

**INFORME  
ESPECIAL**

**El derecho  
a la salud  
en el proyecto  
bolivariano**



---



.....

---

## Presentación

Este Informe especial es un balance del reconocimiento y defensa del derecho a la salud en Venezuela durante el período comprendido desde el año 1999 –cuando entra en vigencia una nueva Constitución y se inicia el gobierno del actual Presidente Hugo Chávez con su proyecto denominado oficialmente como “Revolución Bolivariana”- hasta el presente. Interesa evaluar los avances, atascos y reveses en la solución de los problemas que afectan la salud de la población venezolana e imposibilitan que este derecho humano se convierta en un derecho individual y colectivo reconocido y ejercido por todas las personas. Para ello, se hace un recorrido por el nuevo marco constitucional, la reforma legislativa e institucional, las políticas, la situación de salud de la población y la gestión del sistema.

En este período surgieron nuevas perspectivas que anunciaban adelantos significativos en materia de reconocimiento y ejercicio del derecho a la salud en comparación con períodos anteriores y, tanto en las orientaciones como en los hechos, es posible decir que el Proyecto Bolivariano marca un punto de quiebre con las políticas (neo) liberales que predominaron hasta los años 1990<sup>1</sup>. No obstante, existen numerosas evidencias de grandes obstáculos para materializar los cambios que desde largo tiempo deben hacerse para que la salud sea un derecho realmente ejercido por toda la población. Continúan los problemas estructurales que históricamente han estado en contra de esa finalidad, como son la fragmentación, la privatización *de facto* y el clientelismo político; y siguen postergadas las

reformas legislativas y organizativas para la conformación y puesta en funcionamiento del Sistema Público Nacional de Salud, siendo un mandato constitucional. Asimismo, el período se caracteriza por cambiantes giros en la política de salud, con incoherencia en las orientaciones y acciones en curso y por la aplicación de débiles medidas para transformar el modo de gestión del sistema. De esta forma es difícil la sostenibilidad de las políticas y del propio sistema, ya que se emplean estrategias verticalistas y excluyentes para evadir o impedir la concertación, agravadas por un contexto de conflictividad política y social, donde la tolerancia y el diálogo son poco practicados por las fuerzas políticas que compiten por el control del Estado.

No es posible hacer un balance objetivo sin tener en cuenta los factores de crisis y polarización política que han convulsionado al país durante este período, y que impactaron en todos los órdenes de la vida social, especialmente a partir del 2002, año que marcó profundamente la gestión de gobierno y en el cual se acrecentaron las divisiones, la intolerancia y el enfrentamiento violento entre los sectores que respaldan la política oficial y los que se le oponen. Ello sin mencionar la tragedia del Edo. Vargas<sup>2</sup>, que consumió gran parte de las energías del Estado y de la sociedad venezolana durante los años 1999 y 2000. Todos los análisis coinciden en calificar a este como un período de alta condensación y generalización de la crisis socio política en Venezuela; y de transición, en el que los factores que alimentan la crisis aún no desaparecen y las soluciones que pronostican salir de ella todavía no dan los resultados esperados

---

para los venezolanos<sup>3</sup>. Esto hace mucho más complicada y difícil la tarea de evaluar las razones que han hecho avanzar o retroceder el derecho a la salud durante estos años.

En este Informe se desarrollan las siguientes secciones: (1) La salud como derecho en el debate constituyente. (2) Las reformas legales e institucionales pendientes (2.1. El problema de la fragmentación; 2.2. La privatización de hecho; 2.3. El Sistema Público Nacional de Salud). (3) Los giros de la política de salud (3.1. La fusión Salud-Desarrollo Social y el Modelo de Atención Integral; 3.2. El Plan Estratégico Social y la Estrategia de Promoción de la Calidad de Vida y Salud; 3.3. La Misión Barrio Adentro). (4) La situación de la salud. (5) La gestión del sistema de salud (5.1. El gasto en salud; 5.2. El presupuesto público en salud; 5.3. La infraestructura de servicios de salud; 5.4. Los recursos humanos en salud; 5.5. La descentralización en salud; 5.6. La participación social). (6) Conclusiones.

## 1. La salud como derecho en el debate constituyente

En 1999 se produce lo que había sido una promesa electoral del recién elegido Presidente Hugo Chávez: la convocatoria a una Asamblea Nacional Constituyente (ANC) aprobada mediante referéndum popular, para redactar una nueva constitución, que permitiría refundar las estructuras políticas, institucionales y económicas del Estado venezolano bajo la concepción de Estado Democrático y Social, de Derecho y de Justicia. Luego de casi seis meses de debate, en los cuales se discutieron cinco pro-

yectos de constitución y una gran cantidad de propuestas en diversas materias, se aprobó el nuevo texto en diciembre del mismo año (también por vía referendaria), que incluye importantes adelantos en el reconocimiento y protección de los derechos humanos, y dentro de ellos, la concepción de la salud como derecho y los deberes y obligaciones del Estado y de la población en su reconocimiento y ejercicio.

Sin embargo, se hicieron llamados para no confundir tales avances normativos con la efectiva voluntad y capacidad del sector salud en su conjunto para resolver de manera contundente y sostenida los severos vacíos y deficiencias arrastradas por largo tiempo. *“La discusión de la Constituyente encuentra al sistema de salud venezolano en la encrucijada más importante de su historia [...]. Contrario a lo que indica el desarrollo institucional en muchas partes del mundo, muchos tienen la ilusión de que al tener una nueva Constitución, la realidad cambiará y viviremos en un país más avanzado. En el sector salud nada puede ser más distante. La construcción de un sistema de salud que preste servicios adecuados y cubra a la totalidad de la población, requiere esfuerzos sostenidos por largos períodos de tiempo”*<sup>4</sup>.

De acuerdo con el constituyente y presidente de la Sub Comisión de Salud de la Comisión de Derechos Sociales de la ANC, Oscar Feo, los principales insumos para el debate de los miembros de la ANC y para la redacción de los tres artículos directamente referidos al tema, más ocho artículos conexos que finalmente fueron aprobados en la nueva constitución, fueron: el diagnóstico del sector, las

---

constituciones de otros países y la participación de universidades, direcciones gubernamentales de salud, empresas de la industria médica y farmacéutica y de organizaciones de la sociedad civil en audiencias públicas, derechos de palabra y reuniones de trabajo<sup>5</sup>. En cuanto al debate, Feo indica los principales problemas abordados:

- La concepción predominante de la salud, donde la enfermedad y la curación son los problemas centrales que se resuelven a través de una práctica altamente medicalizada y circunscrita a la atención que prestan los hospitales y ambulatorios disponibles; además de adoptar una clara tendencia -sobre todo desde mediados de los años 1970- hacia el tratamiento de la salud como un objeto de mercado; es decir, como un problema a cargo de cada quien, que es eventual y parcialmente atendido por el Estado cuando las personas fracasan en su solución.
- La organización fragmentada, segmentada e inequitativa del sistema sanitario, que se impuso desde los años 1940, en el cual se expanden y coexisten distintos sectores y cerca de 500 organizaciones sin una efectiva regulación, coordinación ni comunicación entre sí. Estos sectores son el sistema de seguros sociales, el sistema privado (lucrativo y no lucrativo) y el sistema asistencial público.
- El debilitamiento del carácter público de la salud debido a prácticas centralistas, patrimonialistas y clientelares que se instalaron en el corazón del Estado y penetraron con fuerza en el sector salud, socavando las posibilidades de institucionalizar este

derecho en la cultura y en las políticas públicas como un derecho humano ligado a la vida y como parte del bien colectivo que el Estado tiene la obligación de garantizar.

En respuesta a estos problemas, la nueva Constitución otorgó a la salud rango de derecho social, entendiendo que se trata de un derecho tanto individual como colectivo, en el que están implicados el derecho a la vida y el derecho a un nivel digno de bienestar. Ambas expresiones, asumidas explícitamente en la Constitución, dan una relevancia a este derecho en el país que no se había logrado en anteriores constituciones. Con este enfoque, la salud se convierte, por una parte, en un derecho humano indiscutible y se fortalecen sus posibilidades de exigibilidad y justiciabilidad y, por otra parte, en un derecho que trasciende el reduccionista campo de la enfermedad y de los servicios sanitarios, para colocarse en el campo de las políticas de calidad de vida, de carácter social y económico. Es decir, la salud se asocia con la satisfacción universal y equitativa de necesidades sociales de la población, aun cuando funcionalmente la atención a estas necesidades corresponda a otros sectores e instituciones.

Otra norma sin precedentes que introduce la Constitución de 1999 es el establecimiento de cuatro mecanismos a través de los cuales la Nación venezolana garantiza el cumplimiento del derecho a la salud. Estos mecanismos de garantía son:

- 1) La rectoría del Estado en las políticas de salud, que incluye la regulación de las instituciones públicas o privadas que cumplen una función dentro del sector.

- 
- 2) La creación del Sistema Público Nacional de Salud (SPNS), entendido como la unificación bajo un esquema no centralista (intergubernamental, descentralizado y participativo), de los sectores que administran programas, servicios, organizaciones y recursos financieros de carácter gubernamental, prohibiendo expresamente su privatización y el cobro directo de estos servicios a los usuarios.
  - 3) El financiamiento público y un presupuesto que permita cumplir con los objetivos de la política sanitaria; así como una industria nacional de insumos y la adecuada formación de profesionales y técnicos.
  - 4) La participación activa de las personas y comunidades en todos los niveles del sistema (planificación, ejecución y control).

Del mismo modo, la seguridad social adquiere un espacio relevante en la Constitución de 1999, tanto para realizar los cambios normativos e institucionales del sistema de los seguros sociales, creado en los años 1940 y todavía vigente en Venezuela, como del sistema de salud público en su conjunto. En efecto, en su artículo 86, la concepción de seguridad social intenta romper con el enfoque de afiliación laboral de la post-guerra y adopta un enfoque universal, que da mayor fuerza a los principios rectores del SPNS. Concebidos sobre bases similares, la Constitución abrió las puertas para una reforma integral que permitía unificar las políticas, programas y servicios de salud de organizaciones que por mucho tiempo han actuado en forma fragmentada y segmentada.

