

Derecho a la salud

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

Artículo 83 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela

En el presente período desatacamos de manera positiva la ampliación de la cobertura de los servicios de atención primaria mediante la ejecución del Plan o Misión “Barrio Adentro”, con un balance oficial que da cuenta de 8.500 consultorios populares (201 construidos y dotados, 25 construidos y no dotados y el resto operando en casas de familia), 457 ópticas, 1.415 centros odontológicos y 3.014 sillones odontológicos trabajando en función del Plan. Sin embargo, a pesar de estos datos, el balance general sigue revelando importantes inconsistencias entre los postulados constitucionales y la satisfacción del derecho a la salud.

Aunque la Constitución establece que el sistema público de salud debe ser uno solo, integrado a la seguridad social, después de cinco años de su entrada en vigencia, y debido a la mora de la Asamblea Nacional, seguimos sin contar con un marco legal que permita la adecuación del sistema a dichos postulados. La red pública de asistencia a la salud sigue institucional y financieramente fragmentada en varios entes. A saber: el Ministerio de Salud y Desarrollo Social (MSDS), el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS), el Instituto de Previsión de Asistencia Social del Ministerio de Educación (IPASME) y el Instituto de Previsión Social de la Fuerza Armada Nacional (IPSFA). Se incluye ahora, además, la Presidencia de la República, a través del Plan Barrio Adentro, que

tiene como principal ente de financiamiento a la empresa estatal Petróleos de Venezuela (PDVSA).

En adición, el financiamiento del sector sigue sin superar el 2% del Producto Interno Bruto (PIB). Incluso, durante el 2004, que fue del 1,3% del PIB, tuvo un decrecimiento de 0,5 puntos con respecto al año anterior, cuando fue de 1,8%.

La polarización política del sector dificulta las actividades de monitoreo y gestión de la red hospitalaria y ambulatoria, lo que afectó el derecho al acceso universal a los bienes y servicios de salud. Particularmente, el desabastecimiento de insumos básicos y quirúrgicos se agravó en las dos principales sedes asistenciales (MSDS, IVSS), afectándose también la garantía de la gratuidad. Según la base de datos hemerográfica de Provea, se registró un total de 632 denuncias sobre problemas de funcionamiento en 62 hospitales, de las cuales el mayor número fue precisamente por la falta de insumos básicos y medicamentos (172), seguido de la falta de insumos quirúrgicos (164) y del cobro indirecto de los servicios (78), caracterizado por el canje de insumos por servicio prestado como condición para garantizar la atención médico quirúrgica requerida. Por su parte, la red ambulatoria registró un total de 189 denuncias en 27 establecimientos, de las cuales la falta de insumos básicos y medicamentos nuevamente fue la más numerosa (38), seguida por el cobro de los servicios (27) y por problemas de deterioro de la infraestructura ambulatoria (26). Del total de denuncias, el 42% correspondió a establecimientos transferidos a los estados descentralizados, 32% al IVSS y 26% al MSDS. Las mujeres embarazadas resultaron las más afectadas por la falta de acceso oportuno a los establecimientos y servicios de salud, en tanto que las personas

con enfermedades crónicas y de alto costo resultaron las más afectadas por la falta de acceso oportuno a medicamentos.

En cuanto a la promoción y prevención de la salud, hay avances y reveses. Particularmente, el acceso a información estadística fiable y actualizada presenta debilidades institucionales crónicas, que dificultan el cumplimiento de los fines y actividades de contraloría social. Ello constituye una forma de violación del artículo 62 de la Constitución de 1999 y un obstáculo estatal a la realización del modelo de democracia participativa y protagónica, aprobada por la población con el proyecto constitucional. Entre los avances está el incremento de la inversión pública para garantizar una mayor cobertura de inmunizaciones e incorporación de nuevas vacunas al Programa Ampliado de Inmunizaciones.

Entre los reveses se evidenció, en el ámbito nacional, nuevamente una tendencia al aumento de casos de malaria y dengue con respecto a años anteriores. Por el contrario se mantuvo la reducción de casos de malaria en el estado Sucre, junto con el control de la mortalidad por dengue y morbilidad por fiebre amarilla.

Por otro lado, la información sobre la incidencia de tuberculosis en el país no cuenta con datos actualizados, siendo una enfermedad reemergente con presencia en varios estados. Los índices de morbilidad más elevados se ubican en el Distrito Capital y en estados con presencia indígena (Amazonas, Delta Amacuro y Zulia).

I. Medidas del Poder Ejecutivo

Descentralización

Durante la década de los años 90, el proceso de descentralización del sector salud fue impulsado en el marco de la reforma del Esta-

do. La modernización de las redes públicas de asistencia a la salud implicaba, entre otros aspectos, la transferencia de la gestión de establecimientos, bienes y servicios desde el Ministerio correspondiente hacia los estados, quedando pendiente la transferencia hacia los municipios. Diez años después, 17 estados han sido descentralizados, presentando distintos niveles de éxito. En opinión de Jorge Díaz Polanco, coordinador del Proyecto “La Reforma del Sistema de Salud de Venezuela” (Resven) e investigador del Centro de Estudios del Desarrollo (Cendes) de la Universidad Central de Venezuela (UCV), el buen desempeño institucional ha dependido principalmente de la existencia de condiciones favorables para la descentralización, más que de las condiciones socioeconómicas propias de cada entidad federal¹. Como ejemplos, los estados Aragua, Carabobo y Yaracuy, teniendo disparidades económicas, cuentan con experiencias exitosas en el fortalecimiento de la red asistencial (ambulatoria y hospitalaria) y en mejoras de los indicadores de mortalidad materna e infantil². Asimismo, la continuidad de la gestión político administrativa es considerada como otro factor determinante para los logros alcanzados en algunos estados.

Durante este período, el proceso de descentralización del sector evidencia reveses, caracterizados por el debilitamiento del proceso de transferencia de bienes y servicios hacia los estados y municipios. En un trabajo

del Dr. Díaz Polanco sobre la reforma y descentralización de la salud en Venezuela, próximo a ser publicado, se advierte que aunque el mandato constitucional dispone que el Sistema Público Nacional de Salud debe ser descentralizado, desde el año 2003 se observa un incremento del presupuesto a nivel central, en detrimento de la transferencia presupuestaria hacia los estados descentralizados, lo cual revela una tendencia hacia la recentralización³. Ciertamente, voceros del MSDS se pronunciaron a favor de revertir el proceso de descentralización del sector salud, por considerar que se desvió del fin inicial de acercar los recursos a los problemas de cada región⁴. El propio Ministro de Salud y Desarrollo Social, Róger Capella, manifiesta no estar de acuerdo en la forma como se ejecutó el proceso, creándose, según su opinión, mayor burocracia y corrupción en la administración del sector⁵. En coincidencia con el Ministro, Asia Villegas, Defensora Especial de Salud y Seguridad Social de la Defensoría de Pueblo (DP), opina que los procesos de descentralización fueron ejecutados en términos contrarios a la actual Constitución, porque “*abrieron las puertas hacia la privatización de los servicios, con los fondos de recuperación*”⁶. Para Provea, las debilidades del proceso responden más bien a fallas en la rectoría del Ministerio en cuanto a regulación y fiscalización, no resueltas en su momento, que de haberse remediado hubieran contribuido a

1. Entrevista concedida a Provea por Jorge Díaz Polanco, Profesor investigador del Centro de Estudios del Desarrollo (Cendes) de la Universidad Central de Venezuela, el 21.06.04.
2. Ídem.
3. POLANCO, Jorge: Reforma y descentralización de la salud en Venezuela: Alcances, limitaciones y perspectivas. Caracas 2004. Mimeo.
4. Roger Capella citado en: Marielba Nuñez: El Nacional, 05.02.04, pág. B-10.
5. Últimas Noticias, 26.01.04, pág. 2.
6. Asia Villegas citada en: Vanessa Davies: El Nacional, 10.08.04, pág. B-8.

evitar -en forma oportuna y acertada- las irregularidades descritas por Capella y Villegas⁷.

Presupuesto Público de Salud

Aunque el presupuesto del MSDS para el año 2004 fue incrementado a 3,15 billones de bolívares con respecto al año 2003 (2,66 billones), este equivale al 6,3% del presupuesto nacional, en tanto que en el 2003, representó el 6,4%. Además, el gasto público en salud sigue sin superar el 2% del PIB; incluso evidencia una regresión a 1,3% con respecto al año anterior, cuando fue 1,8%⁸; mientras que el estándar internacional de inversión mínima recomendado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) es de 5%⁹. Ello revela la continuidad de la insuficiencia presupuestaria, lo que se puede observar en el cuadro siguiente.

Presupuesto del MSDS (2000-2004)			
Años	*Presupuesto en millardos de Bs.	% del PIB	% del presupuesto nacional
2000	1.432	1,32	6,08
2001	1.729	1,49	6,15
2002	2.098	1,61	6,62
2003	2.668	1,82	6,41
2004	3.153	1,33	6,31

Fuente: Elaboración propia con datos de la Oficina Nacional del Presupuesto (Onapre) y el Sistema Integrado de Indicadores Sociales para Venezuela (Sisov).

*Estas cifras no contemplan las asignaciones presupuestarias posteriores a la aprobación inicial del presupuesto de estos años.

Cabe aclarar que se trata además de un sector que depende fundamentalmente de las importaciones, en un contexto económico caracterizado por la depreciación del valor nominal del bolívar con respecto al dólar estadounidense (1.920 Bs. por dólar, según el cambio oficial) y bajo un esquema de control de cambio que limita las transacciones comerciales. De manera tal que, aunque el presupuesto del MSDS da cuenta de un incremento de los recursos, este no se traduce en un aumento real de la inversión pública en salud. No obstante, queda pendiente para próximos informes evaluar la inversión adicional que representa el Plan Barrio Adentro, cifras a las cuales Provea no tuvo acceso¹⁰.

En otro orden de ideas, Jorge Díaz Polanco advierte sobre una diferencia entre la inversión pública y la privada, con un mayor incremento de la segunda, a lo que el propio gobierno contribuye, a través de la compra de servicios sanitarios al sector privado como beneficio laboral para los funcionarios¹¹. Se trata, por ejemplo, de las contrataciones de los servicios de hospitalización, cirugía y maternidad (HCM) que realiza el sector público como beneficio laboral. Incluso, las cifras revelan un aumento en la compra de dichos servicios por parte de los órganos y demás entes del Poder Público Nacional, a más de 120.000 millones de bolíva-

7. En Informes anteriores, Provea identificó dentro los principales problemas del proceso de descentralización del sector salud, los siguientes: falta de apoderamiento del proceso, falta de claridad sobre los criterios de asignación presupuestaria, financiamiento deficiente, pasivos laborales pendientes, mantenimiento de nóminas dobles (dependientes del MSDS y de los estados), fallas en la gestión y en los mecanismos de control y reciente agudización de la polarización política entre el MSDS, las gobernaciones y alcaldías de estados descentralizados.
8. Ley del Presupuesto para el Ejercicio Fiscal 2004. Gaceta Oficial N° 5.678 Extraordinario del 16.12.03.
9. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD: La Salud en las Américas. Indicadores Básicos 2002. [en línea] <<http://www.paho.org>> Consulta del 05.03.03.
10. Para este Informe, pese a solicitarlo a través de diferentes vías y mecanismos institucionales, Provea no logró obtener respuesta adecuada sobre la inversión del Estado en Barrio Adentro, así como de las asignaciones extraordinarias al Presupuesto del MSDS 2004.
11. POLANCO, Jorge: op. cit.

res para el 2002 con respecto a 1999, cuando fue de 22.000 millones de bolívares, lo que representa un incremento de gastos de más de 445%¹². Lo propio sería que la red pública de asistencia a la salud estuviera en la capacidad de garantizar, en condiciones de oportunidad y calidad, a menor costo, estos servicios.

Gasto en salud del gobierno central en el régimen privado de salud (millones de Bolívares)

Años	Gasto privado en salud
1999	> de 20.000
2000	> de 40.000
2001	> de 100.000
2002	> de 120.000

Fuente: Jaén y otros, 2003. En: DÍAZ, J: *Reforma y descentralización de la salud en Venezuela. Alcances, limitaciones y perspectivas*. Mimeo.

Otro aspecto relacionado con la asignación presupuestaria es la distribución de los recursos disponibles, la cual sigue revelando un desequilibrio estructural que afecta el cumplimiento de las metas establecidas en el Plan Estratégico y Social del MSDS 2001-2007, en cuanto a la equidad y acceso universal de los bienes y servicios de salud. Por ejemplo, para el año 2003, mientras que la partida de gastos de personal representó más del 70% del presupuesto, menos del 30% de los recursos fue asignado a gastos de materiales y suministros, junto a otros servicios no personales; ello evidencia una situación de disparidad estructural entre los gastos destinados a pago de nómina y los gastos requeridos para garantizar el buen funcionamiento de la red sanitaria de prevención, atención y rehabilitación de la salud, que como se verá en el subtítulo “Calidad de los bienes, servicios y establecimientos” conti-

núa en crisis asistencial. Esto es particularmente relevante si se toma en cuenta los ele-

Distribución de gastos públicos del MSDS (millones de Bolívares)

Denominación	Años			
	2000	2001	2002	2003
Gastos de personal	233.352	208.980	377.990	433.048
Materiales y suministros	93.004	81.243	141.012	134.066
Servicios no personales	14.115	17.470	36.146	40.818

Fuente: MINISTERIO DE FINANZAS. Oficina Nacional de Presupuesto: *Memoria y Cuenta 2004*. Pág. 395.

Cooperación internacional

En relación con la cooperación internacional, el Plan Barrio Adentro se muestra como una experiencia inédita en el país, por su magnitud. Desarrollada en el marco del convenio de cooperación entre las República de Cuba y Venezuela para intercambio de servicios, contempla el trabajo de médicos cubanos en el territorio nacional. Surge como un lineamiento político de la propia Presidencia de la República y con apoyo financiero de PDVSA. En el presente, la Comisión Presidencial del Plan tiene una Coordinación Nacional de Atención Primaria adscrita al Despacho del Ministro de Salud, con recursos provenientes de fuentes de financiamiento distintas a las del propio MSDS, como el Fondo Nacional de Inversión Social (FONVIS), PDVSA, el Fondo Intergubernamental para la Descentralización (FIDES) y la Banca Multilateral. Fue definido como un programa de atención integral y participación social que tiene entre sus objetivos brindar atención primaria en salud y suministrar medicamentos de forma gratuita y continua, en beneficio, principalmente, de la población que vive en áreas urbanas no consolidadas de más difícil acceso¹³. Se impulsó durante el tercer trimestre del año 2003 en los municipios Libertador y Sucre del Área Metropolitana de

12. Ídem.

13. MOTA, Gioconda: *Programas Sociales Nacionales (Fichas descriptivas)*. Serie Cuadernos Técnicos 19 [en línea] <www.gerenciasocial.org.ve> Caracas, 2004. Pág. 84.

Caracas. Para el cierre de este Informe cuenta ya con cobertura en todos los estados, salvo Táchira, en 320 municipios y 561 parroquias¹⁴. En su implementación, las comunidades tienen un papel importante a través de los Comités de Salud, que funcionan como unidades de participación social con base comunitaria, en torno al desarrollo de actividades de promoción de la salud y calidad de vida y de prevención. También incluye actividades de diseño, ejecución, control y evaluación de la gestión sanitaria municipal y local¹⁵.

