

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

Las debilidades de rectoría del Ministerio de Salud y Desarrollo Social (MSDS), y de gestión por parte de los estados descentralizados, en un contexto de polarización política y crisis económica, provocan que el derecho a la salud establecido en la Constitución de 1999 no tenga aún plena vigencia. Aun cuando la orientación de las políticas de salud y desarrollo social es valorada positivamente por ser conceptualmente coherente con el derecho a la salud, el gobierno nacional no ha logrado concretar soluciones a la crisis estructural del sistema público de salud venezolano. La alta rotación de ministros del área, tampoco favorece los logros. A cuatro años de iniciado el gobierno del Presidente Hugo Chávez Frías, el MSDS inició su tercera gestión ministerial, el 14.09.03, cuando fue nombrado ministro Roger Capella, en sustitución de María Urbaneja, quien duró en el cargo poco más de 2 años.

En el ámbito legislativo, preocupa que continúe en mora la reforma de la Ley Orgánica de Salud, que permitiría adecuar la ley a los preceptos constitucionales y establecer normas que regulen al nuevo sistema de salud integrado a la seguridad social. Por el contrario, seguimos con un sistema de salud institucional y financieramente fragmentado en redes de asistencia a la salud que dependen del MSDS, de las entidades federales (en el caso de los estados descentralizados), del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS), del Instituto de Previsión de Asisten-

cia Social del Ministerio de Educación (IPASME) y del Instituto de Previsión Social de la Fuerza Armada Nacional (IPSFA).

Pese a que el Plan de Desarrollo Económico y Social de la Nación 2001-2007, y más concretamente, el Plan Operativo del MSDS, tiene énfasis en la formulación de una política presupuestaria basada en la equidad y en el acceso universal a los servicios de salud, el gasto público no logra superar el 2% del Producto Interno Bruto (PIB) (es de 1,83%), mientras la Organización Mundial de la Salud (OMS) establece que los Estados deben destinar, como mínimo, un 5%.

En cuanto al funcionamiento de la red pública de asistencia a la salud, la falta recurrente de insumos y medicamentos se agudizó durante el año 2003, afectando fundamentalmente a los sectores populares y a los grupos más vulnerables, entre los que se encuentran las personas que viven con VIH/SIDA, hemofilia, cáncer, deficiencia renal, enfermedades mentales y transplantadas. Asimismo, junto a la falta de medicamentos e insumos, el presupuesto sigue siendo insuficiente y persiste la falta de equipos médicos, así como las fallas regulares en la infraestructura instalada. Tal situación dificulta la plena vigencia de los principios de universalidad y gratuidad establecidos en el artículo 84 de la Constitución. Durante el período que cubre este Informe, se contabilizaron 483 denuncias por fallas de funcionamiento de la red hospitalaria y ambulatoria, 74 de las cuales estuvieron relacionadas con cobros indirectos o canje de servicios por medicamentos e insumos médico quirúrgicos.

En relación con los conflictos laborales, el sector salud registra un total de 90 acciones de protestas, de las cuales 21 implicaron la paralización de los servicios de asistencia a la salud.

La prevención de enfermedades infecciosas presenta algunos avances y también re-

veses. Estos últimos se deben a una vigilancia tardía y a la falta de una visión estratégica sobre los factores de riesgo vinculados con la reaparición de enfermedades controladas en el pasado. Un ejemplo es el brote, en diciembre de 2002, de casos de fiebre amarilla en los estados Zulia y Táchira, que luego derivó en 318 casos considerados sospechosos, 31 confirmados y 18 defunciones hasta la semana epidemiológica 38 (14 a 20.09.03). Igualmente genera alarma la presencia de tuberculosis en el país. Para el año 2001 se registró una tasa promedio de 24,8 casos por cada 100.000 habitantes, y aunque se mantiene, hay estados que superan con creces este promedio, a saber: Delta Amacuro (81,0), Distrito Capital (63,3), Monagas (43,0), Portuguesa (38,6), Amazonas (34,5) y Sucre (34,4).

Como aspecto positivo, destaca el descenso de casos por dengue. Hasta la semana epidemiológica 38 el número de casos reportado fue de 14.951, lo que representa 50,4% menos que los 30.170 registrados durante el año 2002. Igualmente, destaca como positivo el control de la epidemia de sarampión sin reporte de casos hasta el cierre de este período de estudio. La malaria también evidencia un descenso del 10,5%, con 2.467 casos menos que los 23.491 reportados hasta la semana epidemiológica respectiva en el año anterior.

En cuanto a la salud materno infantil, un logro alcanzado por el Plan Nacional de Prevención y Control de la Mortalidad Materno Infantil del MSDS es haberle otorgado carácter de notificación obligatoria a esta mortalidad. Los comités regionales de salud tienen ahora el deber de reportar semanalmente los casos de mortalidad materna (complicaciones relacionadas con embarazo, parto y postparto) e infantil (niños menores de 5 años). Así, hasta la semana epidemiológica 38 fueron reportadas 196 muertes maternas y 4.125 muertes

infantiles, lo que representó un descenso de 9 muertes maternas y un aumento de 420 muertes infantiles con respecto a la semana correspondiente del año 2002.

I. Medidas del Poder Legislativo

El proyecto de Ley Orgánica de Salud

Una vez más, el proyecto de Ley Orgánica de Salud (LOS), que tiene varias versiones, se encuentra en agenda sin ser discutido y aprobado por la Asamblea Nacional. Vale destacar como positivo que la versión revisada por Provea, de marzo de 2003, está apegada a los postulados constitucionales y parámetros internacionales de derechos humanos. A manera de resumen, su contenido regula cambios importantes en relación con la noción de la salud como un derecho, la organización del sistema público de salud y, entre otros, el control y gestión de las actividades, programas y servicios públicos de salud. No obstante, por no contar con la última versión al cierre de este período, postergamos la presentación de un análisis más detallado para el próximo informe.

II. Medidas del Poder Ejecutivo

Presupuesto Público de Salud

En el año 2003, el presupuesto rectificado de gastos fiscales del país fue de 38,7 billones de bolívares, de los cuales 2,66 billones correspondieron al MSDS¹. Los valores del gasto público en el sector salud pueden ser vistos en el próximo cuadro:

Aunque se evidencia un pequeño incremento en el presupuesto del MSDS con respecto al año anterior, el cuadro revela un des-

Presupuesto del MSDS 1999-2003

Años	Presupuesto en millones de Bs.	% del PIB	% del presupuesto nacional
1999	786	1,38	5,4
2000	1.432	1,32	6,08
2001	1.729	1,49	6,15
2002	2.098	1,58	6,62
2003	2.668	1,82	6,41

Fuente: Elaboración propia con cifras tomadas de la Oficina Nacional de Presupuesto (Onapre) y el Sistema Integrado de Indicadores Sociales para Venezuela (Sisov). En este Informe presentamos porcentajes distintos a los de años anteriores, en virtud de haber accedido a información con base en el presupuesto, incluyendo las modificaciones.

censo del gasto público de salud en relación con el presupuesto nacional, revirtiéndose ligeramente la tendencia al aumento iniciada en 1999. No sucede así con el gasto en salud como porcentaje del PIB, el cual mantiene la tendencia al aumento. No obstante, vale señalar que el país sigue invirtiendo en salud menos del 2% de su PIB, mientras la OMS recomienda a los Estados una inversión no menor del 5%.

En este sentido, cabe señalar que el aumento poco significativo del presupuesto del MSDS, agravado por las consecuencias derivadas del paro cívico petrolero de diciembre de 2002, la depreciación del tipo de cambio nominal de la moneda (Bs. 1.600 bolívares por dólar estadounidense), el esquema de control de cambio decretado en enero de 2003 y el alza del índice de precios al consumidor en un 20,6% hasta el tercer trimestre del año 2003² resultaron determinantes para la poca viabilidad financiera del sector salud. Además, los niveles de pobreza del país (48,6%

1. OFICINA NACIONAL DE PRESUPUESTO [en línea] <<http://www.onapre.gov.ve/documentos-publicaciones>> Septiembre 2003.

2. BANCO CENTRAL DE VENEZUELA [en línea] <http://www.bcv.gov.ve/indicadores_basicos_de_precios> Consulta en agosto de 2003.

para el año 2002³) inciden en el desplazamiento de un porcentaje de la población que antes tenía acceso a servicios privados de salud hacia los servicios de la red pública⁴, lo que origina una mayor demanda, en un sistema que está colapsado desde hace más de dos décadas.

Un factor adicional a la asignación presupuestaria del MSDS, se relaciona con su distribución. Entre las prioridades que establece el Plan Operativo Anual del MSDS, incluido en el Plan Estratégico Social del MSDS 2001-2007, está garantizar la equidad en salud y el acceso universal a los bienes, servicios y establecimientos de la red pública de salud. No obstante, se mantiene un desequilibrio estructural en la distribución del presupuesto, que afecta negativamente el cumplimiento de estas prioridades. A manera ilustrativa, el presupuesto del sector salud (6,41%) evidencia una asimetría entre el porcentaje correspondiente a gastos de personal (1,5%) y el correspondiente a materiales y suministros destinado al funcionamiento del sistema (0,6%)⁵. Esta situación se reproduce en los estados descentralizados, en los cuales, entre 75% y 80% de las asignaciones se destina a los gastos de personal y 20% a los gastos de funcionamiento del sistema (gastos de materiales y suministros, servicios no personales, activos reales).

En resumen, aunque el artículo 85 de la Constitución establece que el Estado debe

Presupuestos estatales discriminados por tipo de gasto				
Entidades Federales	Presupuesto Modificado	Asignaciones por gasto de denominación		
		Gastos de personal	Gastos de funcionamiento	Subsidios
Anzoátegui	62.540.340.077	79%	20,6%	0,3 %
Apure	35.523.177.609	77,7%	22%	0,01%
Aragua	69.638.370.051	74,5%	25%	0,0%
Bolívar	55.186.672.213	71,5%	28,4%	0,8%
Carabobo	67.836.996.112	74%	25%	0,5%
Falcón	31.281.430.190	76,5%	23,4%	0,001%
Lara	64.829.461.571	77,3%	22,5%	0,01%
Mérida	40.832.421.924	74,4%	25,5%	0,003%
Miranda	57.191.186.771	74%	25,8%	0,02%
Monagas	31.051.064.482	80,5%	19,4%	0,002%
Nueva Esparta	21.059.372.106	73,6%	26%	0,2%
Sucre	47.004.400.525	75,4%	24,5%	1,9%
Táchira	46.428.721.700	78, %	21,9%	0,01%
Trujillo	47.997.698.531	86,7%	13,2%	0,002%
Yaracuy	25.340.289.011	82%	17,8%	0,001%
Zulia	81.250.563.481	80,7%	19%	0,09%

Fuente: Dirección de Planificación y Presupuesto del MSDS. Caracas, julio 2003. Esta información solo incluye algunos estados.

garantizar un presupuesto para la salud que permita cumplir con los objetivos de la política sanitaria, y pese a los esfuerzos del Ejecutivo Nacional en incrementar la inversión para el sector social, el gasto público en salud es insuficiente, con una distribución desigual de los recursos que no permite avances y no logra satisfacer los requerimientos de

3. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA: *Indicadores de pobreza* [en línea] <<http://www.ine.gov.ve>> Consulta en agosto de 2003.
4. Según un estudio realizado por la Fundación Centro de Estudios sobre Crecimiento y Desarrollo de la Población Venezolana (Fundacredesa), sobre Indicadores de situación de vida y movilidad social durante el período 1995-2001, el deterioro de la calidad de vida, el aumento de la tasa de desempleo y entre otros factores, el incremento de los costos de la asistencia privada de asistencia a la salud, ha colocado a más del 85% de las familias integrantes del estrato social III, conocido como clase media, a considerar a la red hospitalaria como opción, por no estar en capacidad de cubrir los costos de la salud privada. Tomado de: El Nacional, 18.10.02, pág. C-1.
5. OFICINA NACIONAL DE PRESUPUESTO [en línea] <<http://www.onapre.gov.ve/documentos-publicaciones>> Op. cit.

equidad y acceso universal definidos como una prioridad en las políticas de salud.

Descentralización

El proceso de descentralización del sector salud, iniciado hace 10 años, no ha concluido y presenta una situación desigual entre los estados descentralizados. En el período anterior se hizo referencia a algunos de los problemas que obstaculizan este proceso, a saber: la falta de un presupuesto adecuado para el sector, los pasivos laborales pendientes, el mantenimiento de nóminas dobles (dependientes del MSDS y de los estados) y también fallas en la gestión y en los mecanismos de control del proceso de transferencia⁶. En el año 2003 esta situación persiste, añadiéndose como obstáculo la agudización de la polarización política entre las gobernaciones y alcaldías de las entidades federales descentralizadas del país. Al respecto, Zegri Pereira, investigadora del Centro de Estudios para el Desarrollo (Cendes) y del Proyecto “La Reforma del Sistema de Salud de Venezuela” (Resven) de la Universidad Central de Venezuela (UCV), considera que durante la gestión del gobierno actual, el impacto heterogéneo del proceso se ha visto incrementado, con afectación negativa especialmente en el proceso de transferencia de los bienes y servicios de salud hacia los municipios, debido a la falta de cooperación de las gobernaciones y a la polarización de los sectores por diferencias políticas existentes entre algunas gobernaciones y alcaldías⁷. En la actualidad, son solo 17 las entidades federales descentralizadas (Aragua, Apure,

Anzoátegui, Bolívar, Carabobo, Distrito Metropolitano, Falcón, Lara, Mérida, Miranda, Monagas, Nueva Esparta, Sucre, Táchira, Trujillo, Yaracuy y Zulia), las cuales dan cuenta de una diversidad de experiencias, algunas con mejores desempeños y resultados que otras⁸. Por otra parte, cabe señalar que el proceso se inició a través de la firma de convenios de transferencia de bienes, servicios y establecimientos de salud dependientes del MSDS hacia las gobernaciones, quedando pendiente la transferencia hacia un tercer nivel, es decir, desde las gobernaciones hacia los municipios, con el fin de fortalecer los servicios de atención primaria de la salud.

Cooperación internacional

En relación con la cooperación externa que recibe el país, el Informe “Salud en las Américas” elaborado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) señala que el mayor porcentaje de los aportes recibidos proviene de préstamos. Así, en el año 2001, del total aportado, el 88% equivalió a préstamos y el resto a donaciones o cooperación multilateral. Cabe señalar que los préstamos se orientan a solventar algunos de los problemas de larga data que presenta el sistema público de salud del país. De hecho, algunos se han destinado principalmente al desarrollo de proyectos de modernización, fortalecimiento del sector, apoyo a las iniciativas de gestión social (Banco Interamericano de Desarrollo); reforma de los servicios de salud, fortalecimiento y modernización de la red de salud en Caracas (Banco Mundial); inversión y desarrollo social (Corporación

6. PROVEA: *Informe Anual octubre 2001-septiembre 2002*, Caracas, 2002. Pág. 129.

7. Entrevista a Zegri Pereira, investigadora del Proyecto Resven del Centro de Estudios del Desarrollo, Universidad Central de Venezuela. Caracas, septiembre 2003.