## 2. Las reformas legales e institucionales pendientes

Un primer paso para cumplir con la Constitución era iniciar las reformas legales e institucionales que dieran piso al reordenamiento del sistema de salud y a la redefinición de las políticas, planes y programas, de acuerdo con sus principios rectores y objetivos. En agosto del año 2000, se nombra la Comisión Presidencial para la Reforma de la Seguridad Social que elabora la primera propuesta de Anteproyecto de Ley Orgánica de Seguridad Social<sup>6</sup> en el nuevo marco constitucional. El sistema de seguridad social sería el paraguas normativo dentro del cual funcionarían tanto el sistema de salud, como los sistemas de pensiones, empleo, protección contra riesgos laborales y vivienda. Como parte de esta Comisión, el Ministerio de Salud elaboró también el primer Anteproyecto de Ley Orgánica de Salud.

A un temprano inicio en la elaboración de las leyes, le siguieron dificultades para la construcción de acuerdos, incluso dentro del mismo gobierno; y más tarde, el país entró en una secuencia de eventos fuertemente conflictivos que postergaron indefinidamente las reformas legales e institucionales. La Ley Orgánica de Seguridad Social finalmente fue aprobada por la Asamblea Nacional (AN) en el 2002<sup>7</sup>, pero hasta la fecha no se han producido avances visibles en su aplicación y en cuanto al sistema de salud, si bien esta Ley establece la integración de los distintos regímenes existentes, no elimina el

---

## El derecho a la salud en las constituciones de 1947, 1961 y 1999

En la Asamblea Constituyente de 1947 estaba claro entre los actores que el derecho a la salud y los demás derechos sociales debían tener rango constitucional, basándose en las conquistas que, en otras latitudes, habían logrado los trabajadores, y en los progresos que Venezuela había alcanzado en materia de derechos laborales desde el año 1936<sup>1</sup>. En efecto, los derechos sociales fueron incluidos en dicha constitución adoptando los principios de justicia social y de participación equitativa en el disfrute de la riqueza nacional<sup>2</sup>. En su artículo 51 se consagró el derecho a la salud bajo la idea de una ciudadanía universal y de un Estado garante y principal proveedor de servicios asistenciales curativos a toda la población: “*El Estado velará por el mantenimiento de la salud pública. Todos los habitantes de la República tienen el derecho a la protección de su salud. El Estado establecerá los servicios necesarios para la prevención y el tratamiento de las enfermedades*”<sup>3</sup>.

La dictadura trastocó el proyecto constitucional de 1947. En 1953 se introduce una nueva constitución que retrocedió en materia de reconocimiento y protección de los derechos sociales, al hacerlos desaparecer prácticamente del texto constitucional y limitar al mínimo su ejercicio. Pero sobre todo, estos años marcaron la manera como los derechos sociales fueron recuperados en las reformas constitucionales de 1961, donde se asumió un modelo “pactado” de ciudadanía social o de ciudadanía “asistida”<sup>4</sup>. Recobrada la democracia, los mismos actores dieron un tratamiento distinto al proceso constitucional. Para la mayoría, era necesario redactar otra constitución antes que aceptar o reformar la de 1947 en aras de lograr acuerdos entre sectores no conformes con el proyecto político de origen. Si bien la Constitución de 1961 dio continuidad a los postulados de 1947

en lo que respecta al derecho a la salud, se impuso una concepción segmentada o dual del derecho, que contribuyó a su debilitamiento. De un lado se protegía ampliamente a los contribuyentes de la seguridad social, bajo la promesa de expandirla al total de la población y, de otro, se asistía de manera parcial y subsidiaria a quienes no tuvieran cómo pagar servicios de salud privados. El artículo 76 sobre el derecho a la salud se redactó de la siguiente manera: “*Todos tienen derecho a la salud. Las autoridades velarán por el mantenimiento de la salud pública y proveerán los medios de prevención y asistencia a quienes carezcan de ellos*”<sup>5</sup>.

Desde entonces, la salud ha sido un derecho de segunda categoría en Venezuela. Primero, quedó condicionado a las capacidades económicas y administrativas del Estado venezolano en términos de provisión y dotación de servicios y a los circuitos clientelares que se establecieron dentro del Estado para tener acceso a ellos; y más tarde, cuando mermaron estas capacidades y disminuyó el acceso y la calidad de atención de estos servicios, pasó a depender de las posibilidades económicas de las mismas personas. En ambos casos, la salud no ha logrado convertirse en un derecho de las personas que los habilita para exigir y contribuir a su ejercicio. Haciendo analogía con la evolución de otros derechos sociales, el derecho a la educación se encuentra más arraigado en la cultura de la población venezolana que el derecho a la salud, a pesar de que en éste puede estar en juego la vida.

La Constitución de 1999 modifica sustancialmente la norma de salud de 1961, otorgándole su condición de derecho fundamental para todas las personas y rompiendo con la concepción segmentada de su protección. A partir del grave estado de deterioro del sistema de salud y de las

experiencias de otros países, la Constitución estableció un conjunto de principios rectores y organizativos del sistema sanitario público, a fin de garantizar el acceso universal y equitativo a la red de servicios; recobró las prácticas integrales de la salud pública que lograron en los años 1940 y 1960 acabar con graves problemas endémicos, y amplió su espectro de acción hacia la calidad de vida, como lo exigen problemas actuales, tales como empobrecimiento, envejecimiento de la población, deterioro del hábitat, violencia, drogas, inseguridad alimentaria, donde intervienen los sistemas económicos, educativo, ambiental y demográfico.

1. Al respecto Andy Delgado Blanco cita las palabras de Andrés Eloy Blanco en el debate constituyente de 1947: *“Otros puntos que deben ser elevados a la categoría de principios constitucionales son las garantías sociales y económicas. Hasta ahora las Cartas Constitucionales únicamente han recogido los derechos individuales, los derechos representativos: una igualdad abstracta que estipulaba que todos los hombres eran iguales, pero en realidad no existía tal igualdad [...] La Ley le dice al ciudadano ‘Usted es libre’, pero la realidad respondía: [...] ‘libre de morir de hambre’. La legislación moderna [...], estipuló definitivamente que el trabajo no era una mercancía, que el hombre debe ser considerado en su exacta dimensión humana; y desde entonces los derechos sociales del hombre hoy están reconocidos por la ley; apareció un nuevo concepto de justicia: la justicia social [...] y apareció también incluida dentro de las Cartas Constitucionales [...]. Estas conquistas sociales, recogidas en todas las cartas de trabajo [...] deben ser fijadas definitivamente en la Constitución Nacional”*. DELGADO BLANCO, Andy: “La concepción de la ciudadanía social en Venezuela en tres coyunturas históricas: 1947, 1961 y 1999”. Pág. 93. Trabajo de Grado para optar al Magister Scientiarum en Planificación del Desarrollo, Mención Política Social. UCV-CENDES. Caracas 2000.
2. Ver “Preámbulo” de la CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DE VENEZUELA. 1947.
3. CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DE VENEZUELA 1947.
4. DELGADO BLANCO, Andy: op. cit.
5. CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DE VENEZUELA. 1961.

carácter dual entre contribuyentes y no contribuyentes. Asimismo, la Ley Orgánica de Salud no ha sido discutida en la AN. Existen varios proyectos y fuertes puntos de controversia dentro de sectores del gobierno y fuera de este, sin que hasta el momento haya señales de entendimiento.

### **2.1. El problema de la fragmentación**

En Venezuela no existe un sistema de protección a la salud como tal, sino cantidad de mecanismos y servicios públicos y privados que se manejan aisladamente, según sus propios procedimientos, modos de financiamiento y clientelas. Es un mundo en el que el Estado tiene poca capacidad de rectoría y cuya cobertura y capacidad de atención a los problemas de salud son reducidas. La Comisión Permanente de Desarrollo Social Integral de la AN explicaba en el año 2001 que la seguridad social en Venezuela, incluido el sistema de salud, seguía estando conformada por múltiples instituciones y programas de seguridad social, sin coordinación, con evidentes solapamientos, ineficientes y con un elevado costo fiscal<sup>8</sup>. La fragmentación, como bien se ha llamado a esta falta de organicidad y cohesión interna, es una de las principales causas de inequidad y bajo desempeño del sector salud venezolano, además de aumentar injustificadamente los costos fiscales.

Desde el punto de vista financiero, la fragmentación no permite saber cuál es la magnitud del déficit y cómo se distribuyen los recursos; en la atención, oculta las coberturas reales; y en el ordenamiento, hace tremendamente difícil ofrecer garantías de acceso. Tam-

bién es uno de los factores que más ha contribuido a la falta de respaldo político de los múltiples actores que participan en el sector, incluyendo los actores ligados al gobierno, y crea grandes obstáculos técnicos y financieros que frenan la implementación de los cambios ofrecidos en la Constitución.

La fragmentación es vista por Jaén de la siguiente forma: “*Se podría decir entonces que en el sistema público de salud actual existen múltiples autoridades con mandatos divergentes, sin adecuados sistemas de control y rendición de cuentas por parte del principal (el gobernante o directamente por los ciudadanos), por lo que no existen los incentivos para que los recursos se asignen según los intereses del principal, lo cual incide de manera significativa y negativa en el desempeño de los servicios de salud*”<sup>9</sup>. Esto explica en cierta medida que un país con tan-

tos recursos haya tenido tan lentos resultados en la mejora de sus condiciones de salud. Hacia finales de los años noventa, “[...] *sólo los países más pobres tenían menores coberturas de población en actividades y servicios prioritarios. Nuestra experiencia demuestra que es posible tener inmensas cantidades de recursos y, al mismo tiempo, tener coberturas inadecuadas junto con grandes inequidades en el financiamiento y prestación de servicios*”<sup>10</sup>.

