C-4

133 El Globo, 20.09.96, pág. 14

134 PROGRAMA DE NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO: Desarrollo Humano 1991. Tercer Mundo Editores. Colombia, 1991. pág. 280

135 El Globo, 19.11.95, pág. 10

tanto, el Ministro de Sanidad afirma que el 70% de la población del país tiene cómo cubrir el costo de los servicios asistenciales de salud<sup>136</sup>, a través de intermediarios financieros tales como el IVSS (que tan solo cubre al 27% de la población económicamente activa) y de otros seguros asistenciales tanto privados como sectoriales.

En cuanto al sector privado, se detecta una constante disminución de la demanda. Un representante del sector calcula que hoy por hoy solamente un 3% de la población tiene los recursos suficientes para acceder a servicios de salud privada -cuyos centros presentan una subutilización del 50% como media<sup>137</sup>-, cuando en 1994 el sector todavía disfrutaba de cierto crecimiento, sirviendo a una cifra que oscilaba entre el 10% y 15% de la población<sup>138</sup>. Otros cálculos del sector indican que la demanda de clínicas privadas se redujo en un 30% en 1995<sup>139</sup>. Estas cifras confirman lo apuntado por Provea en 1994, cuando se planteaba que el mercado privado de la salud habría llegado a un punto de saturación, dada la carencia de recursos de gran parte de la población<sup>140</sup>.

## Indicadores de morbilidad y mortalidad

Los indicadores de morbilidad para el año 1995 reflejan, al igual que en años anteriores, el deterioro generalizado de la salud en el país, como consecuencia del abandono de un esquema de salud preventiva. Las cifras muestran un incremento de las principales causas de morbilidad, que continúan centrándose, en lo que se refiere a las de mayor incidencia, en enfermedades de fácil prevención desde una perspectiva de Asistencia Primaria a la Salud (APS). En ese sentido, las diarreas, seguidas por las virosis y la faringoamigdalitis, siguen siendo la primera causa de morbilidad entre los habitantes del país, reflejando las cifras de diarreas registradas en 1995 para el conjunto de los grupos etarios un aumento del 10,8% con respecto a las del año anterior<sup>141</sup>.

En cuanto a enfermedades transmisibles, se registraron 32.280 casos de dengue, de los cuales 5.380 fueron de dengue hemorrágico; la cifra de decesos se elevó a 43.<sup>142</sup> Si se comparan estas cifras con el total de casos para 1994 (10.659), se pone en evidencia la

Enfermedad	Tasa 1992	Tasa 1994	Tasa 1995
Diarreas	2.521,8	2.867,8	3.179,3
Virosis	2.588,1	2.761,0	2.964,1
Faringoamigdalitis	2.588,1	2.628,5	2.925,5
Diarreas (-1 año)	36.529,2	40.906,7	46.477,9

Fuente: MSAS: Memoria y Cuenta de 1995, pág. 67. Tasas por 100 mil habitantes.

136 El Globo, 22.06.96, pág. 11

137 El Globo, 23.07.96, pág. 11

138 BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO: Venezuela Programa de Fortalecimiento y Modernización del Sector Salud. Propuesta de Préstamo. Mimeo. 1995

139 El Globo, 14.07.96, pág. 9

140 Ver Provea: Informe Especial: derecho a la Salud y Ajuste Neoliberal. En: Informe Anual 1993-1994. Caracas 1994, pág. XIV

141 MSAS: Op.cit. pág. 71

142 El Globo, 02.08.96, pág. 3

ineficacia de las medidas de prevención epidemiológica. En lo referente a 1996, las cifras parciales muestran una disminución de hasta el 60% con respecto al año pasado, aunque el MSAS declaró alerta epidemiológica a finales de julio<sup>143</sup>; para principios de agosto se habían presentado 5.098 casos, de los cuales 830 correspondían a dengue hemorrágico, con tres decesos contabilizados<sup>144</sup>. En todo caso, la iniciativa de la Dirección de Epidemiología del MSAS de desarrollar una estrategia de coordinación internacional con los países caribeños para disminuir la incidencia del dengue, para la cual se contaría con la asesoría de la OPS<sup>145</sup>, puede resultar muy beneficiosa en la lucha efectiva contra esta epidemia.