8. Ver PROVEA: Op. cit.

Andina de Fomento); manejo de desechos hospitalarios (Corporación Andina de Fomento); e inversión social y desarrollo urbano (Plan Hispano Venezolano). Con respecto al aporte a través de la cooperación multilateral, destacan los proyectos desarrollados con el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), para la superación de la pobreza, desarrollo local y fortalecimiento institucional; con el Fondo de Población de Naciones Unidas (FNUAP) en proyectos educativos sobre salud sexual y reproductiva dirigidos a poblaciones rurales, de trabajadores, mujeres y miembros de la Fuerza Armada Nacional; con el Programa Conjunto de Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) para el desarrollo de políticas sobre la materia, ampliar la información sobre prevención del virus y su incidencia en la población, sobre medicamentos genéricos y para el fortalecimiento y apoyo a las organizaciones no gubernamentales que trabajan el tema; con la Organización de Naciones Unidas para la Agricultura y Alimentación (FAO) en proyectos de desarrollo rural, seguridad alimentaria y desarrollo agrícola; y con el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), en el fortalecimiento de políticas públicas y desarrollo social comunitario⁹.

Cabe señalar que el balance de la ejecución de estos proyectos no es público y el MSDS no cuenta con mecanismos que faciliten el acceso a la información.

Durante el año 2003, el convenio de cooperación entre la República de Cuba y Venezuela¹⁰ fue objeto de polémicas públicas, en virtud de la firma y puesta en ejecución del Plan Barrio Adentro. En el marco de este Convenio¹¹ y con base en el Programa de Salud del Plan Barrio Adentro, el MSDS avala la práctica de médicos cubanos en áreas urbanas no consolidadas de difícil acceso, lo que incluye varios municipios del Edo. Miranda, el Municipio Libertador del Distrito Capital y el Municipio Iribarren del Edo. Lara. Al cierre de este Informe las cifras dan cuenta de 1.678 médicos, de los cuales 550 prestan servicio en Miranda, 553 en el Distrito Capital y 75 en Lara¹². En el caso del Distrito Capital, Fernando Bianco, Presidente del Colegio de Médicos del Distrito Metropolitano de Caracas (CMDMC), afirma que los galenos seleccionados por esta institución son todos diplomados. Según Bianco, hasta agosto de 2003, fueron incorporados 1.000 (50 son venezolanos) y se estima la incorporación de 1.217 adicionales¹³. El Plan, en el área de la salud, pretende desarrollar el programa de atención

9. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD: *La Salud en las Américas*. Volumen II. Edición 2002. Pág. 611.
10. El Convenio Integral de Cooperación entre las Repúblicas de Cuba y Venezuela fue firmado por ambos gobiernos en octubre de 2000. Compromete, por una parte, a la República de Cuba a la prestación de servicios y suministro de tecnología y productos que deberán ser cancelados por la República de Venezuela (artículo 2). Por la otra, Venezuela se compromete a proveer bienes y servicios de asistencia y asesoría técnica, así como el suministro de crudos y derivados de petróleo a la República de Cuba (artículo 3).
11. El Convenio Integral de Cooperación establece que Cuba ofrecerá a Venezuela de manera gratuita servicios médicos, especialistas y técnicos de salud en lugares donde no se disponga de ese personal, en tanto que el gobierno de Venezuela cubre los gastos de alojamiento, alimentación y transporte interno, y el gobierno de Cuba garantiza a los familiares de los galenos y demás técnicos en salud los salarios respectivos (artículo 4).
12. Plan Barrio Adentro [en línea] <<http://www.barrioadentro.gov.ve>> Consultado en septiembre de 2003.
13. Entrevista a Fernando Bianco, presidente del Colegio de Médicos del Distrito Metropolitano de Caracas. Caracas, septiembre 2003.

integral en los sectores populares urbanos con menor accesibilidad a los servicios de la red primaria de salud, a través de la creación de casas de salud, cooperativas comunitarias de servicios ambientales y la conformación de comités de salud. Para Provea, la concepción del Plan Barrio Adentro del Municipio Libertador es coherente con el mandato constitucional. No obstante, deben resolverse los conflictos jurídicos y políticos en torno a él, para despejar dudas en torno a algunos aspectos de su implementación. Para ello es necesario, además de voluntad de diálogo y concertación entre los sectores involucrados, que el fallo cautelar en su contra cuente con una decisión de última instancia¹⁴. Por otra parte, para que este Plan se convierta en una política acertada y permanente, se requiere promover la incorporación progresiva de médicos venezolanos que logren apropiarse del proyecto. En ese sentido, resulta necesario que el Estado venezolano logre modificar el pénsam de la carrera de medicina, estimular la especialización de galenos en medicina familiar y mejorar las condiciones laborales de los médicos, al tiempo que fortalecer la red primaria de salud existente.

III. Sistema Público de Asistencia a la Salud

Disponibilidad de bienes, establecimientos y servicios

En Venezuela, la red pública de atención a la salud cuenta con 4.804 establecimientos ambulatorios¹⁵ y 296 establecimientos hospitalarios¹⁶. Por su parte, el sector privado cuenta con 344 centros de atención especializada, de los cuales 315 son instituciones de carácter lucrativo y 29 son fundaciones sin fines de lucro.

Establecimientos hospitalarios por instituciones públicas y tipo					
Instituciones	Hospitales				Total
	IV	III	II	I	
MSDS	21	31	44	118	214
IVSS	4	18	7	4	33
Ministerio de la Defensa	1	2	5	5	13
Petróleos de Venezuela		1		2	3
INAGER	1		17	11	29
Corporación Venezolana de Guayana (CVG)			2		2
Policía Metropolitana				1	1
Alcaldía de Miranda			1		1
TOTAL	27	52	76	141	296

Fuente: Elaboración propia con datos del MSDS.

14. La Corte Primera de lo Contencioso Administrativo en agosto de 2003 decidió un Amparo cautelar a favor de la Federación Médica Venezolana (FMV), con ocasión de un Recurso de Nulidad con Amparo Cautelar interpuesto contra el Acta-Convenio, suscrita entre el Colegio de Médicos del Distrito Metropolitano de Caracas (CMDMC) y la Alcaldía del Municipio Libertador el 22.05.03. El fallo cautelar ordenó suspender los "place" otorgados por el CMDMC a los galenos cubanos y en consecuencia, sustituirlos por médicos venezolanos que cumplieran con los requisitos establecidos en la Ley del Ejercicio de la Medicina. La sentencia cuenta con dos votos salvados que dan fe de vicios de fraude procesal en la toma de la decisión. Dicha decisión fue apelada por la parte accionada ante la Sala Constitucional del Tribunal Supremo de Justicia, la cual todavía no ha sentenciado. La FMV argumenta que el "Acta-Convenio" firmada entre la Alcaldía del Municipio Libertador y el CMDMC viola los artículos 21 y 105 en concordancia con el 112 de la Constitución, relativos al derecho de igualdad ante la ley, el régimen de los profesionales y colegiación, el derecho a la libertad económica, así como la presunta violación de los derechos a la vida, salud e integridad física de los habitantes beneficiarios por el Plan Barrio Adentro.

15. Del total de ambulatorios, 96% dependen del MSDS y 4% del IVSS.

16. Del total de centros hospitalarios 214 dependen del MSDS y de las gobernaciones de los estados en proceso de descentralización, 33 del IVSS, 13 del Instituto de Previsión Social de la Fuerza Armada, 3 de Petróleos de Venezuela, 29 del Instituto Nacional de Geriátría, 2 de las Corporación Venezolana de Guayana, 1 de la Alcaldía de Miranda y 1 de la Policía Metropolitana de Caracas.

Establecimientos ambulatorios por instituciones públicas y tipo

Instituciones	Ambulatorios urbanos				Ambulatorios rurales			Total
	III	II	I	Total	II	I	Total	
MSDS	43	154	693	890	863	2.852	3.715	4.605
IVSS	16	31	32	79				79
Ministerio de la Defensa	2	1	8	11				11
Petróleos de Venezuela		1	1	2				2
INAGER			1	1				1
IPASME	10	23	23	56				56
Policia Estatal		1	3	4				4
Gobernaciones			6	6				6
Alcaldías			21	21				21
Otras instituciones			19	19				19
TOTAL	71	211	807	1089	863	2852	3715	4804

Fuente: MSDS, Escuela de Salud Pública de la UCV, OPS: Perfil del Sistema de Servicios de Salud. Caracas, Marzo 2001.

Según la OPS, el número global de establecimientos de atención a la salud que tiene Venezuela constituye una red aparentemente suficiente para el país¹⁷. No obstante, las zonas rurales solo cuentan con ambulatorios tipo I y II, los cuales prestan servicios básicos de atención primaria¹⁸, obligando a las personas a trasladarse a un ambulatorio urbano o a un centro hospitalario en caso de requerir mayor especialidad en la atención.

En relación con la cobertura de camas, el estándar internacional indica que para una cobertura ideal se necesitarían 40 camas por cada 10.000 habitantes¹⁹. En el año 2000 fueron censadas en Venezuela 40.675 camas en el ámbito público (17,6 camas por 10.000 habitantes). De estas, más de 50% están en los estados más urbanizados²⁰. En el caso de los establecimientos dependientes del MSDS,

este indicador representa 21,95, en tanto que para los establecimientos dependientes del IVSS es igual a 8,87²¹.

Las 23 entidades federales del país presentan evidentes inequidades en relación con el número de camas por habitante. Ejemplo de ello es el Distrito Capital, que con una población de 2.284.921 habitantes, cuenta con 190 centros de atención a la salud y 13.346 camas (58 camas por 10.000 habitantes), mientras que el Edo. Carabobo, con una población de 2.106.264, muy similar a la del Distrito Capital, solo cuenta con 41 centros y 2.553 camas (12 camas por 10.000 habitantes). Pese a esta disparidad, ambos estados cuentan con hospitales generales tipo IV, III y II, lo que garantiza mayor cobertura de servicios. Otros estados presentan mayores disparidades aún en relación con la tasa cama/habitante y cobertura

17. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD: *La Salud en las Américas*. Op. cit. Pág. 609.

18. Ver en este mismo capítulo, en el subtítulo Calidad, la descripción de los servicios que prestan los ambulatorios por tipo.

19. Diario 2001, Declaraciones del Director de la Secretaría de Salud de la Alcaldía Metropolitana, Dr. Pedro Aristimuño, 02.08.02, pág. 3.

20. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD: *La Salud en las Américas*. Op. cit.

21. MINISTERIO DE SALUD Y DESARROLLO SOCIAL (MSDS), ESCUELA DE SALUD PÚBLICA DE LA UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA (UCV), ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS): *Perfil del Sistema de Servicios de Salud*. Marzo 2001. Pág. 2.

de servicios. El Edo. Barinas es ejemplo de ello: con una población de 583.521 habitantes, 7 centros de atención y 480 camas (8 camas por 10.000 habitantes), solo tiene 1 hospital tipo III y 6 tipo I. La desigualdad es aún mayor en estados como Delta Amacuro, cuya población de 137.939 habitantes; únicamente cuenta con 1 hospital tipo II y 100 camas (7 camas por 10.000 habitantes)²².

Además de las inequidades en cuanto a la distribución de establecimientos de salud y la cobertura de camas, la falta de un presupuesto acorde y equitativo dificulta el pleno funcionamiento de las mismas. En este período, Provea registró 8 denuncias relacionadas con la falta de camas o hacinamiento en las salas de hospitalización²³. Existe también una reducción en la disponibilidad de camas en unidades de terapia intensiva (UTI). Los parámetros internacionales estiman que del total de camas presupuestadas, entre 5 y 8% deben estar ubicadas en las UTI. Aun cuando no contamos con datos oficiales sobre el número de camas operativas en las UTI que nos permita hacer un análisis en función de los parámetros establecidos, son comunes las quejas al respecto, por parte del personal de salud. En este período, voceros de 5 hospitales de la ciudad capital denunciaron fallas en

el funcionamiento y escasez de camas en los servicios de terapia intensiva²⁴. Según datos recopilados en la prensa escrita, el déficit en Caracas es de 58 camas, tomando en cuenta que se dispone de solo 105 para adultos y niños, con un ideal de cobertura de 163²⁵.

En este sentido, el estudio "Perfil del Sistema de Salud", elaborado por el MSDS, la Escuela de Salud Pública de la UCV y la OPS, revela que "A pesar de la 'aparente' suficiente cantidad de establecimientos hospitalarios, la baja utilización de éstos se refleja claramente en el total de egresos y el porcentaje de ocupación de camas (53%). Al igual que la red de ambulatorios, la capacidad de resolución de los hospitales es precaria, las listas de espera para cirugías y atención ambulatoria son extensas y es frecuente la carencia/insuficiencia de algunos insumos esenciales para la atención de las personas"²⁶.

Otro indicador a tomar en cuenta es la relación entre el número de profesionales del sector salud por el número de habitantes. Según parámetros de la OPS, para una cobertura ideal de la población se necesitaría un médico por cada 1.000 habitantes²⁷. Los datos más actualizados señalan que en Venezuela, la razón de médicos por 1.000 habitantes fue para el año 2000, de 2,3²⁸. De

22. Los datos sobre población según entidad federal fueron tomados del censo 2001 elaborado por el Instituto Nacional de Estadística. Tomado de: <<http://www.ine.gov.ve>> Los datos sobre el número de centros hospitalarios fueron tomados de la Dirección de Estadísticas del MSDS: Establecimientos de Salud, según entidad federal y tipo. Tomado de: <<http://www.msds.gov.ve>> El cálculo sobre el número de camas por habitante fue de elaboración propia con datos del MSDS y el INE. El cálculo se basó en el número de camas presupuestadas en condiciones ideales de funcionamiento.

23. Ver en este mismo capítulo el recuadro sobre las condiciones de funcionamiento de los centros hospitalarios del país según denuncias reseñadas en prensa escrita.

24. Base de datos de Provea sobre denuncias en el funcionamiento de los establecimientos de salud.

25. Ídem.

26. MSDS, Escuela de Salud Pública de la UCV, OPS: *Perfil del Sistema de Servicios de Salud*. Op. cit. Pág. 1 y 2.

27. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD: *La Salud en las Américas*. Op. cit.

28. El número de médicos se basa en información presentada por el Dr. Fernando Bianco, Presidente del Colegio de Médicos del Distrito Metropolitano de Caracas, durante el simposio "Renovación de los Estudios Médicos en Venezuela. Nuevas Propuestas". Caracas, 2002. El porcentaje de médicos por habitante fue calculado según los datos del Censo 2001 elaborado por el INE.

ese total, 55% trabaja en los estados más urbanizados²⁹.

Una investigación desarrollada por la Academia Venezolana de Medicina con datos de la Federación Médica Venezolana (FMV), señala que en el año 1998, el 50,5% de los médicos inscritos en la FMV eran especialistas y el 49,5% restante, médicos generales. No obstante, en algunos estados del país como Amazonas y Yaracuy, el porcentaje de especialistas no llegaba al 20%, en contraste con estados como Miranda y el Distrito Capital, donde existe un predominio de especialistas. Las principales especialidades desarrolladas son: medicina interna (15,8%), cirugía (12,9%) gineco-obstetricia (7,6%) y pediatría (6,5%)³⁰.

Nuevamente se presenta inequidad entre los estados más urbanizados en perjuicio de los rurales. La ciudad capital, con una población de 2.284.921, cuenta con 24.254 médicos registrados hasta julio de 2002 (10 médicos por cada 1.000 habitantes), mientras Barinas, con una población de 583.521 habitantes, cuenta con 1.670 médicos registrados a la misma fecha (3 médicos por cada 1.000 habitantes). Cabe señalar que, aun cuando se cumple con los parámetros internacionales, el déficit de médicos y de personal de enfermería se ubica en los ambulatorios ubicados en las zonas rurales del país. Lamentablemente no contamos con información oficial sobre la distribución del personal médico y de enfermería que labora en ambulatorios de zonas rurales. Sin embargo, la base de datos de Provea cuantificó 9 denuncias relacionadas con falta de personal médico en ambulatorios rurales, mientras que

por el déficit de personal de enfermería se registraron 11 denuncias³¹.