El proceso de fragmentación comenzó cuando en los años 1930-1940 se crearon dos sistemas de protección a la salud, uno de carácter contributivo empresa-trabajador-Estado, que se conformó como el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS), siguiendo el modelo laborista extendido en Europa después de la segunda guerra mundial; y el otro, de carácter asistencial público para

**Cuadro N° 1**  
**Composición del Sector Salud en Venezuela**

Sistemas Públicos	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Sistema Sanitario Público</li> <li>■ Servicio Autónomo de Elaboraciones Farmacéuticas Sefar-Sumed</li> <li>■ Servicios de Asistencia Médica de Gobernaciones y Alcaldías</li> <li>■ Instituto Nacional de Geriátría y Gerontología (Inager)</li> </ul>
Sistemas Públicos Contributivos	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Instituto de Previsión y Asistencia Social para el Personal del Ministerio de Educación (IPASME)</li> <li>■ Instituto de Previsión Social de las Fuerzas Armadas (IPPSA)</li> <li>■ Institutos y Fundaciones de Previsión y Asistencia Social de organismos del Gobierno y Universidades públicas y privadas</li> <li>■ Pólizas Colectivas HCM y Servicios de Asistencia Médica por Contratación Colectiva en Instituciones, Empresas y Universidades del Sector Público</li> </ul>
Sistema de los Seguros Sociales	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS)</li> </ul>
Sistemas Contributivos Patronales	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Pólizas Colectivas HCM en Empresas del Sector Privado.</li> </ul>
Sistemas Privados	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Sistemas no Convencionales Solidarios</li> <li>■ Servicios Prepagados</li> <li>■ Seguros Privados Particulares</li> <li>■ Clínicas y Consultorios Particulares</li> </ul>

**Fuente:** D'ELIA, Yolanda: *El Fondo de Asistencia Médica (FAM) del IVSS: situación actual y opciones de reforma*. En: *Seguridad Social: Aportes para el Acuerdo*. Volumen 3. Documento del Proyecto Pobreza (Tercera Etapa). UCAB-USB Asociación Civil para la Promoción de Estudios Sociales. Caracas, 2002.

Cuadro N° 2

<b>Organismos con financiamiento fiscal exclusivo o predominante</b>	<b>Gasto en salud en dólares americanos (\$) por persona (2001)</b>
Ministerio de Salud y Desarrollo Social (MSDS)	73.05
Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS)	137.12
Instituto de Previsión Social de las Fuerzas Armadas (IPSA)	256.03
Instituto de Previsión y Asistencia Social para el Personal del Ministerio de Educación (IPASME)	232.56
Hospitalización, Cirugía y Maternidad (HCM) en el sector público	290.20
Petróleos de Venezuela (PDVSA) y Banco Central de Venezuela (BCV)	Más de 1.000

Fuente: Cálculos propios, a partir de presupuestos de las instituciones incluidas para el año 2001.

los no contribuyentes, bajo la gestión centralizada del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (MSAS). El aseguramiento por la vía del Seguro Social o por la vía privada fue el modelo predominante de protección en salud que se adoptó en Venezuela, suponiendo unos recursos petroleros en constante aumento que permitirían apoyar una rápida expansión de la masa trabajadora en el marco del proceso de industrialización.

Por diversas razones, el sistema de seguros sociales no se expandió al mismo ritmo que el sector de los trabajadores públicos y comenzaron entonces a aparecer una gran cantidad de sistemas de aseguramiento en el gobierno central, empresas del Estado y gobiernos estatales y municipales. De allí que se diga que existen todavía hoy en Venezuela cerca de 500 regímenes de aseguramiento en el país, la mayoría dentro del Estado, a través de los cuales se compran al sector privado pólizas de seguro para la atención médica de los trabajadores, sin un registro exacto de cuáles son y qué ofrecen. Por otra parte, la cobertura poblacional más alta que llegó a tener el Seguro Social en toda su historia, fue de 47% en el año 1991<sup>11</sup>, pero a medida que la crisis económica se acentuó y se incrementaron el desempleo y el sector in-

formal, la cobertura fue descendiendo hasta situarse por debajo del 30%.

Adicionalmente, el deterioro de la calidad de los servicios de atención del seguro social, ocasionado en parte por la morosidad pública y privada, ha hecho que la mayoría de las grandes empresas cubran a sus trabajadores con servicios médicos internos o contraten -al igual que el Estado- pólizas de seguro privadas. Hoy en Venezuela la protección a la salud es profundamente inequitativa. Los sectores realmente protegidos son los trabajadores públicos y privadas de organismos y empresas con mayor capacidad financiera y los grupos de altos recursos económicos.

A la fragmentación del sistema contribuyó también un proceso de descentralización parcial e inacabada de los servicios de salud, transferidos a gran parte de las gobernaciones desde el año 1992. En el tiempo que lleva este proceso, que aún no se completa, el apoyo del Gobierno Central no ha sido suficiente ni desde el punto de vista normativo ni desde el punto de vista financiero. Ello creó una gran variedad de esquemas institucionales en salud aumentando la ingobernabilidad del sistema sanitario<sup>12</sup>. Efectivamente, las debilidades de la descentralización en salud están

asociadas con su surgimiento en la crisis económica, política y social de las décadas 1980-1990. La descentralización surge como producto de una crisis política por la implementación de una serie de medidas económicas que llevaron a una rebelión civil en el año de 1989, y ante esta crisis de legitimidad del poder establecido se cedieron cuotas de poder a los estados y municipios para ampliar la base de gobernabilidad del país. Por consiguiente, no se produce a partir de un proceso concertado de transferencia progresiva ni por el desarrollo de capacidades para la conducción de los servicios en los estados.

La fragmentación continúa siendo uno de los mayores problemas del sistema de salud y es la causante de la casi absoluta desprotección de la mayoría de los venezolanos respecto a este derecho. Además, la forma en la que se llevó la reforma permite decir que este problema no tiene salidas a corto plazo. El retardo en la aprobación de la Ley Orgánica de Salud, el mantenimiento de la dualidad de regímenes que establece la nueva Ley Orgánica de Seguridad Social y la ausencia de medidas efectivas para cambiar las reglas de juego dentro del sistema, muestran la existencia de factores a lo interno del gobierno y dentro del propio sistema, que

parecen favorecer la preservación del modelo institucional vigente; siendo uno de los puntos más críticos y todavía objeto de discusión entre los actores, la integración de los programas, recursos financieros y redes de salud entre el sistema de los seguros sociales y el sistema público de salud.

## 2.2. La privatización de hecho

La mayoría de los venezolanos resuelve sus problemas de salud pagando por ellos. Esta es una realidad constante en Venezuela; se acentuó más durante los años 90 y continuó acrecentándose en los últimos años. Las bajas coberturas, los problemas de acceso y el reducido desempeño de los servicios de salud, la fragmentación y la escasa rectoría sobre el sistema, sumado a los recortes del presupuesto público en salud, contribuyen a un aumento sostenido del gasto privado en salud y fundamentalmente del “gasto de bolsillo” que para el año 2001 representaba el 95% del gasto total privado<sup>13</sup>. Tanto así, que para el año 1996, el gasto privado llegó a representar más del 70% del gasto total en salud, indicando que para ese momento el sistema se soportaba sobre una base financiera fundamentalmente privada<sup>14</sup>. Además, son las personas ubicadas en el cuartil IV, de menores ingresos, como podemos observar en la siguiente gráfica, las que gastan más de su presupuesto en asistencia médica y hospitalización.

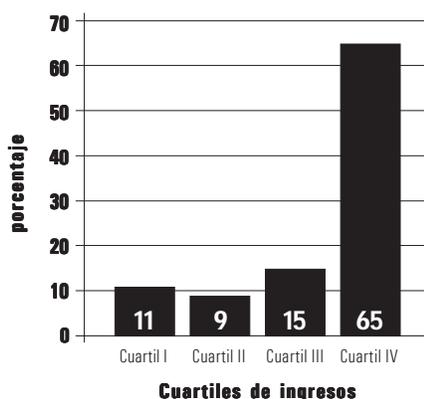
Una parte de este gasto de los hogares se va en el pago de los servicios públicos, que comenzaron a crear diversos mecanismos de cobro sin ninguna regulación por parte del Estado, desde las décadas de 1980 y 1990. Es

**Cuadro N° 3**  
**Evolución del Gasto Público y Privado**  
**en Venezuela 1995-2002**

<b>Años</b>	<b>Gasto Público</b>	<b>Gasto Privado</b>
1995	33.3	66.7
1996	28.2	71.8
1997	42.2	57.8
1998	39.4	60.6
1999	39.1	60.9
2000	44.8	55.2

Fuente: OAEF/IESA/OPS: op. cit.

**Gráfico N° 1**  
**Gasto de los hogares en asistencia**  
**médica y hospitalización. 1997**



Fuente: OAEF, 1998.

así como la población venezolana se acostumbró a pagar gran parte de los insumos médicos y farmacéuticos en los hospitales públicos, o era inducida a pagar en dinero, alegándose “sistemas de recuperación de costos”. Tal figura de cobro directo se facilitó cuando varios hospitales públicos adoptaron la figura jurídica de servicios autónomos, que permitía cobrar legalmente a los usuarios. “*El desfinanciamiento de los hospitales públicos fue de tal magnitud, particularmente en la década de los años ochenta, que los servicios, para no cerrar se vieron en la necesidad de cobrar y para ello instrumentaron distintos mecanismos de recuperación de costos que hacen que hoy, yo diría que el 99% de los hospitales del país, se cobre todo. En algunos casos hasta se cobra por el certificado de nacimiento. Si quieren que lo operen en un hospital, tiene que llevar 50 mil o 100 mil o 200 mil bolívares, o llevar los equipos y los materiales necesarios*”<sup>15</sup>.

En el año 2000, Jaén señalaba: “*La gratuidad de las prestaciones no se cumple en los hospitales ni ambulatorios públicos. Los ciudadanos se ven obligados a pagar en dinero o en especie, a pesar del empobrecimiento de la población y de la cuestionada eficiencia del sistema de recuperación de costos que opera en los servicios. [...] En el Gobierno del Presidente Chávez se están tomando acciones para vetar el cobro directo a los usuarios de los servicios públicos de salud. Tal es el caso de la eliminación de la “autonomía” de algunos hospitales dependientes de la Gobernación del Distrito Federal que se les había otorgado a través de la figura de “Servicios autónomos” [...] y la prohibición del cobro directo a los ciudadanos que utilizan los servicios públicos de salud que se aprobó en la nueva Constitución Nacional (diciembre 1999)*”<sup>16</sup>. Sin embargo, estas medidas no parecen tener el efecto que buscan. De acuerdo con los últimos Informes de Provea, la falta de insumos y medicamentos, así como las fallas de equipos médicos y de infraestructura, no han dejado de aparecer como denuncias de incumplimiento de la gratuidad de la atención en hospitales y ambulatorios públicos<sup>17</sup>. La falta de recursos y el deterioro de estos propician el cobro directo a los usuarios, sea en dinero o en especies, mucho más cuando se trata de problemas sin posibilidad de postergación como los de salud.