El balance oficial da cuenta de 8.500 consultorios populares, 457 ópticas, 1.415 clínicas odontológicas y 3.014 sillones odontológicos que trabajan en función de Barrio Adentro. Para ello, el Plan cuenta con un cuerpo médico de 13.113 profesionales (3.084 de nacionalidad cubana y 29 nacionales); con 3.597 profesionales de la odontología (3.054 provenientes de Cuba y 543 nacionales); 1.430 optometristas de nacionalidad cubana; y 2.613 enfermeras (87 cubanas y 2.526 venezolanas)¹⁶. Hasta julio del 2004, el MSDS contabilizó 45.456.880 consultas médicas, 18.978.424 visitas médicas domiciliadas, 8.231.102 acciones de enfermería, 830 partos y 14.115.917 tratamientos médicos tradicionales y naturistas cumplidos¹⁷.

Las medidas adoptadas en el contexto de Barrio Adentro amplían la red pública de atención primaria de la salud, lo que aumenta efectivamente la cobertura y el acceso a los servicios de atención básica. Sin embargo, está pendiente un balance oficial que nos permita relacionar estas medidas, en sí mismas positivas, con una mejoría en la situación de

salud de la población beneficiaria. Por otra parte, el Plan Barrio Adentro, aunque representa una valiosa vía alterna y experimental de fortalecimiento de las políticas, planes y programas de prevención en salud, debe integrarse al Sistema Público Nacional de Salud, a fin de poder garantizar su perdurabilidad y la consistencia global de toda la política de salud del Estado. Para ello, la Asamblea Nacional (AN) debe cumplir con la obligación de adecuar el marco legal que regula el sector salud al nuevo mandato constitucional, de manera de no continuar fragmentando al Sistema, logrando, por el contrario, su unificación progresiva. Asimismo, deben crearse las condiciones de legalidad para el ejercicio profesional y técnico de personas extranjeras en las ciencias de la salud a través de convenios binacionales, como es el caso. Otro aspecto a considerar es la reforma curricular de las ciencias médicas, que permita integrar mayor contenido social a los ejes temáticos existentes, así como una ampliación de lo que se conoce hoy en día como la pasantía “rural”, para incorporar el servicio obligatorio, a dedicación exclusiva, en las zonas populares urbanas. En tal sentido, se reconoce como positiva la creación del programa educativo de especialización en el área de la medicina integral en la Universidad Bolivariana de Venezuela (UBV), pero resulta fundamental un debate que involucre a todos los centros educativos del país con competencia en el área y la búsqueda de acuerdos que apunten a fortalecer el camino iniciado de ampliación de las redes y servicios de atención primaria.

14. Entrevista concedida por Aída Gómez, Socióloga de la Coordinación Nacional de Atención Primaria de Barrio Adentro del MSDS, a Provea, el 16.09.04.

15. Ídem.

16. Ídem. Datos oficiales levantados hasta el 30.07.04.

17. Ídem.

Por último, la garantía de transparencia sobre la disposición de los recursos financieros es un requisito importante para su credibilidad y para la prevención de hechos de corrupción administrativa. En tal sentido, es necesario que los recursos destinados al Plan Barrio Adentro puedan ser incorporados en una partida del presupuesto del año 2005. Las experimentaciones estatales en materia de mecanismos para proporcionar, de manera más expedita, servicios a la población, no puede convertirse en una excusa para evadir controles institucionales que permiten verificar el adecuado desempeño administrativo de los mismos.

II. Medidas del Poder Legislativo

El Proyecto de Ley Orgánica de Salud

A cinco años de la entrada en vigencia de la Constitución, todavía seguimos sin contar con una ley de salud que se adecue a su mandato. El proyecto de Ley Orgánica de Salud que contempla la creación y regulación del nuevo Sistema Público Nacional de Salud (SPNS) reposa desde hace tres años en la AN, con varias versiones en su haber. En el marco de la creación de la Comisión Presidencial para la Reforma de la Seguridad Social, en junio del 2001, fue presentada a la AN la primera versión. No obstante, Provea revisó cinco versiones distintas y se desconoce si la versión del mes de julio de 2004, que a continuación resumimos, sea la definitiva.

En dicho proyecto de ley destaca positivamente la concepción integral del derecho a la salud como el estado de bienestar físico, psíquico y social (art. 3), en coherencia con los términos de la Constitución y los parámetros internacionales relativos a la salud como derecho humano. El SPNS sigue bajo la rectoría del MSDS, el cual, a su vez, tiene a su cargo el Régimen Prestacional de Salud del Sistema de Seguridad Social, lo que permite una

integración de las prestaciones de atención médica adscritas al IVSS al SPNS (art. 1 y 2). Se enfatiza la estrategia promocional de la salud y calidad de vida, a través de la integración de acciones de educación en salud, protección de la vida, prevención de riesgos, accidentes y enfermedades, restitución y rehabilitación integral (art. 8). Igualmente, resulta positivo el establecimiento de una perspectiva de género en el diseño y análisis de las políticas, planes y acciones en salud (art. 9); la concepción de una política de donación y trasplante de órganos, tejidos y materiales anatómicos, así como de manejo de sangre y derivados (art. 13); el desarrollo de una política para la salud sexual y reproductiva responsable y sin riesgos (art. 14); el priorizar una política de prevención y control de la violencia, incluida la violencia intrafamiliar y sexual (art. 16); el desarrollo de acciones para la rehabilitación (física, psicológica, social y ocupacional) con base comunitaria (art. 20); el desarrollo prioritario de una política de salud mental (art. 21); y entre otros aspectos, el desarrollo de una política de seguridad de acceso y uso correcto de los medicamentos, la cual incluye disponibilidad de productos farmacéuticos y afines eficaces, seguros y de calidad, con incentivo de la producción nacional de medicamentos, incluidos los genéricos (art. 25).

Con respecto a la red pública de asistencia a la salud, se establecen tres niveles de atención médica. El primer nivel le da primacía a la prevención médica y al diagnóstico precoz de las enfermedades; el segundo incluye la atención ambulatoria mediante un sistema de referencias médicas; y el tercer nivel se centra en la restitución de la salud con capacidad resolutiva especializada (art. 26). Bajo esta nueva propuesta legislativa, los establecimientos y demás bienes de salud descentralizados deben ser transferidos a un institu-

to autónomo creado por la Ley. Dicho instituto tiene entre sus competencias la administración y gestión de los servicios y centros públicos de salud, incluidos los transferidos a los estados y municipios (art.34). De esta forma, se modifica el proceso de descentralización territorial adelantado en el sector público de salud desde hace diez años, en tanto ahora se privilegia la descentralización funcional, a través de la creación del Instituto Nacional de Asistencia Médica (INAM), con personalidad jurídica y patrimonio distinto e independiente al fisco nacional (art. 29). Para Provea esta propuesta resultaría válida en el marco de un sistema de referencias médicas eficaz y viable, que busque superar la inequidad existente en el acceso universal a los servicios. De lo contrario, se estaría desechando una experiencia adquirida en el proceso de descentralización de la red pública asistencial que, si bien adolece de muchas fallas, cuenta con algunos logros en los indicadores de salud y gestión de los servicios en varios de los estados.

Otro aspecto incorporado a esta propuesta legislativa se refiere a la acreditación y control de la práctica de los profesionales y técnicos de la salud extranjeros, los cuales quedan sujetos a procesos de recertificación nacional, salvo el caso de profesionales y técnicos acreditados en sus países de origen en el marco de convenios internacionales en materia de salud (art. 74).

Por último, resulta positivo que la participación comunitaria se establezca como un derecho de las personas para ejercer control social sobre las políticas, programas y gestión sanitaria. Se establecen como modalidades de participación los comités de salud, las asambleas y las juntas populares (art. 55-57).

Igualmente, quedaría pendiente el desarrollo de los procedimientos de conformación y relegitimación de sus miembros.

III. Medidas del Poder Judicial

En materia de salud de niños, niñas y adolescentes, destacaron positivamente varias sentencias dictadas por tribunales de protección del niño y del adolescente. Una de ellas, fue la del 27.04.04, a favor de la acción de protección introducida por los Centros Comunitarios de Aprendizaje (Cecodap) el 15.07.03, por el derecho a la salud de más de 500 niñas, niños y adolescentes que padecen enfermedades hematológicas. La Corte Superior del Tribunal de Protección del Niño y del Adolescente de la Circunscripción Judicial del Área Metropolitana de Caracas, ordenó al Alcalde Metropolitano de Caracas, entre otras cosas a “...gestionar por ante los Organismos Gubernamentales competentes al suministro de los recursos financieros a los fines de adquirir los medicamentos necesarios para la atención oportuna, eficiente y con la celeridad que cada caso requiera; la realización de los exámenes especializados que se requieran para diagnosticar y prescribir el tratamiento de la leucemia y demás enfermedades hematológicas; tomar las debidas previsiones en cuanto a infraestructura e insumos necesarios; continuar con el programa de llamado a concurso para proveer cargos de médicos especialistas para la Sala de Hospitalización del Servicio de Hematología del Hospital J.M. de los Ríos”¹⁸. La Corte estableció, como plazo para el cumplimiento de la sentencia, seis meses a partir de la misma.

Igualmente, en este período, el 26 de mayo de 2004, se produjo una polémica sentencia de la Sala Constitucional del Tribunal Supre-

18. CECODAP: *Última hora* [en línea] <<http://www.cecodap.org.ve>> 05 de mayo de 2004.

mo de Justicia (TSJ), sobre la justiciabilidad del derecho a la salud por intereses difusos en materia de Amparo Constitucional, que es analizada con detalle en el capítulo “Derecho a la Justicia” de este mismo Informe.

IV. Sistema Público de Asistencia a la Salud

Disponibilidad de bienes, establecimientos y servicios

La red pública de atención a la salud cuenta con 4.084 establecimientos ambulatorios¹⁹ y 296 centros hospitalarios²⁰. A esta cifra debemos sumarle los 201 Consultorios Populares del Plan Barrio Adentro²¹ que para julio de 2004 ya se encontraban operativos. Por su parte, el sector privado cuenta con 344 centros de atención especializada²².

Como se señaló en años anteriores, el número de establecimientos que conforman la red pública de asistencia a la salud, en cifras globales es, según la Organización Panamericana de la Salud, suficiente para el país²³; sin embargo, las fallas se presentan en la no equitativa distribución geográfica de los centros, en la clasificación de los mismos y en los distintos niveles de operatividad que presentan según su localización, lo cual analizaremos en el subtítulo “Calidad de los bienes, servicios

y establecimientos”. En aras de solventar estas deficiencias y acorde con los lineamientos establecidos en el Plan Estratégico y Social del MSDS, que prioriza el fortalecimiento de la red de atención primaria y la medicina preventiva familiar, se implementó el Plan Barrio Adentro.

Para julio del presente año, el total de consultorios populares terminados y equipados alcanzó la cifra de 201 (129 en el Mun. Libertador, 69 en el Mun. Sucre y 3 en el Edo. Miranda), mientras que 25 se encuentran terminados, pero sin equipar. El criterio de distribución utilizado para la ubicación de estos consultorios fue de 1 por cada 1.200 habitantes (250 familias), principalmente en sectores con un elevado nivel de exclusión social, difícil acceso y escasa cobertura en salud. Según datos aportados por la Coordinación Nacional de Atención Primaria, adscrita al MSDS, se necesitan aún 3.141²⁴ de estos consultorios para garantizar la cobertura total de la población excluida²⁵.

Sobre la relación habitante por cama, el estándar establecido indica que para una cobertura adecuada deben existir 40 camas por 10.000 habitantes²⁶. Según un informe de la OPS, publicado en el año 2002, existen 40.675 camas en el ámbito público nacional, a razón

19. Del total de ambulatorios, 96% pertenecen al MSDS y 4% al IVSS.

20. Del total de hospitales públicos, 214 dependen del MSDS, 33 del IVSS, 13 del Instituto de Previsión Social de las Fuerzas Armadas (IPSFA), 3 de Petróleos de Venezuela (PDVSA), 29 del Instituto Nacional de Geriátrica (Inager), 2 de las Empresas Básicas de Guayana (CVG), 1 de la Alcaldía de Miranda y 1 de la Policía Metropolitana.

21. El Plan Barrio Adentro surge el 16 de abril de 2003, en el marco del Convenio Venezuela-Cuba. Para mayor información sobre el Convenio ver en este mismo capítulo “Cooperación Internacional”.

22. De las cuales 315 son instituciones de carácter lucrativo y 29 son fundaciones sin fines de lucro.

23. Según parámetros establecidos por la OPS, en Venezuela el número de instituciones públicas de asistencia a la salud cubre con los requerimientos de atención en proporción con la población. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD: La Salud en las Américas. Indicadores Básicos 2002. Op. Cit.

24. La meta propuesta por el Ejecutivo Nacional para el cierre de 2004 es 3.141 consultorios populares.

25. Entrevista concedida por Aída Gómez. Op. cit.

26. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD: La Salud en las Américas. Op.Cit.

de 17,6 camas por 10.000 habitantes²⁷. Ante estos datos hay que considerar las condiciones idóneas de funcionamiento, ya que no todas las camas arquitectónicas se encuentran actualmente en condiciones de operatividad. Aun cuando no contamos con datos oficiales sobre el número de camas no operativas, las denuncias reseñadas en la prensa nacional y otras hechas directamente en Provea, dan cuenta de una disminución de hasta el 50% en algunos centros hospitalarios del país, como es el caso de la Maternidad Concepción Palacios, que debido a las carencias presupuestarias y a la falta de insumos médico quirúrgicos redujo su capacidad de hospitalización a menos de la mitad²⁸.

Al referirnos al número de camas ubicadas en Unidades de Terapia Intensiva (UTI), en la ciudad de Caracas no se cumple con los parámetros internacionales que establecen que, del total de camas presupuestadas, entre el 5 y 8% deben pertenecer a las UTI²⁹. De las 13.346 camas presupuestadas en la ciudad capital, solo 105 están ubicadas en la UTI, lo que representa el 0,7% del total³⁰. Como afirmamos en el Informe anterior, existe una disparidad en relación con la tasa cama/habitante y cobertura de servicios por entidad federal. Un grave ejemplo de esta desigualdad se expresa en la comparación entre el Distrito Capital y el Edo. Delta Amacuro. Con una población de 2.068.268 habitantes, el Distrito

Capital cuenta con 64 camas por cada 10.000 habitantes (24 camas sobre el estándar), en tanto que Delta Amacuro, con una población de 142.077 habitantes, mantiene una relación de 7 camas por cada 10.000 habitantes (33 camas por debajo del estándar)³¹. Respecto a la relación entre el número de profesionales del sector salud y el número de habitantes, los parámetros establecidos por la OPS indican que para una cobertura adecuada es necesario un trabajador de la salud por cada 1.000 habitantes³². En Venezuela, el número de profesionales de la salud no está completamente estimado, ya que el último censo se realizó en 1990 y hasta la fecha solo se han hecho proyecciones. Sobre la base de dicho censo, la Dra. Carmen Rosa Serrano elaboró un informe auspiciado por la OPS y la OMS sobre el desarrollo de Recursos Humanos en Salud, en el que señala que la relación de profesionales en proporción a 10.000 habitantes fue de 20,5 profesionales de la medicina; 9,1 enfermeras; 5,7 odontólogos, 3 farmacéutas; 1 bioanalista; 0,4 nutricionistas. Para corroborar esta información solo contamos con datos actualizados del número de enfermeras que trabajan actualmente. Los datos aportados por el Comité Ejecutivo de la Federación de Colegios de Enfermeras y Enfermeros de Venezuela indican que, hasta la fecha, existen aproximadamente 32.000, que trabajan en instituciones como el MSDS, IVSS, IPASME, INAGER y clínicas privadas.

27. Ver: PROVEA: Informe Anual 2002-2003. Caracas, 2003. Pág.160.

28. Testimonio de un grupo de médicas trabajadoras de la Maternidad Concepción Palacios ante Provea. Caracas, 28.09.04.

29. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD: Op. Cit.

