

DERECHO A LA SALUD

La salud es un derecho social fundamental, obligación del Estado, que lo garantizará como parte del derecho a la vida. El Estado promoverá y desarrollará políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios. Todas las personas tienen derecho a la protección de la salud, así como el deber de participar activamente en su promoción y defensa, y el de cumplir con las medidas sanitarias y de saneamiento que establezca la ley, de conformidad con los tratados y convenios internacionales suscritos y ratificados por la República.

Artículo 83 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela

En términos generales, el gobierno del Presidente Chávez ha mantenido desde sus inicios un discurso favorable con respecto al derecho a la salud que, para éste período, ha cristalizado en la normativa contemplada por el nuevo marco constitucional y en las actuales políticas del Ministerio de Salud y Desarrollo Social (MSDS). Al respecto se señala en la Memoria y Cuenta de 1999: "*Los lineamientos generales establecidos por el Ministerio de Salud y Desarrollo Social para el año 2000 tiene [sic] como área de acción el equilibrio social basado en la búsqueda del mejoramiento de la calidad de vida de la población. En tal sentido, la directriz estratégica se orienta hacia el desarrollo integral de la salud y bienestar del individuo, familia y comunidad...*"¹. Asimismo, para cumplir con este objetivo, el Ministro de Salud y Desarrollo Social, Gilberto Rodríguez Ochoa destacó: "*Se impone de manera impostergable un cambio cultural profundo, que incluya la modernización del Despacho sobre la base de una redefinición de sus competencias; la construcción de un Sistema Intergubernamental de salud, dentro del contexto de descentralización, con mecanismos de asignación de fondos a los estados y redes de establecimientos bien consensuados; el fortalecimiento de la red ambulatoria como puerta de entrada al sistema e instauración de la atención integral en los establecimientos 1º y 2º niveles para relanzar los programas de salud pública; la capacidad de los recursos humanos de hospitales y ambulatorios; el impulso a la investigación*"².

De los cambios propuestos anteriormente, durante el período en estudio, destacan la reforma al MSDS como ente rector de la salud; la fusión con el Ministerio de Familia en su nuevo rol en las políticas sociales; la consecuente eliminación de la anterior tendencia mercantilista desarrollada en el sector; el establecimiento de la gratuidad como principio rector de la salud; la apuesta por la Atención Integral y por un concepto de salud amplio; la intención de cambio en la red hospitalaria y ambulatoria. No obstante, estas tendencias positivas todavía no se han visto reflejadas en una mejora sustancial en algunos aspectos importantes tales como un presupuesto adecuado para garantizar la gratuidad y la accesibilidad y el rescate de la red ambulatoria y de la red hospitalaria, entre otros. En este sentido, la situación de deterioro crónico de la red hospitalaria y ambulatoria del país ha dificultado la eliminación real del cobro en los servicios de salud, e incluso ha generado el

cierre de 20 hospitales por falta de insumos y el mal estado de sus instalaciones, durante el período.

Con respecto a los indicadores de morbilidad, es necesario destacar una disminución importante en enfermedades como dengue y cólera. En contraposición, el repunte en los casos de malaria debe obligar al MSDS a revisar sus políticas en ese campo. También debe atacar las diarreas que continúan como cuarta causa de muerte en niños/as menores de un año, e invertir en campañas de vacunación nacionales en contra de la hepatitis B.

Medidas adoptadas por el Estado

La Reestructuración del Ministerio de Salud

Una de las primeras medidas que tomó en 1999 el Ejecutivo Nacional en relación con la salud, fue la reestructuración del entonces Ministerio de Salud y Asistencia Social con el objetivo de rescatar su función de ente rector en materia de salud y políticas sociales. El nuevo Ministerio pretende ser una estructura con competencia administrativa directa en lo relacionado con la formulación de las políticas sociales, particularmente salud, asistencia social y laboral. Por esta razón, se fusionó con el Ministerio de la Familia, la Comisión Nacional de la Mujer (Conamu) y la Fundación Centro de Estudios Biológicos sobre el Crecimiento y el Desarrollo de la Población Venezolana (Fundacredesa)³.

Ésta es la segunda reforma que sufre el Ministerio de Salud en menos de dos años. En 1998, el objetivo de la reestructuración fue la adecuación del nivel central al marco de la descentralización. Entonces, fue criticada por Provea ya que desmantelaba la estructura de protección del derecho a la salud a través de una visión mercantilista: "*Algunas direcciones apuntan a consolidar la visión del Estado como un prestador de servicios en el 'mercado de la salud' (Oficina de Garantía de Calidad y Satisfacción de los Usuarios, Oficina de Oferta de Servicios, Promoción de Servicios)*"⁴.

Dada la tendencia privatizadora de la anterior reforma, Provea reconoce como necesario y favorable el rescate del Ministerio como ente rector de las políticas en salud para garantizar la aplicación de políticas nacionales coherentes en todo el país. Asimismo, hay que destacar como positivo la nueva competencia del MSDS sobre políticas sociales, reflejándose así una visión integral de la salud estrechamente relacionada con el bienestar de las personas en su entorno familiar y social.

Para responder a estas nuevas competencias, se reestructuró el organigrama del MSDS, dividiéndose en cuatro Direcciones Generales, una Dirección General del Despacho, las Direcciones Estadales de Salud y Desarrollo Social, y dos Viceministerios, uno de Salud y otro de Desarrollo Social. El Viceministerio de Salud, a su vez, cuenta con dos direcciones, una de Salud Poblacional y otra de Salud Ambiental y Contraloría Sanitaria, y con una Oficina de Educación e Investigación. El Viceministerio de Desarrollo Social, se dividió en otras dos direcciones, la de Políticas y Planes y la de Evaluación y Control⁵.

No obstante, hay que señalar que en este proceso de reestructuración la Dirección de Malariología y Saneamiento Ambiental fue eliminada, y aunque el MSDS ha aclarado que sus funciones fueron asumidas por las dos Direcciones del Viceministerio de Salud⁶, existen denuncias que vinculan el aumento de casos de malaria en lo que va del año 2000 con esta reforma⁷.

La nueva Descentralización

En años anteriores, Provea había descrito el proceso de descentralización en materia de salud como privatizador y de traspaso de problemas, sin recursos, a los estados. En junio de 2000, el MSDS lo calificó como un proceso "*...con cuotas de irresponsabilidad tanto del poder nacional como del regional, lo que ha generado confusión, desmembramiento del Estado, ineficacia, ineficiencia y mayor corrupción en algunos estados*"⁸.

Con la reforma de 1999, la descentralización pasa a ser un elemento importante de la política de salud, pero deja de ser el eje central como en 1998, ya que si bien se le califica de indispensable, se le acompaña de una política nacional y de un fondo único para la salud, coordinados desde el MSDS. Al respecto el Ministro considera que hay que "*...convertir al Despacho en un relativamente pequeño grupo de trabajo, altamente eficiente, que se ocupe de la rectoría, de las políticas; del control-gestión de los Estados con indicadores modernos, de las normas, del financiamiento, de la vigilancia epidemiológica nacional*"⁹.

En ejercicio de su función rectora, el MSDS solicitó ante la extinta Comisión Legislativa Nacional (CLN) la reversión del acuerdo de descentralización firmado con la Gobernación de Táchira en 1995, por su mala gestión¹⁰. También, en agosto de 2000, exigió a los gobiernos estatales consolidar una sola Dirección de Salud en cada estado; fortalecer el Sistema Intergubernamental de Salud (SIS) en los ámbitos nacional, estatal, municipal y comunitario; subsumir las antiguas Direcciones Regionales del Ministerio de Familia en las Direcciones Regionales de Salud y Desarrollo Social; integrar los hospitales del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS) a la Red Regional de Salud y cumplir de forma unificada el Plan Regional de Salud¹¹.

Sin embargo, para que todo este nuevo proceso de descentralización beneficie la salud en los estados, el Ministerio debe garantizar una distribución del presupuesto suficiente y equitativa que satisfaga las necesidades regionales para así apartarse de la inadecuada política de distribución de fondos que ha caracterizado al Ministerio, y que fue identificada como una de las causas del colapso de la salud nacional¹². El MSDS parece coincidir con este diagnóstico cuando señala que "*...la asignación de recursos desde el nivel central hacia las entidades federales, no obedece a criterios técnicos de ningún tipo, sino que es, quizás, entre otros factores, el resultado de diferente capacidad de presión por parte de las autoridades sanitarias regionales*"¹³.

Estas han sido las razones aludidas por el MSDS para la creación de un Fondo Nacional de Salud, del cual se distribuyen los recursos para los estados, bajo criterios de equidad

poblacional y social. Provea reconoce la importancia de la utilización de estos criterios para garantizar una distribución objetiva de los recursos que permita la autonomía de los estados, y que a su vez responda a las necesidades de cada población.

Según el cuadro, se evidencia un aumento progresivo en todos los rubros, cuyo pro medio anual oscila en 29%. No obstante, al analizar las partidas específicas de los últimos dos años en donde el presupuesto ya fue elaborado por el Gobierno del Presidente Chávez, el único caso con una variante importante es el del Distrito Federal. Esta situación nos induce a concluir que o no se están aplicando los criterios para la nueva distribución del dinero, o se aplicaron y no generaron mayores cambios.

Cuadro comparativo de presupuestos estatales 1997 - 2000 (millones de Bolívares)				
			Años	
Estado	1997	<i>1998</i>	<i>1999</i>	<i>2000</i>
Distrito Federal	S.D.	9.058,6	32.372,8	49.210,2
Anzoátegui	16.785,1	25.805,7	30.466,3	33.953,8
Apure	N.D.	12.640,0	14.821,4	17.913,7
Aragua	18.276,2	25.926,1	32.294,9	36.299,1
Bolívar	14.473,5	24.395,5	28.000,2	31.245,7
Carabobo	25.075,0	29.949,8	38.610,6	40.033,8
Delta Amacuro	S.D.	712,4	S.D.	S.D.
Falcón	8.639,0	12.402,1	15.043,4	15.740,6
Lara	18.762,5	22.304,6	27.525,2	32.520,9
Mérida	13.850,0	14.606,5	19.008,1	20.517,8
Miranda	17.003,1	18.177,2	23.536,9	32.116,6
Monagas	10.923,0	12.232,1	14.915,1	15.912,0
Nueva Esparta	S.D.	4.411,0	7.940,3	9.006,4
Sucre	14.840,8	17.116,1	21.316,6	23.131,4
Táchira	15.593,1	16.062,0	20.959,9	20.738,1
Trujillo	14.536,8	17.061,7	20.817,2	22.920,9
Yaracuy	S.D.	8.487,4	11.168,6	14.526,3
Zulia	25.372,3	33.455,3	43.650,9	47.641,7

Total	214.130,4	304.804,1	381.488,52	463.429
-------	-----------	-----------	------------	---------

S.D.: Sin Datos.

Fuentes: Elaboración propia con datos tomados de las Disposiciones Generales del Proyecto de Ley de Presupuesto para el Ejercicio Fiscal 2000. Pág.31-9 y Exposición de Motivos del Presupuesto para el Ejercicio Fiscal 1999 Reconducido. Pág.11-6.

Asimismo, llama la atención la diferencia que existe entre el discurso público sobre descentralización y las medidas adoptadas por parte del MSDS, en especial en cuanto a la reversión de algunos procesos, el poco aumento en los presupuestos estatales y el condicionamiento de los recursos, tal como lo declara el propio ministro de Salud y Desarrollo, Gilberto Rodríguez Ochoa: "*Si tenemos injerencia porque el Ministerio de Salud es el órgano rector; pero además nosotros financiamos en gran medida el servicio en cada estado aunque esté descentralizado, porque la descentralización es de ejecución de programas, pero seguimos enviándoles dinero, por ahí podemos negociar y si vemos que una Dirección Regional de Salud no quiere trabajar con nosotros, pues la Ley de Descentralización nos permite revertir el proceso*"¹⁴.