Además, desde mediados de los años 1970 el debilitamiento del Estado dejó campo abierto a las tendencias de privatización de la gestión y el financiamiento de los servicios de salud. A partir de 1974 comienza a tener fuerza en Venezuela la idea de un

---

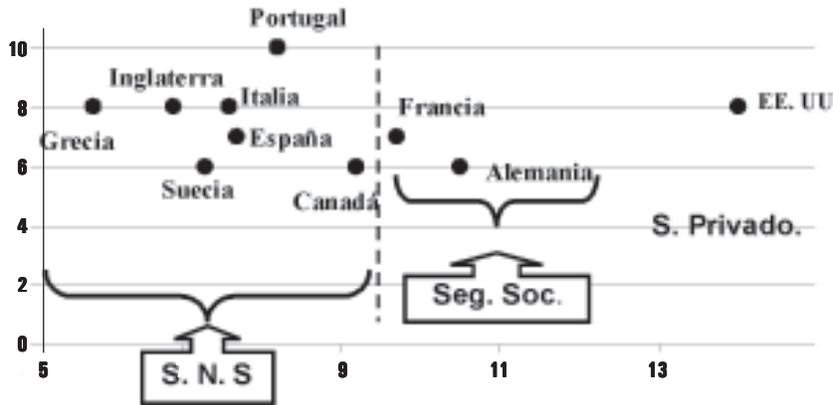
financiamiento compuesto de: el pago directo de los servicios dependientes del Estado según las capacidades de los pacientes, las contribuciones de los trabajadores a la atención médica del seguro y un subsidio estatal para la población indigente<sup>18</sup>. A mediados de la década de 1990 aparece nuevamente la tesis de la privatización en la Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social Integral (LOSSSI)<sup>19</sup>, donde se creaba un sistema de aseguramiento privado en salud para cotizantes, y un sistema de asistencia o fondo solidario para los que no pudieran cotizar. Esta ley fue producto de un acuerdo tripartito entre el gobierno del Presidente Rafael Caldera, los sectores empresariales y sindicales; fue aprobada a través de un Decreto Ley en el marco de la Ley Habilitante de 1998.

La LOSSSI se derogó en el año 2002 al aprobarse la nueva Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social. Pero las presiones hacia la privatización de los servicios de salud, así como de otros componentes de la seguridad social, no han cesado durante este período. Un factor que presiona hacia el uso privado de los recursos públicos y, por tanto, al debilitamiento del Estado en el financiamiento de la salud, es el elevado atractivo del sector para hacer negocios. *“Los intereses del complejo médico-industrial productor de insumos, de la industria químico-farmacéutica, del sector asegurador, genera una situación nociva que hoy -1999- nos permite decir que buena parte del presupuesto que se utiliza en salud se va no sólo en las labores asistenciales, sino en todo ese complejo mundo de los negocios”*<sup>20</sup>.

De acuerdo con Díaz Polanco, Venezuela constituye uno de los países de América Latina que destina menos recursos a la salud sobre el Producto Interno Bruto (PIB), con el agravante de que este dinero va al sector privado<sup>21</sup>. Además, el sistema público de salud se debilita cuando prevalece la fragmentación de las fuentes de financiamiento. Contrario a lo que sucede en Venezuela, la tendencia mundial es a promover sistemas de financiamiento que integren las fuentes de recursos públicos, lo cual no quita que las prestaciones sean diferenciadas<sup>22</sup>. En el siguiente gráfico se observa cómo los países con sistemas públicos de salud universales son los que han logrado reducir sustancialmente los problemas -vistos a través de la reducción de la mortalidad infantil- al más bajo costo. Resultados menos favorables obtienen los países donde prevalecen sistemas privados o sistemas de carácter laborista.

De hecho, uno de los temas controversiales del debate interno entre actores del Gobierno en este período, ha sido la integración de las fuentes de financiamiento del Ministerio de Salud y del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS), y la eliminación de las cotizaciones por salud que hacen los trabajadores al IVSS, siempre planteado en forma progresiva, con el fin de avanzar en la implantación de un sistema público universal. Entre los años 1999 y 2002, el Ministerio de Salud y Desarrollo Social (MSDS) planteaba que la equidad del sistema exigía eliminar la condicionalidad de acceso a la capacidad de pago, garantizando el acceso a los servicios en condiciones de igualdad de oportuni-

Gráfico N° 2  
**Tasa de mortalidad en menores de 5 años (x 1.000 nacidos vivos)**  
**y gasto total en salud como % del PIB, comparación internacional, año 1996**



Fuente: OMS, El Reporte de la Salud en el Mundo, Haciendo la Diferencia, 1999.

dades y sin ningún tipo de discriminación. Efectivamente, la Ley del Sistema de Seguridad Social, ya aprobada, establece la integración de los fondos públicos destinados a salud, cuando dice en su artículo 56: “El Sistema Público Nacional de Salud integrará a través del órgano o ente que determine la ley que regula el Régimen Prestacional de Salud, los recursos fiscales y parafiscales representados por las cotizaciones obligatorias del Sistema de Seguridad Social correspondientes a salud, los remanentes netos de capital destinados a salud y cualquier otra fuente de financiamiento que determine la ley”<sup>23</sup>. Para ello, la misma ley establece un régimen de transición a través del cual todas las instituciones prestadoras de servicios públicos de salud, incluyendo los recursos del IVSS y los de otros regímenes especiales, deben integrarse al SPNS; prohibiendo la creación de nuevos regímenes especiales para los trabajadores públicos.

Pero esta ley no eliminó el carácter contributivo del sistema de seguros sociales, ni de los otros regímenes. La integración del sistema mantiene la misma estructura dual del sistema de salud. El artículo 53 de esta ley dice: “El Sistema Público Nacional de Salud garantiza la protección a la salud para todas las personas, dentro del territorio nacional, sin discriminación alguna. [...] Tal situación no exime a los contribuyentes al Sistema de Seguridad Social de cumplir con el requisito de afiliación contemplado en la presente Ley”<sup>24</sup>. Asimismo, en cuanto a los regímenes especiales establece: “...Las personas afiliadas a los servicios de salud [...] deberán contribuir a su financiamiento con un porcentaje de su salario, cuya cuantía deberá ser igual o superior a la que se fije para las personas que coticen obligatoriamente al nuevo Sistema de Seguridad Social. La contribución a estos regímenes no exime de la cotización al Sistema de Seguridad Social”<sup>25</sup>.

---

### 2.3. El Sistema Público Nacional de Salud

No es la primera vez que en Venezuela se intenta la conformación de un sistema público nacional de salud. Ya en 1936, dentro del proceso de centralización que llevó a crear el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (MSAS), el Ministro Santos Dominici preparó una ley de unificación del sistema y de centralización financiera que no logró llevarse a cabo. En 1987 se promulga la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud con el objetivo de unificar las redes de salud sin alterar la estructura segmentada del financiamiento. Esta ley tuvo una corta vigencia, porque para ese momento venía en marcha el proceso de descentralización del poder público y la elección directa de gobernadores y alcaldes, realizada en 1989. Cabe destacar que todos estos intentos fueron dirigidos a la red de servicios públicos del MSAS, sin tocar la red de servicios del sistema de los seguros sociales que, desde su creación en la década de 1940 hasta hoy, conserva una estructura centralizada. La fragmentación y la privatización de hecho han constituido fuertes obstáculos para llevar a cabo una reforma legal que integre todos los regímenes. Esto requiere de acuerdos institucionales que en los actuales momentos de conflictividad política tienen poca posibilidad de realizarse o de construirse con cierto nivel de legitimidad.

La reforma del sistema de seguridad social en Venezuela, y del sistema de salud como uno de sus principales componentes, ha sido una de las más difíciles y complejas, debido a los múltiples factores políticos en juego; el estado de deterioro financiero e institucional

en el que se encuentran las dos instituciones más importantes del sistema (MSDS y el IVSS) y los amplios déficits sociales y económicos que deben superarse con impactos directos en la situación de salud. Según Hernández: *“La cantidad de aspectos involucrados hace que éste sea uno de los proyectos más amplios de la gestión legislativa actual. También es uno de los proyectos más amplios entre los que han sustentado las reformas a la seguridad social en países latinoamericanos. Esta condición hace que el proceso de debate y de construcción del proyecto sea complejo, tanto técnica como políticamente. En él participan muchos sectores sociales, políticos y económicos, por lo cual la gestión de gobierno se encuentra sometida a una fuerte tensión sociopolítica...”*<sup>26</sup>.

Efectivamente, todavía persisten desacuerdos en relación con la reforma y conflictos intergubernamentales que giran alrededor de tres temas fundamentales:

- La integración: se entiende como un proceso que revierte el estado de fragmentación del sistema de salud, reuniendo dentro de un mismo marco de funcionamiento legal e institucional a los distintos regímenes de salud que existen en el país y cuyos recursos provengan del presupuesto público. En particular reviste especial importancia la integración del Fondo de Atención Médica del IVSS basado en un sistema esencialmente contributivo, dado que por varios años este fondo ha presentado un déficit superior al 70% en los recursos que recauda. Tal situación demuestra su inviabilidad financiera, además de preser-

---

var una situación de dualidad e inequidad de la atención, que puede ser resuelta con la integración, bajo las premisas de no regresividad de los derechos de los trabajadores e incremento de la cobertura y calidad de la atención en salud a toda la población.