30. Los datos sobre el número de camas presupuestadas fueron tomados de la Dirección de Estadísticas del MINISTERIO DE SALUD Y DESARROLLO SOCIAL (MSDS): *Establecimientos de Salud según entidad federal y tipo* [en línea] <<http://www.msds.gov.ve>>

31. Los datos sobre población según entidad federal fueron tomados de las proyecciones para el 2004 del Censo 2001 elaborado por el Instituto Nacional de Estadísticas [en línea] <<http://www.ine.gov.ve>>. El cálculo sobre el número de habitantes por cama fue de elaboración propia con datos del MSDS y del INE. El cálculo se basa en el número de camas presupuestadas en condiciones idóneas de funcionamiento.

32. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD: Op. Cit.

Esta cifra incrementa la tasa a razón de 12,2 por 10.000 habitantes³³.

El estudio antes mencionado detalla que la distribución de los trabajadores varía en función del desarrollo económico de las entidades. El Distrito Capital presenta una tasa de 60 médicos por 10.000 habitantes; Miranda 34,9; Zulia 20; Lara y Mérida 19; mientras que Delta Amacuro, Amazonas, Apure, Barinas, Monagas, Portuguesa, Sucre y Yaracuy presentan tasas por debajo de 10 por cada 10.000 habitantes³⁴. En cuanto a la especialidad de los profesionales de la medicina, la mayoría se concentra en medicina interna (15,8%), cirugía (12,9%), gineco obstetricia (7,6%), pediatría (6,5%), y el resto de las especialidades tienen una proporción de 7,7%, incluyendo a especialistas de Salud Pública³⁵.

Para un análisis completo del número de trabajadores de la salud en relación con la cantidad de habitantes, debemos sumar el recurso humano que labora en el Plan Barrio Adentro. No lo incluimos en los datos generales, puesto que estos profesionales tienen un carácter temporal en sus funciones en el país, y por tanto no han sido registrados en los gremios de salud ni en el MSDS. Para julio del presente año, 20.753 trabajadores del sector salud se encontraban adscritos al Plan Barrio Adentro. Del total, 13.113 son médicos, 3.597 odontólogos, 1.430 optometristas y 2.613 enfermeras³⁶. Vale resaltar que del total de enfermeras, 97% son venezolanas.

Estas cifras, aunque incluyendo la presencia provisoria del personal de Barrio Adentro, dan cuenta de un incremento en la tasa médico/habitante, lo que valoramos positivamente. No obstante, no tuvimos acceso a los datos relacionados con el número de profesionales y su distribución por entidad federal, lo que nos impide realizar un análisis sobre la asistencia en salud en los estados con poblaciones históricamente excluidas y con altos índices de enfermedades prevenibles. En este sentido, se continúan registrando casos relacionados con la falta de personal de salud. La base de datos de Provea cuantificó, en zonas rurales, 9 denuncias por falta de personal en el nivel hospitalario (5 médicos y 4 enfermeras), mientras que en el nivel ambulatorio se registraron 12 (8 médicos y 4 enfermeras), lo que comprueba que la mayoría de los déficit se encuentran en los centros ambulatorios rurales³⁷. Un ejemplo de ello lo refiere la información dada a conocer a Provea por el Defensor del Pueblo del Edo. Amazonas, Luís Jesús Bello, según la cual las comunidades de Mavaca, Platanal y Parima se habían quedado sin profesionales de la medicina en los ambulatorios tipo II. Según la denuncia, a mediados de 2004, la población Yanomami se quedó totalmente desasistida, puesto que el único ambulatorio con personal de salud se encuentra en La Esmeralda, con tres médicos del Plan Barrio Adentro, y estos no tienen recursos para desplazarse hacia esos poblados³⁸.

33. Comité Ejecutivo de la Federación de Colegios de Enfermeras y Enfermeros de Venezuela, en comunicación N° 070 08.03.04, enviada a Provea en fecha 02.06.04.

34. Carmen Rosa Serrano: *Estrategias de Cooperación con los países. Informe de Situación sobre Desarrollo de Recursos Humanos en Salud* [en línea] OPS-OMS <<http://www.ops-oms.org.ve>>

35. Ídem.

36. MSDS. Coordinación Nacional de Atención Primaria. *Barrio Adentro, Expresión de Atención Primaria en Salud* (CD. Rom). Septiembre 2004.

37. Base de datos de Provea.

38. Luis Jesús Bello, Oficina de Derechos Humanos del Vicariato Apostólico, Defensor del Pueblo del Estado Amazonas, en comunicación N° DH. 16-07-004/162, enviada a Provea en fecha 16.06.04.

Accesibilidad

El principio de gratuidad establecido en la CRBV se vio menoscabado en virtud de la crítica situación de desabastecimiento de insumos médicos y el déficit presupuestario que afecta a la mayoría de las instituciones de la red pública de atención a la salud.

En el presente período, Provea cuantificó 105 denuncias relacionadas con el cobro directo o indirecto en los establecimientos públicos (78 en hospitales y 27 en ambulatorios)³⁹. El número de denuncias se incrementó 42% en relación con las 74 registradas en el lapso anterior⁴⁰. Del total, 19 se refieren a cobros directos, todos vinculados con operaciones quirúrgicas. En estos casos las personas deben cubrir los gastos que componen la bandeja quirúrgica que, dependiendo de la complejidad de la intervención, oscila entre 500.000 y 3.000.000 bolívares⁴¹. Las 86 restantes corresponden a denuncias realizadas con el cobro indirecto o el canje de servicios por insumos. El condicionamiento de la atención se ha convertido en una práctica común. Del total de hospitales que conforman la red pública, 62 tienen denuncias por fallas en el funcionamiento; de estas, 59 se vinculan con cobros directos o indirectos, es decir, 95% del total⁴².

Las denuncias recaen sobre establecimientos del IVSS (32%), MSDS (26%) y, en mayor medida, sobre instituciones dependientes de las direcciones regionales de salud de los estados descentralizados (42%)⁴³. Entre los sectores más afectados se encuentran las

mujeres embarazadas, en proceso de parto o con necesidad de intervención quirúrgica (cesárea), y por ende los neonatos. Del total de denuncias, 50,4% (53 casos) provenían de este sector. La situación es especialmente crítica en Caracas: el derecho a una atención gratuita, oportuna, adecuada y de calidad se anula en la práctica en la atención a la mujer parturienta. En la Maternidad Concepción Palacios la carencia de insumos básicos y de medicamentos impide brindar atención, por lo que se solicita a las pacientes la compra de materiales e insumos. El costo del *kit* para la atención de un parto normal es de Bs. 100.000 aproximadamente, mientras que el de una cesárea puede llegar a 600.000. Situación similar se presenta en la Maternidad Santa Ana (del IVSS), en el Materno Infantil de Petare y en la sala de obstetricia del Hospital José Ignacio Baldó (ubicado en El Algodonal). El traslado o remisión recurrente de mujeres parturientas a distintos establecimientos hospitalarios es consecuencia de esta situación, y pone en riesgo la vida de la madre y del neonato. La base de datos registró 17 denuncias de mujeres que recorrieron hasta un máximo de 8 hospitales mientras se encontraban en proceso de parto⁴⁴.

El desabastecimiento de insumos y el alto costo de los medicamentos se constituyen en el obstáculo principal para que la población pueda acceder a una atención gratuita, adecuada y de calidad.

Aunque el registro de muertes por falta de tratamiento oportuno disminuyó 52% (28 ca-

39. Base de datos de Provea.

40. Ver: PROVEA: Op. cit.

41. Montos según denuncias aparecidas en prensa nacional. Base de datos de Provea.

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

43. Ídem.

44. Ídem.

sos) en comparación con el número registrado en el período anterior (59), no deja de alarmar que la mayoría de estas muertes corresponde a niños y niñas menores de 5 años (18 casos, 64% del total)⁴⁵.

Calidad de los bienes, servicios y establecimientos

Sobre las condiciones de operatividad de la red pública de atención a la salud se mantienen como patrones comunes: el desabastecimiento de insumos básicos e insumos médico quirúrgicos, el cobro indirecto por los servicios, la falta de equipos médicos o la existencia de equipos obsoletos, el cierre de servicios y algunos problemas de infraestructura.

Durante el lapso que abarca este Informe se registraron un total de 632 denuncias sobre problemas de funcionamiento en 62 hospitales⁴⁶ (21% del total del total de hospitales del país), lo que representa un aumento del 74% en el número de denuncias registradas en el 2003 (364).

La red de atención primaria a la salud registró 189 denuncias por fallas en el funcionamiento de 27 ambulatorios⁴⁷ (0,5% del total de ambulatorios urbanos y rurales), lo que indica un incremento del 54% en comparación con las 86 denuncias registradas en el

2003⁴⁸. Aunque es evidente el deterioro en la prestación del servicio, estos datos no reflejan el panorama total en que se encuentra la red primaria, pues de 4.804 ambulatorios existentes, solo obtuvimos datos (hemerográficos) de 27, y las autoridades del MSDS no nos aportaron información sobre las condiciones de la red ambulatoria, lo que hace imposible un análisis profundo sobre su funcionamiento.

En atención a las denuncias, la falta de insumos y de medicamentos constituyen el obstáculo principal para una adecuada atención de calidad tanto en el nivel ambulatorio como en el hospitalario, que deriva en el condicionamiento de la prestación del servicio y en el cobro indirecto a las personas (solo quien lleva los insumos recibe la atención). Según el registro de la base de datos hemerográfica de Provea, 407 denuncias estuvieron relacionadas con estos factores en el nivel hospitalario, 104 denuncias más que durante el período anterior, cuando se registraron 303. En el nivel ambulatorio se registraron 65 denuncias, 34 más que las 31 registradas en el lapso anterior. Sin duda, la crisis del sistema público de atención, debida a la carencia de insumos médicos y quirúrgicos, se ha profundizado en el presente

45. Ídem.

46. 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. Tiene una capacidad de entre 20 y 50 camas y prestan servicios básicos de medicina, cirugía, pediatría, 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.

47. 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 servicios de atención médica integral, general, familiar y especializada; no dispone de hospitalización y se encuentran ubicados en poblaciones de más de 10.000 habitantes.

48. Base de datos de Provea, cifra actual. Para 2003 ver PROVEA: op. cit.

año, convirtiéndose en el principal obstáculo para el cumplimiento del derecho a acceder a una salud oportuna y de calidad.

Entre los insumos de uso diario que presentan mayor escasez se encuentran: las jeringas, las gasas, el algodón, guantes quirúrgicos, mascarillas, suturas, alcohol, agua oxigenada, solución fisiológica y yodada. Los medicamentos básicos que más escasean son: antibióticos, antipiréticos, analgésicos, suero antiofídico, antihipertensivos, antiarritmicos y anestesia. Igualmente se registra escasez de reactivos para exámenes de laboratorio y de Rayos X⁴⁹.

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	172
Falta de insumos médico quirúrgicos	164
Cobro por servicios o condicionamiento de atención si el paciente trae consigo los insumos	78
Falta de equipos médicos o equipos obsoletos	39
Cierre de servicios	32
Problemas de infraestructura en algunas áreas o servicios	22
Inseguridad	20
Contaminación de salas quirúrgicas	19
Insalubridad	16
Fallas en el aire acondicionado	13
Hacinamiento y/o falta de camas	13
Falta de agua	9
Falta de eléctricas	8
Falta de mantenimiento	8
Aguas servidas	5
Falta de camas en Unidades de Terapia Intensiva	5
Falta de personal médico	5
Falta de personal de enfermería	4

Fuente: Elaboración propia a partir de Base de Datos hemerográfica de Provea, octubre-septiembre 2004.

49. Listado elaborado según denuncias reseñadas en prensa escrita.

50. En Venezuela existe solo un servicio de Soporte Nutricional Hospitalario, aun cuando está establecido por las normas hospitalarias del MSDS que toda institución de salud con más de 150 camas debe contar con este servicio.

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	38
Cobro por servicios o condicionamiento de atención si el paciente trae consigo los insumos	27
Problemas de infraestructura en algunas áreas o servicios	26
Falta de equipos médicos o equipos obsoletos	22
Cierre de servicios	21
Falta de mantenimiento	12
Horario incompleto de prestación del servicio	10
Aguas servidas	8
Falta de personal médico	8
Falta de agua	7
Aguas servidas	6
Falta de personal de enfermería	4

Fuente: Elaboración propia a partir de Base de Datos hemerográfica de Provea, octubre 2004-septiembre 2004.

Con respecto a la calidad del servicio en las salas de hospitalización, la deficiente o inadecuada alimentación es común en la mayoría de los hospitales públicos del país. Según datos aportados por especialistas de la Unidad de Soporte Nutricional del Hospital Universitario de Caracas⁵⁰, la mitad de las personas que ingresan como pacientes a algún hospital de Caracas sufren de desnutrición, y durante su permanencia en los centros asistenciales las carencias nutricionales se agudizan, con el consecuente empeoramiento de su cuadro clínico. Gertrudis Baptista, presidenta de la Sociedad Venezolana de Nutrición Parenteral y Enteral, fue tutora de una investigación llamada *Estudio de aplicabilidad de la nutrición parenteral total en el paciente hospitalizado*, realizado por la médica especialista en nutrición, María Laura Claramonte: “En ese estudio que se rea-

lizó en el año 2002 en el Hospital Universitario de Caracas se pudo constatar que existe 54,7% de desnutrición en general y 28% de desnutrición severa al analizar los casos tomando en cuenta el índice de masa corporal⁵¹. La investigación incluyó el análisis de cuánto peso perdió la persona hospitalizada y sobre la base de esta premisa se determinó que 68% de ellas padecían de desnutrición como consecuencia del mal manejo alimentario dentro de la institución. Para Baptista “estos datos reflejan un alza en los índices de desnutrición intrahospitalaria pues en 1999 estábamos en 48,8% de desnutrición general y 17,7% de desnutrición severa y actualmente estas cifras son de 54% y 28%, respectivamente”⁵².

Otro indicador que da cuenta de la calidad del servicio público de asistencia a la salud se refiere a lo oportuno de su prestación. Para este período, la prensa escrita denunció la muerte de 9 personas por falta de atención médica oportuna, 4 más que las registradas en el período anterior (5). El sector mayormente afectado fue el de los niños y niñas; del total de muertes reseñadas, 6 corresponden a este sector, 66% del total⁵³. Sobre las muertes ocurridas por atención inadecuada, se registraron 27 denuncias, 9 más que en el período anterior, cuando se contabilizaron 18⁵⁴. Del total de denuncias, 11% (3) recaen sobre profesionales médicos de la Misión Barrio Adentro.

Vale señalar que la Federación Médica Venezolana (FMV) se negó reiteradamente a suministrar datos sobre denuncias de atención médica inadecuada, por lo que solo podemos hacer un análisis con las cifras que aporta la prensa nacional. La falta de información al respecto no es casual. Es fácil suponer que la ausencia de transparencia obedece a un errado intento de protección del gremio. Para el Presidente del Colegio Médico de Caracas, Fernando Bianco, “En nada favorece al gremio que la ciudadanía conozca el número de denuncias por mala praxis que se encuentran reseñadas en esa organización. Se debe evitar que la medicina sea maniataada por el régimen legal”⁵⁵. Por su parte, Roberto Hernández Serrano, miembro del Tribunal Disciplinario de la FMV, comentó que “en los últimos cinco años, ese tribunal ha recibido 150 denuncias por mala praxis profesional”⁵⁶.

Condiciones sanitarias de la red pública de asistencia a la salud

La ausencia de políticas y de programas para el manejo de desechos potencialmente infecciosos que emiten los establecimientos hospitalarios en el país es evidente. Así lo demuestra un estudio realizado por la Cátedra de Medicina del Trabajo de la Facultad de Medicina de la UCV en un centro asistencial público (hospital tipo IV) y en dos clínicas privadas⁵⁷. El estudio reveló que el manejo de

51. Gertrudis Baptista citada en: Nélide Fernández Alonzo: *Desnutrición hospitalizada*. El Universal, 19.05.04, pág. 2-5.