Aún cuando Provea reconoce la importancia de la función contralora del MSDS sobre el sistema nacional de salud, éste debe encontrar un equilibrio para no debilitar el proceso de descentralización. En especial debe evitar la reducción de presupuesto como mecanismo de control, ya que los únicos afectados serán los habitantes del estado en cuestión.

Disponibilidad de Recursos

Para el año 2000, al MSDS se le asignaron Bs. 1.300 millardos equivalentes a 1,78% del Producto Interno Bruto (PIB), lo que significa un aumento relativo si lo comparamos con el presupuesto real de 1999 que llegó a los 755 millardos, aproximadamente 1,29% del PIB. En términos del Presupuesto Nacional (PN), en el año 2000 el porcentaje en salud llegó al 7%, y para el 2001 está presupuestado un 8,5% y en el 2002, el MSDS aspira a tener un 10% del PN.

Años	Presupuesto en millardos de bolívares	% del PIB	% del Presupuesto Nacional
1998	752	1,6	SD
1999	767	1,29	5,51
2000	1.308	1,78	7
2001	1.520	-	8,5
2002*	-	-	10

*Estimaciones del MSDS.

Fuente: Elaboración propia con datos tomados de fuentes hemerográficas, de Provea y cifras oficiales¹⁵.

El aumento de más de 500 millardos en el presupuesto de 2000 equivale a un incremento de 70,5% con respecto al de 1999. Aparentemente así se tiende a cubrir el déficit con que venía trabajando el Ministerio desde 1998, época en que el ex Ministro José Felix Oletta lo calculó en 580 millardos, (46% del presupuesto del Ministerio) y que para 1999 se estimó en 550 millardos (40% del presupuesto)¹⁶. No obstante, dada la fusión que señalamos con anterioridad es lógico que los presupuestos de Fundacredesa, Conamu y el Ministerio de la Familia también pasaran al presupuesto del MSDS. Si sumamos los montos de los entes mencionados para 1999, sin contar con que posible mente tenían déficit, obtenemos Bs.184,9 millardos, lo que equivale a 37% del supuesto aumento presupuestario en salud para el año 2000¹⁷.

En consecuencia, de los Bs. 500 millar-dos, al parecer, sólo Bs.315 millardos son de aumento real, lo que no cubre el déficit que se calculaba tan sólo para el MSDS en 1998. Refuerza nuestra posición la declaración de la ex-Viceministra de Salud, Ana Elisa Osorio, quien calificó de insuficiente el aumento del presupuesto para el año 2000. En este sentido, señaló que: *"estimamos que para el próximo año sea aumentado el presupuesto en forma importante, aunque no lo requerido para superar todo el déficit"*¹⁸.

Como ya se mencionó, a estos Bs.315 millardos de aumento habría que restarle el déficit que probablemente arrastraba el Ministerio de la Familia y la inflación de dos años. Así mismo, hay que tomar en cuenta que en 1998 el presupuesto necesario en salud se calculaba en Bs.1.380 millardos¹⁹, más de lo que se le asignó a toda la fusión de Ministerios antes descrita.

Esta política presupuestaria no coincide con el aumento considerable del presupuesto que declaran como necesario las autoridades ministeriales, para dar cumplimiento a las obligaciones del Estado de financiar la salud y garantizar un acceso universal. En este sentido señala la ex-Viceministra de Salud, Ana Elisa Osorio: *" Si decimos que el sistema de salud venezolano debe ser universal y equitativo, con acceso a toda la población, eso debe tener una expresión en el financiamiento y el Estado no debe separarse de esa función [...] La función de financiamiento es indelegable del Estado, por lo cual allí la atención tiene que ser gratuita"*²⁰.

En este mismo sentido, el Coordinador del Proyecto Salud, Jorge Díaz Polanco señala que *"...la administración de los fondos de salud debe ser de índole público, a fin de impedir que se desregule el sistema..."*²¹. No obstante, según sus mismas declaraciones *"... Venezuela es el país de América Latina que destina menos recursos a la salud, en relación al nivel del Producto Interno Bruto (PIB), con el agravante de que este dinero va al sector privado"*²².

Cooperación Internacional

El Proyecto Salud del Ministerio coordina el Programa de Reforma de los Servicios de Salud, financiado por el Banco Mundial (BM) y el Programa de Fortalecimiento y Modernización del Sector Salud, financiado por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID). Al respecto: *"...hay que destacar que Venezuela, al igual que muchos países de América Latina y el resto del mundo, ha sido objeto de la cooperación internacional para la promoción de la reforma sanitaria. En Venezuela, desde los años 90 existe un proyecto de reforma con sede en el*

*MSAS receptor de los recursos de la banca multilateral (U.S.\$ 204 millones) los cuales inicialmente fueron destinados a la remodelación y equipamiento de los servicios de salud"*²³.

En 1999, a través del Proyecto Salud, 11 estados recibieron Bs.7.746 millardos en calidad de préstamos²⁴. No obstante, tal como lo reconoció en el mes de junio la anterior Viceministra de Salud, Ana Elisa Osorio, el Proyecto ha enfrentado serios problemas en su ejecución, dentro de los que destacan la falta de experiencia sobre el manejo gerencial frente a la banca y la falta de controles o sanciones contempladas en los términos adoptados ante el incumplimiento de alguna de las partes²⁵. En este sentido, *"A comienzos del nuevo gobierno y al asumir la nueva Coordinación del proyecto, se identificaron algunos asuntos importantes con relación a los procesos contables. Los procesos de rendición de cuentas no se llevaron a cabo oportuna y adecuadamente, las erogaciones no se registraron debidamente y puede afirmarse que no existía contabilidad correspondiente al año 1998.."*²⁶. Para subsanar estos problemas, en noviembre de 1999 se instaló un sistema de contabilidad para mantener actualizadas las cuentas²⁷.

En 1998, la ejecución del Proyecto fue *"prácticamente inexistente"* por lo que los estados cubrieron los fondos del proyecto con sus recursos. Para 1999, la nueva gestión se dedicó a cubrir las deudas con los estados por lo que la ejecución, también fue *"muy baja"*²⁸.

Los dos préstamos del Proyecto Salud estaban programados para finalizar su ejecución financiera en diciembre de 2000. No obstante y debido a la falta de ejecución en el crédito del BID, el MSDS negoció un acuerdo de prórroga hasta diciembre de 2001²⁹. Adicionalmente, para el 2001, existen otras dos líneas nuevas de financiamiento. El primero de ellos es el Proyecto Metropolitano del Banco Mundial (BM), cuyo objetivos son mejorar la red hospitalaria metropolitana (no incluida en el Proyecto Salud) y propiciar la atención integral en salud como experiencia piloto. Tiene un presupuesto de \$USA 60.000.000, y se cubrirá con aportes iguales por parte del BM y del Gobierno de Venezuela. El ámbito de acción serán cuatro redes (norte, sur, este y oeste) que incluyen al Hospital Vargas, los ambulatorios satélites, el Hospital de Coche, el Domingo Luciani y al parecer el Hospital Magallanes de Catia³⁰.

El segundo crédito, otorgado por el Gobierno Español es por un monto de \$USA 200.000.000 y será destinado al Proyecto Marco para el Fortalecimiento de la Red Hospitalaria. Contempla el fortalecimiento de 20 hospitales en los servicios de emergencia, quirófanos, atención materno infantil, dotación de equipos, mantenimiento, y capacitación del personal para el manejo gerencial de los hospitales³¹. El dinero estará disponible para el segundo semestre del año 2001, por lo que el MSDS *"...con recursos propios comenzó a capacitar al personal directivo y jefes de servicio de esos hospitales en materia gerencial, a fin de hacer uso racional de los recursos tanto humanos como financieros y técnicos"*³².

Hasta el momento, toda la línea de cooperación internacional se ha enfocado principalmente en el área hospitalaria. Llama la atención que las dos nuevas líneas de cooperación internacional actual continúan este énfasis, dejan por fuera la prevención y promoción de la salud, pilares de los lineamientos estratégicos del MSDS.

Como hemos mencionado, en el MSDS se conocen las fallas que ha tenido el Proyecto Salud desde sus inicios, por lo que cabe esperar que la gestión y evaluación de las dos nuevas líneas, así como lo que queda del Proyecto sean mejoradas sustancialmente.

Nuevo Marco Constitucional

Según expresó Oscar Feo, presidente de la Comisión de Salud de la Asamblea Nacional Constituyente (ANC), tanto en el proyecto, como posteriormente en la Constitución, hay cuatro cambios importantes en materia de salud, a saber: la gratuidad, la garantía presupuestaria, la universalidad y la participación ciudadana³³.

Los aspectos señalados nos llevan a calificar de favorable la nueva normativa constitucional, especialmente si se la compara con la Constitución de 1961. En cuanto al reconocimiento del derecho, la vigente Constitución en el artículo 83, tipifica el derecho a la salud de social y fundamental. Le reconoce carácter integral responsabilizando al Estado de la adopción de medidas para elevar la calidad de vida, bienestar social y acceso sin discriminación a los servicios.

En este mismo artículo, se asume la corresponsabilidad del Estado y de las personas en la protección de la salud. Preocupa a Proeva que una parte del artículo se pueda interpretar como que el disfrute del derecho se condicione a una participación "obligatoria".

En cuanto al sistema público de salud, se considera positivo que el artículo 84 contemple la promoción de la salud y prevención de las enfermedades garantizando también el tratamiento médico, el cual debe ser oportuno y de calidad. Como aspecto nuevo, el sistema público de salud estará integrado al sistema de seguridad social y se regirá por los principios de universalidad, gratuidad, equidad, solidaridad, integralidad e integración social.

El artículo 85 establece la obligación del Estado de garantizar un presupuesto adecuado para el sector salud que permita el cumplimiento de sus obligaciones, lo que brinda una herramienta concreta de exigibilidad y control de la inversión estatal en salud.

Por su parte, merece especial atención la participación popular, que celebramos haya sido incluida en el articulado. Sin embargo, el desarrollo legislativo es el que determinará sus modalidades y alcance, así como la voluntad política del gobierno en cuanto a su efectividad. Entendemos que el espíritu del artículo 84 focaliza la participación en lo relativo a la planificación, ejecución y control de las políticas públicas. No obstante, esperamos se priorice efectivamente el diseño y control de las políticas por sobre la ejecución, en aras de evitar un desplazamiento de responsabilidades del Estado a los particulares.

Finalmente, sobre el tema de la atención de emergencia, tanto en la propuesta de artículos de derechos humanos que presentó el Foro por la Vida, como en el Proyecto del Presidente Chávez, se contemplaba la obligación de cualquier ente de salud, público o privado, de prestar servicios de atención médica inmediata en casos de emergencia, cuando la remisión de la persona pudiera implicar un peligro inminente a su vida o daños irreversibles a la salud. Lamentablemente, la propuesta fue suprimida del texto constitucional, dejando a las personas que necesiten de una atención de emergencia, sin la garantía para disfrutar efectivamente de una atención oportuna y adecuada. En el período de este Informe se contabilizaron por prensa 3 muertes bajo este supuesto³⁴.

Cambios legislativos

El MSDS en el plan de acción 1999, plantea revisar a fondo la Ley Orgánica de Salud y la Ley del Subsistema Integrado de Salud, a las cuales les cuestiona su componente privatizador³⁵. Con la entrada en vigencia de la Constitución, estas leyes se ven automáticamente derogadas en todo lo que contradigan a la primera, por lo que, en la actualidad es imperante elaborar nuevas propuestas legislativas.