Accesibilidad

La gratuidad en el servicio público de asistencia a la salud se ha visto obstaculizada en virtud del deterioro progresivo de la red hospitalaria y ambulatoria del país. Si bien el MSDS estableció la gratuidad como eje rector de su política, de acuerdo con lo establecido en el marco constitucional, el deficiente presupuesto destinado a este sector, las inequidades en su distribución y la carencia de un efectivo control de la gestión, impiden el cumplimiento pleno de esta garantía.

Al problema de la falta de previsión, por parte del MSDS, en la compra de medicamentos para la dotación de los establecimientos de la red pública sanitaria, se sumó, por una parte, el control cambiario decretado a inicios de 2003 y, por otra, la crisis generada por el paro cívico nacional iniciado el 02.12.02 y culminado el 02.02.03. La paralización del sector petrolero generó pérdidas para la economía del país, afectando al sector salud, entre otros sectores, con un nuevo recorte en el presupuesto 2003 y agravando la situación recurrente de desabastecimiento de medicamentos e insumos. Actualmente, la carencia de insumos se ha convertido en el principal obstáculo para brindar una atención de salud gratuita.

Las medidas adoptadas por el MSDS y el IVSS en relación con la prohibición de cobro a los usuarios para los servicios de asistencia a la salud -que en su momento celebramos-, actualmente evidencian un revés. La base de datos hemerográfica de Provea reseñó 74 de-

29. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD: *La Salud en las Américas*. Op. cit. Pág. 609.

30. MSDS, Escuela de Salud Pública de la UCV, OPS: *Perfil del Sistema de Servicios de Salud*. Op. cit. Pág.13.

31. Base de datos de Provea.

nuncias por cobros directos o indirectos en el servicio público de asistencia a la salud (60 en hospitales y 14 en ambulatorios)³².

El sector más afectado por el cobro indirecto es el de las mujeres embarazadas, tanto en partos naturales o cesáreas. Del total de denuncias, 45% (35 casos) provenían de este sector³³. El canje de servicios por medicamentos e insumos es una práctica común en la mayoría de los establecimientos de la red pública de asistencia a la salud. De los 67 hospitales comprometidos con denuncias sobre fallas en el funcionamiento, 58 estuvieron relacionados con cobros indirectos, es decir, 86,5% del total³⁴.

Esta situación afecta igualmente a los centros dependientes del IVSS, los cuales disminuyeron su capacidad de atención debido a la carencia de insumos básicos, ampliación de la cobertura a personas no cotizantes y escasez presupuestaria derivada de la disminución de la recaudación anual³⁵. Es así que hospitales como el Miguel Pérez Carreño, adscrito al IVSS, solicitan a los pacientes algún tipo de colaboración para los servicios que cuentan con menos insumos. El director del hospital, Dr. Jorge Hontoria, distribuyó un comunicado entre los jefes de servicios en el que refiere que “con la única finalidad de ayudar al paciente les autoriza, con criterio médico, a solicitarle a los familiares algún insumo que no se encuentre disponible y así evitar poner en peligro la

vida del paciente”³⁶. La sala de obstetricia de este hospital exige a las mujeres en proceso de parto que lleven consigo un par de guantes quirúrgicos. En la puerta de ingreso a la sala de obstetricia se lee un cartel que dice: “*Toda paciente debe traer un par de guantes quirúrgicos para ser atendida. Los venden en el cafetín*”³⁷. Otros hospitales como el José María Vargas, dependiente de la Alcaldía Metropolitana de Caracas, colocan dos listados en la cartelera informativa ubicada frente a los pabellones quirúrgicos. El primer listado se refiere a los pacientes que van a ingresar ese día a las salas quirúrgicas y el segundo a los insumos y medicamentos que deben llevar consigo al momento de ingresar³⁸. La situación es más crítica para los pacientes que van a las UTI de ese hospital; que a pesar de tener 8 camas operativas, la escasez de insumos impide el uso de las mismas. Judith Piña, jefa encargada del servicio, señaló que “*al no contar con los insumos básicos para este tipo de cuidados, hay que recurrir a los pacientes y muchos de ellos no cuentan con los recursos para comprar algunos que son básicos, como un catéter que tiene un valor mínimo de 300.000 bolívares*”. Piña agregó que “*Algunos pacientes en condiciones críticas se mueren, bien sea en la sala de Emergencia o aquí en terapia porque no tenemos qué ofrecerle*”³⁹.

La gravedad de esta situación se ve reflejada en el número de personas que mueren

32. Ídem.

33. Ídem.

34. Cálculos propios elaborados sobre la base de denuncias por cobros indirectos o canje de servicios reseñados en prensa escrita. Base de datos de Provea.

35. Ver capítulo Derecho a la Seguridad Social.

36. El Nacional, 12.02.03, pág. B-4.

37. Ídem.

38. El Universal, 18.08.03, pág. 2-13.

39. Ídem.

por no contar con recursos para adquirir los medicamentos e insumos necesarios para su atención en los establecimientos de salud. En este sentido, Provea cuantificó entre octubre 2002 y septiembre 2003, 59 muertes por falta de tratamiento oportuno. Los datos indican que 83% de ese total corresponde a niños y niñas menores de 5 años⁴⁰. En este sentido, María Helena Jaén, directora del Centro de Investigaciones del IESA, expresó: *“La salud del venezolano depende cada vez más de la capacidad de pagar de unos y de la voluntad de otros. Aunque existen experiencias impulsadas por gobernaciones, alcaldías y organizaciones de la sociedad, los venezolanos, especialmente los pobres -más del 70% de la población- recibe atención después de mucha tolerancia, tenacidad o rabia; gracias a las gestiones de pacientes y familiares, o porque cuando están enfermos conocen su derecho constitucional a exigir que los atiendan”*⁴¹. Asimismo, en relación con la inaccesibilidad a los servicios públicos de salud, Jaén señala que *“los privilegiados que pueden costearla, tienen un buen seguro y van a una clínica moderna. Los de los estratos medios aspiran a un seguro médico, pero cuando lo necesitan no cubre los gastos que acarrea su enfermedad. A los pobres no les queda otra que hacer cola, vender rifas [...]”*⁴².

Ciertamente, las condiciones de vida son un factor determinante en relación con la calidad de la salud. Según la “Encuesta de Hogares” que realiza el INE, los hogares en situación de pobreza, según ingreso familiar en 1998, fueron 44,3%; 44,9% en 1.999; y 44,1% para el año 2000. Para ese año, los estados con mayor porcentaje de hogares en situación de pobreza fueron Delta Amacuro (68%), Apure (67%), Portuguesa (57%), y Amazonas (56,5%), estados que generalmente presentan los más altos índices de morbilidad en enfermedades endémicas⁴³.

Calidad de los bienes, servicios y establecimientos

El desabastecimiento de insumos básicos e insumos médico quirúrgicos, la carencia de medicamentos, el cobro directo e indirecto por servicios, el deterioro de los equipos médicos o la carencia de ellos y los problemas de infraestructura, se mantienen como patrón de funcionamiento de la red pública de asistencia a la salud. Los hospitales tipo III y IV se ven afectados por diversas condiciones en el funcionamiento como la inoperatividad de los ascensores, fallas en los equipos de aire acondicionado en los quirófanos y hacinamiento o falta de camas para hospitalización⁴⁴. Asimismo, las fallas

40. Base de datos de Provea.

41. El Universal, 14.07.03, pág. 1-22.

42. Ídem.

43. MSDS, Escuela de Salud Pública de la UCV, Centro de Estudios Superiores de Administración, OPS: Perfil del Sistema de Servicios de Salud. Op. cit.

44. Los centros de salud clasificados por el MSDS como hospitales Tipo I, se encuentran ubicados en poblaciones de hasta 20.000 habitantes, con un área de influencia demográfica de hasta 60.000 habitantes. Tienen una capacidad entre 20 y 50 camas y prestan servicios básicos de medicina, cirugía, pediatría y ginecología y obstetricia. Los hospitales Tipo II se encuentran ubicados en poblaciones mayores de 20.000 habitantes, con un área de influencia demográfica de hasta 100.000 habitantes. Tienen una capacidad entre 50 y 150 camas y ofrecen servicios de cardiología, psiquiatría, dermatología y traumatología. Los Tipo III se encuentran ubicados en poblaciones mayores de 60.000 habitantes con un área de influencia demográfica de hasta 400.000 habitantes. Tienen entre 150 y 300 camas y ofrecen servicios de atención integral en los tres niveles clínicos. Los Tipo IV se encuentran ubicados en poblaciones mayores de 100.000 habitantes con un área de influencia demográfica superior a 1.000.000 de habitantes. Tienen más de 300 camas y prestan atención integral en todos los niveles.

de infraestructura, el cobro por servicios y la carencia de personal de enfermería y médico se presentan como las principales causas que afectan la calidad de la prestación del servicio de los ambulatorios rurales y urbanos⁴⁵.

Para la Dra. Mirian Morales, ex directora de Salud Poblacional del MSDS, el principal problema de funcionamiento de los establecimientos hospitalarios del país deriva de la sobrecapacidad de los servicios. Morales señala que *“la pirámide de la atención a la salud está invertida, pues existe una cultura arraigada hace muchos años, que obliga a los pacientes a ir a los grandes centros asistenciales para curarse una gripe”*⁴⁶, lo que a su parecer genera un desequilibrio en el uso de los recursos. Morales explica que para el MSDS es una necesidad crear una cultura ambulatoria, reforzando la capacidad de atención en los centros ambulatorios y mejorando sus condiciones de funcionamiento. Bajo esta orientación, en el último trimestre de 2002 el IVSS dio inicio a un proyecto piloto que comenzó en el Este de la ciudad capital, con la articulación entre varios ambulatorios ubicados en la zona y el hospital Domingo Luciani. Según el Dr. Pedro Alcalá, Director General de Salud del IVSS *“la idea es que puedan optimizarse los recursos y, sobre todo, aumentar la calidad de la atención”*⁴⁷. Según Alcalá, esto se logrará con el equipamiento de los ambulatorios, la ampliación del horario de atención entre 12 y 24 horas y el cambio de percepción de los pacientes. *“Con la red, las personas no solo son bien atendidas*

*en el ambulatorio, sino que se les garantiza el mismo trato en el hospital, si requieren ser referidos”*⁴⁸, agregó Alcalá.

No obstante, durante el período que cubre este Informe se registró un total de 483 denuncias por problemas de funcionamiento de 68 hospitales (23% del total), cifra superior a las 364 denuncias de 58 hospitales registradas durante el año anterior. La red de atención primaria a la salud registró 86 denuncias por fallas en el funcionamiento de 21 ambulatorios (0,4% del total). Vale señalar que estas cifras suponen, evidentemente, un subregistro, generado por la escasa cobertura de los medios de prensa en la red primaria y ante la falta de registro por parte del MSDS y las direcciones de salud de las gobernaciones de los estados descentralizados.

La denuncia común contra la mayoría de los establecimientos de salud se refiere a la carencia de insumos, medicamentos y falta de equipos. Entre los insumos de uso diario que presentan mayor desabastecimiento se encuentran las gasas, jeringas, guantes quirúrgicos, mascarillas, suturas y sueros. De igual manera, los medicamentos más solicitados son los antidiarreicos, analgésicos, antibióticos, reactivos, antiasmáticos, anticonvulsivos y antipiréticos. Los equipos médicos que presentan mayores problemas son los de cardiología, radiología, nebulizadores y ultrasonidos⁴⁹.

Otro factor relacionado con la calidad del servicio público de asistencia a la salud se

45. Los ambulatorios rurales tipo I y II prestan servicios básicos de atención médica integral, general y familiar (excepto hospitalización) y se encuentran ubicados en poblaciones menores de 10.000 habitantes. Los ambulatorios urbanos tipo I, II y III, prestan atención médica integral, general, familiar y especializada, no dispone de hospitalización y se encuentran ubicados en poblaciones de más de 10.000 habitantes.

46. Entrevista a Mirian Morales, ex Directora de Salud Poblacional del MSDS, Marzo 2003.

47. El Nacional, 05.11.02, pág. C-1.

48. Ídem.

49. Listado elaborado según denuncias reseñadas en prensa escrita.

Condiciones de funcionamiento de los centros hospitalarios del país según denuncias reseñadas en prensa escrita

Problemas reportados	Número de denuncias
Falta de insumos básicos y medicamentos	162
Falta de insumos medico quirúrgicos	81
Cobro por servicios o condicionamiento de atención si el paciente trae consigo los insumos	60
Falta de equipos médicos o equipos obsoletos	55
Problemas de infraestructura en algunas áreas o servicios	34
Inseguridad	20
Cierre de servicios	20
Insalubridad	14
Fallas en el aire acondicionado	13
Falta de agua	10
Falta de mantenimiento	11
Hacinamiento y/o falta de camas	8
Aguas servidas	7
Falta de camas en las Unidades de Terapia Intensiva (UTI)	5
Falta de personal médico	4
Falta de personal de enfermería	4

Fuente: Archivo hemerográfico de Provea. Elaboración propia. Octubre 2002 – Septiembre 2003.

refiere a lo oportuno de su prestación. Para este período, la prensa escrita denunció la muerte de 5 personas por falta de atención médica oportuna, cifra inferior a las 14 registradas durante el lapso anterior. Al igual que en años anteriores, los sectores más afectados son las mujeres, niños y niñas⁵⁰. De la cifra total, 2 eran mujeres embarazadas y 2, niños menores de 1 año.

En relación con las muertes ocurridas por atención inadecuada, se registraron 18 denuncias, 11 más que en el período anterior en el que se contabilizaron 7⁵¹.

Condiciones de funcionamiento de los centros ambulatorios del país según denuncias reseñadas en prensa escrita

Problemas reportados	Número de denuncias
Falta de insumos básicos y medicamentos	17
Falta de equipos médicos o equipos obsoletos	14
Cobro por servicios o condicionamiento de atención si el paciente trae consigo los insumos	14
Falta de insumos medico quirúrgicos	8
Problemas de infraestructura en algunas áreas o servicios	7
Falta de personal de enfermería	7
Falta de personal médico	5
Cierre de servicios	5
Falta de agua	5
Aguas servidas	4

Fuente: Archivo hemerográfico de Provea. Elaboración propia. Octubre 2002 – Septiembre 2003.

Condiciones sanitarias de la red pública de asistencia a la salud. Según un estudio denominado “Análisis Sectorial de Residuos Sólidos en Venezuela”, elaborado por la OPS en el año 2002, alrededor de 182,5 toneladas de desechos emanan diariamente de los establecimientos hospitalarios del país, sin cumplir con las normas de recolección, transporte e incineración establecidas en el Decreto N° 2218 del año 1992, sobre las Normas para la Clasificación y Manejo de Desechos en los Establecimientos de Salud. Del total de desechos, 19,5 toneladas por día corresponden a desechos potencialmente infecciosos, infectocontagiosos y orgánico humanos. Según la composición de los desechos, la mayoría corresponde a materiales comunes (82%), los cuales podrían ser recuperados, si existie-

50. Provea: Informe Anual: Octubre 2001 – Septiembre 2002. Op.cit. Pág. 157.

51. Base de datos de Provea.

sen las condiciones adecuadas, disminuyendo así la cantidad a ser almacenada y transportada⁵². La normativa vigente obliga a separar en recipientes acordes a cada tipo, los desechos hospitalarios producidos. El estudio señala que esta normativa no se cumple, como tampoco se respeta la relativa a segregación, recolección, almacenamiento y transporte de los mismos. Entre las razones para el no cumplimiento a nivel público se encuentran la falta de apoyo institucional y la carencia de recursos, pero sobre todo, la ausencia de conocimientos sobre los riesgos potenciales a que está expuesto el personal de salud. En el sector privado, se debe a la ausencia de control y vigilancia del ente rector.