52. Ídem.

53. Base de datos de Provea.

54. Ver: PROVEA: op.cit.

55. Fernando Bianco citado en: J. C.: *Van 150 denuncias de mala praxis en cinco años*. Últimas Noticias, 06.06.04, pág. 35.

56. Roberto Hernández Serrano citado en: J. C.: op. cit.

57. Luisa Sánchez y Giorgina Godoy citadas en: Marielba Núñez: *Basura Hospitalaria pone en peligro salud de pacientes y de trabajadores*. El Nacional, 29.11.03, pág. B-18.

desechos hospitalarios no se realiza de acuerdo con las Normas para la Clasificación y Manejo de Desechos en los Establecimientos de Salud⁵⁸, y que los únicos materiales que se manejan con cierto cuidado son las agujas y los objetos punzo cortantes, que se colocan en botellas de vidrio, lo que evita pinchazos u otros accidentes. Según Luisa Sánchez y Georgina Godoy, coordinadoras de la investigación, “...a esto ha ayudado el temor al contagio con el VIH que causa el Sida”⁵⁹. El resto de los materiales no es clasificado, según corresponde, según las categorías: infecciosos, infectocontagiosos y orgánico humanos. Según las investigadoras, todo el material es mezclado, allí se incluyen “gasas impregnadas de sangre, guantes rotos y sucios junto con los desechos biológicos, entre los que están por ejemplo, placentas y órganos extraídos o partes amputadas, a los que se da el mismo tratamiento que otro tipo de basura, cuando lo recomendable es incinerarlos”⁶⁰.

Según Pedro Elías Cruz, asesor de la Comisión de Protección Ambiental del Concejo Municipal de Libertador, actualmente “casi el 80% de los desechos hospitalarios de Caracas culminan en el relleno sanitario de La Bonanza, la mayoría de esos desechos se depositan en camiones del aseo urbano, mezclándose con las bolsas de basura doméstica, sin que se respeten las normas de recolección, transporte e incineración”⁶¹. Esto puede ocasionar heridas e infecciones en los trabajadores de los centros hospitalarios, los recolectores del aseo y en las personas que

escarban la basura. Actualmente en el Área Metropolitana están operativos 7 incineradores de residuos del sector salud: Hospital Domingo Luciani, Maternidad Santa Ana, Maternidad Concepción Palacios, Pérez Carreño, El Algodonal, Materno Infantil Pastor Oropeza y Materno Infantil de Petare. No funcionan los del hospital José Gregorio Hernández y el de Coche. De acuerdo con Pedro Valero, director de Calidad del Aire del MARN, “la mayoría de los incineradores lanzan a la atmósfera partículas sólidas y hollín que pueden resultar tóxicas. Esto se debe al poco mantenimiento de los equipos y mala operación”⁶². Valero opina que “la basura hospitalaria debería ser tratada para atenuar los patógenos que pueda haber, y llevada a La Bonanza en condiciones especiales”⁶³.

Mientras ello ocurre, se debe informar a la ciudadanía y principalmente a los trabajadores en situación de riesgo sobre las consecuencias del inadecuado manejo de los desechos provenientes de los centros de salud.

Conflictos laborales y repercusión sobre la asistencia a la salud

En el lapso que cubre este Informe, la base de datos de Provea registró un total de 68 acciones de protesta, de las cuales 27 implicaron la suspensión de los servicios de salud. El número de protestas descendió en un 24% en relación con las 90 acciones registradas en el período anterior.

Las demandas principales se orientaron al cumplimiento de los compromisos laborales y

58. Decreto N° 2218 del año 1992.

59. Luisa Sánchez y Georgina Godoy: op. cit.

60. Ídem.

61. Pedro Elías Cruz citado en: Vanessa Davies: *El horno crematorio de Coche lleva nueve meses cerrado*. El Nacional, 18.05.04, pág. B-11.

62. Pedro Valero citado en: Vanessa Davies: op. cit.

63. Ídem.

a la dotación de insumos para los centros ambulatorios y hospitalarios.

La conflictividad política y la polarización de los sectores son factores que introducen mayores dificultades a la superación de las fallas que originan las demandas. Al igual que en el período anterior, los trabajadores adscritos a la Secretaría de Salud de la Alcaldía Metropolitana encabezaron el mayor número de acciones de protesta con 43 (63% del total).

Entre las acciones realizadas, destaca el paro de actividades iniciado el 01.09.04 por los trabajadores de 7 hospitales tipo IV y 84 ambulatorios dependientes de la Alcaldía Mayor, en demanda del cumplimiento en el pago de deudas derivadas de compromisos contractuales adquiridos en los últimos años. Los hospitales que se unieron al paro fueron: el Vargas, el J.M de los Ríos, la Maternidad Concepción Palacios, el Periférico de Coche, el Ricardo Baquero, el Rísquez y el Julio Criollo Rivas.

Vale destacar positivamente la actuación realizada por la DP, especialmente la Defensoría con Competencia en Salud y Seguridad Social que, en aras de solventar el conflicto entre la Alcaldía Metropolitana de Caracas (AMC) y el MSDS, y para tratar de mejorar la situación que atraviesan los centros hospitalarios adscritos a la Alcaldía Mayor, convocó a una mesa de diálogo con carácter de urgencia el 04.10.04. Como resultado de la mesa, se acordó, entre otras acciones, la asignación por parte del Ministerio de Interior y Justicia de Bs. 2,5 millardos de bolívares, generados por los fideicomisos creados con recursos provenientes de la aplicación

de la Ley de Asignaciones Especiales para los Estados y el Distrito Metropolitano; el compromiso por parte del MSDS y la AMC de optimizar el sistema de entrega de insumos, medicamentos y material médico quirúrgico, mediante la creación de coordinaciones entre los directores de Hospitales y representantes del MSDS; y la tramitación de créditos adicionales para solventar la crisis⁶⁴.

Asignación presupuestaria

Al igual que en el lapso anterior, la falta de un presupuesto adecuado y equitativo destinado a la red ambulatoria y hospitalaria se mantiene como patrón común en los centros de atención pública. El impacto de las deficiencias presupuestarias aminora la capacidad resolutoria de los establecimientos de atención a la salud, lo que deriva en una prestación del servicio de baja calidad y excluyente. El presupuesto asignado a hospitales y ambulatorios cubre los gastos de nómina laboral, según los acuerdos establecidos en los contratos colectivos de servicios (luz, agua, gas, etc.) y de funcionamiento (insumos, equipos, mantenimiento). El monto destinado al pago de personal es inamovible, por lo que todo ajuste o modificación del presupuesto afecta negativamente el monto previsto para el funcionamiento institucional, lo que a su vez impacta negativamente en la calidad de los servicios.

Un ejemplo de ello lo representa el Instituto Autónomo Hospital Universitario de Caracas (HUC), el cual dispone de 1.142 camas para atender los servicios de bioanálisis, medicina general, cirugía, gineco obstetricia, medicina crítica, emergencia, enfermería, nutrición y dietética, y cuyo presupuesto aprobado para 2004 fue de 108.443.274.514⁶⁵. Del

64. Defensoría del Pueblo: *Defensoría convocó mesa de diálogo sobre crisis de hospitales metropolitanos* [en línea] <<http://www.defensoria.gov.ve>> Consulta del 15.10.04.

65. Oficina Central de Presupuesto: *Ley de Presupuesto para el Ejercicio Fiscal 2004. A0025-1*. Instituto Autónomo Hospital Universitario de Caracas [en línea] <<http://www.ocepre.gov.ve>> Septiembre 2004.

monto total, 66% (71.710.987.258) va dirigido al pago de nómina, mientras que apenas 9% (10.017.043.246) se dedica a la dotación de materiales y suministros⁶⁶.

A juzgar por la información publicada en medios masivos de comunicación, en los centros de salud dependientes de la Alcaldía Metropolitana las dificultades presupuestarias parecieran ser mayores. Tanto la Secretaría de Salud de esta, como la Dirección de Hospitales del MSDS, se negaron a facilitarnos información sobre el presupuesto aprobado y ejecutado en 2003 y 2004. El seguimiento a la prensa escrita da cuenta de dos versiones en lo referido a la asignación de recursos. Por una parte, el Director de Hospitales del MSDS, Julio César Useche, señala que existe un plan de financiamiento extraordinario para los hospitales, el cual se entrega de manera directa a cada centro de salud para evitar desviación de los fondos y garantizar la rapidez de la dotación. Según Useche “*Debido a eso le hemos entregado directamente los recursos extraordinarios a los hospitales. Muchos directores de hospitales recibieron esos recursos directos, de modo que lleguen de manera más rápida a la gente, y el único que se negó a que los hospitales transferidos a la Alcaldía Mayor lo recibiera fue el Dr. Pedro Aristimuño, director de Salud de esa entidad*”⁶⁷. Useche agregó que tiene una denuncia realizada por concejales metropolitanos, la cual indica que la Alcaldía Mayor colocó el dinero de los hospitales en bancos y por ello la tardanza en llegar a los centros de salud. Por su parte, el Director de Sa-

lud de la Alcaldía Metropolitana, Pedro Aristimuño, negó la información aportada por Useche, y señaló que “*La realidad es que ese dinero (2.385 millardos) para los 5 hospitales transferidos a la Alcaldía Mayor, está contemplado para ser enviado a la Alcaldía Mayor con el fin de transferirlos, como la Ley ordena, a esos centros de salud, para ser usados en la adquisición de productos farmacéuticos y medico-quirúrgicos*”⁶⁸. En opinión de Aristimuño, “*aceptar ese dinero sería violar las normas establecidas por ley*”⁶⁹.

Del total de hospitales, 54 (18%) presentaron fallas en el funcionamiento, vinculadas a un presupuesto insuficiente: falta de insumos, cierre de servicios, escasez en la alimentación, falta de mantenimiento y falta de camas en salas quirúrgicas⁷⁰. Los 14 hospitales adscritos a la Alcaldía Metropolitana forman parte de los 54 señalados. La red ambulatoria adscrita a la Alcaldía Mayor también reportó un cálculo de Bs. 987.680.000 de déficit para el cierre del año 2004.

Como señalamos anteriormente, el impacto de la deficiencia presupuestaria se refleja directamente en una disminución de la capacidad y calidad de la atención a la salud. Así lo demuestra el Hospital Jesús Yerena (tipo III), ubicado en Lídice (Caracas), dependiente de la Alcaldía Metropolitana, en el cual disminuyó la capacidad de atención en la sala de emergencia debido a la carencia de insumos. Según el cuerpo médico de emergencias, apenas pudieron brindar atención a 34.528 personas durante el primer semestre del año,

66. Cálculos propios con datos de la Ley de Presupuesto 2004.

67. Julio César Useche citado en: Pedro Estacio: *Mientras el Min-Salud y la Alcaldía Mayor pelean los hospitales se quedan sin plata*. El Mundo, 26.01.04, pág. 19.

68. Pedro Aristimuño citado en: Pedro Estacio: op. cit.

69. Ídem.

70. Base de datos de Provea.

descendiendo en un 50% el número de personas atendidas con respecto al mismo semestre del año anterior. Actualmente este hospital tiene presupuesto para 236 camas, pero solo pueden ser ocupadas 187, debido al déficit presupuestario⁷¹.

Los hospitales dependientes del IVSS no escapan a esta realidad. Ejemplo de ello es el Hospital Miguel Pérez Carreño (tipo IV), el cual cuenta con 24 quirófanos pero apenas 8 se encuentran operativos. Según el Dr. Bingen Amézaga, director del área de cardiología, el hospital confronta dos problemas de orden financiero: *“Por una parte el dozavo asignado por el IVSS, de 1,2 millardos de bolívares mensuales, es insuficiente e irreal, por otra, el Seguro Social le adeuda a la institución más de la mitad del presupuesto previsto para el año 2003, y cantidad similar del correspondiente al año 2002”*⁷². Para Amézaga, el Pérez Carreño se convirtió *“en un hospital para ricos, ya que la gente debe llevar todos los materiales. Como jefe de cardiología puedo decir que si alguien llega con un infarto y no compra sus ampollas, se muere”*⁷³.

V. Promoción y prevención en salud

La promoción en salud está muy ligada a las medidas que se adopten para informar, sensibilizar y educar sobre las enfermedades y los riesgos que afectan la salud. No obstante, persisten serias debilidades institucionales para garantizar información estadística accesible, fiable y actualizada. Por ejemplo, el anuario epidemiológico presenta una mora de va-

rios años, recientemente actualizada hasta el año 2002. Asimismo, en el marco de la vigilancia epidemiológica, la notificación obligatoria de enfermedades realizada desde las regiones hacia el nivel central evidencia fallas en el suministro completo de la información. Tales son los casos de la malaria, mortalidad materna y mortalidad infantil. Por último, llama la atención que la tuberculosis, siendo una enfermedad emergente y con tendencia al aumento, no esté incluida en el reporte semanal que ofrecen los Boletines Epidemiológicos del MSDS.

Por otro lado, la cobertura nacional de inmunizaciones sigue sin alcanzar la meta del 100% establecida para el año 2000. Los datos del 2003 dan cuenta de una cobertura que oscila entre 17,25% y 91,08%, dependiendo del tipo de vacuna⁷⁴.

Cobertura nacional de inmunizaciones en niños menores de 1 año. Año 2003

Tipo de vacuna	Cobertura
Triple bacteriana	67,95% (3ª dosis en > de 1 año)
Antipolio oral	85,81% (3ª dosis en > de 1 año)
BCCG	91%
Antheppathitis B	75,02% (3ª dosis en > de 1 año)
Antihaemophilus influenzae B	56,20% (3ª dosis en > de un año)
Trivalente viral	65,07% (1 año de edad)
Antimalárica	82,47% (1 año de edad)
Antisarampión	17,25% (1 año de edad)

Fuente: MSDS. Departamento de enfermedades prevenibles por vacunas. Mimeo.

No obstante lo anterior, destaca positivamente el esfuerzo oficial en procurar una inversión que permita un aumento efectivo de la cobertura nacional de inmunizaciones, jun-

71. Diario 2001, 27.07.04, pág. 14.

72. Bingen Amézaga citado en: Vanesa Davies: *Médicos del Pérez Carreño declaran al hospital en emergencia*. El Nacional, 13.03.04, pág. B-2.

73. Ídem.

74. Estos datos fueron suministrados a Provea por el MSDS, Coordinación del Programa de Inmunizaciones, el 04.09.04

to con la incorporación de nuevas vacunas a los programas de inmunización nacional, como en efecto se hizo en el año 2000, cuando se logró la incorporación de tres nuevas vacunas: Antihepatitis tipo B, Antiamarílica y Antihaemophilus influenza tipo B. Asimismo, según José Mendoza, Director General de Epidemiología y Análisis Estratégico del MSDS, en el 2004 el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) cuenta con una partida de 70 millardos de bolívares, a fin de cumplir con la meta de 30 millones de dosis aplicadas, cuando el promedio anual se ubica en 10 millones de dosis. Junto con esta medida, también resulta positiva la incorporación de dos nuevas vacunas (pentavalente y bacteriana)⁷⁵. No obstante, la falta de acceso a información actualizada nos dificulta evaluar el cumplimiento de esta meta.