Según Oscar Feo, la normativa sobre salud está actualmente conformada por más de un centenar de leyes y reglamentos, pero se debería empezar por reformar la Ley Orgánica de Salud, la Ley de Ejercicio de la Medicina y los Reglamentos y Códigos Sanitarios³⁶. Provea coincide con esta posición en lo que respecta a la Ley Orgánica. En este sentido, considera que el proyecto elaborado por el MSDS es bastante adecuado y ajustado al espíritu de la Constitución.

Participación

Si bien la Constitución de 1999 pareciera contemplar la participación popular como un espacio de colaboración con el sector público, hay opiniones que ponen en duda el fin de esta participación, en el entendido de que ésta pueda convertirse en un instrumento del sector público para que el Estado se desprenda progresivamente de obligaciones que le son propias. En este sentido, Jesús Sotillo, articulista del diario El Universal, expresó: "*Todos tienen derecho a la salud, estipula la Bolivariana, pero igualmente traslada responsabilidades para los ciudadanos en general al disponer que todo venezolano tiene el deber de participar activamente en la promoción y defensa de este derecho...*"³⁷.

Para Provea, la participación comunitaria debe orientarse y desarrollarse, especialmente, hacia la planificación y control de las políticas y gestión pública en salud para que las personas puedan ejercer su derecho al control, dejándole al Estado la responsabilidad de ejecución.

Expresiones de esta participación se registran diariamente por los medios de prensa. Tal es el caso de la comunidad de los Jabillos II en el Edo. Aragua, la cual exigió públicamente que se cumpla el plazo de un año de la rural de los médicos y no que se cambien cada mes, ya que esto perjudica la atención de los habitantes de los Jabillos II por lo que manifestaron que: "*...nosotros los vecinos tenemos derecho a exigir, a escoger y a solicitar lo que en realidad nos beneficiará y no por imposiciones ajenas, nosotros somos los que vivimos aquí y sabemos lo que necesitamos.*"³⁸. Así mismo, la Red de Sociedades Científicas Médicas Venezolanas exigió la democratización y publicación del Plan de Contingencia Ávila para casos de desastres. La Red considera que "*Los planes de contingencia para enfrentar la emergencia [...] deben ser democratizados, dados a conocer a la población y preparados con el concurso de especialistas en diferentes áreas, especialmente en la de salud*". Asimismo, ofrecieron elaborar una guía o manual que contribuya a difundir elementos para la colectividad³⁹.

En este sentido, señala la Coordinadora Nacional de Participación Comunitaria en Salud (Consalud) que "*Preocupa la falta de acciones gubernamentales que muestren voluntad política y compromiso con el proceso de democratización que debemos adelantar en el país. Muchos Directores de Salud no rinden cuenta pública, no incorporan realmente a las comunidades, no se toma en cuenta la opinión de la gente para las acciones*"⁴⁰. Con el objetivo de llevar a la

práctica la participación en salud que establece la Constitución, Consalud ha realizado diversos eventos de formación comunitaria en salud, en estados tales como Carabobo, Yaracuy, Táchira, Anzoátegui, Apure, Aragua y Lara⁴¹.

Finalmente, es importante resaltar como positiva la experiencia de participación comunitaria en el Edo. Carabobo, en el control de la gestión pública en salud. En Valencia se creó la Defensoría Comunitaria de la Salud, como una asociación civil registrada por el movimiento vecinal del municipio Naguanagua, con el fin de servir de contralor social de la gestión pública en salud. Así, en varias Comisiones Legislativas se han introducido propuestas de participación comunitaria en el control de los organismos de salud⁴².

Situación de Salud

Accesibilidad y Gratuidad sin Recursos

Si bien durante el período en estudio el MSDS identificó a la gratuidad como eje rector del sistema público de salud, la situación de deterioro crónico de la red hospitalaria y ambulatoria del país ha dificultado la eliminación real del cobro en los servicios de salud. Razón por la cual, se requiere de una mayor inversión de recursos, distribución equitativa de los mismos y de un control efectivo de gestión.

El Programa de Gobierno actual se propone desmontar el modelo neoliberal implantado años atrás en el sector salud. Tal modelo condujo al desfinanciamiento y la privatización del sector, mientras que el nuevo propone eliminar progresivamente el cobro directo en los servicios prestados por la red ambulatoria y hospitalaria del país⁴³. En tal sentido, Ana Elisa Osorio, ex-Viceministra de Salud, afirmó: "*la sociedad civil privatizó la salud en función del déficit presupuestario, pero la búsqueda de esta Administración es rescatar la función de financiador del Estado*"⁴⁴. Así, el MSDS se ha propuesto la eliminación del cobro de los medicamentos e insumos necesarios en los servicios que prestan los ambulatorios, así como las inmunizaciones, despistaje de enfermedades, citologías, control prenatal y atención de emergencias⁴⁵. Waldo Revello, ex Director de Salud Poblacional del Ministerio, declaró la intención de elaborar un decreto para evitar el cobro de los servicios de salud en las emergencias de los hospitales y ambulatorios del país.

Por su parte, el IVSS prohibió el cobro en los centros asistenciales, eliminó las fundaciones (instituciones creadas para la "recuperación de costos") y ordenó la suspensión de todo tipo de colaboración de los pacientes incluyendo la atención odontológica⁴⁶.

En este mismo orden de ideas, la anterior gobernación del Distrito Federal dictó en el año 1999 el Decreto N° 061 para prohibir el cobro de tarifas por atención médica en los hospitales dependientes de ella. Ahora bien, por la vía de los hechos y bajo la figura de la "*colaboración*", se siguen reportando denuncias en relación con la exigencia de aportes económicos a los usuarios como contraprestación de los servicios médicos ofrecidos. debido a la falta de un financiamiento adecuado y una ineficiente gestión. Se debe reconocer como medida positiva la eliminación de las distintas fundaciones ya que operaban como oficinas de recuperación de costos en cada uno de los servicios. No obstante, llama la atención la creación de la Coordinadora General de Recuperación de Costos de los hospitales adscritos a la Dirección General de Salud de la Gobernación⁴⁷.

Según estudios realizados por la Dirección de Salud Poblacional del Ministerio hay varios estados que siguen aplicando el cobro en la red ambulatoria y hospitalaria, entre los que se encuentran: Nueva Esparta, Falcón, Monagas, Bolívar, Trujillo, Táchira y Mérida. Dentro de las causas alegadas están el déficit presupuestario y las deficiencias en la administración de fondos. En ese sentido, según explicó el ex Director de Salud Poblacional, se está investigando cuáles son los rubros que han implicado el cobro directo al usuario para así identificar las principales necesidades de los servicios de atención médico-quirúrgica⁴⁸.

Al respecto, Alcides Inojosa, Director del Hospital "Plácido Daniel Rodríguez" de Yaracuy, expresó: *"Sí estamos cobrando los servicios y no vamos a dejar de cobrarlos, ya que no hemos recibido recursos por parte del Ministerio de Salud y Desarrollo Social"*⁴⁹. De igual manera, Oscar Beaujón, jefe del Servicio de Oftalmología del Hospital Rísquez, de Caracas, suspendió las operaciones -de referencia nacional- que venían realizando mensualmente, luego de que el Ejecutivo decretara la gratuidad de la salud, sin tomar las previsiones para suministrar los recursos que requiere el servicio. En este sentido aclaró: *"nada ganamos con decir que el servicio es gratuito si no se puede atender a los pacientes por falta de insumos"*⁵⁰.

A diferencia de años anteriores, para este período se han registrado 3 muertes por falta de atención de emergencia en centros hospitalarios debido al cobro de los insumos médicos y medicamentos requeridos, porque las personas no contaban con los recursos económicos para sufragar los costos que se les exigía. Fue la situación de Arturo CHÁVEZ, quien ingresó al hospital Central de San Cristóbal (Edo. Táchira) y falleció sin el tratamiento médico requerido por no tener los recursos para comprarlo. A pesar de que éste es el hospital más importante de la región, no contaba con los insumos médico-quirúrgicos necesarios⁵¹. Bárbara BLANCO murió en marzo de 2000 porque la administración del Hospital Militar le negó la atención de cuidados intensivos ya que sus familiares no contaban con Bs. 1.000.000⁵². Alexis LOZANO, estudiante de la Universidad de los Andes, muere a consecuencia de una contusión cerebral que no pudo ser diagnosticada oportunamente en el hospital Central de San Cristóbal (Edo. Táchira), debido a que el equipo de tomografía estaba fuera de funcionamiento y sus familiares no contaban con los recursos para pagar el examen en un centro privado⁵³.

Siendo la atención de emergencia un componente básico del derecho a la asistencia de salud y que además está vinculado con el derecho a la vida, se hace necesario que el Estado garantice la atención inmediata en las emergencias, tanto a nivel público como privado. En este sentido, preocupa a Provea la denegación de atención de emergencia en centros privados cuando la situación es de gravedad para la vida de una persona. Un ejemplo de ello es la muerte del joven Roger BLANCO (22), quien falleció en diciembre de 1999, porque la Clínica "Camuribe", centro de salud más cercano a su domicilio, se negó a atenderlo si antes no depositaba Bs. 1.500.000, que los familiares no tenían.

Prevención y tratamiento de enfermedades

Atención Integral

Según comunicado de prensa del MSDS, la razón de que Venezuela esté tan mal posicionada en salud en los parámetros internacionales radica en que los ambulatorios, tanto los del MSDS como los del IVSS e Instituto de Previsión y Asistencia Social para el Personal del Ministerio de Educación, perdieron hace años su misión histórico-social. Al respecto, se especifica que la misma es: "*hacer atención integral a los usuarios, a los consultantes y hacer medicina anticipatoria [...] y por otro lado, los médicos y enfermeras de ambulatorios deben hacer campañas preventivas y diagnóstico precoz...*"⁵⁴.

En 1999, el MSDS reafirmó que "*El Modelo de Atención Integral forma parte de los lineamientos de políticas fundamentales del actual gobierno y se aspira a que constituya la columna vertebral de la organización y funcionamiento del sistema público de salud, orientado al logro de la mayor calidad de la atención y hacia la equidad de su cuidado*"⁵⁵. Este modelo enfatiza la promoción, la prevención y el enfoque integral entre la persona, la familia, el entorno comunitario y la relación con el equipo médico⁵⁶.

Para consolidar su política, el MSDS se propone rescatar la red ambulatoria y formar profesionales en medicina con una visión integral. En este último aspecto, firmó un convenio con la Asociación Venezolana de Facultades y Escuelas de Medicina para la reformulación de los programas académicos y el incremento de nuevos médicos generales⁵⁷.

En relación con el estado de la red ambulatoria, según el MSDS, ya en la administración pasada "*...se mejoró sensiblemente la dotación, la rehabilitación física y la formación de personal en los ambulatorios a nivel nacional, lo cual extrañamente no tuvo impacto en los programas de salud*"⁵⁸. La causa, según el MSDS fue el fraccionamiento de la "oferta" de salud, lo cual ahuyentó al público que debió someterse a citas interminables para cada programa de prevención en salud⁵⁹.

A pesar de que ésta puede ser una de las causas de la falta de prevención de salud en Venezuela, la principal sigue siendo, según las denuncias de las comunidades en todo el país, la mala situación de los ambulatorios, tanto en infraestructura como en insumos y recursos humanos. Así lo ilustran varios de los casos que se han recopilado.