La falta de control incluye la colocación de los contenedores en donde se almacenan temporalmente los desechos. En muchos establecimientos hospitalarios, estos contenedores son ubicados cerca de las áreas de atención a los pacientes, constituyendo otro riesgo para la salud de estas personas.

Otro de los problemas existentes se refiere a los depósitos de medicamentos vencidos que son desechados o almacenados inadecuadamente y sin ningún control. En ocasiones, son enviados a la red de alcantarillado junto a otros contaminantes como los producidos en laboratorios, salas de revelado y consultorios odontológicos, sin ningún tratamiento previo. De igual manera, algunos desechos se descargan en quebradas y fuentes de agua, incluyendo ríos, lagos y mar.

Entre las normas para la clasificación y manejo de los desechos en establecimientos

de salud, se recomienda la incineración *in situ* o en instalaciones externas destinadas a ese fin, pero los hospitales no cuentan con los incineradores necesarios ni con unidades de esterilización. En la zona metropolitana de Caracas había 7 incineradores, de los cuales 6 estaban operativos en el año 1994 y actualmente solo funcionan 3. En plena capacidad, los 7 incineradores deberían cubrir a 132 establecimientos de salud, de los cuales 23 pertenecen al sector público. En el resto del país existen algunos incineradores con limitado funcionamiento: Miranda 3, Táchira 2, Mérida 2, Trujillo 2, Zulia 2, Aragua 2, Valencia 2, Barinas 1, Apure 1, Lara 1, Portuguesa 1, Vargas 1, Nueva Esparta 1, Yaracuy 1, Guárico 1, Coro 1, Amazonas 1, Delta Amacuro 1 y San Carlos 1, todos en hospitales tipo IV.

En relación con el transporte y la disposición final de los desechos hospitalarios, estos se mezclan con los desechos municipales, obviándose la necesaria separación de los desechos comunes. Igualmente, el transporte destinado a la recolección de este tipo de desechos no se encuentra acondicionado para este fin⁵³.

Conflictos laborales y repercusión sobre la asistencia a la salud. En el presente período, la base de datos de Provea cuantificó un total de 90 acciones de protesta del sector salud, 21 de las cuales implicaron la suspensión de los servicios⁵⁴. El número descendió en un 28% en relación con las 124 acciones registradas en el período anterior. Sin embargo, uno de estos conflictos duró aproximadamente 14 meses.

52. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD: Análisis Sectorial de Residuos Sólidos en Venezuela. 2000. Pág.67.

53. OPS-OMS: Análisis Sectorial de Residuos Sólidos de Venezuela. Op. cit. Págs. 67, 68, 71, 73.

54. Base de datos de Provea.

Problemas y Riesgos Asociados al Manejo Inadecuado de Residuos Hospitalarios

Situación Actual	Riesgo
Manejo Interno. Los residuos no son segregados mezclándose los residuos peligrosos con los no peligrosos; resultando de esta práctica que todos sean peligrosos. Se utilizan equipos, recipientes y mecanismos inadecuados para su manejo interno en los establecimientos de salud.	Mayor probabilidad de que el personal de limpieza y mantenimiento del hospital, así como el personal médico y los propios pacientes, contraigan enfermedades asociadas a microorganismos patógenos.
Almacenamiento interno. Los residuos se almacenan en lugares inadecuados, incluso en sitios sin resguardo dentro de la propia institución, mezclando los peligrosos con los no peligrosos.	Mayor probabilidad de transmisión de enfermedades entre el personal del hospital y los encargados de la recolección de estos residuos.
Recolección y transporte. Los residuos en su mayoría son recolectados por los servicios de recolección municipal, mezclándolos con los provenientes de casa/habitación, servicios y comercios en general, contaminándolos y dándoles cierto nivel de peligrosidad.	Transmisión de enfermedades, así como lesiones provocadas por objetos punzopetrantes al personal encargado de llevar a cabo la recolección de residuos.
Disposición final. Los residuos se disponen sin tratamiento alguno en vertederos de residuos municipales donde hay personas que manipulan esta basura. En muy pocas ocasiones se confinan en celdas especiales.	Transmisión de enfermedades a las personas que manipulan esta basura y al personal que trabaja en los vertederos.
Incineración. Los incineradores que operan en hospitales por regla general son obsoletos, no cumplen con los estándares recomendados y en su mayoría no se utilizan con la frecuencia debida.	Los residuos generan emisiones de partículas suspendidas, que son el medio idóneo para la movilidad de los microorganismos, en particular <i>Staphylococcus aureus</i> y <i>Candida albicans</i> , responsables de innumerables afecciones al aparato respiratorio, a las mucosas y a la piel.

Fuente: Elaboración propia con datos de OPS, DMS, MSDS, MARN, MPD, Ministerio de Infraestructura.

Las principales demandas se referían al cumplimiento de compromisos laborales y a la dotación de insumos en los establecimientos que integran la red pública de asistencia a la salud. El conflicto más relevante se generó en el contexto de la discusión por la contratación colectiva del personal médico adscrito al MSDS, el cual se inició en enero de 2002 y culminó 14 meses después, el 21.03.03, con la firma de un acuerdo entre las partes. Al conflicto generado por demandas laborales, los médicos adscritos a la FMV decidieron sumar al paro nacional, en septiembre de 2002, la llamada “Hora 25”⁵⁵. En el marco de esta protesta, la FMV hizo un llamado para que los establecimientos de salud no enviaran la información epidemiológica al MSDS, sobreponiendo intereses laborales a las obligaciones de responsabilidad del Estado venezolano, que bajo ninguna circunstancia deben ser suspendidas. Paralelo a este conflicto, el MSDS denunció públicamente la violación del acuerdo de respetar los Servicios Mínimos Indispensables (SMI) definidos previamente por ambas partes en el conflicto⁵⁶. Entre los SMI que bajo ninguna circunstancias pueden ser interrumpidos, pues ello pondría en riesgo la vida y salud de la población, se encuentran: los servicios de emergencia de adultos, pediátricos y obstétricos; la evaluación diaria de estos pacientes; la atención de pacientes oncológicos y nefropáticos agudos o crónicos; el funcionamiento de las unidades de cuidado intensivo para personas quemadas, para el postoperatorio de cirugías, incluyendo las cardiovasculares; el tratamiento de diálisis;

55. Acción de protesta que consistió en la hospitalización de todo paciente que así lo requiriera y en caso de no poder brindarle atención médica oportuna, los médicos levantaban un acta que describía la carencia de equipos y materiales médico quirúrgicos, con el objeto de evidenciar las carencias en los hospitales y ambulatorios dependientes del MSDS y del IVSS.

56. El 25.02.03 se firmó el Pacto sobre Servicios Mínimos Indispensables.

los cuidados intermedios; el funcionamiento de las unidades neonatales; de las unidades de cuidado intermedio obstétricos; y de las unidades de tomografía y resonancia magnética⁵⁷. Para la Defensoría del Pueblo, deben incluirse dentro de los SMI la atención a personas que padecen VIH/SIDA, atención a personas con trastornos depresivos con ideas suicidas, laboratorios, cadena epidemiológica, servicio de anestesiología, bancos de sangre y servicios de farmacia⁵⁸.

Si bien es cierto que las acciones de protesta que incluyen la paralización de actividades constituyen un derecho legítimo de todos los trabajadores, también lo es que los trabajadores del sector salud de los establecimientos pertenecientes a la red pública están obligados a cubrir de manera estricta la atención de los SMI.

Asignación presupuestaria. En relación con la disponibilidad de recursos de la red hospitalaria y ambulatoria, la falta de un presupuesto adecuado y equitativo es un factor importante que actúa en detrimento de la calidad de estos servicios⁵⁹. Como correlato, el presupuesto hospitalario y ambulatorio debe cubrir los pagos de nómina laboral según los términos de los contratos colectivos y el deber ser del funcionamiento institucional. Ese compromiso laboral es inamovible, por lo que cualquier ajuste o modificación del presupuesto impacta negativamente los gastos de funcionamiento institucional y, por ende, la calidad de los servicios.

De los 14 hospitales adscritos a la Alcaldía Metropolitana, 11 (78%) presentaron fallas en el funcionamiento vinculadas a un presupuesto deficitario: falta de insumos, falta de mantenimiento, cierre de servicios y cierre de quirófanos⁶⁰. Según Pedro Aristimuño, Secretario de Salud de la Alcaldía Metropolitana, en el año 2001 los 14 hospitales y 84 ambulatorios del Área Metropolitana contaban con \$ 126.000.000, mientras que para el año 2003, el presupuesto se redujo a \$ 86.000.000⁶¹. La rebaja del presupuesto representa una merma importante que dificulta los planes operativos, la puesta en funcionamiento de nuevos servicios y la calidad de la prestación de los existentes.

El impacto de las deficiencias presupuestarias se refleja directamente en la disminución de la capacidad y calidad de la atención a la salud. Un ejemplo de ello es el hospital de Especialidades Pediátricas (HEP) de Maracaibo, dependiente de la Gobernación del Edo. Zulia y del MSDS, cuyo déficit presupuestario alcanzó 1,3 millardos para finales del año 2002. Este déficit ocasionó que la consulta externa disminuyera en 66% su capacidad de atención. Actualmente, de 300 niños que eran atendidos diariamente, solo 100 pueden recibir asistencia. La disminución de las operaciones quirúrgicas es otro indicador relevante de las consecuencias de este déficit. Las 422 intervenciones realizadas en el HEP en noviembre de 2002 se redujeron a 266 en diciembre y a 130 en enero de 2003. Es decir,

57. Revisión realizada por Provea del expediente administrativo que reposa en la Inspectoría del Trabajo sobre el conflicto laboral entre la FMV y el MSDS. Marzo 2002.

58. DEFENSORÍA DEL PUEBLO. DEFENSORÍA ESPECIAL DE COMPETENCIA NACIONAL PARA EL ÁREA DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL: *Servicios que no pueden bajo ningún concepto ser paralizados o interrumpidos, dado que ello implicaría colocar en peligro o riesgo la vida y la salud de la población, de modo particular de los niños, niñas y adolescentes* [en línea] <<http://www.defensoria.gov.ve>>

59. Ver en este mismo capítulo el recuadro sobre asignación presupuestaria discriminada por gastos.

60. Base de datos de Provea.

61. El Mundo [en línea] <<http://www.elmundo.com.ve>>

de un promedio de 21 operaciones por día en noviembre de 2002, se disminuyó a un promedio de 6 por día en enero de 2003⁶². El director del HEP, Dr. Luis Parodi, explicó que durante la última semana de enero recibieron 58 millones que les adeudaba la Gobernación del Edo. Zulia, con lo cual pudieron cancelar el 60% de los sueldos correspondientes al mes de enero. En relación con la compra de insumos y medicamentos, Parodi agregó que el MSDS aprobó un subsidio de Bs. 100.000.000, los cuales serán destinados a cubrir las necesidades básicas hasta el mes de marzo⁶³.

Situación similar presenta el Hospital Pérez de León (tipo III), ubicado en Petare (Edo. Miranda), adscrito a la Alcaldía del Municipio Sucre y al MSDS, cuyo presupuesto asignado para el año 2002 fue de Bs. 5 millones, 80% de los cuales fue destinado al pago de nómina y solo el 7% a la adquisición de medicamentos y material médico quirúrgico. La escasez de insumos y la imposibilidad de adquirir materiales y equipos, ha generado la disminución progresiva de operaciones quirúrgicas electivas en los últimos dos años en este hospital⁶⁴.

IV. Promoción y Prevención en salud

Promoción en salud

Un aspecto importante de la promoción en salud es la difusión de información. Esta ha de ser accesible, fiable y vigente. No obstante, una de las principales dificultades que presen-

ta la realización de este Informe es el acceso a información oficial, estadística, confiable y actualizada, que permita evaluar las políticas de salud. En este sentido, la Memoria y Cuenta del MSDS sigue siendo una publicación que da cuenta, fundamentalmente, de las actuaciones y actividades realizadas en el año, presentando cifras aisladas que dificultan el análisis sobre la situación de salud y la actuación del MSDS y demás entes competentes en la ejecución de las políticas y programas sanitarios.

Prevención de enfermedades evitables

Siendo la vigilancia epidemiológica una herramienta elemental para el control de la incidencia de enfermedades prevenibles y curables, Francisco Armada, Director General de Salud Ambiental y Control Sanitario del MSDS, reconoce que el reporte epidemiológico de este ministerio mantiene debilidades que apuntan fundamentalmente a la carencia de un sistema integrado entre el sector central y el regional. En este sentido, Armada identifica como prioridades: desarrollar un sistema de control de enfermedades que incluya, junto a la vigilancia de la enfermedad, la vigilancia de las condiciones de vida de las poblaciones más afectadas⁶⁵, así como fortalecer las actividades de recopilación, análisis y divulgación de la información. Un ejemplo de estas falencias se observa en el porcentaje de cumplimiento de envío de información desde las entidades federales al MSDS, que en el caso de la malaria, es inferior al 90%⁶⁶.

62. Panorama, 05.02.02, pág. 1-11.

63. Ídem.

64. El Nacional, 25.02.03, pág. A-8.

65. Entrevista a Francisco Armada, director general de Salud Ambiental y Contraloría Sanitaria del MSDS. Caracas 24.04.03.

66. MSDS: Revisión realizada por Provea a los boletines epidemiológicos del MSDS desde el número 13 hasta el 38. Caracas 2003.

Malaria. La malaria es una enfermedad que abarca el 23% de la superficie del país. Desde 1996, 45 municipios están afectados, la mayoría ubicados en los estados Amazonas, Bolívar, Delta Amacuro, Sucre, Apure, Barinas y Táchira⁶⁷. En el año 2002, el índice epidémico en malaria se ubicó en 133, con 29.337 casos reportados, lo que representó un incremento del 33% en la casuística malárica con respecto al año 2001, cuando se reportaron 22.803 casos⁶⁸. Por el contrario, en este período se registra un leve descenso en el número de casos, con un acumulado de 21.024 (13.483 en hombres y 7.894 en mujeres), lo que representa una diferencia del 10,5% con respecto a 23.491 casos notificados hasta la semana respectiva del año anterior⁶⁹. Destaca positivamente el caso de Sucre, estado que registra un descenso de 71,2%, con 10.312 casos menos con respecto a 14.479 reportados en la semana respectiva del año 2002. En contraste, los estados Bolívar y Amazonas mantienen una tendencia al aumento. Bolívar, con 9.756, muestra un aumento del 49,2% con respecto a los 4.950 casos registrados hasta la semana respectiva en el año 2002 y Amazonas, con 5.173, representa un aumento del 45,9% con respecto a los 2.798 casos registrados hasta la semana respectiva del período anterior⁷⁰. Ante esta situación dispar, Armada reconoce que un reto pendiente para el MSDS

en cuanto al control de la malaria en el país consiste en superar la práctica institucional de actuaciones puntuales frente a situaciones de alerta y peligro epidemiológico que no tienen incidencia alguna en los factores de persistencia de la enfermedad en estado de epidemia⁷¹. En este sentido, Armada señala que Sucre fue seleccionado como experiencia piloto para procurar el control del índice malárico del estado, a través de una estrategia de abordaje integral de la situación que comprende, junto a los planes de inmunizaciones y fumigaciones, acciones orientadas a elevar la calidad de vida de los habitantes e incorporar prácticas culturales que permitan reducir la prevalencia de la enfermedad⁷².