- La intergubernamentalidad: se concibe como un proceso de articulación y coordinación de la gestión del SPNS por parte de los distintos ámbitos federativos de gobierno (central, estatal y municipal) bajo la rectoría del MSDS. La intergubernamentalidad del SPNS se ha convertido en una característica necesaria del Sistema a fin de enfrentar los problemas de fragmentación, dispersión e inequidad de la prestación y los recursos de salud a nivel territorial, y punto crítico del debate por sus repercusiones sobre la manera como se ha llevado el proceso de descentralización sanitaria. Se busca con ello construir una estructura interna de relaciones de cooperación, coordinación y comunicación entre los distintos ámbitos de gobierno, que permita fortalecer la combinación y potenciación de los esfuerzos que corresponde a cada uno de estos ámbitos, de acuerdo con metas y prioridades comunes, competencias y capacidades, así como el perfil demográfico, económico, social y sanitario de cada territorio, sin que ello vaya en contra de la autonomía política y administrativa de los gobiernos estatales y municipales.
- La descentralización: se entiende como un medio -no como un fin en sí mismo- de transferencia de la gestión de programas y servicios de salud a los gobiernos

estadales y municipales y a las propias comunidades organizadas. Es un proceso que reordena las competencias y responsabilidades atribuidas a cada ámbito de gobierno, bajo el criterio de no fragmentación del sistema; redefine la estructura de relaciones entre los entes de gobierno y los ciudadanos, partiendo de los principios de corresponsabilidad y participación ciudadana en la toma de decisiones; y obliga a que el sistema se sostenga sobre bases de organización sanitaria, territorial y social más fuertes. La descentralización es uno de los pilares del SPNS que debe concebirse en conjunto con la integración y la intergubernamentalidad es decir, la descentralización debe preservar la unidad del sistema en un marco de pluralidad de realidades, actores y modalidades de gestión; y evitar que los órganos nacionales, estatales o municipales se desentiendan de sus responsabilidades con el financiamiento y la dirección de la gestión.

A las complejidades políticas e institucionales del debate se agrega, tal como lo afirmaba la Comisión Permanente de Desarrollo Social Integral de la AN en el año 2001<sup>27</sup>: las condiciones socio-demográficas, sanitarias y económicas adversas; una estructura regresiva de la distribución de la riqueza y los ingresos; el incremento del sector informal; los altos niveles de pobreza absoluta y relativa; las elevadas cifras de desempleo: el deterioro de los indicadores de salud; y un proceso de envejecimiento de la población por el descenso de la natalidad y, su prolongación, debido al incremento de la esperanza de vida.

---

### 3. Los giros de la política de salud

Los atascos y reveses en la reforma legal e institucional estuvieron acompañados de intentos de políticas dirigidas a generar avances en la aplicación de la norma constitucional, pero en muchas ocasiones a contracorriente de las acciones del propio Gobierno, disminuyendo así las posibilidades de obtener resultados favorables y concretos tanto en el modelo de gestión como en el mejoramiento de los indicadores de salud. Los tropiezos del MSDS para hacer efectivas las políticas, y el débil impacto de estas en la situación de salud, se refleja en los constantes cambios de ministro (tres en cinco años) y en los distintos giros dados a la política social por el Presidente en la gestión de su gobierno, los que también dependieron de los momentos que atravesó la crisis política del país.

Presentaremos aquí tres momentos de la política de salud: el primero, abarca la creación del MSDS y la aplicación del Modelo de Atención Integral (MAI), que corresponden a la gestión del Ministro Gilberto Rodríguez Ochoa entre 1999 y el 2001; el segundo momento es el Plan Estratégico Social (PES) y la estrategia de promoción de la calidad de vida y salud, desarrollados en la gestión de la Ministra María Urbaneja durante los años 2001-2002; y el tercero comprende la Misión Barrio Adentro, como la política que apoya la actual gestión del Ministro Róger Capella.

Cabe destacar que durante este período las políticas de salud han estado sometidas a grandes tensiones, que fueron acrecentándose a medida que se agudizaba el conflicto político. Entre ellas podemos mencionar: la escasa

institucionalización con las que se contaba, debido principalmente al desmantelamiento progresivo de las funciones del Estado en décadas anteriores; una tendencia a preferir acciones coyunturales y de asistencia directa hacia sectores desprotegidos antes que acciones de mediano y largo plazo orientadas a la reforma institucional y al fortalecimiento de las políticas públicas; la designación de miembros de la Fuerza Armada en la dirección de políticas emblemáticas del Gobierno, así como la creación de instancias ad hoc para la coordinación y operación de la política social, que funcionan como canal de mando directo desde la Presidencia y coloca a los organismos públicos (rectores y ejecutores) como entes de apoyo a estas instancias.

#### *3.1. La fusión salud-desarrollo social y el MAI*

En el año 2000, y de manera imprevista, el MSAS se fusiona con el Ministerio de la Familia (Minfam), que en gobiernos anteriores había estado a cargo de los programas de lucha contra la pobreza y de la asistencia social de poblaciones específicas (niños, niñas, adolescentes y jóvenes, mujeres trabajadoras y ancianos). Con la fusión, el Ministerio de Salud pasa a ser el MSDS, integrado por dos viceministerios: uno a cargo de las labores en materia de salud, y el otro, responsable de los programas sociales que ejecutaba el Minfam. Además, se crea el Fondo Único Social (FUS), adscrito al MSDS, que en principio absorbería un conjunto de fondos sociales existentes y actuaría como el brazo financiero de la política social, protegiendo así el nivel de gasto de recortes o ajustes presupuestarios.

**Cuadro N° 4**  
**Anteproyecto de Ley Orgánica de Salud Versión enero de 2002<sup>28</sup>**

Objetivos de la Ley	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Desarrollar los dispositivos para garantizar el derecho a la salud, consagrado constitucionalmente.</li> <li>■ Establecer las bases jurídicas, regulatorias, organizativas y operativas de las políticas, acciones y servicios de salud y de interés para la salud.</li> <li>■ Rige sobre toda política, acciones y servicios de salud en el territorio nacional, además de establecer los principios, objetivos, funciones y organización del Sistema Público Nacional de Salud (SPNS).</li> </ul>
Qué es el SPNS	El SPNS es el conjunto integrado de políticas, acciones, fuentes financieras, instituciones y redes de carácter gubernamental, con participación de los tres ámbitos federativos de gobierno. La rectoría del SPNS corresponde al MSDS, es de coordinación intergubernamental, gestión descentralizada y dirección única en cada ámbito de gobierno. Se organiza en espacios de decisión jerárquicos, funcionales y territoriales de manera intersectorial y participativa
Presencia del sector privado	<p>El sector privado no forma parte del SPNS y continúa funcionando bajo las normas y principios que establezca el órgano rector. No obstante, participa en el SPNS bajo los siguientes términos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Únicamente en la provisión de bienes y servicios y en casos de inexistencia o deficiencia de los servicios públicos de salud (carácter suplementario), de acuerdo con las directrices del SPNS. Los bienes y servicios del Estado no pueden privatizarse y el financiamiento solo puede ser administrado por el SPNS o en cogestión comunitaria.</li> <li>■ Se dará preferencia a las organizaciones filantrópicas o sin fines de lucro, observando criterios de costos/efectividad. Las tarifas serán concertadas y sujetas a baremo, y los contratos serán de conocimiento público y especificarán las causas que dieron lugar a la contratación privada.</li> <li>■ Quedan prohibidos auxilios o subvenciones a instituciones privadas lucrativas, así como la participación directa o indirecta de empresas de capital extranjero.</li> </ul>
Objetivos y funciones del SPNS	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Responder a las necesidades sociales de calidad de vida y salud en forma universal y equitativa.</li> <li>■ Desarrollar la estrategia de promoción de calidad de vida y salud como eje de direccionamiento y articulación de las políticas y acciones de salud</li> <li>■ Proteger el derecho a la salud en cualquier ámbito del sistema sanitario</li> <li>■ Desarrollar el ordenamiento integrado del sistema, asegurando la unidad de esfuerzos y recursos hacia la universalidad en condiciones de equidad</li> <li>■ Fortalecer la participación social.</li> </ul>
Competencias por ámbitos federativos de gobierno	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Central: ejercer la rectoría del sistema, entendida como dirección estratégica del sistema sanitario. Incluye la conducción, regulación, ejercicio de la autoridad sanitaria, distribución del financiamiento, relaciones intersectoriales, nacionales e internacionales, y seguimiento y evaluación del sector.</li> <li>■ Estatal: gestionar y organizar en forma integrada las redes de servicios públicos de salud, así como los recursos financieros; ejecutar normas nacionales o ampliarlas para fines locales de manera suplementaria, garantizando su cumplimiento.</li> <li>■ Municipal: desarrollar políticas y acciones con énfasis en educación, prevención, participación y organización social; planificar y ejecutar acciones de saneamiento; gestionar servicios de atención primaria cuando estos sean de su competencia.</li> </ul>
Participación Social	La participación es el derecho constitucional a ejercer poder de decisión, intervención y control en forma directa, autónoma e independiente, en la formulación, planificación y regulación de las políticas y acciones de salud, y en la evaluación de la gestión. Se ejerce en las instancias de decisión ejecutivas y territoriales del SPNS, y en órganos de control de calidad y defensa de los derechos de los ciudadanos.
Estrategia de Calidad de Vida y Salud	<p>Es el esfuerzo colectivo y transectorial de preservación y desarrollo de la autonomía de individuos y colectivos, hacia condiciones y calidad de vida y de salud, a través de respuestas integrales a sus necesidades. Los ámbitos de la estrategia son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Educación para la calidad de vida y la salud</li> </ul>