La comunidad de Valle Hondo (Edo. Cojedes) denunció que su dispensario está en pésimas condiciones, no tiene médico para atender las enfermedades y la vía de comunicación con el pueblo está en pésimas condiciones por lo que se dificulta el traslado a otros centros. Aunado a esta problemática denuncian el mal servicio de agua que están recibiendo⁶⁰. En este mismo sentido, la comunidad de La Toscana (Edo. Monagas) denunció que el ambulatorio se "*...derumba por la desidia y el abandono que allí reina*". Ese ambulatorio pasó 20 días sin agua por falta de mantenimiento del tanque que lo surte⁶¹. En el Edo. Anzoátegui, el ambulatorio "Naricual" carece de agua: "*A Naricual le inauguraron un acueducto que no llegó a funcionar. La población está al lado de un río y no ha habido forma de que le resuelvan el problema, aunque los pobladores vecinos sí cuentan con un suministro regular*"⁶². Desde su construcción, hace 18 años, el ambulatorio de Soledad (Edo. Bolívar) viene presentando serios problemas de contaminación, lo que se agravó hace 3 meses por el desbordamiento de unos pozos sépticos. Asimismo, los habitantes denuncian la retención de medicamentos por parte del director del ambulatorio y su mala gestión⁶³. En el Proyecto para la Red Ambulatoria en la

Costa Oriental del Lago (Edo. Zulia) sólo se han reacondicionado 6 dispensarios (La H, Las Morochas, Gasplant, Las Huertas, Aguasanta y Los Samanes) de los 80 de la zona (Miranda 9, Santa Rita 7, Cabimas 27, Simón Bolívar 6, Lagunillas 17, Valmore Rodríguez 7, Baralt 7). Hay casos como el de los ambulatorios "El Lucero" y "Las Delicias" que llevan varios años en reparaciones y aún no se han concluido las obras. Y en los que sí se han finalizado las obras y hay dotación de insumos, no hay personal⁶⁴.

De igual manera, en Machiques (Edo. Zulia) se denunció la falta de acciones preventivas para detener enfermedades contagiosas. Tal es el caso de la población de Marewa, en donde hay una alta incidencia de enfermedades prevenibles como tuberculosis, escabiosis, fiebre, vómito y diarreas. Sólo existe una medicatura con una enfermera y las medicinas llegan cada 3 meses y se acaban un mes antes del próximo suministro, además de no contar con agua potable ni con luz en el local. La misma situación aqueja a "*Los siete municipios del Edo. Zulia que se comunican con Colombia, son territorios desasistidos, amenazados por enfermedades que se creían erradicadas y con índices de desempleo por encima del 60%*"⁶⁵.

Inmunizaciones

La cobertura alcanzada del 100% en las campañas de vacunación de varios estados del país, aún cuando la cobertura nacional no haya llegado a esta cifra, y la incorporación de nuevas vacunas a los programas de inmunización se reconoce como aspecto positivo. En este sentido, José Mendoza, Director de Epidemiología y Análisis Estratégico del Ministerio, señaló que entre los avances más significativos del Plan Nacional de Vacunación está la incorporación de nuevas vacunas como la de Hepatitis B, la Haemophilus Influenzae tipo B y la Antiamarilla⁶⁶.

A su vez, en 1999, el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) aumentó la cobertura de vacunación alcanzada en actividades de rutina. En el caso de la Triple (DPT) el 51,7% de los municipios cumplió con metas mayores al 90%, y los estados Aragua, Lara, Sucre y Trujillo abarcaron un 100%. Los estados que cubrieron un 100% con respecto a la vacuna Antipolio (PVO) son Aragua, Lara, Miranda, Sucre y Trujillo. El total de cobertura en el país fue de 84,4%. Hay que destacar que la cobertura de la vacuna BCG (antituberculosa) alcanzó en este período el 94%, aumento considerable en comparación con el 80% mantenido durante los 8 años anteriores⁶⁷.

Tratamiento de enfermedades

Personas que viven con VIH/Sida. Una de las situaciones más graves que aqueja al paciente venezolano portador del virus de VIH/Sida es el retardo en la entrega de los mismos. Este problema ha sido denunciado por los pacientes en infinidad de ocasiones, sin embargo, los trámites burocráticos en el Ministerio retardan la compra y distribución de los medicamentos. La Oficina del Programa de Sida y Enfermedades de Transmisión Sexual del Ministerio ha decidido emprender un plan progresivo de suministro de medicamentos antirretrovirales llamado Programa Nacional de Prevención y Control del Sida. En una primera etapa de funcionamiento -por falta de recursos- el Programa asumió una cobertura limitada a los que ha denominado grupos prioritarios, tales como niños y niñas, mujeres embarazadas, infectados por transfusiones o uso de hemoderivados en instituciones públicas, personal de salud que resulte infectado en accidentes laborales y personas que han ganado acciones judiciales de

amparo en el hoy Tribunal Supremo de Justicia⁶⁸. Según la organización Acción Ciudadana contra el Sida (Accsi), la población beneficiada es de 2.626 personas por el IVSS, 1.500 por el MSDS, 100 niños y/o niñas atendidos por el Hospital "J.M. de los Ríos", más el número de madres cubiertas por el Programa Materno Infantil del Ministerio para prevenir la transmisión vertical. Todo ello ha implicado una inversión del presupuesto del sector salud de Bs. 31 millones.

Aún cuando este programa pretende garantizar la entrega oportuna de medicamentos de acuerdo con grupos caracterizados como prioritarios, genera un trato discriminatorio para el resto de personas que viven con el VIH/Sida. Según las cifras del MSDS las personas que viven con el VIH/Sida suman 8.400 personas, en tanto que las cifras que maneja el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH/Sida hacen referencia a 62.000 casos. Al respecto, en opinión del Coordinador de Accsi, Edgar Carrasco, la política del MSDS además de discriminatoria es técnicamente incorrecta, al dejar por fuera a la población más afectada, tal como lo es la masculina⁶⁹. Normalmente el Estado realiza controles epidemiológicos que revelan la conducta o comportamiento de una enfermedad. En este sentido, el 60% de los casos notificados de VIH/Sida corresponden a hombres homo y heterosexuales⁷⁰.

Otro de los problemas que enfrentan las personas afectadas por VIH/Sida, según la denuncia del Coordinador de Accsi, es el no cumplimiento de sentencias de amparo favorables. En el Edo. Aragua, la Dirección de Salud de la Gobernación "*...no ha atendido a las 18 personas con VIH que están beneficiadas por recursos de amparo y resaltó que incluso, ya han muerto 3 pacientes por falta de tratamiento.*"⁷¹. Asimismo, los tribunales han decidido a favor en los estados Carabobo, Aragua y Distrito Federal. Finalmente, se encuentra en trámite en el Edo. Zulia, otra acción de amparo interpuesta por 43 seropositivos en contra de la Dirección Regional de Salud, para que les suministre los medicamentos necesarios para controlar el virus⁷².

Con respecto al Programa de Sida, en 1999 los aspectos bioéticos pasaron a ser controlados por el despacho del Ministro de Salud, con el fin de agilizar las decisiones administrativas. El registro de casos se trasladó a la Dirección de Epidemiología del MSDS. Sin embargo, el componente que sigue ausente es el preventivo. Así lo señala Accsi en su informe de 1999. Asimismo, a un año de su reestructuración, se le reconoce el rescate de las oficinas centrales, pero no la agilidad de las decisiones administrativas y financieras, ni el registro de casos que han vuelto asumir. Otro de los grandes obstáculos para luchar contra este mal es la desactualización de la data que mantiene un atraso de dos años. Finalmente, la ausencia de una política nacional sobre Sida, ya que no hay un adecuado canal de comunicación entre las oficinas estatales y el MSDS, contribuye a su vez con el subregistro⁷³.

Es importante destacar como medida positiva, la reciente Resolución N° 29274. Según Edgar Carrasco esta Resolución debe considerarse positiva, a pesar de su carácter obligatorio, en tanto exige la aplicación de las pruebas de anticuerpos contra el VIH a todas las mujeres embarazadas que acuden al control prenatal, tanto en los servicios públicos como en los

privados. Se pretende prevenir o reducir la transmisión vertical y atender a las madres seropositivas durante el embarazo, parto y post-parto, con tratamientos antirretrovirales, el control virológico e inmunológico, de acuerdo con lo previsto en las normas internacionales. Así mismo, la resolución se está aplicando de acuerdo con los parámetros éticos y de derechos humanos, pues para la realización de las pruebas de anticuerpos contra el VIH a las embarazadas se les pide su consentimiento, además de ser informadas previamente a la práctica de la prueba, garantizando la orientación y confidencialidad de los resultados. No obstante, Carrasco espera que el MSDS/PNS implemente conjuntamente con las dependencias existentes en los servicios de salud y el sector no gubernamental, programas de capacitación en el área de orientación y consejería, para lograr con éxito la participación voluntaria de la comunidad y el respeto a la dignidad e integridad de la mujeres embarazadas que viven con VIH/Sida y sus hijos⁷⁵.

Desastre Natural en diciembre de 1999

Debido a la catástrofe de diciembre de 1999, el MSDS decretó inicialmente la emergencia epistemológica en el país por tres meses, pero en enero de 2000, la prolongó a tres meses más, a raíz del desplazamiento de los damnificados por todo el país y los cambios climáticos. El MSDS publicó, además, las medidas preventivas que debía tomar la población¹. En el plan de emergencia figuraban como enfermedades endémicas: el cólera, antes circunscrito al oriente del país pero ahora también en el centro; la malaria; la encefalitis equina, con riesgos en el Edo. Zulia y en el sur del país; la leptospirosis en el ámbito nacional y en especial en el Edo. Vargas; el dengue, problema nacional; la fiebre amarilla, localizada en Zulia, Barinas y al sur del país; la fiebre hemorrágica, en Guaranito-Los Llanos; la peste bubónica inactiva, en Tiara (Edo. Miranda); además de los incrementos en neumonía, diarreas, hepatitis A, meningitis meningocócica, que ha aumentado en los cuarteles, y los leishmaniasis cutáneo mucosa con focos en las zonas montañosas².

El presidente de la Organización Mundial de la Salud (OMS), George Allyene, destacó la labor del MSDS en el trabajo de prevención de epidemias a propósito de la catástrofe: *"Gracias a labora del Ministerio de Salud y Desarrollo Social, no apareció ninguna epidemia y eso merece elogio"*³.

-
1. Así es la Noticia, 19.12.99, pág. 7.
 2. Últimas Noticias, 06.01.00, pág. 14.
 3. Últimas Noticias, 15.02.00, pág. 9.

Salud mental. En el período anterior, Provea ya había señalado el carácter secundario que en el ámbito de las políticas oficiales, tiene la salud mental. El abandono progresivo de los centros

de reclusión de los enfermos mentales y las condiciones en que éstos se encuentran son identificados como uno de los principales problemas para garantizar un tratamiento adecuado⁷⁶. Ejemplo de ello es la situación denunciada en el Hospital "Psiquiátrico de Caracas" acerca del deterioro de la infraestructura, insuficiencia de insumos y medicamentos, así como irregularidades en el funcionamiento que pueden producir su cierre. Según Xiomara Vidal, Presidenta de la Comisión Restructuradora del Hospital, dentro de las irregularidades detectadas están el cobro de camas, condiciones de insalubridad, maltrato físico a los pacientes, pacientes recluidos sin diagnóstico, hacinamiento, desviación de fondos, y deterioro considerable de la infraestructura en donde hay ausencia de duchas y pocetas. Aún cuando el Centro cuenta con 200 camas, 54 no pueden ser utilizadas debido a que los pabellones están dañados. Su presupuesto es de Bs. 1.700.000 mientras los gastos son de 7.000.000⁷⁷. Asimismo, en el Edo. Vargas uno de los 4 centros declarados irrecuperables es el Psiquiátrico de Anare teniéndose que recluir a los pacientes en otros centros del país⁷⁸.