Cabe señalar que Sucre (73%), Bolívar (156%) y Amazonas (173%) son los tres estados del país que mantienen mayores índices epidémicos de malaria⁷³, donde además se concentra gran cantidad de población indígena, tradicionalmente discriminada y excluida. Con respecto al Edo. Amazonas, donde el 49% de la población está integrada por 19 etnias indígenas⁷⁴, la Dirección Regional de Salud y Desarrollo Social (DRSDS) del Edo. Amazonas (DSDSA) y el MSDS, en junio de 2003, firmaron un Plan de Acción para el Control de la Malaria. Los elevados índices maláricos del estado, la persistencia de un subregistro de incidencia y la debilidad institucional para con-

67. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD: *La Salud en las Américas*. Op. cit. Pág. 600.

68. MSDS: *Alerta. Boletín Epidemiológico* N° 52. Caracas 2002.

69. MSDS: *Alerta. Boletín Epidemiológico* N° 38. Caracas 2003.

70. Ídem.

71. Entrevista a Francisco Armada, Op cit.

72. Ídem.

73. MSDS: *Alerta. Boletín Epidemiológico* N° 36. Caracas 2003.

74. La etnia Yanomami representa el 5,5% de la población del Edo. Amazonas y se encuentra en mayores condiciones de vulnerabilidad que el resto de las otras etnias, por habitar áreas de difícil acceso, encontrándose en una situación de abandono por parte de las autoridades sanitarias venezolanas.

trolar la enfermedad son los principales problemas que pretende abordar el plan. Entre los objetivos están: a) reducir la incidencia malarica en 4 municipios (Atabapo, Manapiare, Autana y Atures); b) activar programas antimaláricos en 4 municipios (Atabapo, Manapiare, Autana y Alto Orinoco); c) disminuir la densidad del vector en esos municipios; y d) aumentar la capacidad institucional de detección, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de los casos, con especial atención en el Municipio del Alto Orinoco⁷⁵. Asimismo, en el marco del Plan de Salud Yanomami 2001, el MSDS pretende crear núcleos de salud itinerantes a través de la construcción de nuevas infraestructuras, la dotación de personal médico, equipos médicos, insumos y medicamentos, así como la capacitación de miembros de esta etnia, a fin de incorporarlos en el control de la enfermedad. Según María Daniela Maldonado, Coordinadora del Área de Defensa de la Oficina de Derechos Humanos del Vicariato Apostólico de Puerto Ayacucho (Edo. Amazonas), el MSDS aprobó recientemente Bs. 1,5 millardos para financiar la ejecución del Plan. Sin embargo, se dispone solo de 0,5 millardos, debido a que el resto se encuentra en bonos de la deuda pública. Maldonado explica que hace más de año y medio las comunidades Yanomami ubicadas en el Municipio del Alto Orinoco es-

tán prácticamente desasistidas en cuanto a salud. Los recursos del Plan están previstos para la adquisición y dotación de insumos médicos y reactivos para el control de la malaria y asistencia a la salud de las comunidades Yanomami ubicadas en áreas de difícil acceso (Haximú, Sierra de Unturán y Siapa)⁷⁶. No obstante, según Maldonado, en el mes de agosto una comisión coordinada por el MSDS y la DRSDS del estado realizó una visita de inspección a la zona, vacunándose solo a las comunidades de fácil acceso (Platanal, Ocamo, Mavaca, Toki, La Esmeralda, Cejal y Lao Lao), sin llegar a las de difícil acceso, cuando ellas eran la prioridad. Tal situación vulnera no solo los términos del Plan, sino que coloca al Estado venezolano en una situación comprometedoramente ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos con respecto al caso de la masacre Haximú⁷⁷. Para Maldonado, el elevado índice epidémico de malaria en Amazonas, particularmente en el Municipio del Alto Orinoco, corresponde a varios problemas: a) falta de personal médico: de 11 médicos asignados al Alto Orinoco, solo 3 cubren a las comunidades de Platanal, Parima y la Esmeralda, dejando sin personal médico al resto de la red ambulatoria ubicada en las comunidades de Mavaca, Toki y Ocamo -este último tiene más de un año sin funcionar-; b) la red ambulatoria, comprendida

75. MINISTERIO DE SALUD Y DESARROLLO SOCIAL: Plan de Acción para el Control de la Malaria. Estado Amazonas 2003. Puerto Ayacucho, junio de 2003. Pág. 4.

76. Las comunidades de difícil acceso son aquellas que requieren de 5 a 15 días de camino en la selva desde comunidades conocidas, y además, requieren de apoyo aéreo por parte de la Fuerza Armada Nacional. Entrevista realizada a María Daniela Maldonado, Coordinadora del Área Jurídica de la Oficina de Derechos Humanos de la Vicaría de Puerto Ayacucho, Edo. Amazonas. Caracas, 18.09.03.

77. La masacre de Haximú es un caso que cursa ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos de la Organización de Estados Americanos. Fue interpuesto por las organizaciones Vicariato de Puerto Ayacucho, Provea y Cejil contra el Estado venezolano. Se refiere a una matanza ocurrida por garimpeiros en la comunidad yanomami Haximú, ubicada en una zona fronteriza con Brasil en julio del año 1993. Los sobrevivientes no recibieron asistencia médica ni humanitaria oportuna por parte del sistema de salud venezolano, como tampoco una actuación diligente de parte de los órganos de Administración de Justicia venezolanos. Actualmente, el proceso se encuentra en etapa de solución amistosa con el gobierno de Venezuela y entre los aspectos acordados está garantizarle a la etnia yanomami asistencia a la salud de manera regular y continua.

por 6 ambulatorios rurales tipo I y 11 tipo II, está ubicada en las cercanías de los ríos navegables, encontrándose zonas sin ningún tipo de asistencia de salud; c) la mayoría de estos ambulatorios no están operativos por falta de personal médico y técnico, de medicamentos e insumos para los microscopistas y por falta de condiciones sanitarias mínimas; d) la red ambulatoria no cuenta con equipos de radio de alto alcance, lo que dificulta la comunicación entre los ambulatorios del Distrito Sanitario del Alto Orinoco, y entre estos y la capital del estado, Puerto Ayacucho, donde se localiza el único hospital general del estado⁷⁸. En resumen, a dos años de firmado el Plan de Salud Yanomami, recién ahora cuenta con fondos -no todos disponibles- para iniciar su ejecución, a la par de las fallas que comienzan a visualizarse en relación con la coordinación, ejecución y control de los objetivos previstos.

Casos de Malaria

Años 1999-2003	Casos de Malaria
1999	21.673
2000	30.234
2001	22.803
2002	29.337
2003*	21.024

Fuente: Elaboración propia con datos del MSDS, tomado de los boletines epidemiológicos.

* Hasta la semana del 14 al 20.09.03

Dengue. Para este período, el dengue mantiene la tendencia al descenso de casos iniciada en el año 2002. En opinión de José Cardier, científico del Instituto Venezolano de Investigaciones Científicas (IVIC), la reducción del número de afectados por el dengue

responde al trabajo conjunto entre el gobierno, las condiciones ambientales actuales y las campañas de inmunización aplicadas⁷⁹. Por su parte, Francisco Armada explica que el MSDS está aplicando una nueva estrategia para el control de la enfermedad, en la cual la concientización de las comunidades acerca del comportamiento del saltón (larva del mosquito) y la manera de eliminarlo es una prioridad⁸⁰.

Hasta la semana epidemiológica 38, el acumulado de casos se estimó en 14.951, de los cuales 1.158 correspondieron al tipo hemorrágico, con 4 muertes. La población menor de 15 años fue la más afectada (48,6%), seguida de la población comprendida entre 15 y 24 años de edad (23%). Como aspecto positivo, se evidencia un descenso del 50,4% de los casos, con respecto a 30.170 reportados hasta la semana epidemiológica 38 del año 2002⁸¹. La tasa de morbilidad acumulada es de 58,5 por 100.000 habitantes y los estados que sobrepasan este promedio son: Mérida (239,7), Táchira (226,1), Barinas (154,6), Trujillo (154,3), Falcón (130,2), Monagas (122,6), Apure (110,0) y Lara (62,9)⁸².

Casos de Dengue

Años 1999-2003	Nº de casos
1999	26.606
2000	21.101
2001	83.180
2002	37.676
2003*	14.951

Fuente: Elaboración propia con datos del MSDS, tomado de los boletines epidemiológicos.

* Registro acumulado hasta el 20.09.03.

78. Entrevista a María Daniela Maldonado. Op. cit.

79. Provea, reporte Bases de Datos.

80. Entrevista a Francisco Armada, Op. Cit.

81. MSDS: *Alerta. Boletín Epidemiológico N° 38*. Op. cit.

82. Ídem.

Cólera. Con respecto al cólera, al igual que en el período anterior, no hay reporte de casos en el territorio nacional⁸³.

Fiebre amarilla. Esta enfermedad viral extinguida desde hace dos décadas reaparece con la categoría de epidemia, según los registros del Instituto Nacional de Higiene Rafael Rangel⁸⁴. A pesar de ser una enfermedad prevenible y curable, desde el mes de enero 2003 hasta el 20.09.03 se han notificado 31 casos confirmados y 18 fallecimientos. Las entidades federales afectadas son Zulia (23 casos confirmados, 13 defunciones y 173 casos sospechosos) y Táchira (8 casos confirmados, 5 defunciones y 145 sospechosos)⁸⁵. Igualmente, en situación de alerta epidemiológica están los estados Mérida, Barinas y Miranda⁸⁶. De acuerdo con el número de muertes confirmadas (18) y el número de casos registrados (31), el porcentaje de letalidad por fiebre amarilla alcanzó el 58%⁸⁷. Para Armando Sánchez, médico sanitarista y profesor de medicina rural de la Universidad Centro-Occidental Lisandro Alvarado, el alto porcentaje de letalidad que presenta el país responde, entre otros factores, a: a) las condiciones de salud de la población venezolana

presenta índices de desnutrición cada vez mayores; b) las personas enfermas buscan atención médica de manera tardía; c) poca capacidad de respuesta de los ambulatorios y laboratorios rurales en dar un diagnóstico oportuno; d) desmantelamiento progresivo de la Dirección de Malariología y Saneamiento Ambiental del MSDS; e) la baja cobertura de los planes de inmunización de fiebre amarilla; y f) la importación tardía de vacunas frente a la reaparición de la enfermedad y demanda creciente de la población⁸⁸. De hecho, la cobertura de inmunización antiamarillica presenta contrastes que evidencian fallas en la política de inmunización adoptada por el MSDS. Un ejemplo es el Edo. Zulia, que siendo el estado con mayor número de casos reportados, presenta contrastes en la cobertura de inmunización entre los municipios de alto riesgo con casos, con una cobertura de 103,52%, y los municipios de alto riesgo que no aún presentan casos, con una cobertura de 27,28%⁸⁹.

En resumen, al analizar la actuación del MSDS frente a la reaparición de fiebre amarilla en el país, los aspectos referidos revelan un sistema de vigilancia epidemiológica con

Cobertura de inmunización antiamarillica

En municipios de alto riesgo con casos reportados	En municipios de alto riesgo sin casos reportados	En municipios de mediano riesgo	En municipios de bajo riesgo
106,64%	63,55%	29,66%	17,70%

Fuente: MSDS: Boletín Epidemiológico Alerta N° 38 (14 al 20.09.03).

83. Revisión realizada por Provea de los boletines "Alerta" del MSDS cubiertos por este informe. Septiembre 2003.

84. El Nacional, 13.08.03, pág. A-6.

85. MSDS: Alerta. Boletín Epidemiológico N° 38. Op. cit.

86. MSDS: Alerta. Boletín Epidemiológico N° 36. Op. cit.

87. Las cifras de letalidad se obtienen al dividir el número de muertes debido al virus entre el número de casos que se han registrado y el resultado se multiplica por 100.

88. El Nacional, 11.09.03, pág. B-12.

89. MSDS: Alerta. Boletín Epidemiológico N° 38. Op. cit.

debilidades en el diagnóstico oportuno y en la adopción de medidas preventivas ante una situación de alarma como la reportada en diciembre del año 2002, cuando se notificó un brote de fiebre amarilla en el municipio José María Semprún en Maracaibo (Edo. Zulia), con 6 casos confirmados y 4 muertes en población menor de 15 años en zonas rurales⁹⁰.

Sarampión. Durante el año 2002 se registraron 2.392 casos, lo que representó un aumento del 95,4% con respecto al año 2001, cuando se reportaron 109 casos⁹¹. El grupo más afectado fue la población infantil de entre 6 meses y 4 años de edad; el segundo, el comprendido entre 5 y 9 años, y el tercero, el grupo entre 20 y 34 años de edad⁹². El promedio de inmunización alcanzó el 72% en infantes de 6 a 11 meses de nacidos, el 56 % en población de entre 1 y 5 años de edad y el 95%, entre 5 y 9 años de edad⁹³. Para el período en estudio no se evidencian casos nuevos, sin embargo preocupa que el boletín epidemiológico del MSDS no presente reportes periódicos del sarampión como sí ocurre con el cólera.

Tuberculosis. La crisis económica, los estándares actuales de calidad de vida, la aplicación deficiente de medidas de control y la creciente epidemia del VIH/SIDA, son algunos de los factores que inciden en la tendencia ascendente de tuberculosis en el país como una enfermedad reemergente. De acuerdo con

la evaluación realizada en el año 2001 por el Programa Nacional de Control de la Tuberculosis (PNT) del MSDS, el número de casos reportados para ese año fue de 6.110, lo que equivale a una tasa de morbilidad de 24,8 por 100.000 habitantes. Pese a que se mantiene esta tasa, los estados Delta Amacuro (81), Distrito Capital (63,3), Monagas (43), Portuguesa (38,6), Amazonas (34,5) y Sucre (34,4) superan en creces este promedio⁹⁴. Según este Informe, la población que registra mayor riesgo de infección es el grupo mayor de 65 años de edad, con una tasa de 91,7 por cada 100.000 habitantes. Asimismo, el 58,3% del total de casos corresponde al grupo de edad menor de 44 años y 8,1% a la población infantil entre 0 y 14 años de edad. Otro grupo con riesgo epidemiológico aumentado está representado por las comunidades indígenas, las personas privadas de libertad y las personas que viven con VIH/SIDA. En el caso de las poblaciones indígenas se reportaron 491 casos nuevos y las etnias más afectadas son los Wayuu (Zulia), Yukpa (Zulia), Warao (Delta Amacuro), Panare (Amazonas) y Piaroa (Amazonas). Por su parte, las personas privadas de libertad sumaron 38 casos nuevos, y las personas con VIH/SIDA, 321⁹⁵. Vale señalar que, en relación con este último grupo, siendo el más numeroso, se estimó un subregistro del 90% para el año 2001 y del 70% para el 2002⁹⁶.

90. MSDS: *Alerta. Boletín Epidemiológico N° 11*. Caracas 2003.

91. MSDS: *Alerta. Boletín Epidemiológico N° 52*. Caracas 2002.

92. Ídem.