Con respecto a la encefalitis equina, a partir de junio de 1995 se activó un brote sin precedentes en los últimos años, que afectó principalmente al Edo. Zulia, y en menor medida a Falcón, Lara, Yaracuy, Carabobo y Trujillo, y que supuso la declaración de emergencia sanitaria para toda la zona. En total se registraron 11.382 casos, con un saldo de 15 decesos, en el período comprendido entre el 11.06.95 y el 11.11.95.<sup>146</sup> El porcentaje de letalidad se sitúa en el 0,13%, cifra significativamente menor a la de brotes anteriores. Aun así, resulta alarmante la propia existencia del brote, dada la intención de establecer controles para prevenir la enfermedad,<sup>147</sup> y la poca eficacia para detener su propagación una vez detectada. El abandono o descuido de los controles epidemiológicos se ve reflejado en la altísima proporción de equinos no vacunados (aproximadamente 95%). Esta inefectividad de los controles epidemiológicos, acompañada de

las pésimas condiciones ambientales, higiénicas y nutricionales en las que vive una parte importante de la población, resultan un caldo de cultivo favorecedor de epidemias.

En lo que se refiere a la malaria, se mantiene el repunte sostenido de los últimos años. Si en 1993 se dieron un total de 12.539 casos, para 1994 las estimaciones del MSAS se situaban en 14.928 casos, y finalmente, para 1995 el total de casos se situó alrededor de los 18 mil (según estimaciones del propio MSAS). Datos ofrecidos por la Dirección de Malariología y Saneamiento Ambiental del MSAS a principios de septiembre, arrojaban un registro nacional de 11.430 casos en 1996, de los que el 48,6% se concentraban en el Edo. Bolívar.<sup>148</sup>

Con respecto al cólera, a mediados de marzo de 1996, el Ministro de Sanidad anunciaba -en comparecencia ante el Presidente de la República- la existencia de al menos 5 casos de cólera en la zona fronteriza del Edo. Zulia.<sup>149</sup> A los pocos días, Francisco Araoz, Director Sectorial de Epidemiología del MSAS, declaraba que no existían registros de esa enfermedad en toda la región.<sup>150</sup> Lo preocupante de estas contradicciones es -más allá de si se habían o no presentado los casos- la falta de rigurosidad al hacer públicas informaciones que pueden poner en peligro la salud de la población. En todo caso, en octubre de 1996, Nelly Barboza, adjunta de epidemiología en el Edo. Zulia, anunciaba un brote de cólera en la frontera que se habría detectado el 28.09.96, afectando a 27 personas para mediados de octubre (al menos 21 de ellas contagiadas en territorio venezolano), con un deceso registrado.<sup>151</sup> La iniciativa de realizar

143 El Nacional, 01.08.96, pág. C-2

144 El Nacional, 10.08.96, pág. C-2

145 El Nacional, 7.10.96, pág. C-2

146 Ministerio de Sanidad y Asistencia Social: Op. cit. pág. 65

147 Ver Provea: Informe Anual 1994-95

148 El Nacional, 04.09.96, pág. C-3

149 Últimas Noticias, 20.03.96, pág.14

150 El Impulso, 26.03.96, pág.D7

151 EL Nacional, 19.10.96, pág. C-2

## La memoria del MSAS en entredicho

En cumplimiento del precepto constitucional que así lo establece, el Ministro de Sanidad y Asistencia Social debe presentar anualmente un informe de la gestión desarrollada el año anterior. La Memoria y Cuenta de un Ministerio cumple con el objetivo de ser un instrumento de evaluación de políticas, así como para que la sociedad civil pueda ejercer control sobre el cumplimiento de metas del Estado. En ese sentido, debe realizarse de acuerdo con un método que reúna información cuantitativa y cualitativa relevante, y que se presente de tal forma que permita el análisis a lo largo del tiempo. Por ello, es importante subrayar la falta de sistematicidad que viene mostrando el MSAS en la presentación de su Memoria. Resulta extremadamente complejo realizar un seguimiento de las políticas públicas en salud si de un año para otro se presentan indicadores diferentes, si los datos referidos a otras memorias son contradictorios, e incluso, como es el caso de la última memoria-base de este capítulo- se contradicen los distintos despachos con respecto a datos del mismo período. Provea hace pública su preocupación en este sentido, e insta al MSAS a introducir mecanismos que corrijan estas deficiencias en la presentación de sus resultados. De lo contrario, se debería inferir una intención deliberada de provocar confusión y desinformación, y se estaría violando el precepto constitucional mencionado.

Ejemplos: La Memoria y Cuenta 1994

presenta múltiples indicadores de atención y salud materno infantil a lo largo de 10 páginas (Dirección Materno Infantil), mientras que en la Memoria y Cuenta 1995 se realiza un informe descriptivo de 1 página, con datos referidos tan sólo a las actividades asistenciales del Instituto Nacional de Puericultura Pastor Oropeza.