Malaria

En opinión de Mendoza, la reaparición de la malaria en el país ocurre a partir de la década de los años 80, con un máximo repunte en los 90 debido a un nuevo tipo de malaria, la malaria selvática, asociada a la actividad minera no controlada⁷⁶. Ciertamente, la reactivación de la actividad minera en áreas boscosas y húmedas en los estados Amazonas y Bolívar ha incidido en la tendencia al aumento del índice malárico en el país. Cabe advertir que, desde el año 2003, se observa un incremento mayor en los casos de malaria, aún no controlado. Mientras que para el año 2002 el total de casos fue 29.337, durante el

2003 se incrementó a 31.719. Asimismo, hasta el cierre de este Informe fueron notificados 30.254 casos, lo que representa un aumento del 36% (19.363) correspondiente a la semana epidemiológica respectiva del año anterior⁷⁷.

Las entidades federales con mayores casos reportados son: Bolívar (17.477), Amazonas (7.351), Sucre (3.520) y Delta Amacuro (1.163). Sin embargo, la mayor tasa de incidencia parasitaria la tiene Amazonas (101,2 por 1.000 habitantes), seguida de Bolívar (17,6). Por su parte, los municipios con mayor incidencia parasitaria son: Manapiare-Amazonas, Maroa-Amazonas, Sifontes-Bolívar, Atabapo-Amazonas y Sucre-Bolívar⁷⁸.

Como aspecto positivo, se evidencia una reversión de la tendencia al aumento de casos en el estado Sucre, con una reducción de 441 casos con respecto a la semana epidemiológica correspondiente del año anterior, cuando se registró un total de 3.961 casos⁷⁹. Pareciera que la experiencia piloto en Sucre da cuenta de una política acertada del gobierno, basada en la detección y diagnóstico temprano de los casos, con fortalecimiento de la capacidad local para enfrentar la epidemia⁸⁰. No obstante, se evidencia también un aumento significativo de casos en Bolívar (8.361 adicionales), con respecto a la semana epidemiológica N° 36 correspondiente al año 2003, cuando se registró un total de 9.116 casos. Este aumento coloca a Bolívar como el estado con mayor morbilidad reportada durante el año 2004.

75. Entrevista concedida por José Rafael Mendoza, Director General de Epidemiología y Análisis Estratégico del MSDS, a Provea, el 15.07.04.

76. Ídem.

77. MSDS: Alerta. Boletín Epidemiológico No. 36. Período del 05.09 al 11.09.04. Caracas, 2004.

78. Ídem.

79. Ídem.

80. Ver PROVEA: Informe Anual 2002-2003. Caracas, 2003. Pág. 171.

La ocurrencia de la enfermedad afectó principalmente a los grupos etarios comprendidos entre 20-29 años (7.500), 10-19 años (6.160), 30-39 años (5.394) y 0-9 años (5.089). Con respecto al género, los hombres siguen siendo los más afectados (19.688), en comparación con las mujeres (10.823)⁸¹. Sin embargo, debemos advertir que hay un subregistro cuya dimensión se desconoce y que varía dependiendo del nivel de cumplimiento en el envío de la información epidemiológica por parte de las unidades notificantes de cada uno de los estados. Por ejemplo, para la semana del 05 al 09.09.04, el cumplimiento del envío de la información hacia el MSDS fue solo del 81,4%⁸².

Casos de Malaria	
AÑO	Nº detectados
1999	21.673
2000	30.234
2001	22.803
2002	29.337
2003	31.186
2004	30.254 *

Fuente: Elaboración propia con datos del boletín epidemiológico del MSDS.
* Registro acumulado hasta el 11.09.04

Dengue

Venezuela presenta una tasa promedio de morbilidad por dengue de 84,9 por 100.000 habitantes⁸³. Aunque está por debajo del promedio en países vecinos como Brasil (157,14) y Colombia (213,6), representa un aumento significativo con respecto al año anterior, cuando fue de 58,5. Asimismo, se advierte que hay estados que sobrepasan con amplitud las

tasas de Colombia y Brasil. Es el caso de: Falcón (443,7), Nueva Esparta (330,4), Trujillo (173,1) y Mérida (152,7). En tanto, hay otros estados que aunque no alcanzan esos niveles de morbilidad, sobrepasan la tasa promedio del país. Por ejemplo, Vargas (131,1), Monagas (125,8), Barinas (125,0), Táchira (114,5) y Dto. Capital (84,5)⁸⁴.

Para este período, el total de casos de dengue registrados hasta la semana del 05 al 11.09.04 es de 22.094, lo que revela un aumento de 8.666 casos nuevos con respecto a la semana epidemiológica respectiva del año anterior, en la cual se reportó un total de 13.428. En consecuencia, este aumento revierte la tendencia al descenso evidenciada desde el año 2002 y nos revela un aumento del 39,2%⁸⁵. Adicionalmente, el dengue hemorrágico muestra una incidencia de morbilidad del 6,5%, con 1.436 casos reportados y 3 muertes registradas hasta la semana epidemiológica N° 36. La población menor a 15 años (48,7% de los casos) sigue siendo el grupo etario más afectado, seguido del grupo de personas comprendidas entre 15-24 años (22,6%)⁸⁶.

Según José Mendoza, Director General de Epidemiología y Análisis Estratégico del MSDS, la estrategia adoptada para la prevención del dengue se ha centrado principalmente en la integración del control químico tradicional del vector con los controles de tipo comunicacional y comunitario. Ello responde a que el MSDS no cuenta con el número suficiente de funcionarios para cubrir las actividades de eliminación del vector y sus criaderos en todo el terri-

81. MSDS: op.cit.

82. Ídem.

83. Ídem.

84. MSDS: op.cit.

85. Ver PROVEA: op. cit. Pág. 173.

86. Ídem. Estas tasas fueron calculadas durante la semana del 05 al 11.09.04.

torio. De allí la necesidad de incorporar a las comunidades en las actividades de reporte y eliminación de los criaderos del mosquito *Aedes aegypti*. Se reconoce como positivo el esfuerzo del MSDS en garantizar un diagnóstico precoz y tratamiento clínico oportuno, a través de la vigilancia epidemiológica y la creación de una red nacional de 34 laboratorios, lo que en opinión de Mendoza ha permitido reducir los índices de mortalidad por esta enfermedad⁸⁷. Ciertamente, se ha alcanzado una reducción significativa del índice de mortalidad por dengue registrado en Informes anteriores. Sin embargo, no ocurre igual con la incidencia de la morbilidad, que aún no se alcanza a controlar. En tal sentido, Marino González, profesor de políticas públicas de la Universidad Simón Bolívar, opinó que el aumento de los índices de morbilidad en dengue y malaria durante el año 2004, desde antes del período de lluvias, revela debilidades en las medidas de control, afectadas por las restricciones políticas, institucionales y presupuestarias del MSDS⁸⁸.

Casos de Dengue	
AÑO	Nº detectados
1999	26.606
2000	21.101
2001	83.180
2002	37.676
2003	26.996
2004	22.094 *

Fuente: Elaboración propia con datos del boletín epidemiológico del MSDS.
* Registro acumulado hasta la semana epidemiológica del 05 al 11.09.04.

Cólera

Por segundo año consecutivo no se conocen en el país casos de cólera, según lo indica-

do por el Boletín Epidemiológico Alerta del MSDS, lo que resulta un hecho positivo.

Fiebre Amarilla

Hasta la semana epidemiológica N° 36, (período del 05.09 al 11.09.04) se registraron solo 2 casos confirmados de fiebre amarilla, por lo que pareciera que la campaña de inmunización adoptada ante el brote del año 2003, con un saldo de 43 casos confirmados y 14 muertes, ha sido acertada. Los estados que presentan un mayor riesgo epidemiológico son Amazonas, Anzoátegui, Barinas, Bolívar, Delta Amacuro, Guárico, Mérida, Monagas, Portuguesa, Sucre, Táchira y Zulia. Precisamente en estos estados se ha centrado la campaña de inmunizaciones con coberturas superiores al 100%: Amazonas (104%), Apure (116%), Bolívar (139,71%) y Táchira (122%)⁸⁹. Sin embargo, cabe advertir que pese los esfuerzos del MSDS para garantizar una cobertura amplia en los estados con mayor riesgo epidemiológico, el promedio de cobertura nacional en fiebre amarilla sigue siendo muy bajo, apenas del 40,23%⁹⁰.

Tuberculosis

A pesar de ser la tuberculosis una enfermedad reemergente, no hay datos estadísticos actualizados sobre la misma. La más reciente evaluación del Programa Integrado de Control de la Tuberculosis (PICT) del MSDS data de 2002. Los resultados revelan que la incidencia se redujo en 2,27% (5.971) con respecto al año 2001, cuando se reportaron 6.110 casos. No obstante, el propio MSDS advierte sobre un descenso del 4% en el cumplimiento de las actividades de localización de casos, lo que permite con-

87. Entrevista concedida por José Rafael Mendoza: op. cit.

88. Marino González: Últimas Noticias, 27.06.04.

89. MSDS: Memoria y Cuenta 2003. Caracas, 2004. Pág. 506.

90. MSDS: op. cit.

cluir que hay un subregistro en el diagnóstico, que debe subsanarse⁹¹.

La tasa de incidencia de tuberculosis en todas sus formas es 23,8 por 100.000 habitantes, y en forma pulmonar, 20,1. Mientras la forma pulmonar representó el 84,6%, con 5.053 casos, la forma extrapulmonar fue del 15,4%, con 918 casos. Por género, la población más afectada fue la masculina, comprendida en el grupo de entre 15 y 44 años de edad. Sin embargo, las personas mayores de 65 años siguen siendo uno de los grupos más vulnerables al contagio. Otro grupo que presenta incidencia elevada de la enfermedad es la población indígena que vive en los estados Amazonas (86,6%), Delta Amacuro (90,9%) y Zulia (45,85%)⁹². Según declaraciones recientes de Carlos Márquez, médico coordinador de la emergencia del Hospital Central de Maturín (Monagas), ese estado debió ser declarado durante el 2004 en situación de alarma por tuberculosis, con afectación principalmente de las comunidades Warao, Kariña y Chaima⁹³. Según los resultados de inspecciones de campo realizadas en la zona, se estima que hay más de 500 indígenas con tuberculosis. En el caso de las personas warao, el hacinamiento y la mala nutrición, junto con la práctica migratoria desde San José de Bujas hacia los caños limítrofes con el Delta del Orinoco, los hacen más sensible a la transmisión⁹⁴.

La tuberculosis extrapulmonar reporta un total de 282 casos de coinfección con Sida, de los cuales 76,95% corresponden a casos radica-

dos en el Distrito Capital y el resto (25,95%) a los estados Anzoátegui, Carabobo, Miranda y Zulia. Con respecto al año 2001, esta tasa presenta un descenso de 0,53 puntos que según el MSDS, se puede atribuir a dos factores: un mayor acceso a los Antiretrovirales (ARV) o una disminución de la prueba de serología realizada a las personas con tuberculosis⁹⁵.

En mortalidad se registra un total de 763 defunciones, lo que equivale a una tasa de 3,04 por 100.000 habitantes. Las personas mayores de 45 años de edad fueron las más afectadas, con el 77,6% de las muertes notificadas.

Para Provea, aunque el país presenta un descenso en la morbilidad por tuberculosis con respecto al año 2001, se advierte como una debilidad institucional la reducción del porcentaje de cumplimiento de las actividades de pesquisa y diagnóstico de la enfermedad. Aunque hay 3.998 establecimientos del MSDS integrados al PICT, todavía está pendiente la incorporación de 668. Cabe añadir que los establecimientos no dependientes del MSDS reportan menos del 50% de cumplimiento de las actividades de vacunación, localización y tratamiento de los casos⁹⁶.

VI. Salud sexual y reproductiva y salud infantil

Salud sexual y reproductiva

Para este período, se reconoce como un logro positivo de la Dirección de Salud Sexual y Reproductiva del MSDS, la publicación de la Norma Oficial para la Atención Integral en

91. MSDS: Informe del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis - Año 2003. Año evaluado 2002. Págs. 8 y 10.

92. Ídem. Pág. 11

93. Ernestina Herrera: El Nacional, 27.07.04, pág. B-10.

94. Ídem.

95. MSDS: op.cit. Pág. 10-11.

96. Ídem. Pág. 12.

Salud Sexual y Reproductiva⁹⁷, en la cual se establecen las directrices fundamentales de la Política Pública de Salud Sexual y Reproductiva que adelanta el MSDS en aras de solventar la prevalencia del embarazo en adolescentes; las altas tasas de mortalidad materna e infantil; la elevada incidencia de morbi-mortalidad por cáncer cérvico, mamario y próstata; el elevado índice de niños, niñas y adolescentes víctimas de abuso sexual; y el incremento de la violencia intrafamiliar y de género.

La mortalidad materna por razones vinculadas al embarazo se mantiene elevada en el último decenio. No obstante para el año 2003 la tasa (por 100.000 nacidos vivos) fue de 57,6, cifra muy inferior a la de 2002 cuando la tasa fue de 68⁹⁸. Pese a esta mejoría, estas cifras revelan una situación alarmante sobre el número de mujeres que mueren por causas relacionadas con el embarazo y el parto. Como se observa en el recuadro relacionado, la situación no ha variado mucho en los últimos diez años. La disminución más importante se presentó en 1998 cuando la tasa bajó hasta 51, de ahí en adelante se ha incrementado progresivamente hasta prácticamente igualar las tasas registradas en los inicios de la década de referencia.

Con base en la información señalada en el Boletín epidemiológico ALERTA, del MSDS, las entidades federales con mayor número de muertes reportadas hasta la semana epidemiológica N° 38 (período del 19.09 al 25.09.04) fueron: Carabobo (24),

Anzoátegui (17), Zulia (15), Lara (14), Bolívar (13) y Aragua (12)⁹⁹. El número de muertes maternas acumuladas hasta el 25.09.04 fue de 157, 21% menos que las 199 registradas en la misma semana epidemiológica de 2003.

Sin embargo, esta disminución es relativa pues debemos tomar en cuenta que las cifras aportadas por el Boletín ALERTA solo brindan una aproximación al número de muertes maternas ocurridas. Esto se debe a que el registro es deficiente y no cumple con los requerimientos básicos para su confiabilidad (informe sobre causas de la muerte y registro en notaría).

Mortalidad Materna	
AÑO	Tasa por 100.000 NVR
1994	69,9
1995	66,3
1996	60,4
1997	59,6
1998	51,0
1999	59,3
2000	60,1
2001	67,2
2002	68,0
2003	57,6

Fuente: Elaboración propia con datos del MSDS.

Entre 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. Todas estas afecciones podrían ser evitables con un mayor control a través de cuidados esenciales durante el embarazo y el parto.

97. Decretada bajo Gaceta Oficial N° 37.705 del 05.06.03. Pág. 1.

98. La tasa de 2002 sobre mortalidad materna expuesta en este capítulo no coincide con la tasa reflejada en el informe anual 2002-2003. Esto se debe a que los datos fueron tomados de fuentes distintas. Para el capítulo anterior la fuente utilizada fue el informe: *Situación de Salud de las Américas. Indicadores Básicos 2002* de la Oficina Panamericana de la Salud, mientras que en el presente capítulo utilizamos los datos del Anuario de Mortalidad del MSDS.

99. Ministerio de Salud y Desarrollo Social: *ALERTA. Reporte Epidemiológico*. Semana N° 38. Período del 19.09.04 al 25.09.04. Pág. 7.

Como hemos señalado en años anteriores, para disminuir la tasa de mortalidad materna se debe incrementar la cobertura en la atención prenatal, especialmente en aquellos sectores con mayores niveles de exclusión de los servicios públicos de atención a la salud. Según el Dr. Luis Rojas, Coordinador del Comité de Prevención y Control de la Mortalidad Materno Infantil del MSDS¹⁰⁰, la población con escaso acceso a la atención prenatal ha disminuido considerablemente, pues según el censo realizado por la Dirección de Salud Sexual y Reproductiva del MSDS, alcanza el 80% de cobertura en el país¹⁰¹. Rojas señala que “a través de las casas comunitarias¹⁰² y la atención que brindan los profesionales de la salud de la Misión Barrio Adentro, se ha logrado llegar a un grupo importante de la población mayormente excluida, lo que sin duda alguna impacta de manera positiva y disminuye el porcentaje de mujeres que no recibieron atención durante el embarazo”¹⁰³.