93. Ídem.

94. MSDS: *Informe Evaluación Anual del Programa Integrado de Control de la Tuberculosis en Venezuela*. Caracas, 2002 [en línea] <<http://msds.gov.ve>> el 05.05.03. Según datos del INE, Amazonas, Delta Amacuro y Sucre son los estados que presentan los más bajos índices en la esperanza de vida al nacer. Asimismo Amazonas, Delta Amacuro y Portuguesa están entre los estados con más bajos índices de desarrollo humano del país.

95. Ídem.

96. Ver PROVEA: *Informe Anual octubre 2001-septiembre 2002*. Caracas, 2002. Pág.14.

Casos de tuberculosis con VIH/SIDA

Año	Casos de reportados
1998	161
1999	231
2000	265
2001	321

Fuente: Datos del MSDS tomados de <<http://msds.gov.ve>> Caracas, 05.05.03.

En consecuencia, si bien es cierto que durante el año 2001, la forma de tuberculosis más frecuente fue la pulmonar con 84,8% del total de casos reportados, preocupa la tendencia ascendente de casos de tuberculosis extrapulmonar, la cual comprende los casos de meningitis TB (9,95%) y tuberculosis relacionada con el VIH/SIDA (5,25%). Las entidades más afectadas por esta forma de tuberculosis, con un total de 927 casos, fueron el Distrito Capital (332) y Miranda (73)⁹⁷. Frente a esta situación, el PNT del MSDS formuló un Plan Nacional de Acción (PNA) en el año 2000, con el objetivo principal de disminuir la incidencia de morbilidad y mortalidad por esta enfermedad, reduciendo las fuentes de infección mediante el incremento de la pesquisa, diagnóstico y tratamiento de casos en los 23 estados y el Distrito Capital. No obstante, para el año 2001 una de las mayores debilidades del PNA fue la localización oportuna de los casos. Así, en los ámbitos regionales y locales se cumplió solo con el 56% de las supervisiones programadas y la cobertura alcanzada por los laboratorios públicos fue de 32%, al tiempo que para el año 2002 no se había logrado una incorporación del 100% de los establecimientos y laborato-

rios integrantes de la red pública de salud al PNT. Algunos ejemplos de esta situación se revelan en los siguientes porcentajes: a) 82,1% de los establecimientos de salud y 74,5% de los laboratorios del MSDS; b) 77,4% de los ambulatorios rurales tipo II y 81,5% de los hospitales tipo III dependientes de las entidades estatales; c) menos del 70% de la red pública de salud de los estados Vargas, Miranda, Guárico, Lara y Delta Amacuro; d) menos del 70% de los laboratorios dependientes de los estados Bolívar, Yaracuy, Anzoátegui, Zulia, Distrito Capital y Miranda⁹⁸. Con respecto a la cobertura de inmunización, el Informe revela que para el año 2001, se alcanzó una cobertura del 100% en infantes menores de un año. Sin embargo, no fue así en todos los estados: los estados Nueva Esparta (89,9%), Zulia (89,7%), Vargas (89,5%), Lara (84,8%) y Delta Amacuro (42,3%) estuvieron por debajo del 90%.

Cobertura de inmunizaciones. Si bien resulta positiva la incorporación de nuevas vacunas a los programas de inmunización nacional a partir del año 2000, los porcentajes de cobertura se mantienen por debajo de los estándares internacionales. Para este período ni siquiera se cuenta con valores que revelen la cobertura del MSDS. La Memoria y Cuenta se limita a informar el número de inmunizaciones realizadas en cada estado sin aportar otros datos que permitan realizar comparaciones o análisis alguno. Los datos disponibles dan cuenta de los porcentajes de cobertura de inmunizaciones desde el año 1999 hasta el 2001, los cuales se observan a continuación:

97. MSDS: *Informe Evaluación Anual del Programa Integrado de Control de la Tuberculosis en Venezuela*. Caracas, 2002. Tomado de <<http://msds.gov.ve>> Consultado el 05.05.03.

98. Ídem.

Cobertura de inmunizaciones alcanzada en el país. Años 1999 al 2001

Tipo de vacuna	1999	2000	2001
Antipoliomielítica	87%	86%	88%
BCG	> 95%	> 95%	94%
Triple Viral (sarampión, paperas y rubeola)	80%	84%	60%
Triple DTP (difteria, tosferina y tétanos)	78%	77%	78%
Vacuna contra Haemophilus Influenzae tipo B	(*)	< 50%	54%
Vacuna contra la Hepatitis B	(*)	< 50%	60%
Vacuna anti amarilla en niños menores de 1 año	(*)	< 50%	40%

Fuente: OPS: *La Salud en las Américas*. Capítulo Venezuela. 2002. Pág. 601; UNICEF: Informe 2003. Pág. 95.

(*) La incorporación de estos nuevos biológicos al Plan Nacional de Vacunación ocurre en el año 2000.

Factores determinantes en la prevención de salud

El derecho a la salud se satisface no solo con la prestación de servicios de atención a la salud; requiere también de un conjunto de factores que son determinantes en la calidad de vida y condición de salud de las personas, tales como: alimentación adecuada, nivel de ingresos adecuados, agua potable, condiciones sanitarias mínimas, condiciones ambientales saludables, condiciones de medio ambiente de trabajo adecuadas e información y educación sobre cuestiones de salud. En este sentido, la satisfacción del derecho a la salud se vincula, directamente con la erradicación de la pobreza, dado que en pobreza las personas están más expuestas a

vivir con mayores riesgos de morbilidad y mortalidad por enfermedades evitables, con mayores dificultades de acceso a los servicios de atención a la salud, en peores condiciones ambientales y sanitarias y con bajos índices de nutrición. Según el Informe de Desarrollo Humano 2003 del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), el cual mide los avances y retrocesos en los niveles de desarrollo y pobreza humana de los países y, en el marco de las metas de desarrollo para el año 2015⁹⁹, Venezuela ha sido clasificada como país de desarrollo humano medio, con un índice de 0,775 y con un índice de pobreza de 8,6¹⁰⁰. En este sentido, la OPS señala que en Venezuela la población en condiciones de pobreza sin satisfacción de sus necesidades básicas se mantuvo en 49%, mientras la población en extrema pobreza fue de 21,7% durante el período 1996-2000¹⁰¹. Precisamente, en aras de la equidad, estos son los sectores de la población que requieren de una mayor protección del Estado, por encontrarse en una situación de mayor vulnerabilidad frente al resto de la población por la incidencia de enfermedades prevenibles relacionadas con el acceso a agua potable y condiciones sanitario ambientales mínimas¹⁰².

Acceso a agua potable y condiciones sanitarioambientales adecuadas. En el año 2002 se registró un descenso en el porcentaje de personas excluidas del acceso a agua po-

99. Las metas de desarrollo establecidas para el año 2015 fueron suscritas por Venezuela y otros 188 países en la Declaración de la Cumbre del Milenio, celebrada en la ciudad de New York en el año 2000, en la que se acordó, entre otras 7 metas, reducir la extrema pobreza a la mitad, reducir la mortalidad materna en tres cuartos y la mortalidad infantil en dos tercios de la cifra actual y, entre otros, asegurar sostenibilidad ambiental.

100. PROGRAMA DE NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO: *Informe sobre Desarrollo Humano Mundial 2003*. Caracas, 2003.

101. OPS: *La Salud en las Américas*. Op. cit.

102. Para una mejor comprensión de la situación y actuación del Estado venezolano con respecto a los factores determinantes de la salud, recomendamos la lectura adicional, en este Informe, de los capítulos relativos a los derechos laborales, derecho a la alimentación, a la vivienda y a un ambiente sano.

table (10%)¹⁰³ con respecto al año 2000, cuando se registró 16% de población sin acceso a este servicio¹⁰⁴. Sin embargo, cabe aclarar que esta información se refiere únicamente a 19 entidades federales, de las cuales muchas sobrepasan el promedio del país. En este sentido, Apure (31%), Mérida (27%), Guárico (23%), Táchira (21%), Barinas (18%), Sucre (15%) y Lara (15%) son los estados que presentan mayores porcentajes de población excluida del servicio de suministro de agua potable por acueducto¹⁰⁵. Precisamente, se trata de estados donde se concentra una gran cantidad de población en áreas rurales. Ello evidencia una situación de discriminación estructural a la que hicimos referencia en años anteriores, según la cual las áreas más afectadas por la falta de acceso a agua potable son las rurales, indígenas y urbanas no consolidadas¹⁰⁶. De hecho, del total de la población urbana (21.055.245), solo el 83 % usa fuentes mejoradas de agua potable, y del total de la población rural (3.114.499), solo el 70%¹⁰⁷. También se evidencia inequidad en relación con la ubicación de las plantas de potabilización del agua, ya que de 125, la mayoría está ubicada en los sistemas que dan servicio a las ciudades. Por lo tanto, el agua de las áreas rurales donde hay distribución termina siendo de dudosa calidad¹⁰⁸.

Sobre las aguas servidas, en el año 2002 el porcentaje de la población excluida del servicio de disposición adecuada de excretas fue de 26%¹⁰⁹. Una vez más, ese déficit se concentra en las áreas rurales, indígenas y urbanas no consolidadas, donde la población vive con mayores necesidades básicas insatisfechas. Así, los estados con mayores porcentajes de población excluida del servicio de cloacas son Mérida (51%), Apure (37%), Zulia (34%), Monagas (32%) y Táchira (31%)¹¹⁰. Cabe señalar que Apure es el estado que presenta uno de los menores índices de desarrollo humano del país, Zulia el estado que concentra la mayor cantidad de población indígena (62,4%) y las demás entidades federales concentran gran cantidad de áreas rurales¹¹¹.

En relación con los desechos y residuos sólidos, un estudio preliminar de la División de Salud y Ambiente de la OPS y OMS revela que los ministerios de Ambiente y Recursos Naturales (MARN) y de Salud y Desarrollo Social presentan problemas en la coordinación de las políticas sanitarias y en la gestión de las actividades de recolección, manejo y disposición final de los desechos sólidos, con incidencia negativa en la vigilancia sanitario ambiental desarrollada en el país¹¹². Respecto a la recolección de la basura, el estudio señala que la tendencia es a considerar la ac-

103. C.A. HIDROLÓGICA VENEZOLANA Y SUS EMPRESAS FILIALES: Metas físicas en el ámbito nacional de los sistemas urbanos de acueductos y cloacas. Caracas. 2002.

104. OPS: La Salud en las Américas. Op. cit.

105. C.A. HIDROLÓGICA VENEZOLANA Y SUS EMPRESAS FILIALES. Op. cit.

106. PROVEA: Informe Anual octubre 2001 - septiembre 2002. Op. cit. Pág. 141.

107. FONDO DE NACIONES UNIDAS PARA LA INFANCIA: Informe sobre el Estado Mundial de la Infancia 2003. Pág. 95.

108. OPS: La Salud en las Américas. Op. cit.

109. Este porcentaje no incluye la cobertura del sistema urbano de cloacas cubierto por la Corporación Venezolana de Guayana en los estados Bolívar, Amazonas y Delta Amacuro.

110. OPS: La Salud en las Américas. Op. cit.

111. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICAS [en línea] <http://www.ine.gov.ve> Consultado el 24.03.03.

112. OPS-OMS: Análisis Sectorial de Residuos Sólidos. Venezuela. Versión preliminar 2003.

tividad más como una fuente de empleo que como un servicio público que debe aportar información sobre indicadores de cobertura, calidad y efectividad¹¹³. El informe señala que de 332 municipios, solo 283 recolectan la basura a través de sus Direcciones de Saneamiento y el resto lo hace mediante otras modalidades de gestión. Asimismo, aunque la cobertura del servicio es mayor del 80%, hay municipios donde la cobertura es menor al 50% y, en otros, donde no hay cobertura, solo cuentan con operativos ocasionales de recolección de basura¹¹⁴. Igualmente se revela que, a mayor población, mejor eficacia del servicio, porque se tiende a contar con mayor número de vehículos compactadores de basura. En cuanto a la disposición final de residuos sólidos, el país cuenta con 215 sitios, de los cuales 148 son vertederos a cielo abierto, 50 vertederos controlados y 17 vertederos no controlados¹¹⁵. En resumen, la vigilancia sanitario ambiental en el país presenta debilidades, por lo que debe ser fortalecida. En este sentido, el Informe de la OPS/OMS identifica entre los problemas a solventar: la capacidad técnica de los laboratorios y del recurso humano en las áreas de investigación, la cobertura y eficacia del sistema de recolección y disposición final de residuos, el sistema de información estadística, los recursos disponibles y las capaci-

dades de gestión y control de los programas y servicios prestados.

Canasta alimentaria, programas de suministro de alimentos y prevalencia de la diarrea. Según Ana Barrios, investigadora del derecho a la alimentación de este Informe, el debilitamiento del poder adquisitivo de la población, la devaluación de la moneda, la adopción de medidas económicas con incidencia en el aumento del costo de vida, la mayor dependencia de las importaciones de alimentos y productos agrícolas y la debilidad institucional para garantizar políticas permanentes que trasciendan los gobiernos, incide en el comportamiento negativo del consumo de alimentos de la población venezolana¹¹⁶. De hecho, la tendencia al aumento en los indicadores de desnutrición en el país, evidenciada en el período anterior, se mantiene en la actualidad¹¹⁷. Para el período 1995-2001, el porcentaje de niños menores de 5 años de edad con bajo peso para la edad fue del 5% y el porcentaje de población subnutrida fue del 21%¹¹⁸. La población infantil es uno de los grupos más afectados por la insuficiencia de suministro alimentario. Según el *Informe Sobre la Infancia 2003* de Unicef, en el país, 6% de los niños y niñas nace con bajo peso (peso inferior a 2.500 gr); solo el 50% de los infantes (6-9 meses) recibe lactancia con alimentos complementarios; solo el 31% de la población lactante recibe lactancia continuada

113. Los indicadores de calidad miden la proporción entre las toneladas de basura producidas y las toneladas de basura recogidas, y los indicadores de efectividad miden la proporción entre las toneladas de residuos recogidos por número de trabajadores, por número de habitantes del municipio y por número de vehículos del servicio.

114. OPS: *La Salud en las Américas*. Op. cit.

115. Ídem.

116. El Universal, 09.07.93, pág. 2-5.

117. Ver PROVEA: *Informe Anual octubre 2001-septiembre 2002*. Caracas, 2002. Pág. 65.

118. La población sub-nutrida se refiere a las personas cuya ingesta de alimentos es crónicamente insuficiente para alcanzar sus requerimientos mínimos de energía. El indicador utilizado por la Organización de Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación se basa en la distribución de la oferta de alimentos al interior de un país para estimar el número y la proporción de la población con insuficiencia alimentaria. PNUD: *Informe sobre Desarrollo Humano Mundial 2003*. Op. cit.