De acuerdo con la Dirección de Endemias Rurales de la Dirección General Sectorial de Malariología (DGSM), la proyección de casos de malaria para 1995 superaría en 34,3% (5.537 casos) el registro de 1994 (pág. 83, 1995); según estos cálculos, en 1994 se habrían dado 16.143 casos, cuando la memoria de 1994 estima un total de 14.928 para todo el año; en cualquier caso, de ser cierta la cifra para 1994, significaría que en 1995 se habrían dado 21.680 casos, cuando la DGSM habla de casi 18 mil para todo el período, contradicciones que ligeramente se justifican con el comentario de *"muy inferior a los casi 40.000 casos de los años 90"* (pág. 75, 1995). Para 1995, la Dirección General Sectorial de Epidemiología (DGSE) cifra en más de 7.5 millones de dosis la cobertura antisarampión y declara 600 casos de sarampión (pág. 61), mientras que el Departamento de Vigilancia Epidemiológica (DVE) cifra en 7.473.444 la cobertura y declara 580 casos registrados (pág. 72). El ratio diferencial se invierte en casos de tétanos neonatal: si para la DGSE hubo 9 casos, para la DVE hubo 13.

una cumbre entre los Ministros de Sanidad de Colombia y Venezuela, con el objetivo de desarrollar un Sistema de Vigilancia Epidemiológica,<sup>152</sup> puede resultar de gran importancia para evitar la propagación de enfermedades infecciosas en las zonas fronterizas de ambos países, consideradas de alto riesgo.

Otra enfermedad que había sido prácticamente erradicada y que ha reaparecido con fuerza es la tuberculosis. Si a finales de los años 80 apenas se registraban casos, el repunte de los 90 arroja, para 1995, un registro de 5303.<sup>153</sup> Solo en el Distrito Sanitario N° 2 del D. F., que comprende las parroquias de Catia, 23 de Enero y El Junquito, se vienen reportando alrededor de 20 casos mensuales, de acuerdo al Dr. Alí Gómez, coordinador del Servicio de Neumotología del distrito, que advierte: *"Por cada enfermo que se detecta existen 4 o 5 que se quedan sin diagnóstico"*<sup>154</sup>. El Distrito Federal, Zulia, Carabobo y Aragua son los estados más afectados por la reaparición de esta enfermedad. La tuberculosis es fácil de controlar si se detecta al aparecer, pero cuando ha avanzado los daños son irreversibles, lo que una vez más muestra la necesidad de volver a un esquema preventivo de salud.

Entre las enfermedades de denuncia obligatoria, algunas de las más significativas arrojan resultados alentadores para el año 1995. Gracias a la intensificación de las medidas de control para eliminar el sarampión, se logró interrumpir el brote epidémico de 1994, que reportó más de 16 mil casos, pasando a un total de 580 en 1995. El importante repunte de hepatitis que se dio en 1994 (más de 21 mil casos) se vio frenado en el año siguiente, con un total de 18.691 casos registrados. La tos-

ferina se redujo casi al 50% (278 casos), mientras que de difteria, al igual que en años precedentes, no se detectó ningún caso.

Entre 1982 y junio de 1995 se notificaron 5.990 casos de SIDA, con el resultado de 3.561 decesos<sup>155</sup>. Estimaciones del MSAS sitúan el subregistro en el 50%; por tanto, la cifra de incidencia real de esta enfermedad podría estar entre 12 y 15 mil casos, mientras que habría alrededor de 50 mil seropositivos o portadores del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)<sup>156</sup>. Sin embargo, la Dra. Josefina Núñez, directora del Postgrado de Enfermedades Infecciosas del Hospital Universitario de Caracas, calcula que alrededor de medio millón de personas son portadoras<sup>157</sup>, dato que coincide con el que maneja la ONG especializada Acción Ciudadana Contra el Sida (ACCSI). En 1995 el MSAS registró 189 casos, de los cuales 158 se ubican en el Distrito Federal. Analizando exclusivamente los datos de registro, se confirmaría una tendencia a la baja que venía dándose desde 1993. En todo caso, las contradicciones existentes entre las estimaciones oficiales y aquellas provenientes de sectores especializados ameritan una profundización en el estudio de la incidencia real de la enfermedad, con el objetivo de plantear políticas de prevención adecuadas. Los sectores que inadecuadamente se consideraban libres de riesgo -adolescentes, niños, amas de casa, entre otros- están siendo los más afectados. Ello indica la necesidad de llevar a cabo campañas de sensibilización serias, que eviten las discriminaciones hacia sectores que, en gran medida, sí han asumido las medidas preventivas necesarias -trabajadoras sexuales y ho-