Transplantes de Hígado. Desde 1992 el Programa de Trasplantes de Hígado está paralizado, pero según las declaraciones de Pedro Rivas, Director del Programa Metropolitano de Transplante se pretende rescatar. Los pacientes que requieren un transplante tienen dos opciones: o logran reunir Bs. 127.000.000 para operarse en el exterior o pasan a engrosar la lista aproximada de 2.500 pacientes que mueren cada año a causa de cirrosis hepática. Este tipo de intervenciones se soportan sobre tres grandes columnas: la donación de órganos, infraestructura y financiamiento. No obstante, las tres áreas presentan problemas aún no resueltos. Según un análisis realizado por la Organización Nacional de Transplantes en Venezuela (ONTV), la cirrosis hepática es la sexta causa de mortalidad en el país por enfermedades no transmisibles. Mientras 300 personas podrían recibir transplante de hígado, según expresó Rivas, anualmente mueren 2.500 en espera de ser intervenidos. Por otra parte, expresa que resulta más costoso tratar las complicaciones de la cirrosis hepática que hacer la intervención oportuna⁷⁹.

Personas con cáncer. Siendo el cáncer la segunda causa de mortalidad por enfermedades no transmisibles, el principal centro de tratamiento con referencia nacional, el Hospital Oncológico "Luis Razetti" cesó sus funciones a causa del desastre natural de diciembre. Sólo algunos de los pacientes han logrado ser atendidos en otros centros de salud del Área Metropolitana⁸⁰.

La otra alternativa que tienen los pacientes con cáncer es acudir al Hospital Oncológico "Padre Machado", atendido por la Sociedad Anticancerosa de Venezuela. No obstante, este centro no realiza exoneraciones de pago, lo que ha repercutido negativamente en el acceso de la población a los servicios que presta. El Hospital se financia con un subsidio del Estado (que progresivamente se ha venido reduciendo al 30%), el cobro de servicios y donaciones. Según el informe de 1999-2000 de la Sociedad Médica, el porcentaje de ocupación oscila entre 16% y 33% en virtud de que muchos pacientes con bajos recursos no pueden pagar los tratamientos. La desocupación alcanza el 70% de las camas y de casi 9.000 biopsias que se realizaron en el año 98, actualmente sólo se llega a 5.690. Los pacientes deben cancelar además del servicio, la bandeja quirúrgica que cuesta Bs.200.000 cada una, así como los medicamentos recetados⁸¹.

Adicionalmente, para el tratamiento de pacientes infantiles con cáncer, está el Hospital "J.M. de los Ríos", centro de referencia nacional que atiende a una población infantil de la que el 70% padece leucemia y el 30% restante anemia de alto riesgo, púrpura o aplasia medular. Cada año se suman 40 nuevos casos a la lista de niños con leucemia, sin embargo, no ocurre lo mismo con las camillas con que cuenta el servicio. Tampoco existe un área de hospitalización para el tratamiento exclusivo de la enfermedad, lo que produce serias dificultades para atender la demanda de niños que requieren de tratamiento especializado⁸².

Asistencia a la salud

Si bien la tragedia de diciembre de 1999 afectó seriamente la capacidad operativa de algunos centros pertenecientes a la red pública de salud al punto que varios no podrán ser recuperados, no es menos cierto que el deterioro prolongado de la infraestructura pública de salud y la permanente falta de equipos e insumos médicos sigue siendo un problema estructural. Durante el período en estudio se registraron 20 cierres de servicios en la red hospitalaria nacional a consecuencia del mal estado de su infraestructura y por falta de insumos.

Red Hospitalaria

Después del desastre natural de 1999, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el MSDS elaboraron un informe con el fin de diagnosticar las condiciones de operatividad de los centros hospitalarios y ambulatorios distribuidos en el territorio nacional. El mismo señala que 300 centros asistenciales sufrieron daños, no sólo en la infraestructura sino también en los equipos médicos, debido a que quedaron cubiertos por barro o agua y/o destrozados por las piedras. Del balance preliminar se concluye que 26% de los hospitales y 36% de los ambulatorios en el país sufrieron daños severos que impiden su funcionamiento. La red hospitalaria más afectada además la del Edo. Vargas, fue la de los estados Anzoátegui, Carabobo, Distrito Federal, Nueva Esparta, Miranda, Mérida, Falcón, Táchira, Yaracuy y Zulia. En el caso de Vargas, 6 ambulatorios de un total de 36 y el Hospital Materno Infantil de Macuto fueron declarados irrecuperables y deben ser trasladados a zonas más pobladas de esa entidad federal⁸³. No obstante, ya antes del desastre las condiciones de operatividad de estos centros eran ciertamente cuestionables. En noviembre de 1999 fue denunciado por la prensa la situación del Hospital de Emergencias "Periférico de Pariata" en Maiquetía (Edo. Vargas). Sus servicios estaban prácticamente inoperantes debido a la insuficiencia de medicamentos y ausencia de modernos equipos que pudieran garantizar la vida de los pacientes ingresados⁸⁴.

El desabastecimiento de insumos y el deterioro de los equipos médicos se presenta como un patrón común en la red hospitalaria y ambulatoria en todo el territorio nacional. En el Edo. Miranda, los hospitales "Victorino Santaella" de los Teques, el "Simón Bolívar" de Ocumare del Tuy, el Guatire-Guarenas y el Hospital "Materno Infantil de Petare" no escapan de esa realidad. En el caso del Materno Infantil, Otto Paredes, médico adjunto de Obstetricia y miembro del Comité pro-defensa del Hospital, expresó que desde hace 2 años la dotación de insumos que reciben no es suficiente. Estos insumos son comprados a través de una Fundación, la cual los distribuye primeramente a los hospitales más grandes como el Victorino Santaella o el de Los Valles del Tuy y es poco lo que queda para los hospitales

más pequeños como el de Santa Lucía, Santa Teresa, Cúa y Charallave. En noviembre de 1999, Winston Bermúdez, Director de Planificación y Presupuesto del Ministerio, remitió un oficio a la extinta Asamblea Nacional en aras de que se aprobara un fondo por Bs.735.000 para solventar el desabastecimiento⁸⁵.

En igual sentido, durante el período en estudio se han registrado en los medios de prensa 23 denuncias por falta de insumos y medicamentos en la red hospitalaria. Esta insuficiencia abarca desde los rubros básicos hasta los más costosos. Entre ellos: inyectadoras, gasas, suturas, guantes, sondas de aspiración, tapabocas, antibióticos, medicamentos varios, reactivos para los laboratorios, suero para la rehidratación oral, entre otros. Con respecto al suero de rehidratación oral, comenta Marisela Villarroel, funcionaria del Programa Materno Infantil del MSDS, que para octubre de 1999 tenían aproximadamente 4 meses de escasez debido a que las compras no se hicieron adecuadamente⁸⁶, lo que es sumamente grave si se considera que una de las principales causas de mortalidad infantil en el país son las diarreas.

En noviembre de 1999 una comisión de la ANC levantó un informe de la situación de la red hospitalaria en el Edo. Táchira. Según la inspección, todos los establecimientos presentaban "de nuevo" problemas en relación con la dotación de insumos y medicamentos, así como insuficiencia de personal médico y técnico calificado. La red de atención de emergencia requería ser mejorada y dotada de equipos nuevos y la excesiva demanda de servicios tendía a desbordar la capacidad del Hospital Central, ya que además recibe pacientes provenientes de los estados Barinas, Apure, Mérida, Zulia y del Norte de Santander de Colombia⁸⁷. Una situación similar se presentó en el Edo. Zulia. Aunque el Hospital General del Sur "Pedro Iturbe", de categoría tipo IV, tiene capacidad para 400 camas, sólo tiene 200 operativas. La emergencia de adultos atiende un promedio de 300 personas y la pediátrica de 150 niños, los equipos médicos perdieron su vida útil, los ascensores no funcionan, hay insuficiencia de camillas y sillas de rueda. Asimismo debido a la falta de medicamentos e insumos médicos los pacientes deben comprarlos para garantizar su atención. Según Elisaúl Bracho, delegado sindical de los obreros, las condiciones de insalubridad de las instalaciones se deben a que no hay una partida específica para los gastos de mantenimiento, limpieza y arreglo de las áreas⁸⁸.

Por su parte, el cuerpo de galenos del Hospital de Niños "J.M. de los Ríos" denuncia la muerte de 5 niños por semana, debido a carencia de insumos, material médico-quirúrgico inservible, tecnología obsoleta, estructura física deplorable y escasez de ambulancias⁸⁹. En abril de 2000, Accsi, Cecodap y Provea interpusieron ante los tribunales competentes una Acción de Protección contra la antigua gobernación del Distrito Federal, por violación del derecho a la salud y amenaza de violación del derecho a la vida de los niños y niñas con problemas cardiovasculares, que para ese momento, engrosaban una lista de espera por cupo quirúrgico de aproximadamente 600 infantes. Para la fecha del cierre de este Informe, la situación de los servicios de Cardiología, Cardiovascular y Tórax del Hospital no ha mejorado.

Frente a la falta regular de insumos y medicamentos en los centros de salud los pacientes son los que asumen estos costos. Así lo refleja el caso de Betsabé Medina, quien "*perdió la cuenta*" de lo que su familia ha gastado por su hija Raiza, hospitalizada en el Hospital Vargas (Caracas) debido a que las ampollas que requiere diariamente tienen un costo de Bs. 10.800 cada una. Así mismo, Ambrosio Díaz, familiar de Maura Díaz, hospitalizada desde hace 22 días en terapia intensiva en ese mismo centro, asegura haber gastado en medicamentos más de Bs.1.000.000⁹⁰. En el Materno Infantil de Petare para un parto se necesita llevar una "lista de mercado" que contempla sueros, guantes, solución Povidine, Pitosin, Methergin y antibióticos

en caso de infección⁹¹. Situación similar se presentó antes de su cierre en el Hospital Psiquiátrico de Caracas. Allí se cobraba por cama entre Bs. 40.000 y 70.000, según denunció Xiomara Vidal, Presidenta de la Comisión Reestructuradora del Hospital⁹².

Gabriela D'Empaire, miembro de la Comisión Nacional de Bioética, considera que el sistema asistencial venezolano "*tal cual como funciona ahora, es absolutamente antiético*"⁹³. La gente que requiere los servicios no puede acceder a ellos porque los hospitales no los pueden brindar o porque los centros privados son inaccesibles. Según D'Empaire, es inconcebible que mientras se hace un trasplante hepático, al mismo tiempo, se muera una persona porque no hay penicilina⁹⁴.

Infraestructura y políticas de mantenimiento. A pesar del deterioro progresivo de la infraestructura de la red hospitalaria venezolana, incluyendo las dependientes del IVSS, merece reconocimiento la antigua Gobernación del Distrito Federal ya que recuperó la infraestructura de los hospitales "José Gregorio Hernández" de los Magallanes de Catia, el Periférico de Catia, el Periférico de Coche y el de Lídice⁹⁵.

Pese a estas importantes iniciativas el deterioro generalizado de la infraestructura hospitalaria ha causado un colapso sanitario-asistencial en todo el país, el cual se caracteriza por cierres operativos y clausura de centros de atención médica, intervenciones postergadas reiterativamente, pacientes hospitalizados por largos períodos, permanentes condiciones de insalubridad, cierre y reducción de pabellones operativos. Esta situación ha sido reseñada por Provea en períodos anteriores y se mantiene como una constante para el presente.