Para julio de 2004, según datos oficiales aportados a Provea, la Misión Barrio Adentro atendió en control prenatal a 346.000 mujeres embarazadas, mientras que la red primaria de atención en salud atendió a 140.000 para el mismo período¹⁰⁴.

Uno de los factores a tomar en cuenta en el aumento de la posibilidad de riesgo de muer-

te debido a complicaciones relacionadas con el embarazo, es la edad de la madre. Según Luisana Gómez, profesora de la Escuela de Psicología de la Universidad Central de Venezuela (UCV) y consultora en género, violencia y salud sexual y reproductiva del MSDS, en Venezuela el embarazo en adolescentes es considerado por el Estado como un problema de salud pública: “Es el segundo gran problema de salud sexual y reproductiva a nivel nacional; el primero es la alta cifra de mortalidad materna por causas prevenibles, donde la mortalidad de madres menores de 19 años tiene una participación de 40%”¹⁰⁵. El embarazo en adolescentes está íntimamente relacionado con el ciclo de reproducción de la pobreza. Un estudio general sobre la pobreza, realizado en la UCV por Armando Córdova y Alicia Castillo, reveló que, de 42 variables identificadas en el circuito de la reproducción de la pobreza, “había una que estaba presente en 36 oportunidades, esa era el embarazo en adolescentes”¹⁰⁶.

Para el año 2002, la distribución porcentual de los nacidos vivos por grupos de edad de la madre devela que, del total de nacimientos, 30,30% (133.020) corresponden a nacimientos de madres jóvenes cuyas edades se encuentran entre 20 y 24 años, mientras que el 21,38% (93.862) de los nacimientos co-

100. Entrevista concedida por Luis Rojas, Coordinador del Comité de Prevención y Control de la Mortalidad Materno Infantil del MSDS, a Provea el 27.09.04.

101. Entrevista citada.

102. Las Casas Comunitarias están conformadas por personas voluntarias que reciben entrenamiento por parte del MSDS y se capacitan para dar atención a un nivel básico, durante el embarazo y post embarazo. Las personas voluntarias remiten a un centro de atención de salud cuando detectan alguna posible eventualidad como: tensión alta o baja, deficiencia nutricional, u otra posible enfermedad. Igualmente presta atención básica al niño o niña hasta los 5 años de edad.

103. Entrevista citada.

104. Entrevista concedida por Aída Contreras, de la Coordinación de Atención Primaria en Barrio Adentro del MSDS a Provea, el 16.09.04.

105. Luisana Gómez citada en: *Embarazo Adolescente: un problema de salud pública*. Últimas Noticias, 03.08.04, pág. 3.

106. Armando Córdova y Alicia Castillo citados en: *Embarazo Adolescente: un problema de salud pública*: op.cit.

responden a madres cuyas edades oscilan entre 15 y 19 años¹⁰⁷.

Estos datos reflejan un importante aporte a la fecundidad de las madres de este grupo etario, que ubica a Venezuela dentro de un modelo de fecundidad de “*cúspide temprana*”¹⁰⁸. La falta de una educación sexual es una de las causas fundamentales del embarazo precoz, debido a que la mayoría de los y las adolescentes no tiene acceso ni puede escoger libremente métodos anticonceptivos apropiados de bajo costo o gratuitos¹⁰⁹. Además, la poca información y los escasos servicios de salud sexual y reproductiva de calidad contribuyen a que sean más susceptibles a adquirir enfermedades infecciosas de transmisión sexual, incluyendo el VIH/Sida. Igualmente, la inmadurez física vinculada con la falta de acceso a servicios adecuados de asistencia médica prenatal, incrementa las posibilidades de riesgo de muerte debido a complicaciones relacionadas con el embarazo.

La Convención sobre los Derechos del Niño¹¹⁰ reconoce el derecho a la salud de los y las adolescentes, incluyendo la atención sanitaria prenatal y postnatal apropiada y la atención sanitaria preventiva, así como la educación y servicios en materia de planificación familiar, lo que obliga al Estado venezolano a implementar políticas dirigidas a este

grupo etario. La Dirección de Salud Sexual y Reproductiva del MSDS ha desarrollado algunas campañas educativas en este sentido, promoviendo a través de afiches y boletines el derecho humano a la salud sexual y reproductiva; sin embargo, aún son incipientes y de bajo impacto, lo que genera un precario acceso a la educación preventiva y anticonceptiva.

Una consecuencia de ello es el elevado número de mujeres que se someten a abortos inseguros; según el representante del Centro Latinoamericano Salud y Mujer en Venezuela (Celsam), 60.000 mujeres interrumpen el embarazo anualmente en Venezuela. Indica que esta cifra es solo un aproximado “*porque es muy difícil obtener información de consultorios y clínicas privadas donde se hace un gran porcentaje de los abortos a muchachas de la clase media. [...] La mujer en edad productiva siempre tiene graves secuelas que descenderían si en Latinoamérica existiese un alto nivel de educación sexual y la práctica se legalizara. Cabe destacar lo riesgoso de ingresar a estos sitios, pues actualmente 8.000 mujeres son hospitalizadas anualmente por complicaciones al practicarse un aborto en condiciones insalubres*”¹¹¹. Cifras concretas presenta Pablo Galíndez, director del Hospital Materno Infantil del Este, de Petare (Edo.

107. MSDS: Boletín Informativo de Natalidad 2002. N° 002, Marzo de 2004. Pág. 9.

108. Ídem.

109. En Venezuela prevalece el uso de anticonceptivos orales. Debido a razones históricas culturales las mujeres son quienes utilizan métodos anticonceptivos pues al hombre “le incomoda” el uso de anticonceptivos masculinos. El MSDS ha mantenido una campaña sobre el uso de condones para evitar embarazos precoces y enfermedades por contagio sexual; sin embargo, aún es incipiente. En relación con los anticonceptivos orales, estos han incrementado su precio entre un 30 y 50% durante el año 2004, lo que impide el acceso a la mayoría de las mujeres del país. Los servicios de planificación familiar de las maternidades de la ciudad capital actualmente no cuentan con anticonceptivos orales, por lo que se ven obligados a recomendar otro tipo de anticonceptivos como los preservativos intravaginales, cuyo uso es menos conocido por la mayoría de las mujeres.

110. Adoptada por la Asamblea General de la Organización de Estados Americanos, el 20.11.89. Art. 24.

111. Entrevista a Freddy Febres. En: Lorena Ferreira: *60 mil abortos al año*. Últimas Noticias, 08.02.04, pág. 8.

Miranda), quien aseguró que cerca de 100 mujeres ingresan al hospital por abortos, 80% de ellos provocados en condiciones inadecuadas¹¹². Según cifras del Departamento de Registro y Estadísticas de este centro de salud, en el año 2000 se atendieron 1.020 abortos, 1.038 en 2001; 676 en 2002 (en esta fecha el hospital permaneció varios meses cerrado por remodelación) y en el 2003, la cantidad de 1.038. En opinión de Galíndez, “El porcentaje se ha mantenido más o menos constante en los últimos años. Sin embargo, la práctica se ha ido incrementando entre las adolescentes que salen embarazadas. 40% de los abortos provocados pertenecen a mujeres menores de 17 años”¹¹³.

En Venezuela el aborto es considerado ilegal bajo casi cualquier circunstancia. Solo es permitido cuando con ello se salve la vida de la madre (aborto terapéutico), menoscabando el derecho que tiene toda mujer a decidir con quién, en qué momento y cómo tiene o no tiene hijos. Esta condición de ilegalidad genera situaciones de riesgo para las mujeres que deciden someterse a un aborto y deben acudir a centros inadecuados. En el país, las muertes relacionadas con el embarazo y el aborto ocuparon el quinto lugar entre las principales causas de mortalidad en mujeres durante el año 2002¹¹⁴.

Cabe recordar que el 6 de marzo de 2001, el Comité de Derechos Humanos de la ONU (órgano que vela por la correcta aplicación del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, en el que se garantiza el derecho

a la vida), señaló, en sus “Observaciones Finales” al Estado Venezolano que: “*La penalización de todo aborto, no terapéutico, plantea graves problemas, sobre todo a la luz de informes incontestados según los cuales muchas mujeres se someten a abortos ilegales poniendo en peligro sus vidas. El deber jurídico impuesto sobre el personal de salud de informar de los casos de mujeres que se hayan sometido a abortos puede inhibir a las mujeres que quieran obtener tratamiento médico, poniendo así en peligro sus vidas*”¹¹⁵. Y agregó, como exigencia al Estado venezolano, que “*tiene el deber de adoptar las medidas necesarias para garantizar el derecho a la vida (artículo 6) de las mujeres embarazadas que decidan interrumpir su embarazo, entre otras medidas enmendando la ley para establecer excepciones a la prohibición general de todo aborto, no terapéutico. El Estado Parte debe proteger el carácter confidencial de la información médica*”¹¹⁶. En tal sentido, por tratarse del cumplimiento de una obligación en materia de derechos humanos explícitamente señalada por un órgano convencional, Provea avala la propuesta de reforma del Código Penal que propone ampliar las excepciones a la penalización general del aborto no terapéutico.

En relación con la violencia basada en género, el Instituto Nacional de la Mujer (Inamujer) registró entre enero y agosto de 2004, 1.621 denuncias, vinculadas en su mayoría con agresiones físicas, psicológicas y

112. Entrevista a Pablo Galíndez. En: Lorena Ferreira: *Mil 38 abortos atendió el Materno de Petare en 2003*. Últimas Noticias, 28.01.04, Pág. 3.

113. Ídem.

114. MSDS: *Anuario de Epidemiología y Estadísticas Vitales. Anuario de Mortalidad* [en línea] <<http://www.msds.gov.ve>> Consulta del 12.08.04.

115. Organización de Naciones Unidas. Comité de Derechos Humanos, 2001: párrafo 19.

116. Ídem

sexuales¹¹⁷, 48% más que durante el mismo período de 2003 (837). En opinión de Mary Peñuela, coordinadora del área de prevención y atención de la violencia hacia la mujer de Inamujer, “La razón del incremento en el número de denuncias por violencia intrafamiliar, obedece a que, en la medida en que las mujeres conocen que hay una Ley sobre la Violencia contra la Mujer y la Familia –unas instancias que protegen, orientan, apoyan y ayudan-, se deciden a denunciar”¹¹⁸. Por su parte, el Cuerpo de Investigaciones Científicas, Penales y Criminalísticas (CICPC), reportó 10.936 casos de violencia intrafamiliar durante el año 2003¹¹⁹.

Salud Infantil

La mortalidad infantil mantiene tasas similares en el último quinquenio. La tasa más baja se observó entre los años 2000 y 2001 cuando fue de 17,7 por 1.000 nacidos vivos. Como se observa en el recuadro relacionado, en 1994 al inicio de la década utilizada como referencia, la tasa fue de 24,4, disminuyendo progresivamente hasta la fecha. En el 2002 la continuidad del descenso sufrió un leve revés pasando de 17,7 en el 2001 a 18,2¹²⁰. En el 2003 (18,7), la tasa es similar a la de 2002 y para el 2004 el total acumulado hasta semana Epidemiológica N° 38, es de 3.951 muertes infantiles¹²¹, 4,4% menos en relación con las 4.136 registradas para la misma semana en el

2003. Hasta el cierre de este Informe, los estados que presentaron mayor número de muertes fueron: Zulia (389), Anzoátegui (359), Bolívar (332), Carabobo (331) y Aragua (301)¹²².

Estos datos difieren con el cumplimiento de los objetivos planteados en septiembre de 2002, en la Cumbre del Milenio, celebrada bajo el auspicio de la Organización de Naciones Unidas, en donde Venezuela junto al resto de los Estados Miembros de las Naciones Unidas se comprometieron, entre otras cosas, a reducir la mortalidad infantil de los niños menores de 5 años, en dos terceras partes para el año 2015.

Tasa mortalidad infantil	
Año	Tasa
1994	24,5
1995	23,7
1996	23,9
1997	21,4
1998	21,4
1999	19,1
2000	17,7
2001	17,7
2002	18,2
2003	18,7

Fuente: Elaboración propia con datos del Anuario de Epidemiología y Estadísticas Vitales del MSDS (Anuario de Mortalidad).

Respecto a la mortalidad neonatal (menores de 28 días), la tasa se redujo gradualmente en los últimos 10 años. De 14,1 por 1.000 naci-

117. María del Mar Álvarez, Defensora Nacional de los Derechos de la Mujer, Instituto Nacional de la Mujer, en comunicación enviada a Provea en fecha 28.09.04.

118. Entrevista a Mary Peñuela. En Miriam Morillo: *Aumentan denuncias por violencia familiar*. Últimas Noticias, 28.09.04.

119. Carlos Alberto Medina, Asesor Policial del Director General del Cuerpo de Investigaciones Científicas, Penales y Criminalísticas, Ministerio del Interior y Justicia, en comunicación N° 4269, enviada a Provea en fecha 13.10.04.

120. La tasa de 2002 expuesta en este capítulo no coincide con la reflejada en el Informe Anual 2002-2003 (17,7%). Esto se debe a que para el momento de cierre del capítulo no contábamos con las cifras anuales sino con datos parciales del año 2002. La tasa que refleja este informe refleja la tasa anual del año 2002 registrada por el MSDS.

121. Ministerio de Salud y Desarrollo Social: *ALERTA. Reporte Epidemiológico*. Semana N° 38. Op. Cit..

122. Ídem.

dos vivos registrados en 1994, se pasó a 11,9 en el 2002¹²³. La mortalidad postneonatal (infantes de 1 a 21 meses) igualmente descendió de 10,7 en 1994 a 6,2 en 2002¹²⁴.

Entre las principales causas de mortalidad infantil neonatal, las afecciones originadas en el período perinatal¹²⁵ ocupan el primer lugar, con una tasa de 21,3 por 1000 nacidos vivos, lo que refleja una leve disminución con respecto a la tasa del año anterior, la cual fue de 25¹²⁶. Le siguen las anomalías congénitas, los accidentes de todo tipo y las enfermedades infecciosas intestinales.

La mortalidad infantil, especialmente la neonatal, tiene estrecha relación con las condiciones maternas, lo que demuestra la importancia de la atención de salud en los períodos preconcepcional y concepcional, al igual que el seguimiento prenatal durante el primer trimestre del embarazo. Mientras que las muertes neonatales son atribuibles a la atención prenatal y perinatal, dependientes de los servicios de salud y de la atención en el parto, la mortalidad postneonatal depende de las condiciones ambientales, condiciones de vida y de la educación de la madre en relación con el cuidado del niño o niña en el área de salud. En atención a los datos sobre mortalidad infantil, se puede apreciar que la mortalidad postneonatal descendió más que la neonatal. Según Luis Rojas “*esto se debe a una mayor cobertura de los programas de*

inmunizaciones, y al impacto de las campañas realizadas para evitar enfermedades gástricas, las cuales eran una de las principales causas de mortalidad infantil en menores de 1 año y actualmente han disminuido”¹²⁷. Sin embargo, las fallas en el nivel hospitalario y ambulatorio (falta de insumos, circulación o traslado sin rumbo fijo de las parturientas por tiempo prolongado y falta de camas de cuidados intensivos neonatales), sigue afectando directamente la atención al neonato.

En el grupo infantil de 1 a 4 años, los accidentes de todo tipo resultaron la principal causa de muerte, seguida de las infecciones intestinales (incluida la enteritis y otras enfermedades diarreicas), las anomalías congénitas y las deficiencias de nutrición¹²⁸.