152 El Globo, 28.08.95, pág. 10

153 El Globo, 25.09.96, pág. 12

154 El Universal, 14.02.96, pág. 1-18

155 Vigilancia Epidemiológica. División de SIDA/ETS del MSAS: Mimeo. DRL/LPS/ym, 23.06.96

156 El Globo, 30.11.96, pág. 12

157 El Globo, 29.06.96, pág. 11

mosexuales, entre otros-, como muestra la estabilización y en algunos casos la poca incidencia en los registros de la enfermedad.

Los datos facilitados por Fundacredesa referentes a la salud bucal<sup>158</sup> ponen en evidencia la inequidad de la situación actual. La mayoría de las personas que presentan caída de la dentadura en edad temprana pertenecen a los estratos IV y V. Para los menores de 7 años, aquellos casos de caries que concluyen en extracción se presentan en su mayoría en el estrato social V, mientras que para los estratos I y II la obturación, es decir, la cura de la enfermedad, es la resolución más corriente. En todo caso, la enfermedad es común a toda la sociedad: a la edad de 25 años, prácticamente la totalidad de los habitantes del país han sufrido en distinto grado de caries, lo que muestra una vez más la necesidad de apuntar hacia la promoción de la salud.

Según Lionel Muñoz, por entonces Director de Salud Mental del MSAS, estudios de la OMS apuntan a que, para la población total de la nación, más de 900 mil personas presentan problemas de salud mental que deberían recibir atención adecuada. Sin embargo, a través de servicios de salud pública solo reciben atención unas 170 mil, lo que significa que más de 730 mil enfermos mentales estarían en la actualidad desatendidos.<sup>159</sup> En líneas generales, las enfermedades más habituales son las neurosis, psicosis y lesiones cerebrales derivadas de accidentes y episodios de violencia.

El cuadro de deshidratación que provoca la diarrea es fácilmente detenible a través de la rehidratación oral. Sin embargo, esta enfermedad infecciosa se mantiene como una de las principales causas de mortalidad infantil. En el Edo. Amazonas, fallecieron 1.280 niños por esta causa a lo largo de 1994. En tan sólo un

mes, se registraron 17 muertes en el Hospital Gregorio Hernández de Puerto Ayacucho<sup>160</sup>. En cuanto a la población en general, la diarrea se mantiene entre las diez principales causas de mortalidad<sup>161</sup>.

## Salud materno infantil

Si bien la poliomielitis sigue sin registrar casos desde 1989, lo que le ha valido a Venezuela la Certificación de Interrupción de Circulación de esta enfermedad desde agosto de 1994, es importante mantener la vigilancia epidemiológica para lograr su total erradicación. La cobertura para la vacuna antisarampión fue del 69,3% en 1995 (9,3% superior a la de 1994), lográndose interrumpir la epidemia del año anterior, con un descenso del 95,8% en la incidencia de la enfermedad, lo cual representa un logro muy destacable. Sin embargo, para cumplir con el programa de erradicación, la cobertura de inmunización debería alcanzar al 95% de la población vulnerable a partir de 1995.

En cuanto al estado nutricional de los niños entre 2 y 15 años, para el primer semestre de 1994 se detecta una tendencia leve al descenso de la desnutrición, afectando al 23,50% del total, frente al 24,80% de 1993, lo cual estaría relacionado con el desarrollo y alcance de los programas sociales compensatorios del ejecutivo. Sin embargo, en lo que se refiere a los menores de 2 años, las tasas de desnutrición continúan reflejando importantes incrementos anuales, especialmente sobre la base del indicador de bajo peso al nacer<sup>162</sup>. Estos datos ponen de manifiesto que la política social del Estado tiene efectos moderadamente positivos en el sector destinatario, mientras que la situación nutricional de la población sin acceso a estos programas continúa empeorando significativamente.