En este sentido, requiere especial atención la red dependiente del IVSS, que para el período destaca como la red hospitalaria que tiene mayores dificultades en cuanto a la infraestructura. La falta de inversión adecuada para el mantenimiento de la infraestructura y de los equipos médicos, así como para la adquisición del material médico quirúrgico y medicamentos necesarios, ha acarreado el deterioro progresivo y el cierre temporal o permanente de algunos de los servicios y/o centros de atención médica. Los pacientes y vecinos del Hospital "José Gregorio Hernández" (Caracas) denunciaron, en marzo de 2000, el posible cierre del mismo a consecuencia de a una orden de desalojo por la incapacidad del Instituto para mantenerlo operativo. El personal médico y de enfermería reconoce que el nivel de atención que reciben los pacientes coronarios es deplorable debido a la carencia de insumos, medicamentos y de equipos médicos óptimos⁹⁶.

Situación similar presenta el Hospital "Domingo Luciani", en el Llanito (Edo. Miranda) donde los pacientes pasan meses hospitalizados en espera de un turno quirúrgico mientras los pabellones permanecen cerrados. De sus 6 pabellones sólo 2 están operativos semanalmente, lo que genera un congestionamiento de los servicios de neurocirugía, traumatología y urología. Estos problemas no son nuevos. Desde 1997, Provea viene recibiendo denuncias de pacientes hospitalizados por largos períodos en el servicio de Neurocirugía del Hospital, sin que los intervengan quirúrgicamente. En el 2000, además de los pabellones, no funcionan los ascensores y, como agravante, buena parte de los pacientes provenientes del hospital "José Gregorio Hernández" han sido trasladados al "Domingo Luciani", debido a la orden de desalojo que pesa sobre el primero⁹⁷. Por su parte, el Hospital "Miguel Pérez Carreño" para diciembre

de 1999 estaba funcionando con sólo 11 pabellones de los 19 con que cuenta y con 700 camas de las 1000 que tiene. Es frecuente que los pabellones se contaminen debido a la falta de mantenimiento de los aires acondicionados. Asimismo, los equipos médicos tienen más de 30 años de antigüedad⁹⁸. La unidad de Terapia Intensiva del Hospital "Pedro García Clara" en Lagunillas (Edo. Zulia) pese a tener capacidad para 8 camas de cuidados intensivos, sólo 2 están en condiciones operativas. Según Luz Nava, coordinadora de la unidad, no se cuenta con un equipo de monitoreo de los signos vitales, así como tampoco, con uno de bombas de infusión, lo que pone en peligro la vida de los pacientes que sean atendidos en esas condiciones⁹⁹. En este mismo orden de ideas, el Hospital Central "Luis Ortega" (Edo. Nueva Esparta) requiere de nuevos equipos, especialmente para mejorar las áreas cardiovascular, neurocirugía e instalar una de radioterapia. Según explicó la doctora Luisa Narváez, encargada del Banco de Sangre del Centro, la falta de una unidad de radioterapia triplica el costo de la atención de un paciente con cáncer, quien debe recurrir a instituciones privadas para realizarse los exámenes que tienen costos exorbitantes. El IVSS aporta al Hospital Bs.180.000.000, los cuales se invierten en la compra de material médico-quirúrgico, teniendo que recurrir a las ayudas del sector privado para la adquisición de equipos nuevos y mantenimiento de los mismos¹⁰⁰. El propio presidente del IVSS, Mauricio Rivas, reconoce el estado de deterioro de los centros que dependen del Instituto y según declaró, de los 33 centros el que presenta peores fallas en cuanto a infraestructura y equipos es el Hospital "Molina Sierra" de Puerto Cabello (Edo. Carabobo)¹⁰¹.

Hospitales como el Oncológico "Luis Razetti" (Caracas) después del desastre natural de 1999 presentan una infraestructura aún más deteriorada que tenía antes de la tragedia. Leobaldo Matos Osorio, ex-director del hospital, al ser consultado sobre la situación del centro, indicó que *"éste está operando en un 50% de su capacidad"*¹⁰². De las 170 camas sólo 30 están operativas, de los 5 quirófanos sólo 2 sirven. No hay radioterapia aún cuando el 80% de los pacientes que allí recurren la necesitan¹⁰³.

Otro aspecto a considerar es el relacionado con el retardo de las operaciones electivas -que no son emergencias-. Postergadas constantemente, debido a los problemas reseñados, se han creado listas interminables de pacientes que esperan por un cupo quirúrgico. En el Hospital de Niños "J.M. de los Ríos" en marzo de 2000, había una lista aproximada de 800 niños en espera de ser operados debido al colapso permanente de los pabellones¹⁰⁴. Situación constatada por Provea en lo concerniente al servicio de Cirugía Cardiovascular y de Tórax que cuenta con una lista aproximada de 600 niños con problemas cardíacos. De éstos, niños, esperan desde hace 2 años por un cupo quirúrgico, mientras sus condiciones de salud se van deteriorando progresivamente.

La situación hospitalaria en el resto de los estados no es muy diferente. Varios casos ilustran al respecto. El Hospital "Luis Felipe Guevara Rojas", en El Tigre (Edo. Anzoátegui), ha sido denunciado por los graves problemas de contaminación ambiental en la sala de partos¹⁰⁵. En el caso del Hospital "Central de San Cristóbal" (Edo. Táchira) el desabastecimiento ha afectado el mantenimiento de la infraestructura. de tal forma, tampoco cuenta con los recursos suficientes para desinfectar los pabellones, todas las intervenciones quirúrgicas han tenido que ser suspendidas y hay un alto índice de hacinamiento de pacientes¹⁰⁶.

Aún más grave es la referida por Enrique Bouttó, Comisionado Único de Salud en el Edo. Monagas y por la Defensoría del Pueblo del Edo. Sucre. Estos denunciaron la muerte, entre enero y abril de 2000, de 24 niños recién nacidos, en el Hospital "Manuel Nuñez Tovar" de la ciudad de Maturín, debido a las condiciones de operatividad del Servicio de Pediatría. Según Bouttó, este servicio no cuenta con los recursos de personal, insumos y medicinas necesarios, ni tampoco con la infraestructura adecuada para garantizar una debida atención a niños en

condiciones críticas. Hace año y medio fueron 19 las muertes de niños hospitalizados en el retén de observación del Servicio de Pediatría¹⁰⁷. Otro de los problemas que presenta dicho Centro es el número elevado de pacientes en espera por intervenciones quirúrgicas electivas. En el área de Cirugía Pediátrica hay más de 1000 niños, entre un mes de nacidos y 12 años. Según el doctor Luis Ortega, Jefe del Servicio, tal situación es difícil de solventar, aún con operativos frecuentes durante todo el año¹⁰⁸. Como correlato, en agosto de 2000, el personal profesional y técnico declaró el cierre del quirófano central del Hospital. De las 6 salas que tiene, 3 están total o parcialmente desmanteladas y en las otras 3 es prácticamente imposible trabajar, ya que entre otras fallas no cuentan con el sistema de aire acondicionado¹⁰⁹.

En otro estado, el Hospital "Ruiz y Páez" de Ciudad Bolívar (Edo. Bolívar) presenta serios problemas en el sistema de drenajes y las aguas negras amenazan con desbordar la mayoría de los servicios¹¹⁰.

Conflictos laborales y repercusión sobre la asistencia de salud

Dentro de las medidas adoptadas por el personal de los centros de salud para presionar al gobierno por el pago de los compromisos laborales adeudados, está el cierre operativo y técnico de dichos centros. Ejemplo de esto ocurrió en la Maternidad "Concepción Palacios" (Caracas), cuando en febrero de 2000 cerró sus puertas para las consultas y sólo atendían los partos por expulsión, hemorragias y otras patologías que pusieran en peligro la vida de las madres y los niños. No obstante, el 70% de los servicios fueron paralizados¹¹¹. Posteriormente, en julio de 2000, este mismo Centro decidió cerrar temporalmente sus servicios -incluso el de emergencia- debido a las deudas laborales pendientes, afectando con dicha medida la atención médica de las 230 mujeres embarazadas que acuden a dicho centro diariamente¹¹². Si bien Provea reivindica el derecho a huelga, considera que en el marco de las acciones se debe garantizar la atención en las emergencias.

Además de los centros en conflicto, aquellos que atienden a sus usuarios también sufren los embates de estas medidas. Tal como ocurrió con los centros dependientes del IVSS. Linda Amaro, Directora del Hospital "Juan Daza Pereira" destacó que si bien existe un convenio entre el MSDS y el IVSS de atender 6 pacientes no cotizantes del seguro social por cada especialidad, la medida de paro emprendida por los médicos en los ambulatorios y hospitales del MSDS colapsó al Hospital y sólo se pudo ofrecer a estos usuarios atención de emergencia¹¹³.

Durante el período en estudio, el número de cierres operativos de centros de asistencia hospitalaria, por la falta de pago de los compromisos laborales asumidos por el Estado en todo el país subió a 14.

Saneamiento ambiental

Sobre el manejo de desechos infecciosos preocupa la situación presente en los hospitales, clínicas y consultorios de Caracas. Según un informe elaborado por los Ministerios de Ambiente y Recursos Naturales (MARN) y el MSDS, la OPS, Fundacomún y el Fondo de Inversión Social, el manejo de los desechos de salud en Venezuela arroja cifras alarmantes que violan los parámetros establecidos en el Decreto N° 2.218 de 1992 sobre el tratamiento que debe dársele, en especial, en temas como su clasificación, manipulación, lugar de destino

y tipo de transporte. De las 128,5 toneladas de residuos producidas diariamente, 19,5 corresponden a desechos potencialmente infecciosos, infectocontagiosos y orgánicos humanos. De este total, 32,2 toneladas diarias corresponden a los centros de atención médica de la región capital, de las cuales 4,8 toneladas son clasificadas como potencialmente peligrosas. Entre los desechos que se mencionan, están materiales que pueden ser contagiosos, como las jeringas; infecciosos, como los provenientes de quirófanos, salas de parto, cirugías, servicios de hemodiálisis, morgue; y desechos orgánicos o partes provenientes de seres humanos y animales. Por su parte, los desechos líquidos, como la sangre contaminada son descargados en las redes cloacales que van a parar al río Guaire. Gregory Colomine, director de Calidad Ambiental del MARN, explica que de los 7 incineradores de desechos hospitalarios existentes en Caracas en 1994, para el año 2000 sólo 2 están operativos para prestar el servicio a los 132 establecimientos de salud. El hospital "Domingo Luciani" es uno de los pocos centros que cuenta con un incinerador; sin embargo, éste presenta un manejo deficiente de los desechos, ya que teniendo una capacidad de 600 kilos diarios sólo se queman 50 kilos semanalmente. Según Colomine, ninguno de los Ministerios correspondientes ha adoptado los controles debidos para que efectivamente se cumpla con el Decreto 2.218114.

Otros ejemplos de contaminación y afecciones a la salud por falta de tratamiento de desechos son los casos de Higuero (Edo. Miranda) y Guásima (Edo. Carabobo). En el primer caso, la contaminación ambiental ha afectado la salud de las personas por el humo de un botadero de basura cercano. Los pobladores de Higuero, Curiepe, Dos Caminos, Los Sotillos y otras comunidades cercanas a Barlovento están sufriendo enfermedades respiratorias y de la piel. Por ello, han realizado movilizaciones para exigirle al Estado que vele por su salud¹¹⁵. En Guásima (Edo Carabobo) más de 30.000 niños, y un grupo numeroso de adultos, se encuentran afectados por la contaminación que surge de un botadero de basura cercano, cuyo cierre han reclamado desde hace años¹¹⁶.