Sobre la situación de nutrición de los niños al nacer, el Boletín Informativo de Natalidad de 2002, elaborado por el MSDS, señala que el 90,99% de los nacimientos vivos ocurridos corresponden a neonatos con más de 2.500 gramos de peso al nacer, mientras que el 8,03% presentan bajo peso (menos de 2.500 gramos)¹²⁹. Los estados que presentan un porcentaje mayor de nacimientos con bajo peso son: Falcón (9,66), Delta Amacuro (9,61) y Mérida (9,05)¹³⁰. El análisis de las variables peso al nacer y edad de la madre refleja que los nacimientos con bajo peso se concentran en los grupos de edad entre 45-49: 12,63%; y <15: 12,6%¹³¹.

123. MSDS: *Anuario de Epidemiología y Estadísticas Vitales*. Anuario de Mortalidad. Op. Cit.

124. Ídem.

125. Las afecciones originadas en el período perinatal incluyen trastornos respiratorios, infecciones específicas del período perinatal, feto y recién nacido afectado por factores maternos y por complicaciones propias del embarazo, del trabajo de parto y los trastornos relacionados con la duración de la gestación y el crecimiento fetal. MSDS: *Anuario de Epidemiología y Estadísticas Vitales*. Anuario de Mortalidad 2002 [en línea]. Op. cit.

126. PROVEA: Informe Anual 2002–2003. Caracas, 2003. Pág. 181.

127. Luis Rojas a Provea: entrevista citada.

128. MSDS: Op. cit.

129. MSDS: *Boletín Informativo de Natalidad 2002* [en línea] <<http://www.msds.gov.ve>> Consulta del 05.08.04.

130. Ídem.

131. Ídem.

Según datos del Centro de Atención Nutricional Infantil de Antúmmano (CANIA), ubicado en el Distrito Capital, generados a partir de la población por ellos atendida en ese sector popular de Caracas, en el grupo de entre 0 (mayores de 28 días) y 10 años, la desnutrición infantil¹³², se incrementó a 14,5% en el 2003, mientras que en el año anterior (2002) fue de 6%. Para la Dra. Mercedes López de Blanco, asesora del Centro de Estudios Sobre el Desarrollo Social (Fundacredesa), “*La deficiencia de hierro y la anemia constituyen la carencia nutricional más importante, debido a las implicaciones que tienen para el desarrollo intelectual de los niños*”¹³³. Según estudios realizados por Fundacredesa, entre los lactantes de los estratos IV y V un 51% presenta deficiencias de hierro y 54% anemia. Entre los preescolares, 35% presenta deficiencia de hierro y 39% anemia, mientras que en el grupo de 7 años de edad es de 24% y 20% respectivamente. Estas carencias nutricionales son más agudas en la población infantil que vive en zonas rurales y de estrato socioeconómico más bajo¹³⁴.

VII. Control y tratamiento de enfermedades

En este período persiste, como una violación grave del derecho a la protección de la salud, la falta de acceso oportuno a los medi-

camentos. Las personas con enfermedades crónicas y de alto costo se constituyeron en el grupo más vulnerable, siendo responsables de esta situación el MSDS y el IVSS, como entes encargados de la adquisición y distribución nacional de las terapias medicamentosas respectivas. Vale señalar que la condición crónica de toda enfermedad requiere de un tratamiento médico continuo, incluido el suministro de los medicamentos. La falta de ingesta regular de los mismos propicia desbalances en el organismo y genera resistencia a sus efectos curativos, causando graves afecciones al sistema inmunológico.

Hasta el cierre de este período de estudio, Provea registró en los diarios de circulación nacional un total de 58 denuncias por falta de medicamentos, lo que conllevó la afectación de la salud de este grupo de personas. Según la Coalición de Organizaciones por el Derecho a la Salud y la Vida (Codevida)¹³⁵, la falta de acceso oportuno a medicamentos está afectando a 30.000 personas con patologías crónicas (VIH/Sida, cáncer, hemofilia, deficiencia renal, transplantados y esquizofrenia)¹³⁶, lo que produjo un saldo de cinco personas muertas, tres con afecciones oncológicas y dos con Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (Sida)¹³⁷. Adicionalmente, William Barco, de Acción Ciudadana contra el Sida (Accsi), reportó la muerte de tres personas en el mes de

132. Para mayor información sobre nutrición infantil ver en este informe el capítulo “Derecho a la Alimentación”.

133. Entrevista a Mercedes López de Blanco. En Raquel Barreiro C: *Crece el hambre*. El Universal, 29.03.04, pág. 1-18.

134. Ídem.

135. Codevida es una coalición de organizaciones creada en septiembre del 2003, para la defensa del derecho a la salud y la vida de las personas con enfermedades crónicas de alto costo y riesgo. Integra la representación de varios colectivos afectados por enfermedades como: VIH/Sida, hemofilia, transplantados, cáncer, leucemia y esquizofrenia.

136. Morelia Morillo Ramos: El Universal, 23.04.04, pág. 2.1.

137. Migdalis Cañizales: El Universal, 19.06.04, pág. 2-16. Además de la entrevista concedida por Feliciano Reyna, Coordinador de Salud de Acción Solidaria, a Provea, el 09.08.04.

julio, debido a la falta de control del virus generado por el desabastecimiento de Antiretrovirales (ARV)¹³⁸.

Son varios los factores que obstaculizan el suministro regular y oportuno de los medicamentos, en detrimento del derecho de protección a la salud de este grupo de personas. En opinión de José Delgado, Director General de Salud del IVSS, las dificultades administrativas por los problemas de adquisición de divisas en el marco del control cambiario, son uno de los principales factores que afecta la disponibilidad de los medicamentos¹³⁹. Por su parte Feliciano Reyna, Coordinador de Salud de Acción Solidaria, indica la falta de una regulación sobre el suministro de fármacos en el país, ya que en su opinión el problema no se debe solo al control de cambio, sino también a la mala planificación de las compras por parte del Estado. Los laboratorios suelen tardar entre 6 a 8 semanas, y hasta 12, para concretar la entrega de los medicamentos. Sin embargo, esta circunstancia no es considerada por la Administración sanitaria central¹⁴⁰. Por último, la mora del MSDS y del IVSS para cancelar las deudas contraídas con los laboratorios, prorrogados los pagos en varias ocasiones, ha generado una negativa en la realización de los exámenes y en el despacho de los medicamentos. Estela Hidalgo, Directora Ejecutiva de la Cámara Venezolana de Medica-

mentos (Caveme), denunció que el IVSS mantiene deudas con los laboratorios que datan del año 2001¹⁴¹.

Personas que viven con VIH/Sida

Según el anuario epidemiológico del MSDS del año 2002, la mortalidad por Sida se ubicó como la decimoquinta causa de muerte entre las 25 principales, con 1.173 casos diagnosticados (1,12%)¹⁴². Sin embargo, debemos advertir que estas cifras mantienen un subregistro histórico importante. La morbilidad por el VIH/Sida reporta un subregistro estimado de hasta 80%, lo que hace a Venezuela el país con el mayor subregistro de la región andina, según lo indica un estudio realizado por el Consejo Latinoamericano y del Caribe de las ONG con Servicio en VIH/Sida (LACCASO)¹⁴³. Igualmente, se registra un alza significativa de casos con diagnóstico positivo del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), estimado en 107.280 personas¹⁴⁴, según lo hizo conocer Libsen Rodríguez, del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD)/Onusida. Los más vulnerables al contagio siguen siendo grupos minoritarios, personas homosexuales y trabajadoras sexuales. Rodríguez advierte que, en los nuevos casos, los hombres que tienen sexo con hombres reportan entre el 10 y 30% de los casos. Asimismo, las mujeres -en su mayoría menores de 25 años- ocupan el 25%. Según datos registra-

138. María Isabela Salas: El Universal, 02.07.04, pág. 2-18.

139. Ídem.

140. Morelia Morillo Ramos: El Universal, 23.04.04, pág. 2-1.

141. Thabata Molina: El Mundo, 24.03.04, pág. 25.

142. MSDS. Dirección de Información Social y Estadísticas de la Dirección General de Epidemiología y Análisis Estratégico: Resolución N° 755 del 29.12.03. Caracas, 2003. Pág. 9.

143. Mireya Tabuas: *Venezuela presenta subregistro de 80% de personas que viven con VIH/Sida*: El Nacional, 20.05.04, pág. B-16.

144. Esta cifra fue obtenida con datos del 2000 sobre prevalencia del virus en diferentes subgrupos (homosexuales, trabajadores sexuales, mujeres embarazadas, etc).

dos por la Maternidad Concepción Palacios, en los últimos cinco años se multiplicó por seis el número de casos en gestantes¹⁴⁵.

En este orden de ideas, Edgar Carrasco, Coordinador de ACCSI y secretario regional de LACCASO, señala que el incremento de casos por VIH/Sida responde principalmente a la falta de programas efectivos de promoción y prevención de la enfermedad, siendo este uno de los componentes menos prioritarios de la política sanitaria sobre la materia. Carrasco explica que, aunque el presupuesto del Programa de Prevención y control de la enfermedad del MSDS aumentó de 50 millardos de bolívares en 2003 a 90 millardos en 2004, la mayoría de los recursos se destinan a la compra de Antirretrovirales (ARV), mientras las actividades de prevención carecen de recursos suficientes, lo que no permite el desarrollo de programas masivos efectivos, actividad fundamental para controlar el incremento anual de los casos¹⁴⁶. Para Provea, el desarrollo de actividades de prevención del VIH/Sida requiere además de una inversión suficiente, que ella sea permanente y cuente con participación y control comunitario. Según Feliciano Reyna, representante de Acción Solidaria, la inversión pública destinada a la prevención en VIH/Sida prácticamente quedó restringida a espacios de participación ciudadana, a través de la celebración de convenios de trabajo entre MSDS y varias ONG que desarrollan actividades educativas y de prevención con grupos vulnerables al contagio por VIH/Sida (personas privadas de libertad, adolescentes

en estado de vulnerabilidad, trabajadoras sexuales y grupos homosexuales), lo cual tiene un impacto focalizado que, si bien es positivo, impide una incidencia mayor¹⁴⁷.

Provea considera como un precedente importante en la prevención del VIH/Sida la aprobación de la primera Ley estatal sobre prevención, atención y control del VIH/Sida: Ley para la Educación, Prevención, Atención y Rehabilitación contra el VIH/Sida en el Estado Mérida. En resumen, la Ley regula, entre otros aspectos, los derechos y deberes de la población en general, de las personas que viven con VIH/Sida y de los investigadores; el sistema de atención integral del VIH/Sida; el acceso a la atención integral y a los ARV; los bancos de sangre y las medidas de bioseguridad y epidemiológicas necesarias; la protección a la mujer y al infante; la educación y capacitación en temas sobre VIH/Sida; y la salud laboral, presupuesto y participación de la sociedad organizada¹⁴⁸. También resulta positiva la realización de campañas educativas en 1.637 planteles, que esperamos se extienda a toda la red de establecimientos educativos¹⁴⁹.

El control de la enfermedad también muestra avances y reveses. Los avances dan cuenta de un incremento en la cobertura de los ARV (17 medicamentos) del 27,8% (3.337 personas adicionales) por parte del MSDS, lo que equivale a 12.000 personas cubiertas con respecto a las 8.663 (8.300 adultos y 363 niños(as) y adolescentes) de 2003¹⁵⁰. En parte se debe a que el MSDS asumió ahora la cobertura abso-

145. Entrevista realizada a Libsen Rodríguez Adrián, punto focal VIH/Sida del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo/Onusida, por Nérida Fernández Alonzo: El Universal, 03.08.04, pág. 2-7.

146. Sharira Duarte: Últimas Noticias, 20.05.04, pág. 4.

147. Vanessa Davies: El Nacional, 13.05.04, pág. B-14.

148. Gaceta Oficial del Estado Mérida, N° 688 del 21.11.03.

149. MSDS: Memoria y Cuenta 2003. Pág. 110.

150. Ídem. Pág. 109.

luta de los ARV, lo que incluye a personas adultas, población infantil, mujeres embarazadas, así como la asimilación de afectados que cotizan al IVSS (1.500)¹⁵¹. Frente a estos avances, persisten fallas institucionales no solventadas que afectan el derecho de acceso a tratamiento medicamentoso en forma oportuna y de calidad. Entre otros obstáculos están: el retraso permanente en la adquisición y suministro de los ARV, distribución incompleta de los 17 ARV desde el nivel central hacia las unidades regionales del país, fallas recurrentes en la distribución de los ARV hacia algunos estados, funcionamiento interno de Cadivi que demora los procedimientos para la adquisición de divisas, y finalmente, falta de transparencia sobre las condiciones de bioequivalencia y biodisponibilidad de los ARV genéricos adquiridos por el MSDS. Sobre este último aspecto, varias organizaciones civiles con trabajo en el área viene denunciado desde el año 2003 que el MSDS, a través del Instituto Nacional de Higiene “Rafael Rangel”, no tiene la capacidad técnica instalada para efectuar las pruebas de bioequivalencia de manera acorde a los estándares internacionales de seguridad, calidad y eficacia exigidos por la OMS¹⁵². Hasta el cierre de este Informe, las ONG siguen sin tener acceso a los resultados de bioequivalencia de los ARV genéricos realizados por el Instituto¹⁵³.

Un grupo particularmente afectado por la falta de los ARV es la población reclusa, la cual se encuentra en una mayor desventaja

frente a otros subgrupos. Según Humberto Prado, Coordinador de la ONG Observatorio de Prisiones, las estadísticas oficiales dan cuenta de solo 11 casos, en tanto que el total de personas privadas de libertad asciende a 19.460, lo que permitiría hacer una proyección del contagio “*muchísimo más amplia*”¹⁵⁴. A diferencia de este grupo, la población infantil con VIH/Sida no ha tenido problemas de suministro irregular de los ARV. Desde diciembre de 2003 hasta el cierre de este Informe, el MSDS ha garantizado en forma satisfactoria el tratamiento que necesitan. Sin embargo, hay fallas en el suministro de los reactivos necesarios para detectar oportunamente la enfermedad¹⁵⁵. Según Sandra Escalante, representante de la organización civil Calidad de Vida de Niños, Niñas y Adolescentes (Cavinija), el Instituto Nacional de Higiene “Rafael Rangel” es la única institución oficial que cuenta con esos reactivos (PCR-ADN). No obstante, no tiene una capacidad instalada que permita cubrir la totalidad de la demanda¹⁵⁶.

Personas con hemofilia

En el país hay 2.462 personas diagnosticadas con la enfermedad. El MSDS garantiza el tratamiento a 1.904 de ellas y el IVSS a 558¹⁵⁷. Aunque se reconoce como positivo el suministro de medicamentos por parte del MSDS y del IVSS, la dotación de los factores de coagulación VII y VIII, necesarios para controlar las hemorragias, no está exenta de la crisis del sector público de salud. Al igual que con otras patologías crónicas y de alto costo, el principal problema que dificulta el control de esa

151. Ver PROVEA: Informe Anual 2002-2003. Caracas, 2003. Pág.185.

152. PROVEA: Op. cit. Pág. 186.

153. Entrevista concedida por Víctor Cróker, abogado de Acción Ciudadana contra el Sida, a Provea, el 16.09.04.

154. María Isolieta Iglesias: El Universal, 22.02.04, pág. 2-22.

155. Vanessa Davies: El Nacional, 26.02.04, pág. B-13.

156. Ídem.

157. Morelia Morillo Ramos: El Universal, 24.04.04, pág. 2-1.

condición de salud se vinculó a fallas en el suministro regular de los reactivos requeridos. El IVSS fue el ente que presentó mayores problemas de distribución. Según Antonia Luque, Presidenta de la Asociación Venezolana para la Hemofilia, durante el año 2003 la falta de acceso a los reactivos distribuidos por el IVSS se agravó de tal manera que la dotación ofrecida por el MSDS debió ser administrada con cautela, en beneficio de la totalidad de los pacientes y solo para casos de emergencia¹⁵⁸.