158 El Universal, 24.07.96, pág. 2-4

159 El Nacional, 14.06.96, pág. C-2

160 El Nacional, 02.08.96, pág. C-2

161 INSTITUTO NACIONAL DE NUTRICION: Memoria y Cuenta 1994. Caracas 1995.s/p

162 Instituto Nacional de Nutrición: Op. cit.

El Estado venezolano ha desarrollado durante el presente año una actitud de promoción del derecho a la alimentación en espacios internacionales<sup>163</sup>. Resulta destacable la intención política que refleja esta actividad, pero esta intención debe ir acompañada de medidas concretas y efectivas para combatir el hambre de la población del país. El Instituto Nacional de Nutrición (INN) cuenta para el presente año con el mismo presupuesto que para 1994; habida cuenta de que la inflación en 1995 se situó en el 56,6%<sup>164</sup>, y cifras parciales para los 9 primeros meses de 1996 la situaban en 80,3%<sup>165</sup>, se entiende la drástica disminución presupuestaria que sufre la política alimentaria en materia de nutrición, con la consecuente merma en el volumen de actividades. De los ocho programas sociales que se desarrollan desde el INN, solo uno de ellos se refuerza para 1996 en relación con 1995, otro se mantiene en los mismos niveles, mientras que los demás sufren reducciones entre el 25% y el 50% (para el programa Vaso de Leche Preescolar). En ese sentido, es de esperar que cifras actualizadas de desnutrición arrojen resultados desfavorables con respecto a los datos de 1994.

El estudio de Fundacredesa de condiciones de vida para 1995 acerca del rendimiento psicológico de niños de 2 años de edad<sup>166</sup> demuestra que este sector etario en las capas más pobres del país, presenta una marcada tendencia a la pérdida de facultades psicológicas, identificando la estrecha relación entre nutrición, salud y desarrollo psicológico. El estudio se centra en niños de estratos IV y V, y "evalúa los progresos en diversas áreas del desarrollo psicológico, tales como la motriz, la adaptativa (...), la del lenguaje y la de

adquisición de hábitos sociales elementales". Los datos muestran cómo para el estrato IV, cerca de la mitad de los niños (45,45%, frente a 16,08% para 1992) se sitúan por debajo de los parámetros normales, mientras que para el estrato V ya más de la mitad (54,29%, frente a 18,94% para 1992) presentan un rendimiento inferior al adecuado a su edad. Los resultados del estudio de antropometría muestran evoluciones similares, reportando un aumento significativo de la desnutrición para niños de 1 y 2 años del estrato V, si se toman como parámetro nutricional los índices antropométricos.

A consecuencia de la crisis hospitalaria, las parturientas que ingresan en los hospitales del país están enfrentando su maternidad en circunstancias extremadamente adversas. En la Maternidad Concepción Palacios, un centro de referencia a nivel nacional, la tasa de mortalidad neonatal se ha disparado, debido a las carencias del centro, lo que produce numerosos fallecimientos por infecciones e hipotermia. El médico adjunto al Servicio de Pediatría Neonatal, Dr. Moreno, asevera que "*Muchos niños mueren por falta de asistencia en terapia o de atención en los retenes especiales*"<sup>167</sup>.

Durante el período se dieron dos casos de discriminación a parturientas de particular gravedad. Por un lado, los médicos de la Maternidad de Macuto (D.F.) se negaron reiteradamente a realizar la cesárea a una joven de 15 años que padece del SIDA, pues supuestamente carecían del material desechable que garantizara la ausencia de contagio. La muchacha por fin fue atendida<sup>168</sup>. Por otro, Yoraima NARVAEZ, de nacionalidad colombiana, no fue atendida en el Hospital Pérez

163 El Globo, 06.07.96, pág. 14

164 El Universal, 04.01.96, pág. 2-4

165 Datos provenientes del Banco Central de Venezuela

166 Fundacredesa: Op. cit. pág. 280

167 El Globo, 20.09.96, pág. 14

168 Últimas Noticias, 26.04.96, pág. 26



Carreño (Edo. Miranda) por carecer de cédula de identidad, cuando al parecer llegó al centro médico con todos los síntomas de parto inminente. Finalmente la víctima dio a luz en la calle, atendida por tres funcionarios policiales que improvisaron como pudieron<sup>169</sup>.

## Salud ocupacional y del medio ambiente

Abordar de una manera sistemática la compleja problemática de la salud de los trabajadores era una tarea pendiente del Estado venezolano. En este sentido, la iniciativa del MSAS de crear una Comisión de Salud de los Trabajadores (según resolución N° SG-1237, 25.08.95), "cuyo mandato básico era la elaboración de una política y un plan nacional para la promoción y protección de la salud de los trabajadores"<sup>170</sup>, resulta de gran importancia. La incorporación de representantes de sectores sindicales y académicos a esta comisión es igualmente resaltable, por cuanto la participación de la sociedad civil en espacios de planificación de políticas es un requisito imprescindible para la adecuada puesta en marcha de programas viables.