Indicadores de Morbilidad y Mortalidad

Hepatitis B

La OMS recomendó al Estado venezolano que aplicara medidas urgentes para bajar el 2% de prevalencia del virus de la Hepatitis B en el país. No obstante, "*...ninguno de los organismos oficiales de salud ha dado a sus hospitales y ambulatorios los recursos necesarios para ofrecer el servicio de inmunización...*"¹¹⁷. Dos instituciones con menos presupuesto son las que han iniciado campañas de vacunación, a saber: La Comisión de Salud del Consejo Municipal de Chacao y la Alcaldía de Baruta. En el país, hasta la semana 31 del año 2000 (del 30 de julio al 05 de agosto) se habían presentado 448 casos, con 8 muertes registradas¹¹⁸.

Deficiencia de Yodo

La OMS y la OPS evaluaron el Programa de Control y Eliminación de los Desórdenes por la Deficiencia de Yodo, conducido por el Instituto Nacional de Nutrición y los resultados fueron favorables. Los organismos internacionales declararon a Venezuela territorio virtualmente libre de la carencia aunque señalaron que no se podían descuidar los programas educativos y de control para evitar nuevas incidencias en la población¹¹⁹.

Malaria

El MSDS ha creado una Comisión Nacional de Lucha contra la Malaria para combatir el aumento de la enfermedad. Esta Comisión puso en marcha un Plan Actualizado de Lucha

contra la Malaria en el ámbito nacional. El objetivo del Plan es lograr la detección, diagnóstico y tratamiento precoz de los casos de paludismo¹²⁰.

No obstante, esta política de prevención del MSDS ha sido muy criticada, en tanto que se le responsabiliza del repunte de la enfermedad en el año 2000. Las principales críticas apuntan a la reforma de Malariología dentro del MSDS y a la política de racionalización de costos con la consecuente reducción de fumigaciones y viáticos para los inspectores. Oscar Nova, director del Instituto de Medicina Tropical de la Universidad Central de Venezuela (UCV), afirma que la *"...eliminación progresiva de la Dirección de Malariología está ocasionando un repunte de las enfermedades transmitidas por vectores. Eso se lo hemos hecho saber al ministro, tanto verbalmente como por escrito, porque pensamos que, al contrario, esa dirección debe ser fortalecida [...] Asimismo, destacó [...] que otro elemento que ha contribuido al incremento de las afecciones es el acelerado proceso de descentralización [...] En algunas regiones no tienen la experiencia necesaria para manejar en forma autónoma el programa de control de todas estas enfermedades, ni la adecuada formación de recursos en escala regional"*¹²¹. Otra de las observaciones recae en la política de suministrar medicamentos para la malaria a todos los enfermos que presenten fiebres y escalofríos. Esto produce efectos colaterales, tales como la resistencia a los medicamentos y adicionalmente eleva los costos. Por el contrario, las críticas a estas políticas proponen la implementación de una labor educativa intensa, el control de los vectores y el diagnóstico y tratamiento precoz¹²².

En este mismo sentido, en el mes de septiembre, los inspectores y malariólogos del Edo. Amazonas, responsabilizaron del aumento de la enfermedad en ese Edo. al Ministro de Salud, Gilberto Rodríguez Ochoa, por su política de reducción de costos, en especial en viáticos, partidas para la prevención y equipos. Para septiembre se contabilizaron 4.500 casos, muchos más que el año pasado y se estima que pueden llegar a 9.000 a finales de año¹²³.

Para el MSDS la principal causa del repunte de la enfermedad es la cantidad de viajes de los mineros que trabajan ilegalmente en el Edo. Bolívar¹²⁴. No obstante, si bien esta puede ser una de las causas del incremento de la enfermedad en el año 2000, no deja de llamar la atención que este aumento coincida con la reestructuración de Malariología a nivel central y con nuevas políticas sobre tratamiento, prevención y viáticos.

Hasta septiembre del año 2000, el total de casos de malaria registrados fue de 23.616, lo que implica 10.000 casos por encima de las cifras de 1999, que sumaron 13.218. El Edo. Sucre continuó siendo el más afectado por la malaria: sólo en la semana del 10 al 16 de septiembre se registraron 216 casos. En esa misma semana se contabilizaron 532 en el ámbito nacional. Otros estados con problemas fueron Amazonas (88 casos), Delta Amacuro (19) y Bolívar (185). Si se contabiliza el acumulado durante el 2000, los estados en emergencia son: Amazonas (4.296), Bolívar (7.227) y Sucre (10.639)¹²⁵.

Finalmente, a pesar del gran número de casos de malaria que se registran anualmente en Venezuela, sólo en la semana del 19 al 25 de marzo, dos personas murieron en el Edo. Amazonas¹²⁶. Las autoridades venezolanas señalaron que esto se debe a la adecuada y oportuna atención y a que el parásito de mayor presencia (*Plasmodium vivax*) era el menos letal.

Cólera

Esta enfermedad circunscrita al oriente del país, apareció en los estados Miranda y Anzoátegui¹²⁷. No obstante, en el año 2000 se ha notado una disminución importante de casos, ya que para la semana 37 (10 al 16 de septiembre) el MSDS contabilizó 141 casos. Si la tendencia se mantiene hasta finales de 2000, el promedio podría llegar al 70% de los casos de 1999¹²⁸.

Casos de cólera. Años 1997-2000	
Año	Número de casos
1997	2.389
1998	313
1999	386
2000	141

Fuente: Elaboración propia con datos de Provea y fuentes oficiales¹²⁹.

Dengue

En cuanto al dengue, el MSDS inició, al comienzo de las lluvias, una campaña de divulgación de los principales pasos para prevenir epidemias. Asimismo, reconoció en un comunicado de prensa que la epidemia iba en aumento en julio de 2000 al señalar que "*El dengue está en ascenso desde hace varias semanas y el MSDS giró instrucciones a las secciones Regionales de salud para redoblar las medidas de prevención y control de la enfermedad, y oportunamente entregamos vehículos, equipos, financiamiento y otros insumos. Pero tener éxito sostenible en el tiempo sin el compromiso y la acción directa y personal de gobernadores y alcaldes, no es posible*". Los estados con epidemia son: Apure, Anzoátegui, Mérida y Carabobo; y los estados en alerta son: Lara, Miranda, Monagas, Táchira, Yaracuy, Trujillo y Zulia¹³⁰.

A finales del año 1999 se incrementaron los casos¹³¹. Esta situación se mantuvo en enero de 2000 con 1.150 casos, que en comparación con la misma fecha en 1999, significó 150% de aumento¹³². No obstante, a partir del mes de febrero, las cifras registradas eran menores que las de 1999, lo que se ha mantenido hasta el mes de septiembre¹³³.

Diarrea

Según el director de Epidemiología del MSDS, José Rafael Mendoza, la diarrea es la 4ª causa de mortalidad infantil¹³⁴. En los últimos 5 años se ha registrado un promedio de 8 muertes diarias a consecuencia de esta enfermedad. Su incidencia es nacional, salvo en la región norte costera y en una parte de los Andes. El índice de mortalidad infantil por diarrea es muy alto, y se estima que de los 10.000 que mueren antes de cumplir el año unos 2.000 mueren por diarrea¹³⁵.

Tosferina y otras

El Edo. Delta Amacuro ocupa los primeros lugares en mortalidad infantil. Entre julio y agosto de 2000, 9 niños de la etnia Warao murieron por tosferina, en la comunidad La Ajotejana del Municipio Antonio Díaz. Luego de los decesos, la comunidad fue vacunada.

Aunque la tosferina es una enfermedad prevenible mediante vacunación, "*El Registro nacional de enfermedades de notificación obligatoria detectó en Venezuela, hasta mediados de agosto, 215 casos de tosferina y 30 de tétanos, aun cuando la llamada "triple" protege contra ambos males, y en teoría forma parte del esquema básico de vacunación ejecutado por el MSDS*"¹³⁶. Además, otras enfermedades prevenibles han sido registradas en el país, tales como parotiditis (3.929 casos), sarampión (341 casos) y la rubéola (9.769). Llama la atención que la trivalente viral es la vacuna que previene estas tres enfermedades y supuestamente integra el repertorio de vacunas básicas del MSDS¹³⁷.

Finalmente, y tal como lo ha hecho en anteriores Informes, Provea denuncia la marcada tendencia de la Memoria y Cuenta del Ministerio, incluyendo las del año 1999, a reducir la información ofrecida a una descripción de programas y actividades y la casi total ausencia de análisis cualitativo e información cuantitativa sobre la situación de salud, incluyendo o agravándose en la parte de los indicadores de morbilidad. La deficiencia del balance del impacto de las políticas en la situación de salud, incide en los niveles de cumplimiento de las obligaciones del Estado en esta materia, y en los correctivos necesarios para mejorarlos. No obstante, hay que destacar que el MSDS reformuló la estructura de la Memoria y Cuenta para el año 2000, eliminando la descripción de actividades según su organigrama e incluyendo partes que parecen perseguir un balance de las principales políticas asumidas, con lo cual se espera que en el 2001 contenga información más significativa¹³⁸.

Salud materno infantil

En materia de mortalidad infantil, Venezuela está clasificada internacionalmente como país intermedio, y en el campo de mortalidad materna como de tasa alta. En el país mueren 11.000 niños al año y 300 mujeres. Para el año 2000, el MSDS tiene como meta disminuir en 10% ambas tasas de mortalidad y en 5 años en 40%, ya que según el director de Epidemiología y Análisis Estratégico del MSDS, José Rafael Mendoza "*...hay países incluso más pobres que nosotros que tienen mortalidad más baja, lo cual quiere decir que nosotros podríamos bajar nuestra mortalidad infantil, nuestra mortalidad materna, nuestra mortalidad por cáncer de cuello uterino y por otros problemas de salud*"¹³⁹.

Las cifras revelan que 4 madres mueren diariamente por cáncer uterino, y que por cada 1.400 niños que nacen muere una madre en el parto, así como que 1 de cada 200 niños corre el riesgo de morir¹⁴⁰. De esos 1.400 niños, 32 no llegan al año de edad. De cada 100 embarazos, 70 no se controlan, lo que impide el suministro de ácido fólico, hierro y polivitaminas esenciales para evitar la morbilidad materna, la prematuridad, las malformaciones congénitas y la alta mortalidad en recién nacidos¹⁴¹.

Un ejemplo grave de mortalidad neonatal se presentó en marzo de 2000 en el Hospital "Manuel Nuñez Tovar" de Maturín, tal como se mencionó supra. En ese Hospital, en 1999 murieron 569 recién nacidos, y en los tres primeros meses de 2000 ya han muerto 89. Se presume que estos

niños fueron más vulnerables a los problemas que enfrentaron en su nacimiento por las condiciones en que se encontraba el Hospital¹⁴².