Personas con cáncer

Según el anuario epidemiológico del MSDS del año 2002, el cáncer se mantiene como la segunda causa de muerte en el país, con 16.391 casos registrados, lo que representa el 15,65% de los decesos ocurridos durante ese año. Según estas estadísticas, los órganos principalmente afectados son: los digestivos (4,56%), respiratorios e intratorácicos (2,57%), genitales femeninos (1,90%) y genitales masculinos (1,56%)¹⁵⁹. En la población femenina, el cáncer de cuello uterino y de mama se constituyó en la principal causa de muerte¹⁶⁰. Según Ruth Gómez, Coordinadora del Programa de Oncología del MSDS, todos los días hay 10 (3.657 al año) mujeres que se enferman y 4 (1.499 al año) que mueren a causa del cáncer de cuello uterino. Según Gómez, 5,8 millones de mujeres entre 25 y 64 años se encuentran en riesgo de padecer la enfermedad. Los principales factores de riesgo son: inicio precoz de relaciones

sexuales, hábito tabáquico y el Virus del Papiloma Humano (VPH)¹⁶¹.

En 2001, la tasa de mortalidad fue de 12,4 por cada 100.000 mujeres. No obstante, en el país son varios los estados que superaron este promedio. Por ejemplo, Trujillo, Guárico, Bolívar y Cojedes dan cuenta de tasas del 17,72, 16,33, 15,51 y 15,34, respectivamente¹⁶².

Uno de los principales factores que dificulta la reducción de la incidencia de la enfermedad es la falta de control citológico regular. Aunque el MSDS garantiza servicios de ginecología a 4,6 millones de mujeres, Gómez señala que el programa del MSDS cuenta con una cobertura de servicios de atención y control ginecológico y de salud sexual y reproductiva insuficiente¹⁶³, lo que afecta principalmente a la población femenina de menos recursos, que no tienen la posibilidad económica de acudir a servicios privados.

El cáncer de mama da cuenta de un promedio estimado de morbilidad de 7 mujeres por día. Uno de los principales factores que dificulta la reducción de este promedio es el alto costo del tratamiento medicamentoso y quirúrgico requerido¹⁶⁴. En cuanto al tratamiento para leucemia (cáncer en la sangre), el acceso irregular de los medicamentos se presenta nuevamente como un factor de obstáculo del tratamiento eficaz de los pacientes. Según María Isabel Gómez, Presidenta de la asociación civil Vencemos a la Leucemia, desde el año 2002 el IVSS no ha vuelto a celebrar licitación con los laboratorios, lo que ciertamente

158. Lorena Pineda: Últimas Noticias, 12.02.04, pág. 2.

159. MSDS: Resolución N° 755 del 29.12.03 de la Dirección de Información. Caracas, 2003. Pág. 9.

160. MSDS [en línea] <www.msds.gov.ve> 27.05.04.

161. Vanessa Davies: El Nacional, 06.02.04, Op. cit.

162. Ídem.

163. Ídem.

164. Morelia Morillo Ramos: Op cit.

afecta el suministro regular a las personas cotizantes del IVSS. Gómez denunció que el desabastecimiento de medicamentos durante el año 2003 produjo un saldo de 8 personas fallecidas¹⁶⁵. Por su parte, José Luis López, hemato-oncólogo del Banco de Sangre de Caracas, identifica como un factor adicional la poca capacidad instalada para la realización de trasplantes de médula ósea. Las cifras revelan que el promedio de trasplante por año no pasa de 20, cuando deberían realizarse 200, ya que el promedio anual de casos nuevos se estima en 150¹⁶⁶.

Personas con enfermedades mentales

Las enfermedades mentales suelen identificarse principalmente con esquizofrenia, trastornos bipolares de la personalidad y delirios orgánicos. Adicionalmente, vinculados con estas enfermedades se encuentran los casos relacionados con abuso de alcohol, consumo de sustancias psicotrópicas y suicidio. Los casos relacionados con el consumo y abuso de alcohol y sustancias psicotrópicas revelan una reducción en la edad de inicio de consumo de drogas, de 14, a menos de 10 años de edad. Los grupos etarios con mayor incidencia en el inicio del consumo de drogas están constituidos por personas entre 15-19 años (46,98%), 10-14 años (36,01%) y 20-24 años (10,07%)¹⁶⁷. Al respecto, Augusto Velásquez, Presidente de la Fundación José Félix Ribas, considera que un problema nuevo relacionado con el consumo de drogas en población adolescente, es haberse extendido del ámbito

de los liceos a las escuelas básicas, principalmente, en los grados 4to, 5to y 6to¹⁶⁸. Según datos de la Comisión Nacional contra el Uso Ilícito de las Drogas (Conacuid) durante el año 2003, el 88,8% de la población de pacientes que busca ayuda médica se concentró en población infantil y adolescente con nivel educativo de primaria incompleta (12,7%), primaria completa (21,7%), secundaria incompleta (40,7%) y secundaria completa (13,75%)¹⁶⁹. Esta situación podría revelar debilidades en las campañas informativas y en los programas educativos relacionados con el consumo de drogas.

Asimismo, con base en una muestra de 7.321 pacientes consumidores con necesidad de rehabilitación, Conacuid identificó entre las diez primeras drogas de inicio -en orden de mayor a menor uso- las siguientes: marihuana, alcohol, cocaína, tabaco, crack, bazuco, inhalantes, sedantes, rophinol, heroína y opio o morfina. Por su parte, las drogas que más daño causan a la salud, en orden de gravedad y según el grupo etario más afectado, fueron: crack (20-24 años), cocaína (20-24 años), marihuana (15-19 años), alcohol (40 y más años), bazuco (15-19 años), heroína (20-24 años), tabaco (15-19 años), rophinol (25-29 años), sedantes (35-39 y 40 y más años) u otras drogas (20-24 años)¹⁷⁰. Para la atención especializada de estos pacientes el país dispone de un total de 7.322 establecimientos de tratamiento y rehabilitación, clasificados en centros especializados (5.152), comunidades terapéuticas (2.023) y clínicas psiquiátricas (147)¹⁷¹.

165. Lorena Pineda: Últimas Noticias, 19.02.04, pág. 2.

166. Ídem.

167. COMISION NACIONAL CONTRA EL USO ILÍCITO DE LAS DROGAS (CONACUID): Estadísticas sobre consumo de drogas en Venezuela. 2003. Caracas, 2004.

168. Ídem.

169. Ídem.

170. Ídem.

171. Ídem.

Con respecto al suicidio, el MSDS, según el anuario epidemiológico del 2002, lo ubicó entre las diez principales causas de muerte, con un total de 1.777 casos notificados¹⁷². Las entidades federales con mayor incidencia fueron: Zulia (179), Miranda (91), Aragua (87), Carabobo (79) y Lara (64), resultando más propensa al suicidio la población masculina. Asimismo, el grupo etario más vulnerable resultó ser el comprendido entre 15 y 24 años de edad (3,63% en hombres y 4,58% en mujeres)¹⁷³.

Aunque el país no cuenta con un censo nacional de personas con enfermedades mentales, según Virginia Gutiérrez, integrante de la asociación civil Pacientes Esquizofrénicos Vencimos, hay 6.825 personas viviendo con enfermedades mentales registradas en el SPNS (5.625 dependientes del MSDS y 1.200 del IVSS)¹⁷⁴. El costo mensual asociado al tratamiento medicamentoso, aunque suele ser menor (entre 500.000 y 700.000 bolívares) al de otras patologías crónicas, no repercutió positivamente en la garantía de suministro regular de los medicamentos. Durante el período de estudio, estos medicamentos permanecieron incluidos en la lista de desabastecimiento nacional¹⁷⁵. Entre los factores que contribuyen a ello se incluye la falta de una política nacional en salud mental que regule la adquisición, distribución y almacenamiento de los fármacos requeridos. Por ejemplo, según Gutiérrez, 88 cajas del medicamento Serquel se vencieron en 2003 en el hospital Domingo

Luciani, sin que los pacientes hubieran tenido acceso a este, situación que ocurre con frecuencia, al no contar las instituciones con planes de distribución regular de medicamentos¹⁷⁶. Para la atención médica de este grupo de pacientes, el IVSS dispone de 22 instituciones con servicios psiquiátricos (2.094 pacientes) y 2 dedicadas exclusivamente a la atención de personas farmacodependientes (190 pacientes)¹⁷⁷. Asimismo, la red pública cuenta con 77 instituciones clasificadas como hospitales especializados, unidades psiquiátricas de consulta y de hospitalización, y ambulatorios con servicios de atención psiquiátrica¹⁷⁸. Además, hay 11 institutos psiquiátricos rurales creados para albergar pacientes psiquiátricos crónicos, con una capacidad actual para 1.800 personas (Instituto Psiquiátrico Rural “Maicara”, Instituto Psiquiátrico “Virgen del Rosario”, Instituto de Resocialización Psiquiátrica “Zulia”, Sanatorio Mental “La Paz”, Instituto Psiquiátrico “La Sierrita”, Sanatorio Mental “San Marco de León”, Instituto de Resocialización Psiquiátrica “El Moján”, Instituto Psiquiátrico Rural “Buena Vista” e Instituto de Rehabilitación Psiquiátrica “Raúl Castillo”). Estos establecimientos fueron creados en sustitución de la visión de “manicomios”, pero con el tiempo se transformaron en colonias privadas subsidiadas por el MSDS. Lamentablemente, estos establecimientos de asistencia psiquiátrica no escapan a la crisis de la salud pública. Un ejemplo

172. MSDS: *Resolución N° 755 del 29.12.03 de la Dirección de Información*. Caracas, 2003. Pág. 248.

173. Ídem. Pág. 253.

174. Lorena Pineda: *Últimas Noticias*, 16.02.04, pág. 2.

175. Morelia Morillo Ramos: *El Universal*, 23.04.04, pág. 1-2.

176. Lorena Pineda: *Últimas Noticias*, 16.02.04. Op. cit.

177. INSTITUTO VENEZOLANO DE LOS SEGUROS SOCIALES (IVSS): *Síntesis ejecutiva*. Caracas 2003. Pág. 17.

178. Entrevista concedida por Asia Villegas, Defensora Especial de Salud y Seguridad social de la Defensoría de Pueblo en mayo de 2004.

son los tres establecimientos del Área Metropolitana de Caracas: el Hospital Psiquiátrico de Caracas ubicado en Lídice, dependiente de la Alcaldía Metropolitana; la Unidad Nacional de Psiquiatría “Dr. Jesús Mata de Gregorio”, en Sebuacán, dependiente del IVSS; y el Hospital Psiquiátrico del Peñón, dependiente de la Gobernación del estado Miranda. Estos centros tienen en común problemas de insuficiencia presupuestaria, deterioro de las instalaciones físicas y falta de dotación regular de los medicamentos y demás insumos, afectándose la capacidad operativa de camas de hospitalización. Así, el hospital Dr. Jesús Yerena de Lídice, de contar con una capacidad arquitectónica de 1.000 camas de hospitalización, pasó a tener una capacidad operativa de apenas 120, con un promedio de ocupación del 70%¹⁷⁹. En situación similar está el hospital psiquiátrico de El Peñón, que contando con una capacidad de 130 camas de hospitalización, en el presente solo tiene capacidad instalada para la atención de 60 pacientes¹⁸⁰.

Personas trasplantadas

Según Francisco Valencia, presidente de la organización Amigos Trasplantados de Venezuela y vocero de Codevida, en el país hay 1.800 personas trasplantadas de riñón y 7.500 con deficiencia renal que requieren ser dializadas todas las semanas. Según Valencia, la falta regular de medicamentos, además de poner en riesgo el trasplante, suspende toda posibilidad de nuevos trasplantes¹⁸¹. El costo promedio del tratamiento medicamentoso requerido por persona es de

Bs. 2.500.000 mensuales, lo que dificulta la adquisición por cuenta propia. Entre los principales problemas aún no resueltos están las deudas del IVSS para con los laboratorios. Según Valencia, el IVSS mantiene deudas con los laboratorios desde el período 2002-2003, por 10 mil millones de bolívares, las cuales prometió cancelar en varias ocasiones, sin que hasta el presente se hayan cancelado en su totalidad¹⁸². Los pacientes con deficiencia renal que requieren ser dializados semanalmente no son ajenos a esta situación. Para su atención, el IVSS mantiene contratos de servicio con 65 unidades extrahospitalarias de hemodiálisis que atienden a 7.000 personas en condición crónica por el costo de 2 millones de bolívares cada una. No obstante, la falta de pago de deudas pendientes con estas unidades impide la cancelación de deudas a los proveedores de los insumos y medicamentos requeridos.

Cabe señalar que este funcionamiento irregular de los servicios, además de afectar seriamente la condición de salud de este grupo de personas, los hace más vulnerables a contagios por hepatitis y VIH, ya que deben ser transfundidos con mayor frecuencia¹⁸³.

Población infantil con cardiopatías congénitas

Según cifras de la fundación Cardioamigos, hay un promedio por año de 4.000 nacimientos con cardiopatías congénitas, de los cuales aproximadamente 1.200 necesitan ser intervenidos quirúrgicamente¹⁸⁴. Cabe señalar que la edad idónea para la operación es de un año.

179. Lorena Pineda: Últimas Noticias, 17.11.03, pág. 3.

180. Vanessa Davies: El Nacional, 16.03.04, pág. B-11.

181. El Universal, 23.04.04, pág. 1-2.

182. Lorena Pineda: Últimas Noticias, 17.02.04, pág. 2.

183. Ídem.

184. Leidys Asuaje: El Nacional, 17.04.04. Consulta en línea: <<http://www.el-nacional.com>>

Sin embargo, el patrón de violación del derecho a la salud de estos niños y niñas lo constituye precisamente el tiempo de espera para su operación. En el Hospital de Niños J.M. de los Ríos un fallo ordenó la dotación completa de su área quirúrgica y la instalación de una mesa de diálisis en la cual se acordó, entre otros compromisos, aumentar las intervenciones quirúrgicas, de 2, a 5 y 7 por semana¹⁸⁵. Para el primer trimestre del año 2004 solo se habían realizado 4 intervenciones, de una lista de espera de 469 que incluían 94 casos de estado crítico y 81 donde se requería realizar cateterismos intervencionistas¹⁸⁶. Durante el año 2003, 14 niños y/o niñas con cardiopatías congénitas murieron esperando la intervención quirúrgica¹⁸⁷.

Esta situación persiste ante la falta de recursos financieros suficientes que aseguren la continuidad de las intervenciones quirúrgicas y los cateterismos terapéuticos en caso de cardiopatías menos complejas. Un logro importante fue la suscripción de un convenio entre el MSDS y los siguientes 7 hospitales del país: J.M. de los Ríos (Dtto. Capital), Universitario de Caracas (Dtto. Capital), Universitario de Maracaibo (Edo. Zulia), Universitario de Mérida (Edo. Mérida), Fundascordio (Edo. Lara), Ruiz y Páez (Edo. Bolívar) y Fundacardín del Hospital Militar (Dtto. Capital). Mediante el convenio se espera intervenir a un grupo de 520 niños y/o niñas con cardiopatías congénitas que lo requieren¹⁸⁸.

185. Ver PROVEA: Informe Anual 2000-2001. Caracas, 2001. Pág. 113.

186. Lorena Pineda: *Niños cardiopatas continúan en peligro*. Últimas Noticias, 20.03.04, pág. 2.

187. Lorena Pineda: *Se ignora dónde están los reales de cardiopatas*. Últimas Noticias, 13.03.04, pág. 4.

188. Ídem.