## Anteproyecto de Ley Orgánica de Salud Versión enero de 2002<sup>28</sup>

Estrategia de Calidad de Vida y Salud	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Prevención de enfermedades, accidentes y discapacidades</li> <li>■ Política Promocional de Combate a los Accidentes Viales</li> <li>■ Inmunizaciones</li> <li>■ Prevención y Control de la Violencia, especialmente la Violencia Intrafamiliar.</li> <li>■ Diagnóstico Precoz</li> <li>■ Saneamiento Ambiental</li> <li>■ Protección contra la Zoonosis</li> <li>■ Restitución de la salud mediante servicios generales y especializados.</li> <li>■ Rehabilitación integral con base comunitaria</li> <li>■ Política de Salud para los Trabajadores ante enfermedades y accidentes ocupacionales</li> <li>■ Reducción de los efectos de desastres</li> <li>■ Política de Donación y recepción de Sangre, sus componentes y derivados</li> <li>■ Política de Donación y Transplante de Órganos, tejidos Humanos y Materiales Anatómicos</li> <li>■ Política de Seguridad Alimentaria</li> <li>■ Política de Seguridad de Acceso a Medicamentos</li> <li>■ Políticas de Comunicación</li> </ul>
Redes Públicas de Atención a la salud	<p>Los establecimientos se organizan en redes, según niveles, líneas de atención y grados de complejidad, con responsabilidad frente a sus territorios sociales, poblaciones y metas de salud. En cada red existirán áreas específicas de cuidado y en ellas se establecerán jerarquías técnicas y contratos. Son puertas de entrada al sistema la red de atención primaria y la red de emergencias, el acceso a las otras redes solo es posible por medio de referencia médica. Los niveles y tipos de redes son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Red de Atención Primaria (atiende primero y a lo largo de la vida): son servicios que en interacción con las otras redes tienen la misión de responder a las necesidades de salud mediante acciones educativas, preventivas, protectoras, restitutivas y rehabilitadoras, con el máximo de su capacidad de resolución.</li> <li>■ Red de Especialidades Ambulatorias: son servicios dotados para el diagnóstico y tratamiento especializado, siendo sus referencias la red de atención primaria, las emergencias y las altas hospitalarias.</li> <li>■ Red de Emergencias: es el conjunto de componentes básicos para proveer cuidado total a las personas, desde el lugar de percepción de la emergencia, en la ruta a los servicios y en el centro asistencial mismo, para eliminar el sufrimiento, preservar la vida o disminuir la discapacidad. Se compone de: atención primaria en emergencias, atención prehospitalaria móvil, centros ambulatorios de emergencias no hospitalarios, puertas hospitalarias de emergencias y camas de terapia intensiva e intermedias.</li> <li>■ Red Hospitalaria: son establecimientos de internación de diferentes niveles de complejidad y jerarquía para diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, con capacidad para la reinserción de las personas en la comunidad, e incluye una red de cuidados no hospitalarios de apoyo social para pacientes con restricciones de movilización. Algunos hospitales y servicios se considerarán de cobertura nacional.</li> </ul>
Financiamiento del SPNS	<p>El financiamiento es pilar del funcionamiento y expresión de la intergubernamentalidad, por tanto, su totalidad y distribución es resultado de la concertación entre los ámbitos de gobierno. Los Planes Anuales de Financiamiento deben avalarse por las instancias de los ámbitos de gobierno a los que corresponda, ser discutidos y aprobados en el Consejo Nacional de Salud. Es solidario e integrado, constituido por las siguientes fuentes: presupuestos fiscales nacionales, estatales y municipales; ingresos de estados y municipios destinados a salud; contribuciones y recursos financieros provenientes de la Seguridad Social; el cobro de tarifas y otros. Se crea el Fondo Nacional de Salud, y sus réplicas en estados y municipios</p>

**Fuente:** D'ELIA, Yolanda: *El Fondo de Asistencia Médica (FAM) del IVSS: situación actual y opciones de reforma*. En: *Seguridad Social: Aportes para el Acuerdo*. Volumen 3. Documento del Proyecto Pobreza (Tercera Etapa). UCAB-USB Asociación Civil para la Promoción de Estudios Sociales. Caracas, 2002.

---

Después de la fusión, que solicitó el propio Ministerio al Presidente con la idea de abrir la política de salud al campo social, al conocer las experiencias de Canadá y España, siguieron ensayos para integrar las políticas y programas de ambos sectores en el Plan Estratégico de Salud y Desarrollo Social (PESDS). Los objetivos de este plan eran atender un 80% de familias en zonas urbanomarginales y rurales con servicios básicos deficientes en salud, educación y ambiente; disminuir el 44% de hogares en pobreza y el 21% en pobreza extrema; la atención integral de grupos en situación de riesgo, así como prevenir y controlar la morbi-mortalidad prevalente (mortalidad materna e infantil; cáncer de cuello uterino, enfermedades cardiovasculares y enfermedades transmisibles como VIH-SIDA, malaria y dengue)<sup>29</sup>. La integración no fue satisfactoria, y tampoco lo fue la incidencia del PESDS en los problemas sociales. El Ministerio se concentró en las actividades de salud, en tanto que se debilitaron las de desarrollo social, a tal punto que el FUS es fuertemente cuestionado en el año 2001 por sus procedimientos irregulares y el asistencialismo de sus labores.

Entre los años 2000-2001 toma fuerza la idea de implantar un nuevo modelo funcional organizativo de los centros de atención ambulatoria de primer y segundo nivel, que se denominó Modelo de Atención Integral (MAI). Este modelo fue producto de la experiencia de gestión descentralizada del Estado Aragua. Según el Ministro Rodríguez Ochoa, el sistema nunca privilegió las acciones preventivas ni la red ambulatoria: “...nuestra formación y práctica diaria es

*fuertemente curativista, la organización del trabajo es fragmentada y nuestros servicios en la mayoría de las veces solo ofertan dificultades*”<sup>30</sup>. Para Rodríguez Ochoa, la situación de la salud pública en Venezuela era consecuencia del modelo político, cultural y económico, que había fracasado rotundamente: “*Un modelo centralista (no democrático), clientelar (basado en los intereses de partidos, sindicatos y gremios), fragmentado en múltiples sistemas públicos de atención y previsión, tanto en su organización como en su financiamiento y administración, así como en el propio parcelamiento de los programas que ofrece la red de centros de salud, medicalizado y esencialmente curativo, desfinanciado desde el punto de vista presupuestario, con pérdida de calidad, eficacia y eficiencia, provocando el incremento progresivo de los gastos directos realizados por los ciudadanos y de las familias, y una profunda insatisfacción de sus demandas reales*”<sup>31</sup>.

El MAI fue declarado, por Resolución Ministerial, el modelo que debían adoptar todos los centros ambulatorios del país<sup>32</sup>, sin importar su adscripción (municipal, estatal o nacional) y, en efecto, se implantó en 21 de los 24 estados del país. Con este modelo se esperaba crear un mecanismo de integración de los servicios, rescatar la rectoría del Ministerio, fortalecer los programas de salud pública y elevar la cobertura, calidad y reducción de oportunidades que habían perdido las personas que acudían a los centros de salud. No obstante, el Modelo suponía contar con un presupuesto de salud suficiente, personal preparado y herramientas tecnológicas que no

---

fueron suficientemente atendidas. Por el contrario, la implantación del MAI privilegió la aplicación de un nuevo sistema de información (Sistema de Información del Modelo de Atención Integral de Salud -SISMAI-) que concentró sus actividades en mejorar el flujo de información entre los centros de salud y el Gobierno Central, a través de un proceso agregativo de los datos que servía principalmente a las funciones del nivel central y muy poco a las necesidades de diagnóstico y evaluación a nivel local y en los centros de salud.

### ***3.2. El PES y la estrategia de promoción de calidad de vida y salud***

A mediados del año 2001 se inicia un proceso de reformulación conceptual y operativa de la política de salud y de desarrollo social, desde un enfoque de promoción de calidad de vida y salud, que adoptó el nombre de Plan Estratégico Social (PES). El PES representó una nueva direccionalidad de los planes, programas y acciones de salud e incluso de la política social en general, a partir de los derechos consagrados en la Constitución de 1999. Los contenidos del PES marcaron la orientación del Capítulo de Equilibrio Social del Plan de Desarrollo Económico y Social de la Nación 2001-2007; fue base para la revisión de los programas de salud y desarrollo social, para la preparación de los planes operativos del Ministerio durante los años 2002 y 2003, y para la definición de nuevas aperturas programáticas del presupuesto durante estos años. Fue también el marco para la construcción de agendas de trabajo con gobernaciones y alcaldes; sirvió de guía en la reformulación de los proyectos con orga-

nismos multilaterales, particularmente los ejecutados por el Proyecto Salud y el Fondo de Inversión Social de Venezuela (Fonvis); se adoptó como fundamento político del Gabinete Social, así como en lineamiento del Sistema de Información Social de Venezuela (Sisov), a cargo del Ministerio de Planificación y Desarrollo (MPD)<sup>33</sup>.

Las incidencias del PES en cada uno de estos espacios se vio contrarrestada por su falta de expresión en cambios dentro del sistema de salud, así como en la propia gestión interna del Ministerio. Mientras se avanzaba en la formulación del PES y en los dispositivos para llevarlo a la práctica, se impusieron las medidas reactivas para enfrentar la crisis presupuestaria, sanitaria y política entre los años 2002 y 2003<sup>34</sup>: los problemas presupuestarios se acrecentaron con las deudas y los recortes en los años 2002 y 2003, afectando la dotación y operación de los servicios; el congelamiento de la aprobación de la ley de salud y de la reforma sanitaria por desacuerdos internos no permitió avanzar en su implementación; y los conflictos políticos en el país fueron aumentando hasta detonar en el año 2002 con protestas violentas, las muertes y el Golpe de Estado de abril y el Paro Nacional impulsado por sectores de la oposición en diciembre de ese mismo año. Durante este período, hubo numerosas amenazas de paro hospitalario, se presentaron brotes significativos de malaria y dengue que debieron ser atendidos de inmediato y las divisiones políticas entre sectores oficialistas y opositores quebró las relaciones de trabajo y comunicación dentro del sistema.

## El Modelo de Atención Integral (MAI)<sup>1</sup>

El MAI se definió como: “...el proceso de interacción entre el equipo de salud, el usuario, la familia y el entorno comunitario para favorecer la salud, previniendo la enfermedad mediante la combinación de lo biológico y lo social, así como lo individual y colectivo, de manera de promover para toda la población en forma oportuna, adecuada, integrada y de calidad, la promoción, la protección específica, la prevención, la atención y la rehabilitación, a fin de extender la cobertura y la capacidad resolutoria local, respondiendo a las necesidades de salud en los grupos específicos de población que se atienden, y definiendo los servicios sobre la base del perfil epidemiológico” (MSDS, 2001).

Los criterios normativos del modelo fueron:

- 1) Un enfoque biopsicosocial del proceso de salud/enfermedad, que intentaba romper con la

visión tradicional de carácter curativo. La composición del equipo de salud y el abordaje de los problemas sería transdisciplinario, evitando la medicalización de las respuestas del sistema.

- 2) El acceso equitativo a la atención y la inversión per cápita, tomando en cuenta la base de población, las condiciones socioeconómicas y sanitarias de cada región del país. Se adoptaba un enfoque de atención integral por grupos poblacionales, considerando a los niños, niñas, adolescentes, adultos, adultos mayores y poblaciones indígenas.
- 3) Una atención integrada y continua en tiempo y espacio a las necesidades de salud de la población, sustentada en la estrategia de atención primaria, el fomento de los factores protectores de la vida en lo individual, familiar y social, la reducción de los factores de riesgo y la organización de grupos sociales de autoapoyo y desarrollo comunitario.