(20-23 meses) y entre otros indicadores, solo el 90% de las familias está consumiendo sal yodada¹¹⁹. Un problema de salud vinculado con la desnutrición y las condiciones sanitarias, que afecta principalmente a la población infantil, es la prevalencia de las diarreas. En opinión de Pedro Navarro y Eliel Andrade, el primero profesor del Instituto de Medicina Tropical de la Universidad Central de Venezuela (UCV) y médico del servicio de Pediatría Infecciosa del Hospital Universitario de Caracas (HUC), y el segundo, profesor de la Escuela Vargas de la UCV y médico de la sección de Bacteriología del HUC, en el país se registran 500.000 casos de diarreas cada año, principalmente en la población menor de 4 años, con un promedio de muertes entre 1.200 y 1.600 por deshidratación y complicaciones vinculadas con las diarreas. Navarro y Andrade explican que, siendo la diarrea una enfermedad producida por parásitos, bacterias y virus, prevenible y controlable a través de tratamientos sencillos tales como sales de hidratación y antibióticos, es una enfermedad endémica y un problema de salud preventiva que debe afrontar el MSDS¹²⁰. Entre los factores que tienen incidencia en la prevalencia de la enfermedad están las condiciones socioeconómicas de la población afectada y las fallas en la dotación regular de las sales de hidratación y los reactivos necesarios para que los hospitales, ambulatorios y laboratorios del país presten los servicios de manera adecuada¹²¹. Cabe señalar que los diarios nacionales y locales se hacen eco de denuncias al respecto, como la referida por Jorge Tovar, Defensor

del Pueblo del Edo. Monagas, quién denunció, en julio de 2003, la muerte, en 48 horas, de 5 niños por deshidratación (2 de los niños eran indígenas de Salto Morichal, un campamento situado al sur del Edo. Monagas) en el hospital Manuel Núñez Tovar, ubicado en Maturín, capital del estado. A la vez Celestino Luna, jefe del servicio de Pediatría, reconocía que las condiciones de funcionamiento del hospital no suelen ser las más adecuadas para garantizar la atención médica a los niños hospitalizados por diarrea y asma. Luna denunció que no cuentan de manera regular con fármacos y sueros para hidratar a los niños, sin desconocer que un factor determinante en la prevalencia de las diarreas, en menores de un año, es la calidad de la alimentación que reciben¹²². La situación descrita por Luna no deja de ser igual o peor en otras entidades federales del país. Según el boletín epidemiológico del MSDS, los estados con mayor incidencia parasitaria son Amazonas, Sucre y Bolívar, estados con una mayor proporción de población indígena y rural en condiciones de pobreza y que no cuentan con servicios públicos accesibles de salud. Con base en una tasa anual por 1.000 habitantes, Amazonas presenta 71,6% de prevalencia de la enfermedad, le siguen Sucre, con 9,4% y Bolívar, con 7,9%¹²³.

V. Salud materna, sexual y reproductiva e infantil

Para el año 2002, la tasa de mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos fue de

119. UNICEF: Informe sobre el Estado Mundial de la Infancia 2003. Pág. 91.

120. El Nacional, 07.07.03, pág. A-9.

121. Últimas Noticias, 10.07.03, pág. 3.

122. El Nacional, 10.07.03, A-11.

123. MSDS: Alerta. Boletín Epidemiológico 13. Op. cit.

60,1¹²⁴. Esta cifra representa un descenso en relación con las muertes de mujeres relacionadas con el embarazo ocurridas durante el 2001, que fue de 67,2¹²⁵. Ahora bien, a pesar de ello, las cifras igualmente alarman revelando una situación en la que una madre muere cada día por complicaciones de parto y cinco de cada 10.000 mujeres embarazadas mueren por patologías evitables. Para este período, se reconoce como un logro positivo del Plan Nacional de Prevención y Control de la Mortalidad Materna e Infantil del MSDS, el haberle otorgado carácter obligatorio a los reportes de mortalidad materna e infantil, y la obligación semanal de los comités regionales de salud de recolección y envío de la información. Hasta la semana epidemiológica 38 (14 al 20.09.03) se reportaron 196 muertes maternas en el país, representando una diferencia positiva del 4,3% en comparación con las muertes reportadas hasta esa semana en el año 2002 (205). Las entidades federales con mayores muertes maternas reportadas son: Bolívar (19), Anzoátegui (17), Aragua (15), Apure (13), Carabobo (14), Miranda (13) y Zulia (15)¹²⁶. Cabe señalar que esta notificación, publicada en los boletines epidemiológicos del MSDS revela fallas graves, ya que no todos los estados están cumpliendo semanalmente con esta obligación. Además, en varios casos no hay coherencia entre el número de decesos reportados por semana y el total de muertes correspondientes por entidad federal¹²⁷. Tal

situación afecta la fiabilidad de los datos ofrecidos y permite presumir un subregistro en las cifras de muertes maternas e infantiles.

Mortalidad Materna	
Año	Tasa de mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos
1999	59,00
2000	60,10
2001	67,23
2002	60,10

Fuente: Elaboración propia con datos del MSDS y de la OPS.

Con respecto a las principales causas de mortalidad materna, se mantienen los trastornos hipertensivos en el embarazo, en el parto y en el puerperio; los embarazos terminados en abortos y las complicaciones durante el parto; problemas que pueden ser controlados a través de cuidados esenciales antes y durante embarazo, evitándose los riesgos de muerte por complicaciones derivadas del parto¹²⁸. Al respecto Luis Rojas, Coordinador del Comité de Prevención y Control de la Mortalidad Materno Infantil del MSDS, reconoce que entre los principales problemas que requieren solución están: a) el acceso limitado de la población femenina a los servicios y tratamientos de atención especializada que ofrece la red pública de asistencia a la salud; b) la prestación no oportuna de los tratamientos médicos; c) el alto riesgo social y/o biológico que representan los embarazos precoces en niñas y adolescentes con ninguna o poca educación sexual y reproductiva y, en muchos casos, en estado de desnutrición;

124. OFICINA PANAMERICANA DE LA SALUD: *La mortalidad materna es la razón de muertes acaecidas durante el embarazo, parto o el puerperio por cada 100.000 nacidos vivos*. *Situación de Salud de las Américas. Indicadores Básicos 2002* [en línea] <<http://www.paho.org>>. Consulta del 05.05.03.

125. PROVEA: *Informe Anual octubre 2001- septiembre 2002*. Op. cit. Pág. 154.

126. MSDS: *Alerta. Boletín Epidemiológico 38*. Op. cit.

127. Revisión realizada por Provea a los boletines epidemiológicos *Alerta*, del MSDS desde la semana 29 hasta la 38, cuando empiezan a publicarse los datos de mortalidad materna.

128. Entrevista a Luis Rojas, Coordinador del Comité de Prevención y Control de la Mortalidad Materno Infantil del MSDS. Caracas, 11.04.03.

d) hábitos no saludables; e) creencias culturales que propician los riesgos de muerte; f) limitaciones del recurso profesional y técnico en los establecimientos de salud para dar respuesta oportuna y adecuada a la demanda de los servicios de salud sexual y reproductiva; g) falta de medicamentos e insumos médico quirúrgicos en los establecimientos de la red pública de asistencia a la salud; h) falta de información profesional o técnica sobre cuidados del embarazo; i) control tardío del embarazo; j) trato poco humanitario por parte del personal capacitado y especializado en los establecimientos de salud; k) horario de consultas inapropiado; l) condiciones inadecuadas de funcionamiento de los establecimientos de la red pública de salud; y m) fallas en las redes de traslado de las pacientes¹²⁹. Problemas como los identificados por Rojas son reseñados a diario por los medios de prensa y diarios del país. Un ejemplo de ello es la denuncia realizada por el Dr. Humberto Bastardo, Jefe del Servicio de Ginecología y Obstetricia del hospital Manuel Núñez Tovar, ubicado en el Edo. Monagas, quien hizo saber que una paciente murió el 24.07.03 por no poder comprar un anticonvulsivo a tiempo. Asimismo señala que de cada 100 mujeres que acuden al servicio, solo 13 cumplen con su control prenatal, lo que en muchos casos deriva en complicaciones no tratadas a tiempo, que con frecuencia causan la muerte del neonato y/o de la madre¹³⁰. Además, ante la crisis hospitalaria del país, que afecta de manera significativa la salud materno infantil, se evidencia una debilidad institucional en las capacidades de ges-

ción y evaluación de las políticas adoptadas por el MSDS. Un ejemplo de ello es que, a tres años de definido y ejecutado el Plan Nacional de Prevención y Control de la Mortalidad Materna e Infantil del MSDS, este no cuenta todavía con una evaluación de los objetivos y metas previstos¹³¹.

La salud sexual y reproductiva es otro aspecto que muestra un importante avance en la concepción de las políticas del MSDS, pero que revela serias debilidades y carencias en la gestión y evaluación de las mismas. En este sentido Fabiola Romero, Coordinadora del Proyecto de Violencia Basada en Género y Anticoncepción de Emergencia de la asociación civil Planificación Familiar (Plafam), identifica como un logro positivo del MSDS la elaboración reciente de varias normas importantes sobre salud sexual y reproductiva para los programas materno infantiles, violencia de género, anticoncepción y equidad de género. Sin embargo, las mismas no están socializadas, por lo que el avance es fundamentalmente conceptual¹³².

En opinión de Alejandra Corao, médica especialista en el área de salud del Fondo de Población de la Organización de Naciones Unidas (UNFPA), la educación sexual y reproductiva debe impartirse desde el preescolar hasta el segundo año de la etapa diversificada. Corao explica que en el caso de los embarazos precoces, por lo general son embarazos no deseados, lo que implica un riesgo mayor de que los neonatos nazcan con bajo peso y con altas probabilidades de padecer maltrato familiar¹³³. En este orden de

129. Ídem.

130. La Prensa de Monagas, 01.08.03, pág. 5.

131. Entrevista a Luis Rojas. MSDS. Op. cit.

132. Entrevista a Fabiola Romero, Coordinadora del Proyecto de Violencia Basada en Género y Anticoncepción de Emergencia de la organización civil Plafam. Caracas, 22.09.03.

133. El Mundo, 02.08.03, pág. 3.

ideas, Mónica Pizani, oficial del UNFPA, agrega que los embarazos en adolescentes son calificados como embarazos de alto riesgo, debido a que las madres no están totalmente desarrolladas biológicamente, por lo que podrían tener complicaciones por hipertensión o tener hijos prematuros. Aproximadamente, el 20% de la mortalidad materna corresponde a madres adolescentes¹³⁴. Asimismo Morelba Jiménez, Coordinadora de Proyectos de Apoyos Sociales del UNPFA, señala que según cifras del MSDS, el 21% de la población adolescente se embaraza y de ese porcentaje, la mitad tiene un segundo embarazo siendo aún adolescentes. Esta tendencia es más pronunciada en las adolescentes de estratos más pobres, pues tienen menos acceso a educación, a servicios de salud y a información sobre el uso de anticonceptivos¹³⁵. En este sentido, una encuesta reciente realizada por el INE arrojó como resultados que en una población femenina de 6.405.785 mujeres en edad fértil entre 15 y 49 años, 1.157.722 eran mujeres adolescentes entre 15 y 19 años, de las cuales el 18% no conocía cómo funcionaba su cuerpo y el porcentaje de embarazos antes de los 15 años con escolaridad inferior o igual a sexto grado de educación básica fue 17 veces superior al registrado en adolescentes con la escolaridad hasta el ciclo diversificado de la educación formal¹³⁶. Otro problema relacionado con salud sexual es la violencia

basada en género. Se trata de un problema poco visible y las personas decididas a denunciar la violencia no reciben una actuación oportuna y diligente de los órganos del Estado. Las únicas cifras accesibles fueron aportadas por el Instituto Nacional de la Mujer (Inamujer), que da cuenta de 657 denuncias de violencia contra la mujer en familia en el segundo semestre de 2002 (julio-diciembre) y 837 desde el mes de enero hasta agosto de 2003¹³⁷.

En cuanto a la mortalidad infantil, la tendencia al descenso registrada en años anteriores presenta un revés en el 2002, cuando se registra una tasa de 17,7 por 1.000 nacidos vivos con respecto a la tasa de 17,2 correspondiente al año anterior. Se mantiene como principal causa la mortalidad perinatal, con una tasa de 25 por 1.000 nacidos vivos, seguida de las malformaciones congénitas, enfermedades infecciosas, enfermedades parasitarias, enfermedades del sistema respiratorio y enfermedades nutricionales¹³⁸. Según Rojas, el MSDS plantea una proyección de impacto de logros en la reducción de las muertes infantiles entre 700 y 1.000 por año¹³⁹. No obstante, las cifras registradas en el boletín *Alerta* del MSDS reportan una situación distinta, con un aumento de 420 muertes infantiles hasta la semana epidemiológica 38, cuando se registran 4.125 muertes en contraste con las 3.705 reportadas en el año 2002¹⁴⁰. Los estados que presentan

134. Ídem.

135. Ídem.

136. Ídem.

137. INSTITUTO NACIONAL DE LA MUJER: Cifras ofrecidas a Provea en comunicación de fecha 10.09.03.

138. La mortalidad infantil refiere al número de muertes de menores de 1 año por cada 1.000 nacidos vivos y la mortalidad perinatal, refiere al número de muertes fetales (mayores de 999 g o 27 semanas de gestación) y muertes neonatales de cualquier peso y edad gestacional al nacer, acaecidas entre el nacimiento y el 7mo. día de vida extrauterina por cada 1.000 nacidos vivos. OPS: Situación de Salud de las Américas. Indicadores Básicos 2002. Op. cit.

139. Entrevista a Luis Rojas. Op. cit.

140. MSDS: Alerta. Boletín Epidemiológico 38. Op. cit.

mayores tasas de mortalidad infantil para el año 2001 fueron Delta Amacuro (36,75), Amazonas (32,40) y Apure (31,97). Según Rojas, uno de los principales problemas de control de la mortalidad neonatal se refiere al tema presupuestario. Señala que las direcciones regionales de salud presentan dificultades en el financiamiento de las unidades neonatales de la red de salud, lo que además incide en la falta de personal especializado en las unidades de cuidados intensivos¹⁴¹.

Por otra parte, los indicadores de morbilidad, las diarreas y afecciones respiratorias en niños menores de 1 año y entre 1 y 4, ocuparon las dos primeras causas de consulta médica, entre otras 25, en el año 2002¹⁴².

VI. Control y tratamiento de enfermedades

Personas que viven con VIH/SIDA

La voluntad expresada por las autoridades del MSDS a través del Programa Nacional de SIDA (PNS), para retomar y potenciar la vigilancia epidemiológica sobre el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), avanzó levemente durante el presente período. Las autoridades del MSDS reconocen la existencia de un subregistro importante, el cual atribuyen a: fallas del sistema de vigilancia epidemiológica, prejuicios y discriminación, negación de la epidemia como un problema de salud pública y desco-

nocimiento por parte del personal de salud¹⁴³. No obstante, destaca positivamente el registro sistemático de la información que hiciera el PNS en 13 estados durante el período 2001-2002. El registro da cuenta de 13.527 casos acumulados desde 1997 a 2002¹⁴⁴. Cabe señalar que según el informe global sobre la epidemia del VIH/SIDA del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), para finales del año 2001, en Venezuela, 62.000 personas estaban viviendo con VIH/SIDA¹⁴⁵, mientras que para las organizaciones no gubernamentales (ONG), como Acción Ciudadana Contra el SIDA (ACCSI) y Acción Solidaria, al menos 2% de la población venezolana está infectada con el virus, lo que representa un aproximado de 500.000 personas¹⁴⁶. En opinión de Edgar Carrasco, Coordinador de ACCSI, el subregistro de casos se estima en un 90%, y entre las fallas para la actualización de los registros destaca la inexistencia de campañas masivas de información sobre el VIH/SIDA. “Esto dificulta que las personas reporten los casos, pues aunque hemos avanzado, todavía se mantiene el estigma y la discriminación en relación con el VIH/SIDA”¹⁴⁷.