El MSAS calcula en alrededor de 2 mil los empleados que mueren cada año como consecuencia de accidentes laborales derivados de condiciones inadecuadas de trabajo. Entre las patologías más frecuentes, se encuentran la sordera industrial, las intoxicaciones producto del uso de disolventes, plaguicidas y metales pesados, las dermatosis y los problemas osteomusculares<sup>171</sup>. La problemática de la salud de los trabajadores presenta especificidades que solo pueden abordarse desde una perspectiva especializada, que promueva la participación de los propios trabajadores en la promoción de su salud.

Según estimaciones del propio Ministerio, "... más del 60% de la población económicamente activa, no está cubierta por ningún régimen de asistencia en salud ocupacional"<sup>172</sup>. Este dato pone en evidencia la precariedad de la estructura de cobertura del sector trabajador, y apunta a la necesidad de abordar una reestructuración profunda del IVSS. El Plan Nacional de Salud contempla la creación de un organismo integrado por el IVSS, el Ministerio de Sanidad y el de Trabajo, que prevenga las enfermedades y satisfaga las necesidades médicas de la masa laboral del país, que comprende 8 millones de personas, incluido el sector informal (48,3% de la fuerza laboral para junio de 1995).<sup>173</sup> Estas intenciones deben ir más allá de la planificación, para convertirse en realidad a corto plazo, en cumplimiento del mandato constitucional de desarrollar un sistema de Seguridad Social que proteja a todos los habitantes del país.

En materia ambiental, en el período enero-septiembre de 1995 se logró un cumplimiento del 95,51% de las actividades programadas de inspección para el control sanitario del aire, aunque se esperaba alcanzar un cumplimiento del 75% para fin de año. Se logró que 61 empresas mejoraran sus emisiones, 26 menos que en el período anterior. En lo que se refiere a los programas de cloacas y acueductos rurales, se alcanzaron porcentajes de cumplimiento entre el 20% y el 50% con referencia a lo programado, con una reducción media del 47% respecto a cifras del período anterior en lo que se refiere a construcción, reacondicionamiento y ampliación de sistemas cuyo objetivo es el mejoramiento de las condiciones sanitarias del medio rural. La actividad de control sanitario del agua se vio favorecida por un incremento en la dotación presu-

169 El Nacional, 14.07.96, pág. C-3

170 Ministerio de Sanidad y Asistencia Social: Plan Nacional Salud de los Trabajadores, Caracas 1995. pág. 4

171 El Nacional, 15.12.95, pág. C-2

172 Ministerio de Sanidad y Asistencia Social: Plan Nacional Salud de los Trabajadores, Caracas 1995. pág. 20

173 El Nacional, 15.12.95, pág. C-2.

puestaria, lo que en un principio debería haber redundado en una ampliación de la cobertura de vigilancia epidemiológica para prevenir enfermedades de origen hídrico. Sin embargo, las estadísticas para el período parecen contradecir esta previsión inicial de la Dirección de Ingeniería Sanitaria, dado el incremento en los indicadores de ciertas enfermedades relacionadas con falta de tratamiento de las aguas destinadas al consumo humano.

## Medidas legislativas

Este año, en el que se cumple el 60° aniversario del MSAS, se plantea su sustitución por el futuro Ministerio de la Salud<sup>174</sup>, cuya creación estaría sujeta a la promulgación de una nueva Ley de Salud, que vendría a derogar la actual Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud (LOSNS). Las autoridades señalan la falta de instrumentos legales como obstáculo para la modernización del sector, que pasaría por la creación del nuevo ministerio.<sup>175</sup> En ese sentido, resulta preocupante la intención por parte del ejecutivo de enterrar la LOSNS que, si bien presenta importantes deficiencias en lo que se refiere a la participación de la sociedad civil y a la cobertura gratuita de los servicios básicos, recoge varias de las recomendaciones internacionales emanadas de la Declaración de Alma-Ata de 1978, y de la Estrategia Salud Para Todos en el año 2.000, de la OMS. Entre ellas destaca la propia puesta en marcha de un Sistema Nacional que procurara integrar los distintos niveles nacional, regional y local en un único sistema de salud, para así garantizar una política común. La justificación para su derogación sobre la base de que esta ley es "...contraria al desenvolvimiento socio-político del país"<sup>176</sup>, no parece tener suficiente fundamento jurídico. Más allá de la

voluntad de reforma, es necesario realizar un análisis adecuado de la LOSNS, y de las razones por las cuales los sucesivos gobiernos han evitado su implementación real, para poder así contar con la base política y jurídica que justifique su definitivo abandono. Igualmente, es importante realizar un estudio serio y profundo del sector, que cuente con equipos interdisciplinarios y que plantee soluciones a largo plazo, rectificando así la tendencia al inmediatez que viene caracterizando la accidentada reforma.