1. MSDS: *Modelo de Atención Integral*. En: Cuadernos para la Reforma del Sector Salud. Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Vol.1/Nº3. Proyecto Salud. Caracas, 1999; MSDS: *Modelo de Atención Integral Ambulatoria. Manual de Implantación*. MSDS-GTZ. Caracas, 2001; MSDS: *Manual de Implantación del Modelo de Atención Integral a nivel Ambulatorio*. MSDS-GTZ, Caracas 2001.

### 3.3. La Misión Barrio Adentro

La Misión Barrio Adentro se convierte en programa nacional a partir del año 2003. Hasta esa fecha representaba un plan de desarrollo local<sup>35</sup> ejecutado por la Alcaldía Libertador del Distrito Metropolitano en los barrios de Caracas. La experiencia pasó a ser parte del conjunto de misiones impulsadas desde la Presidencia, bajo el comando de una instancia de coordinación ad hoc. El objetivo de estas misiones es la atención de problemas sociales que efectivamente constituyen défi-

cit por largo tiempo acumulados en los sectores populares: muchos se relacionan con déficit de acceso, cobertura y atención de las redes de salud, protección social y educación; otros están asociados con el desempleo y el deterioro de los ingresos. De acuerdo con el MSDS, las misiones consisten en una plataforma operativa que pretende hacer valer los principios constitucionales de universalidad y equidad en la política social. Están dirigidas hacia los sectores excluidos del país, fundamentalmente los que viven en barrios de extrema marginalidad y pobreza, que en Vene-

## El Plan Estratégico Social (PES) y la Estrategia de Promoción de la Calidad de Vida y Salud<sup>1</sup>

El PES fue una herramienta dirigida a desarrollar pensamiento político en la conducción y planificación de la acción pública. Con el PES, el MSDS pretendía materializar en planes, programas y prácticas los postulados de la Constitución en materia de derechos sociales. El plan estaba regido por tres grandes principios y propósitos: la universalidad de los derechos sociales, la equidad y la participación social. A partir de un imperativo ético con las necesidades sociales de la población, se proponía identificar y disminuir los déficit de atención a estas necesidades y cerrar las brechas de equidad por género, condición socioeconómica, pertenencia étnica, ciclo de vida y territorios.

Parte del esfuerzo del PES fue cambiar el enfoque compensatorio y remedial de la política social, conocida como los “programas de lucha contra la pobreza”. El enfoque adoptado por el PES es la Estrategia de Promoción de la Calidad de Vida, en la que los objetivos de la política pública, tanto social como económica, cambian hacia la promoción de la vida y la autonomía de las personas. El debilitamiento de los derechos, así como la inequidades, son los dos mayores obstáculos para el logro de estos dos objetivos. De esta manera, la calidad de vida y la salud “*se convierten en principal eje político integrador de esta nueva direccionalidad, como derecho humano y social inherente a la vida, por consiguiente un bien de relevancia pública superior y un espacio de articulación intersectorial, sustentado en un compromiso de corresponsabilidad entre todos los sectores públicos*”<sup>2</sup>. Para ponerlo en práctica, los instrumentos del PES y de la Estrategia de Promoción de la Calidad de Vida y Salud eran:

- 1) La formulación de políticas, integradas por proyectos de autonomía en cada uno de los ámbitos de necesidades sociales, dirigidas a elevar la calidad de vida de las personas en cada etapa del ciclo vital (infancia, adolescencia y juventud, adultez y ancianidad).
- 2) La elaboración de diagnósticos de necesidades sociales, mediante procesos de planificación participativa en los espacios de pertenencia y desenvolvimiento de la vida de la gente. A esto se llamó territorios sociales, que se definen a partir de criterios espaciales, demográficos, económicos y sociales, y que permiten una comprensión cualitativamente superior de las necesidades de calidad de vida y salud.
- 3) La concertación de agendas por la calidad de vida y la salud en cada territorio social y la articulación de estas en una agenda pública, en la que los actores institucionales y sociales acuerdan prioridades, garantías y compromisos con la respuesta a las agendas territoriales.
- 4) La conformación de redes de promoción de la calidad de vida y salud, a través de las cuales se generarán respuestas integrales, oportunas y equitativas a las necesidades sociales, incorporando a ellas las redes de servicios y las redes de comunidades organizadas.
- 5) La reorientación de modos de gestión del Ministerio y de los organismos involucrados, fortaleciendo sus capacidades normativas y financieras para apoyar la ejecución de las redes, el cumplimiento de las agendas y los objetivos de las políticas de calidad de vida.

1. MSDS: Plan Estratégico Social. Caracas, 2002. Mimeo.

2. Ídem.

---

zuela representan el 60% de la población, así como a los pueblos indígenas y a los habitantes de estados fronterizos<sup>36</sup>.

Así se crearon, entre muchas otras, la Misión Robinson I, dirigida a erradicar el analfabetismo; la Misión Robinson II, que busca llevar a los alfabetizados hasta la culminación del 6° grado de la educación básica; la Misión Ribas, orientada a incrementar el nivel de escolaridad hasta la educación media; la Misión Sucre, cuyo objetivo es abrir oportunidades de estudio a nivel de educación superior, y la Misión Vuelvan Caras, cuyo propósito es encauzar a los participantes de las demás misiones hacia labores productivas en “núcleos de desarrollo endógeno”<sup>37</sup>. La Misión Barrio Adentro tiene un fuerte componente de atención primaria en salud que recibe apoyo del gobierno cubano, pero no es la única área que atiende. Siendo en su origen un plan de desarrollo local, la Misión Barrio Adentro adopta las características de un programa multipropósito que abarca las áreas de salud, educación popular, economía social, consolidación urbana, seguridad alimentaria, recreación, deporte, cultura y comunicación<sup>38</sup>.

Se crea mediante decreto presidencial en el 2003<sup>39</sup> y la coordina una Comisión Presidencial, en la que participan los ministerios de Energía y Minas, Salud y Desarrollo Social, Trabajo y Defensa, así como Petróleos de Venezuela (PDVSA), el Frente de Luchadores Sociales, las Alcaldías, la Asociación Civil Barrio Adentro y entes financieros del Estado. Cada uno de estos organismos tiene funciones de coordinación en distintos componentes. Para apoyar el componente de salud, el MSDS creó en el año 2003 la Coordi-

nación Nacional de Atención Primaria, adscrita al despacho del Ministro y encargada de coordinar el “Plan de Atención Primaria en Salud de la Misión Barrio Adentro”, función que comparte con una instancia de coordinación externa que representa a los médicos cubanos.

El objetivo del plan es garantizar el acceso a los servicios de salud de la población excluida, mediante un modelo de gestión de salud integral y participativo<sup>40</sup>. Su implantación requiere ampliar la red de atención primaria para aumentar las capacidades de penetración y resolución en las zonas populares. Para ello se combinan los presupuestos de distintos organismos y se cuenta con la participación de médicos cubanos que tienen experiencia en el trato directo con comunidades. Esta red estaría integrada por consultorios populares (primer nivel de atención) y clínicas populares (segundo nivel de atención). Son también integrantes de la red los promotores comunitarios, los comités de salud y los médicos y médicas, enfermeras y profesionales de odontología, quienes trabajan en la comunidad y residen en ella. La idea es desarrollar la atención primaria en conjunto con las comunidades organizadas, así como edificar el SPNS bajo este modelo. De acuerdo con el MSDS, el plan de salud de barrio adentro presenta las siguientes fortalezas:

- *“Abarca los factores sociales y de desarrollo endógeno local. Va más allá de una simple extensión de los servicios.*
- *Interviene en el mejoramiento de la calidad de vida y obtención de beneficios de salud óptimos para el mayor número de personas.*

- *Proporciona mayor responsabilidad a los individuos y comunidades, bajo el enfoque de Democracia Participativa.*
- *Facilita los nuevos recursos y la energía social que favorece el desarrollo de la salud.*
- *Funciona en armonía con los demás sectores sociales y económicos involucrados en el desarrollo endógeno local.*
- *Integra los equipos de salud a la comunidad, toda vez, que requiere vivan en las propias comunidades.*
- *Presiona la necesidad de organización e implantación del Sistema Público Nacional de Salud* <sup>41</sup>.

### **El Plan “Barrio Adentro” de Atención Primaria en Salud<sup>1</sup>**

El objetivo del Plan Barrio Adentro es construir un sistema de atención primaria que permita adelantar programas preventivos de atención y penetración hacia las comunidades de difícil acceso y cobertura. A través del plan se prestan servicios de promoción, prevención, tratamiento, diagnóstico y rehabilitación; y también se realizan otras actividades en educación comunitaria, promoción de la alimentación y nutrición, coordinación de esfuerzos para el abastecimiento de agua potable y saneamiento ambiental, asistencia materno infantil e inmunización contra enfermedades infecciosas.

#### **Etapa de implantación y expansión**

Estas etapas consistieron en la distribución de médicos en las comunidades hasta lograr la meta de 1 médico por cada 250 familias. En su implementación se realizaron contactos con autoridades locales, comunidades, líderes comunitarios y organizaciones sociales; se ubicó a los médicos en lugares que contaran con: habitación en casa familiar, una cama, un ventilador, un ropero y acceso al baño, y se gestionó un equipamiento mínimo para realizar la consulta dentro y fuera de la comunidad. En poco tiempo el Plan se expandió hacia nuevas comunidades,

municipios y estados, y se comenzó a planificar el diseño de los consultorios populares, su ubicación y el financiamiento para su construcción y equipamiento, logrando terminar para agosto del 2004 unos 201 consultorios.

#### **Etapa de consolidación**

Esta etapa se inicia a finales del 2003 y su objetivo es fortalecer la integración de las acciones del Plan Barrio Adentro a los programas de salud del MSDS y a las redes de servicios. Esto se hará creando sistemas de información y mecanismos de referencia y contra-referencia de pacientes. También comienza a desarrollarse la política de medicamentos genéricos y esenciales; un proceso paulatino de formación de recursos humanos en las estrategias del plan; y la participación de las comunidades en la gestión de salud. Esta etapa requiere la revisión de la formación técnica y universitaria de los recursos humanos para salud, llevar a cabo una estrategia de sustitución paulatina de los médicos cubanos por personal venezolano y avanzar en la construcción de un SPNS con capacidad para el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, priorizando la atención primaria y el desarrollo comunitario.