Los grupos etarios más afectados por el VIH/SIDA son los adultos entre 25 y 30 años de edad, con 60% del total de casos. Se estima que el 50% de los casos conocidos contrajo el virus entre los 15 y 24 años¹⁴⁸.

Tomando en cuenta las cifras correspon-

141. Entrevista a Luis Rojas. Op. cit.

142. MSDS [en línea] <<http://www.msds.gov.ve>> 24.09.03.

143. MSDS: Plan Estratégico Nacional VIH/SIDA. *Un enfoque para la salud y calidad de vida*. Caracas, abril 2003.

144. MSDS: *Plan Estratégico Nacional*. Op. cit.

145. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA). *Informe Global sobre la Epidemia 2002* [en línea] <<http://www.pnud.org.ve>>

146. Últimas Noticias, 01.12.02, págs. 18-20.

147. Entrevista a Edgar Carrasco, Coordinador de Acción Ciudadana contra el SIDA, 18.12.02.

148. Ver recuadro sobre la distribución de casos de VIH/SIDA por años acumulados.

Casos de VIH/SIDA			
Años	Casos		Total
	Masculino	Femenino	
1997	329	55	384
1998	257	43	300
1999	54	11	65
2000	8584	954	9538 *
2001	1961	218	2179
2002	954	107	1061 **
Total	12.103	1.388	13.527

Fuente: MSDS: Plan Estratégico Nacional VIH/SIDA/ * Año en que se realizó la recolección sistemática de datos a nivel nacional/ ** Solo reporte de 13 entidades federales al mes de julio.

dientes al período 1982-1999, la mortalidad por SIDA se estimó en 22,6% y la morbilidad en 38,9%. Las mayores tasas de morbilidad se registraron en el Distrito Capital, Zulia, Aragua, Carabobo, Miranda, Anzoátegui y Bolívar¹⁴⁹. La principal vía de transmisión continúa siendo la sexual (57%), principalmente por relaciones sexuales entre hombres (26%). No obstante, según Alberto Nieves, miembro de la organización ACCSI y de la Red Venezolana de Gente Positiva, cada año aumenta el número de personas que adquieren la enfermedad por relaciones heterosexuales, lo que afecta el incremento de casos en las mujeres¹⁵⁰. En consecuencia, hay también un aumento de recién nacidos con VIH/SIDA. En menores de 2 años, la principal vía de transmisión es la perinatal (transmisión vertical de madre a hijo)¹⁵¹ y las cifras oficiales dan cuenta de 304, 162 niños y 142 niñas¹⁵².

En relación con el acceso a medicamentos antirretrovirales (ARV) y contra infecciones oportunistas por VIH/SIDA, en el año 2002, el PNS del MSDS contó con un presupuesto de Bs. 50 millardos, lo que supone un incremento extraordinario en comparación con los 32 millardos asignados durante el año 2001¹⁵³. De ese presupuesto, 20 millardos fueron destinados a la compra de ARV y 1,5 millardos a la compra de los medicamentos para enfermedades oportunistas relacionadas con el VIH. La entrega de medicamentos la realiza el programa SUMED/SEFAR del MSDS, a través de las Coordinaciones Regionales de SIDA. Hasta octubre 2002, el número de personas con acceso a tratamiento ARV del MSDS fue de 8.077, de los cuales 5.879 eran hombres, 1.894 mujeres, 162 niños y 142 niñas¹⁵⁴. Ahora bien, según Alberto Nieves, aun cuando el MSDS ha realizado esfuerzos para garantizar una entrega oportuna de los medicamentos, persisten problemas en su distribución. En este sentido, Nieves opina que un factor determinante se refiere a la dificultad que ha tenido el PNS del MSDS en crear un mecanismo que agilice los procedimientos de adquisición y distribución de los ARV¹⁵⁵.

Respecto a la cobertura del IVSS, este le garantiza medicamentos a 1.600 personas aseguradas que viven con el VIH/SIDA y a 1.400 personas no aseguradas, para un total

149. MSDS: Plan Estratégico Nacional. Op. cit. Pág. 21.

150. Entrevista a Alberto Nieves, miembro de ACCSI y de la Red Venezolana de Gente Positiva. Caracas, 12.12.02.

151. MSDS: Plan Estratégico Nacional VIH/SIDA. Op. cit. Pág. 26.

152. MSDS: Información aportada por el Programa Nacional de SIDA, con base en el número de personas que reciben tratamiento antirretroviral por parte del MSDS hasta el 22.08.03.

153. Acción Ciudadana Contra el SIDA: Proyecto Informe sobre Derechos Humanos y VIH/SIDA. Elaborado por: Edgar Carrasco, Milena Liani y Walver Villegas. Caracas, 2002. Mimeo.

154. MSDS: Información aportada por el Programa Nacional de SIDA. Op.cit.

155. Entrevista a Alberto Nieves, Op. cit.

de 3.000¹⁵⁶. Asimismo, el MSDS le garantiza tratamiento médico en el Servicio de Enfermedades Infecciosas del Hospital José María de los Ríos a 125 niños y niñas, mientras que el IVSS solo a 15, para un total de 140¹⁵⁷.

Durante el año 2003, un problema que ha afectado el acceso a tratamiento médico ARV ha sido el desabastecimiento de medicamentos y reactivos para la realización de pruebas de carga viral. Las ONG especializadas y las personas que viven con VIH/SIDA han denunciado en reiteradas oportunidades el retardo en la entrega de ARV. Igualmente han exigido a las autoridades del MSDS la presentación de pruebas de calidad y eficacia de los ARV, reactivos y vacunas adquiridas a través del Convenio Integral suscrito entre Venezuela y Cuba¹⁵⁸. A la fecha de cierre de este Informe, las ONG no cuentan con información oficial sobre las pruebas de calidad exigidas. Por otra parte, las denuncias por discriminación a personas que viven con VIH/SIDA persisten. Al respecto ACCSI, durante el período 2000-2002 reseña 34 denuncias sobre situaciones de discriminación, de las cuales 61% estuvieron vinculadas con el derecho al trabajo¹⁵⁹.

Por último, con respecto a la educación y prevención en VIH/SIDA, resalta positivamente la permanencia del “Programa de Información y Prevención del VIH” realizado por el PNS, que tiene como propósito brindar edu-

cación sexual a población infantil y adolescente en las escuelas bolivarianas y otros planteles de educación básica y media diversificada. Para octubre de 2002, 1.383 escuelas fueron incorporadas, 14.557 docentes han sido capacitados y 263.014 estudiantes recibieron formación preventiva en relación con el VIH/SIDA¹⁶⁰. Igualmente destaca como positivo la renovación del financiamiento por parte del Ejecutivo Nacional, a través del MSDS, de 33 proyectos sociales ejecutados por varias ONG¹⁶¹, orientados a la prevención de los grupos de riesgo que incluye a las trabajadoras sexuales, grupos homosexuales, personas privadas de libertad y adolescentes en estado de vulnerabilidad.

Cáncer

Las neoplasias malignas o cáncer ocupan el segundo lugar entre las principales causas de muerte en Venezuela. Para el año 2001, el cáncer es la segunda causa de muerte en la población en general y la tercera causa de muerte en la población de ambos sexos en edades comprendidas entre 25 y 44 años¹⁶², la quinta entre varones (25 y 44 años) y la primera en mujeres en edades comprendidas entre 25 y 64 años¹⁶³. El predominio de la enfermedad se ubica en los órganos digestivos, principalmente el estómago en ambos sexos, seguido por los órganos respiratorios, órganos sexuales femeninos y sexuales masculinos.

156. INSTITUTO VENEZOLANO DE LOS SEGUROS SOCIALES: Información ofrecida a Provea por la Dra. Luisa Helena Hernández, Coordinadora del Programa de VIH/SIDA, en comunicación recibida el 25.08.03.

157. Entrevista a la Dra. Luigina Siciliano, jefe de consulta de VIH/SIDA en el Hospital de Niños José María de los Ríos. Caracas, 25.05.03.

158. GENTE POSITIVA: Boletín trimestral N° 3, enero marzo 2003, pág. 1.

159. Acción Ciudadana Contra el SIDA: Proyecto Informe sobre Derechos Humanos y VIH/SIDA. Op. cit..

160. MSDS: Cuadro resumen Programa Nacional SIDA-ITS. Mimeo.

161. PROVEA: Informe Anual octubre 2001 – septiembre 2002. Op. cit. Pág. 145.

162. MSDS: Anuario Epidemiológico [en línea] <<http://www.msds.gov.ve>> Consultado en septiembre 2003.

163. Ídem.

Según el informe de la OPS *La Salud en las Américas* para el año 2002, en las mujeres el cáncer de cuello del útero constituye la segunda causa de muerte (tasa de 13% por 100.000 mujeres), y el mayor riesgo se presenta entre los 25 y 64 años (202,6 por 100.000 mujeres); le sigue el cáncer de mama (tasa de 8,8 por 100.000 mujeres) sobre todo a partir de los 30 años y con mayor proporción entre los 45 y 59 años de edad¹⁶⁴. En relación con los hombres, el cáncer de bronquios y pulmón ocupa el segundo lugar (tasa de 11,4 por 100.000 hombres), seguido del de próstata (tasa de 11 por 100.000 hombres). El grupo de mayor riesgo es el de 50 años y más, con una tasa de 75 por 100.000 hombres¹⁶⁵. El acceso a tratamiento oportuno y adecuado, al igual que en las personas que viven con VIH/SIDA, se ha visto obstaculizado, fundamentalmente por el retardo del MSDS y del IVSS en la adquisición de los medicamentos. La falta de un mecanismo ágil para la importación de los medicamentos y reactivos necesarios, en el marco de un control de cambio, ha sido un factor determinante en la distribución oportuna y adecuada de los medicamentos. Esta situación produjo un hecho grave en el mes de julio de 2003, cuando Sumed-Sefar suspendió el servicio de atención a las personas que padecen cáncer debido a la escasez de medicamentos¹⁶⁶.

Salud Mental

Venezuela integra el grupo de países que, según la OMS, no dispone de política alguna

para la salud mental, no tiene programas específicos ni legislación al respecto¹⁶⁷. El MSDS, órgano rector de las políticas en salud, no incluye la salud mental dentro de los programas prioritarios y dentro de su propio presupuesto no existe una partida específica para esta Dirección¹⁶⁸.

Para el Dr. Alfonso Bello, Director de Salud Mental del MSDS, la raíz del problema se encuentra en la falta de una política clara en relación con la salud mental de las personas. “*La tendencia mundial se dirige a eliminar los centros de atención de larga estancia y ubicar a las personas que así lo requieran en los establecimientos de salud [...], tal como lo establece la Organización Mundial de la Salud, cuando indica que el 10% de los cupos hospitalarios debe destinarse a personas que necesiten atención en salud*”¹⁶⁹. En opinión de Bello, “*persiste la práctica de tratar de forma inhumana a las personas con trastornos mentales. Los centros psiquiátricos que albergan a personas con enfermedades crónicas funcionan como manicomios, llegando incluso a maltratar a los pacientes y aplicar métodos caducos*”¹⁷⁰.

La OMS recomienda que para una cobertura ideal, los países deben destinar 1 cama psiquiátrica por cada 20.000 habitantes¹⁷¹. En consecuencia, según lo estimado en el censo 2001, para una población de 24.169.744 habitantes, se precisarían 1.209 camas para alcanzar el estándar recomenda-

164. OPS: *La Salud en las Américas*. Op. cit. Pág. 604.

165. Ídem.

166. La Prensa de Monagas, 15.07.03, pág. 4.

167. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD: *Informes regionales sobre salud mental 2001* [en línea] <<http://www.oms-ops.org.ve>>

168. REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA: *Ley de Presupuesto para el ejercicio fiscal 2003*. Caracas, 2003.

169. Entrevista con Alfonso Bello, Director de Salud Mental del MSDS. Caracas 2003.

170. Ídem.

171. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Informes regionales sobre salud mental 2001*. Op. cit.

do¹⁷². En el ámbito nacional, la red pública de atención en salud cuenta con 12 hospitales psiquiátricos públicos y 9 privados (contratados por el MSDS y el IVSS bajo la modalidad de pago por cama), ubicados en 13 estados. Los hospitales públicos dependientes del MSDS y con mayor capacidad de atención se encuentran en los estados: Distrito Capital, Miranda, Zulia, Aragua, Carabobo, Lara, Vargas, Trujillo, Monagas y Mérida¹⁷³. La ubicación de estos centros de atención refleja prevalencia en los estados centro occidentales, lo que obstaculiza el acceso de las personas que habitan en lugares que no cuentan con estos establecimientos de salud especializada. Los datos aportados por el MSDS sobre el número de camas arquitectónicas en hospitales psiquiátricos alcanza la cifra de 1.748, la cual responde a los parámetros de la OMS. No obstante, la carencia de un presupuesto adecuado, las inequidad de su distribución y la falta de rectoría, impiden el pleno funcionamiento de las camas presupuestadas. Según Bello, el déficit de camas alcanza el 30%. La falta de cupo es común a la mayoría de los centros psiquiátricos y el tiempo de estadía de los pacientes crónicos es otro factor a tomar en cuenta. Varios pacientes crónicos viven en el Hospital Psiquiátrico de Caracas desde hace 3 décadas¹⁷⁴, lo que genera ocupación permanente de las camas impidiendo ingreso a otros pacientes crónicos que así lo requieran.

La OMS estima que en la actualidad existen 450.000.000 de personas que sufren de al-

guna forma de trastorno mental en el mundo, incluyendo los casos relacionados con el consumo de alcohol y el abuso de sustancias psicotrópicas, que se acrecienta cada día¹⁷⁵. En el país, según el Informe Estadístico sobre el Consumo de Drogas en Venezuela 2002, elaborado por la Comisión Nacional Contra el Uso Ilícito de Drogas (Conacuid), el 36% de los consumidores de drogas se inicia entre los 10 y 14 años y 46,7% lo hace entre los 15 y 19 años¹⁷⁶. La droga de inicio es la marihuana (35,9%), el alcohol (30%) y la cocaína (15,30%). Las vías de administración más frecuentes son: fumada (52,6%) y oral (31,24%). Cinco de cada 10 las emplean varias veces a la semana o diariamente. La existencia de establecimientos públicos de atención a pacientes que requieren tratamiento es insuficiente. El Área Metropolitana solo cuenta con 20 camas operativas ubicadas en la Unidad de Atención Farma-codependiente (UDAF) del Hospital Psiquiátrico de Caracas. La atención a mujeres con enfermedades relacionadas con el consumo es discriminatoria. Del total de camas pertenecientes a la UDAF, solo 4 se destinan a mujeres.

Vinculados con enfermedades fármacodependientes, se encuentran los accidentes viales y los suicidios. El número de suicidios registrados durante el censo 2001 (1.057), muestra una disminución en comparación con los registrados en el año 2000 (1.100). Los estados con mayor prevalencia fueron: Zulia (170), Aragua (87), Miranda (83), Carabobo (79) y Lara (64).

172. Cálculos propios sobre la base del estándar establecido por la OMS y los datos del censo 2001 sobre población total.

173. Información aportada por el MSDS a través de la Dirección de Salud Mental, en comunicación recibida el 10.08.03.

174. El Nacional, 15.08.03, pág. A-12.

175. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD: Salud Mental: respuesta al llamamiento de la acción. Informe de la Secretaría. Abril 2002.

176. COMISIÓN NACIONAL CONTRA EL USO ILÍCITO DE LAS DROGAS: Estadísticas sobre el consumo de drogas en Venezuela. Caracas, 2002.