Por otro lado, conforme al Memorandum R11EO101.338 de fecha 31.10.95, emanado de la Dirección de Control de Extranjeros de la Dirección de Extranjería (DEX), adscrita al Ministerio de Relaciones Interiores, a partir de esa fecha se comenzó a solicitar a todo ciudadano extranjero con trámites de visa, la prueba de anticuerpos contra el VIH. Esta medida viola el artículo 61 de la Constitución Nacional que consagra el derecho a la no discriminación por condición de salud física, así como la Resolución del MSAS<sup>177</sup> que restringe la aplicación de pruebas de VIH a criterios clínicos, epidemiológicos y de derechos humanos. El Memorandum de la DEX no solo vulnera los derechos de los afectados sino que además pone en evidencia la falta de criterios unitarios por parte del Ejecutivo sobre la materia.

## Participación y autogestión

De acuerdo al art. 8 de la LOSNS, el Sistema "*se estructurará y funcionará sobre la base de la participación de la población organizada a todos sus niveles, tanto en la planificación, como en la ejecución y evaluación de sus actividades*". Si bien la Ley no define con precisión los mecanismos

174 El Nacional, 01.03.96, pág. C-2

175 El Universal, 01.03.96, pág. 2-21

176 RONDÓN MORALES, Roberto: Bases Políticas para la Reforma del Sector. RRM/Lisbeth, 21.02.96, Mimeo presentado en el VIII Congreso de Salud Pública. MSAS. Caracas, Marzo de 1996

177 Publicada en Gaceta Oficial No. 35.538 del 01.10.94

para poder hacer efectiva esta participación, la establece claramente como un eje prioritario de las políticas de salud. Las iniciativas institucionales al respecto se centran en promover la gestión o co-gestión de centros asistenciales, la incorporación de representantes de la comunidad a las juntas socio-sanitarias y socio-hospitalarias, o la participación en actividades de control sanitario o de promoción de la salud a nivel local, mientras que la participación en el establecimiento de prioridades y en el proceso de planificación y evaluación de políticas es prácticamente nula. La propia Comisión Presidencial para la Reforma del Estado (COPRE) subraya que la participación *"debe estar integrada al proceso de planificación institucional, y no ser un elemento paralelo al margen de las instituciones formales de salud"*.<sup>178</sup> Los numerosos esfuerzos de la comunidad organizada en este sentido deben ir acompañados de una voluntad e iniciativa institucional no sólo de facilitar, sino también de promover la participación comunitaria a todos los niveles, brindando formación e información a la población a través del personal de salud.<sup>179</sup>

Cuando el Jefe del Distrito Sanitario N° 2, Dr. José Siso, fue destituido tras dos años de intensa labor en la promoción de la salud y de la participación comunitaria en la toma de decisiones que afectan a su salud,<sup>180</sup> la comunidad se movilizó para que fuera restituido en su cargo. A pesar de la intensa movilización de representantes de más de 20 organizaciones comunitarias y de múltiples empleados y obreros del distrito, el Director Regional de Salud no ha dado respuesta a la petición de la comunidad organizada. La participación de la sociedad civil no puede seguir entendiéndose como un mero formalismo, que permita al

Estado adelantar un discurso de respeto a este derecho, mientras que en la realidad se obstaculiza cualquier iniciativa de participación que pretenda incidir en las políticas públicas, y particularmente en determinar quién debe dirigir las políticas que afectan directamente a la comunidad.

Desde hace años, existen múltiples iniciativas en las que la comunidad se ha incorporado a la gestión de ambulatorios y hospitales, a través de fundaciones y asociaciones civiles sin fines de lucro, tanto respondiendo al llamado de las autoridades como a partir de la propia iniciativa. Facilitar la participación de la comunidad en la gestión de planes y centros de salud debe ser uno de los ejes de las políticas públicas. Sin embargo, los convenios deben establecerse en co-gestión, con el objetivo de que las autoridades no traspasen su responsabilidad al frente de los centros que brindan asistencia, especialmente en lo que se refiere al financiamiento de los servicios, dado que ello garantiza la continuidad de los centros y constituye una responsabilidad fundamental del Estado. En ese sentido, la política de promover la denominada "autogestión" de los centros asistenciales, que se presenta como panacea para solucionar la crisis asistencial, y que se ha intensificado a lo largo de 1996, está suponiendo en muchos casos una apertura a la privatización.