1. MINISTERIO DE SALUD y DESARROLLO SOCIAL: Memoria y Cuenta 1999. Caracas, 2000. Pág. 31.
2. RODRÍGUEZ OCHOA, Gilberto: Lineamientos Político-Estratégicos en Salud. Ministro de Sanidad y Asistencia. Caracas, 1999. Mimeo. Pág. 3.
3. Últimas Noticias, 24.10.99, pág. 7.
4. PROVEA: Situación de los Derechos Humanos en Venezuela, Informe Anual Octubre 1997-Septiembre 1998. Caracas, 1998. Pág. 144.
5. MSDS: Organigrama del MSDS. Dirección General Administrativa. 03.08.00.
6. Últimas Noticias, 07.11.99, pág.17.
7. El Nacional, 18.03.00, pág. C-2.
8. El Mundo, 29.06.00, pág.3.
9. RODRÍGUEZ OCHOA, Gilberto: Lineamientos Político-Estratégicos en Salud. Op cit. Pág.12.
10. El Mundo, 29.06.00, pág. 3.
11. El Nacional, 08.08.00, pág. D-3.
12. Ver PROVEA: Situación de los Derechos Humanos en Venezuela Informe Anual octubre 1997-septiembre 1998. Caracas, 1998. Págs.139-140.
13. MINISTERIO DE SALUD Y DESARROLLO SOCIAL- PROYECTO SALUD: Evaluación del Sistema Intergubernamental de Salud en Venezuela, Cuadernos para la Reforma del Sector Salud. Vol.1, No.3, 1999. Caracas, Venezuela. Págs. 81 y 88.
14. El Universal, 09.02.00, pág. 1-10.
15. Últimas Noticias, 09.02.00, pág. 20; El Diario de Caracas, 15.10.99, pág. 12; El Universal, 03.10.00, pág. 1-2; Provea: Situación de los Derechos Humanos en Venezuela octubre 1998-septiembre 1999. Caracas, 1999. Pág.174; Gaceta Oficial de la República de Venezuela del 29.12.99; y REPÚBLICA DE VENEZUELA: Exposición de Motivos del Presupuesto para el Ejercicio Fiscal 1999. Caracas, 1998. Pág.18.
16. PROVEA: Situación de los Derechos Humanos en Venezuela Octubre 1998-Septiembre 1999. Caracas, 1999. Págs.173 y174.
17. Los presupuestos para 1999 del Ministerio de Familia, Fundacredesa y Conamu fueron respectivamente: Bs.184.130,1 millones, Bs.366,6 millones y Bs.458 millones. REPÚBLICA DE VENEZUELA: Presupuesto para el Ejercicio Fiscal 1999, Exposición de Motivos. Págs.4-6 y 19 y Vol. I Resumen Nacional, pág. 4-33 y 4-125.
18. El Diario de Caracas, 08.11.99, pág.10.

19. PROVEA: Situación de los Derechos Humanos en Venezuela, Informe Anual Octubre 1998-Septiembre 1999. Caracas, 1999. Pág.174.
20. El Diario de Caracas, 15.10.99, pág. 12.
21. El Correo del Presidente, 07.12.99, pág. 10.
22. Ídem.
23. MINISTERIO DE SALUD Y DESARROLLO SOCIAL- PROYECTO SALUD: Evaluación del Sistema Intergubernamental de Salud en Venezuela. Cuadernos para la Reforma del Sector Salud. Vol.1, No.3, 1999. Caracas, Venezuela. Pág. 82.
24. Los estados coejecutores con el BID son: Bolívar, Anzoátegui, Monagas, Sucre, Carabobo, Mérida y Táchira. Los estados coejecutores con financiamiento del BM son: Zulia, Trujillo, Falcón, Aragua y D.F. MINISTERIO DE SANIDAD Y ASISTENCIA SOCIAL- PROYECTO SALUD: Planificación de Redes de Establecimientos de Salud. Cuadernos para la Reforma del Sector Salud. Vol.1, No.2, 1998. Caracas, Venezuela. Pág. 3 y El Nacional, 04.11.99, pág.C-7.
25. Entrevista concedida a Provea por Ana Elisa Osorio, Viceministra de Salud del MSDS. Caracas, 27.06.00.
26. Ídem.
27. MINISTERIO DE SALUD Y DESARROLLO SOCIAL: Memoria y Cuenta 1999. Pág.583.
28. Ídem.
29. MSDS: Memoria y Cuenta 1999. Op.cit. Pág.587.
30. Entrevista concedida a Provea por Ana Elisa Osorio, Viceministra de Salud del MSDS, 27.06.00.
31. Ídem.
32. La Religión, 01.08.00, pág. 23.
33. El Universal, 06.12.99, pág. 1-2.
34. Ídem.
35. RODRÍGUEZ OCHOA, Gilberto: Lineamientos Político-Estratégicos en Salud, MSDS. Caracas, 1999. Mimeo. Págs.10 y 12.
36. El Universal, 06.12.99, pág. 1-2.
37. El Universal, 28.03.00, pág. 53.
38. El Siglo, 23.03.00, pág. A-6.
39. El Universal, 18.01.00, pág. 4-1.

40. CONSALUD: Participación Comunitaria. Boletín Informativo, año II, No. 4.05.00. Pág.3.
41. Ídem.
42. Ídem.
43. El Programa de Hugo Chávez Para Continuar la Revolución. Mimeo. Pág. 94.
44. El Nacional, 15.10.99, pág. C-2.
45. Últimas Noticias, 08.06.00, pág. 16
46. El Nacional, 04.10.00, pág.C-3.
47. El Nacional, 18.02.00, pág. C-2.
48. El Nacional, 15.10.99, pág. C-2.
49. El Correo del Presidente, 27.01.00, pág. 14.
50. El Nacional, 31.03.00, pág. C-2.
51. La Nación, 07.12.00, pág. B-2.
52. Últimas Noticias, 06.03.00, pág. 34.
53. La Nación, 09.12.99, pág.1-A
54. El Universal, 02.02.00, pág. 14.
55. MINISTERIO DE SALUD Y DESARROLLO SOCIAL-PROYECTO SALUD: Evaluación del Sistema Intergubernamental de Salud en Venezuela, Cuadernos para la Reforma del Sector Salud. Vol.1, No.3,1999. Caracas, Venezuela. Pág. 6.
56. Ídem. Pág. 42.
57. El Nacional, 15.03.00, pág. C-1.
58. El Universal, 10.04.00, pág. 1-15.
59. Ídem.
60. Las Noticias de Cojedes, 14.03.00, pág. 7.
61. El Oriental, 14.03.00, pág. 2-1.
62. El Tiempo, 25.03.00, pág. 2-1.
63. El Expreso, 19.03.00, pág. D-4.

64. La inversión en el mejoramiento de la red ambulatorio en la Costa Oriental contempla reparaciones, construcciones, mejoramiento de la vialidad, y dotación necesaria. El costo estimado es de Bs. 7 millardos. En: Panorama, 27.03.00, pág. 1-9.
65. Panorama, 19.03.00, pág. 1-10.
66. Últimas Noticias, 19-08.00, pág. 18.
67. MSDS: Memoria y Cuenta 1999. Págs.34 y 35.
68. El Globo, 06.10.99, pág. 2.
69. Entrevista concedida a Provea por Edgard Carrasco, Coordinador de Accsi. Caracas, 25.10.00
70. Ídem.
71. En 1998 la Corte Suprema de Justicia falló a favor de la entrega de medicamentos a personas con el virus en sentencias de 20.01.98, 14.08.98 y el 15.07.99, en esta última sentencia se determinó el interés difuso a favor de todos los portadores que demostraran el padecimiento, la necesidad de tratamiento y la falta de recursos y El Nacional, 24.02.00, pág. C-2.
72. Panorama, 11.10.99, pág. 41.
73. Accsi, Informe Anual VIH/Sida y Derechos Humanos 1999, págs.13-15.
74. Gaceta Oficial No. 37.009 del 08.08.00.
75. Edgar Carrasco en comunicación enviada a Provea.
76. PROVEA: Informe Anual octubre 1998-septiembre 1999. Caracas, 1999. Pág. 181.
77. El Nacional, 29.06.00, pág. C-2.
78. El Universal, 07.06.00, pág. 2.
79. El Nacional, 21.11.99, pág. C-2.
80. El Nacional, 21.03.00, pág. C-1.
81. El Nacional, 05.07.00, pág. C-2.
82. El Universal, 28.06.00, pág. 4.
83. El Nacional, 28.01.00, pág. C-1.
84. El Mundo, 01.11.99, pág. 23.
85. El Diario de Caracas, 01.11.99, pág.4.

86. El Nacional, 08.10.99, pág. C-3.
87. El Correo del Presidente, 19.11.99, pág.12.
88. Panorama, 11.04.00, pág. 1-11.
89. El Mundo, 03.03.00, pág. 9.
90. El Globo, 30.10.99, pág. 20.
91. El Globo, 14.11.99, pág.8.
92. El Mundo, 21.10.99, pág. C-2.
93. El Nacional, 02.05.00, pág. C-2.
94. Íbidem.
95. El Nacional, 08.06.00, pág. C-3.
96. El Nacional, 11.03.00, pág. C-3.
97. El Nacional, 31.03.00, pág. C-2.
98. El Nacional, 02.12.99, pág. C-2.
99. Panorama, 03.08.00, pág. 1-7.
100. El Sol de Margarita, 15.05.00, pág. 7.
101. Diario la Calle, 27.04.00, pág. 5.
102. El Universal, 11.04.00, pág. 4-1.
103. El Nacional, 15.07.00, pág. C-2.
104. El Mundo, 03.03.00, pág. 9.
105. El Norte, 21.03.00, pág. 8.
106. La Nación, 15.03.00, pág. 1-A.
107. El Nacional, 21.01.00, pág. C-2 y según comunicación recibida por Provea de la Defensoría del Pueblo del Edo. Sucre.
108. La Prensa, 10.07.00, pág. 6
109. La Prensa, 24.08.00, pág. 10.
110. La Nueva Prensa de Guayana, 25.08.00, C-1.

111. El Nacional, 22.02.00, pág. C-3.
112. El Nacional, 19.97.00, pág. C-2.
113. El Impuso, 20.07.00, pág. C-8.
114. El Nacional, 08.08.00, pág. C-1.
115. El Nacional, 13.04.00, pág. C-2.
116. Últimas Noticias, 04.05.00, pág. 4.
117. dem.
118. El Universal, 04.10.99, pág. 4.
119. El Nacional, 23.11.99, pág. C-2.
120. El Universal, 15.02.00, pág. 14.
121. El Nacional, 18.03.00, pág. C-2.
122. Ídem.
123. Últimas Noticias, 01.09.00, pág. 10.
124. El Universal, 10.04.00, pág. 1-15.
125. MINISTERIO DE SALUD Y DESARROLLO SOCIAL: Alerta. Boletín Epidemiológico. No.37. Caracas, 2000.
126. El Nacional, 08.04.00, pág. C-2.
127. Últimas Noticias, 06.01.00, pág. 14.
128. El total de casos en 1999 fue 386. según MINISTERIO DE SALUD Y DESARROLLO SOCIAL: Alerta. Boletín Epidemiológico. No.32. Caracas, 1999.
129. Provea. Informe Anual octubre 1998-septiembre 1999. Caracas, 1999. Pág.179 y MSDS: Alerta. Boletín Epidemiológico. No.32, 1999.
130. Material entregado por el MSDS y publicado en La Religión, 21.07.00, pág. 13.
131. Últimas Noticias, 06.01.00, pág. 14.
132. En enero de 1999 se registraron 665 casos, y en el mismo mes del 2000 se registraron 1150. MINISTERIO DE SALUD Y DESARROLLO SOCIAL: Alerta, Boletín Epidemiológico. No.2. Caracas, 2000.

133. Al mes de septiembre el total de casos fue de 12.791 en el año 2000 y de 20.937 en 1999, lo que significa un 42% de disminución para el 2000. MSDS. Alerta. Boletín Epidemiológico. No.31. Caracas, 2000.

134. Últimas Noticias, 14.10.99, pág. 17.

135. El Nacional, 24.08.00, pág. C-3.

136. Ídem.

137. MINISTERIO DE SALUD Y DESARROLLO SOCIAL: Instructivo para la Elaboración de la Memoria y Cuenta del Ministerio de Salud y Desarrollo Social año 2000. Pág.4.

138. Ídem.

139. Últimas Noticias, 14.10.99, pág. 17.

140. En Europa del Norte el riesgo de que una mujer muera por embarazo o parto es de 1 en 10 mil. En: El Nacional, 04.12.99, pág. C-2.

141. Últimas Noticias, 02.02.99, pág. 14.

142. El Nacional, 30.03.00, pág. 2.1.