De acuerdo con el Secretario de la Presidencia, Asdrúbal Aguiar, la autogestión *"es un camino a la esperanza, que reivindica a los trabajadores del sector salud"* y *"tiene como único centro y norte reivindicar la dignidad immanente y superior de los seres humanos"*.<sup>181</sup> Sin embargo, en su anterior etapa al frente de la Gobernación del D. F., el propio Aguiar determinó la autogestión de la Ma-

178 COMISIÓN PRESIDENCIAL PARA LA REFORMA DEL ESTADO: Una política social para la afirmación de la democracia. Caracas, 1989. pág. 114

179 Organización Mundial de la salud: Salud Para Todos 2000, Documento Oficial N° 179. Washington, 1982. pág. 52

180 El Nacional, 08.02.96, pág. C-2

181 El Globo, 04.09.96, pág. 4

ternidad Concepción Palacios a través del decreto N° 109, sin tomar en cuenta las propuestas realizadas por la Sociedad Médica de este centro hospitalario. Dicho decreto establece "... *la privatización de los servicios y un trato discriminatorio de los pacientes ...*", según Greis Viera, Presidenta de la Sociedad Médica de este centro hospitalario, dado que permite a empresas privadas alquilar y reservar camas<sup>182</sup>. La autogestión tal y como la está promoviendo el Estado significa la introducción de sistemas tarifarios con el objetivo de recabar fondos para su mantenimiento, y de esta manera abre las puertas a un posterior desembarazo de sus responsabilidades. De acuerdo con el Dr. Méndez Quijada, ex-directivo de la FMV, "*El gobierno descarga su responsabilidad al estimular la autogestión*", mediante la cual "*pretende trasladar al usuario los costos de la atención médica*", abandonando así "*su obligación constitucional*"<sup>183</sup>. En ese sentido apuntan las declaraciones del Presidente de la República, Rafael Caldera, cuando declara que la obligación del Estado de ofrecer asistencia de salud "*ha venido acumulando costos difíciles de sostener dentro del sistema general de la administración pública*".<sup>184</sup>

Igualmente, es importante señalar que el MSAS plantea inicialmente la autogestión sólo para hospitales tipo III y IV<sup>185</sup>, mientras que en la práctica existen ambulatorios que han adoptado esta figura, como es el caso del ambulatorio San Francisco Urbano Tipo II en Maracaibo (Edo. Zulia), que viene funcionando bajo esta figura desde hace dos años<sup>186</sup>, y en el que los miembros de la comunidad deben "contribuir" para recibir asistencia.

## La privatización global

De acuerdo con el documento Bases Políticas para la Reforma del Sector<sup>187</sup>, firmado por el Vice-Ministro del MSAS, Roberto Rondón Morales, y presentado en el VIII Congreso de Salud Pública, la reforma plantea la creación de un Plan Básico de Salud, gratuito y universal -con prestaciones de promoción, protección, restitución y rehabilitación de salud-, cuyo financiamiento estaría a cargo del Estado, "*en concurrencia con los gobiernos estatales, municipales y otros entes que pudieran concurrir*"; y un Plan Adicional, que abordaría problemas más complejos, y que quedaría "*bajo la responsabilidad del sector público y privado*". Ambos planes están abiertos a que el sector privado se "inscriba" en ellos, recuperando el costo de los servicios a través de intermediarios financieros. De este modo, el MSAS se convertiría en una institución financiadora de servicios, traspasando la responsabilidad de la prestación de servicios al sector privado. En conjunción con el proceso abierto de "autogestión", mediante el cual el Estado se desprende de su responsabilidad al frente de la gestión de los centros prestadores de asistencia, se profundizaría la tendencia a la privatización global de la salud. La puesta en práctica de la reforma tal y como se plantea significará una abierta violación de los compromisos adquiridos en materia del derecho humano a la salud, que confieren al Estado la obligación de garantizar "*la protección de la salud a todos los habitantes del país sin discriminación de ninguna naturaleza*"<sup>188</sup>.

182 El Nacional, 22.03.96, pág. C-4

183 El Nacional, 17.01.96, pág. C-1

184 Discurso inaugural del VIII Congreso Venezolano de Salud Pública, febrero de 1996. El Carabobeño, 26.02.96 pág. D1.

185 RONDON MORALES, Roberto: Op. cit.

186 La Columna, 24.10.96, pág. 5

187 RONDON MORALES, Roberto. Op. cit.

188 LEY ORGÁNICA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD. Artículo 3