1. DEFENSORÍA DEL PUEBLO: *Síntesis del Plan Barrio Adentro*. Caracas 2003. [en línea]. <<http://www.defensoria.gov.ve/lista.asp?sec=190702>> Caracas, 2004.

---

Este plan constituye una acción masiva de atención primaria en salud a los sectores populares. Hoy está presente en el 77% del territorio nacional; se encuentra en el 100% de los municipios de 14 estados del país y entre el 20 y 50% de los municipios de los estados Anzoátegui, Aragua, Cojedes, Falcón, Guárico, Mérida, Táchira y Zulia<sup>42</sup>. Forman parte de su estructura operativa un personal asistencial compuesto por más de 20.000 personas, 6.491 consultorios populares (comunitarios y ambulatorios)<sup>43</sup>, 68 organismos participantes y 578 organizaciones sociales, de las cuales el 87% se concentra en el Edo. Lara. Pese a su concepción masiva y a su rápida expansión en todo el territorio, lo que constituye una relevante experiencia de ampliación del acceso de los sectores populares a la atención primaria, el plan no deja de ser un programa limitado para reivindicar el derecho a la salud de los sectores populares, de escasa sostenibilidad si persisten los problemas estructurales del sistema. En el corto tiempo que lleva ejecutándose, el plan terminó por anular los esfuerzos de redireccionamiento de la política de salud y del sistema en su conjunto. Este plan no cambia las reglas de funcionamiento del sistema de salud, que continúa fragmentado, segmentado y privatizado de hecho en su gestión, prestación y financiamiento.

En el año 2004, la Defensoría del Pueblo advertía que el plan presenta las siguientes debilidades<sup>44</sup>: falta de integración con el Ministerio, como ente rector de la política de salud, y con los entes que lo ejecutan; incapacidad para articular la red de Barrio Adentro en un sistema de referencia y contrarreferencia con los servicios de salud; baja proporción de médicos venezolanos; ausencia de infor-

mación sanitaria y epidemiológica; y continuación de la escasez de recursos y suministros de insumos médico quirúrgicos. A estos problemas se suma, de acuerdo con la misma Defensoría: la labor obstaculizadora del Gobierno Metropolitano, al que están adscritos la mayor cantidad de hospitales y ambulatorios del Distrito Metropolitano de Caracas, la campaña desfavorable de los medios de comunicación y la oposición pugnaz y polarizada del gremio médico.

#### 4. La situación de la salud

La salud comprende todo lo que haga posible permanecer sano. No es solo ausencia de enfermedad, sino la realización plena de condiciones de calidad de vida que permitan alcanzar el mejor estado físico y mental, material y social, espiritual y anímico de las personas, individual y colectivamente, a lo largo de la vida. Siendo así, la salud es resultado de la alimentación, la vivienda, el saneamiento, el ambiente, el trabajo, la renta, la educación y la recreación, el transporte y el acceso a bienes y servicios. Los problemas de salud en Venezuela tienen un alto impacto en la calidad de vida. En el Informe Nacional de Desarrollo Humano 1998 del PNUD, se recogía lo siguiente: “...De los encuestados que declararon haber tenido un problema durante los últimos 12 meses, el primer problema señalado fue la situación económica (45.13%), en segundo lugar, enfermedad (20.52%) y muerte de un familiar (12.56%)”<sup>45</sup>.

La mortalidad general durante este período continuó un patrón de descenso con excepción del año 2001, en el cual la tasa de muertes (4,47) retrocedió a los niveles del año

---

1996 (4,48), para luego bajar a una tasa similar a la de 1999 (4,0). Pero lo más importante es la modificación de la estructura de causas. Entre los años 1999-2000, las enfermedades del corazón representaban la primera causa de muerte; el cáncer, la segunda; los accidentes, y particularmente los accidentes viales, la tercera; las enfermedades cerebrovasculares, la cuarta; los homicidios y suicidios, la quinta; la diabetes, la sexta; y las afecciones en el período perinatal, la séptima. A partir del año 2000, las muertes por homicidios y suicidios comenzaron a subir vertiginosamente, pasando de 4.957 casos en 1999 a 7.378 en el 2000 y a 7.522 en el 2001. Para el año 2002, los homicidios y suicidios ya habían pasado del quinto al tercer lugar en la jerarquía de causas, al aumentar la cifra en 8.781 casos, los cuales sobrepasaron en ese año el número de muertes por accidentes (8.680)<sup>46</sup>.

La evolución de la mortalidad infantil tampoco es más favorable. De 1999 al 2001 las tasas bajaron de 19,0 a 17,7 niños menores de 1 año fallecidos por cada 1.000 nacidos vivos, pero retrocede en el año 2002 a una tasa de 18,2. En este año fallecieron 8.949 niños y/o niñas menores de 1 año. De estos, 5.871 tenían menos de 1 mes de nacidos. Este número de muertes equivale al 61% del total de las muertes infantiles en menores de 1 año<sup>47</sup>. Hasta mediados de los años 70, la mortalidad después del mes de nacimiento (post neonatal) era ligeramente superior a la que ocurría antes de cumplir el mes (neonatal)<sup>48</sup>; pero en los años 80 la tendencia se invierte, reflejando importantes déficit en la calidad de vida de las mujeres y en los derechos materno infantiles: “...la variabilidad de la mortalidad neonatal está sujeta a las acciones dirigidas a la aten-

*ción del embarazo y a la asistencia del parto, y por supuesto, a los cuidados del neonato en los primeros 28 días de nacido. Razón por la cual es importante estudiar las condiciones de acceso a los servicios de atención prenatal, así como la calidad en la atención al parto*”<sup>49</sup>. En el año 2002, la tasa de mortalidad neonatal llegó a 11,92 y la post neonatal a 6,25. La primera causa de las muertes neonatales son las afecciones en el período perinatal<sup>50</sup>, y le siguen las anomalías congénitas. Estas últimas afectan a cerca de 4.000 niños anualmente, quienes nacen con problemas corregibles en un 70,8% durante los primeros años de vida, pero en Venezuela solo se atiende al 10%. Por esta causa murieron en el año 2001 un total de 2.109<sup>51</sup>.

En correspondencia con el patrón de muertes infantiles, la mortalidad materna<sup>52</sup> aumenta sostenidamente durante estos años, pasando de 50,3 en 1999 a 68,0 en el 2002. En este año, el 34% de las muertes maternas se debía a edema, proteinuria y trastornos hipertensivos de las mujeres embarazadas; el 13% a complicaciones del trabajo de parto, alumbramiento y del parto; el 12,5% a complicaciones relacionadas con el postparto, y el 11% a embarazos terminados en abortos. En este mismo año, los estados Delta Amacuro, Apure y Bolívar superaban la tasa de 100 muertes por 100.000 nacidos, y los estados Cojedes, Táchira, Miranda y Portuguesa, se encontraban por encima de las 80 muertes<sup>53</sup>. Estas cifras muestran un claro revés en las políticas de atención materno infantil, contradiciendo así las metas que el mismo MSDS se había planteado en el año 1999 y que establecían bajar a 10% las tasas de mortalidad infantil y materna en un año, y a 40% en 5 años<sup>54</sup>.

**Cuadro N° 5**  
**Tasas de Mortalidad General (TMG), Infantil (TMI)**  
**y Materna (TMM). 1990-2002**

<b>Año</b>	<b>TMG x 1.000 hab</b>	<b>TMI x 1.000 nv</b>	<b>TMM x 100.000 nv</b>
1990	4,62	25,8	58,9
1991	4,32	20,9	53,1
1992	4,48	22,0	53,3
1993	4,47	23,8	63,1
1994	4,63	24,8	69,9
1995	4,49	23,7	66,3
1996	4,48	23,9	60,4
1997	4,30	21,4	59,6
1998	4,34	21,4	51,0
1999	4,41	19,0	59,3
2000	4,38	17,7	60,1
2001	4,47	17,7	67,2
2002	4,40	18,2	68,0

Fuente: MSDS: *Memoria y Cuenta*. Varios años.

En Venezuela coexisten enfermedades infecto contagiosas con enfermedades crónico degenerativas, además de un conjunto de enfermedades no conocidas y una alta incidencia de hechos violentos o por “causas externas”, definidas así en las estadísticas del sector salud como “acontecimientos ambientales y circunstancias como traumatismos, envenenamientos y otros efectos adversos”<sup>55</sup>. La fuente de información sobre la mayoría de las enfermedades conocidas proviene de las consultas y registros de los centros de salud<sup>56</sup>. Son pocas las enfermedades que se conocen a partir de estudios epidemiológicos<sup>57</sup> o encuestas hechas a la propia población. Muchas de las enfermedades más importantes se conocen y son objeto de monitoreo a través de las estadísticas de muertes.

El sistema de consultas indica que, hasta el 2001, las enfermedades agudas más consultadas fueron: 1° síndrome viral, 2° diarreas,

3° fiebre, 4° amigdalitis aguda, 5° cefalea, 6° asma, 7° rinoфарингитис aguda, 8° heridas y traumatismos, 9° dolores abdominales, 10° infección urinaria, 11° helmintiasis, 12° otitis y 13° hipertensión arterial. De estas, las que resaltan por su incidencia en grupos de edad específicos son, en primer lugar, las diarreas<sup>58</sup> en infantes menores de 1 año y entre 1 y 4 años, cuyas tasas específicas son respectivamente 39.843 y 13.311 por 100.000 nacidos vivos; en segundo lugar, la rinoфарингитис aguda, la otitis media aguda y la faringitis aguda en menores de 5 años, con tasas de 16.141, 5.227 y 4.176 respectivamente por cada 100.000 para el 2001; y en tercer lugar, la hipertensión arterial en mayores de 44 años, con una tasa de 6.316 casos por cada 100.000<sup>59</sup>.

Las diarreas y las neumonías son enfermedades infecciosas con alto impacto en el país. En el año 2000, el MSDS decía: “*El índice de mortalidad infantil por diarrea es muy alto, y se estima que de los 10.000 que mueren antes de cumplir el año unos 2.000 mueren por diarrea*”<sup>60</sup>. Las diarreas y las enfermedades respiratorias en infantes se relacionan con condiciones medio ambientales adversas. Son además causa de desnutrición y de anemias, generando así una cadena de efectos infecciosos que provocan y agravan la desnutrición. Los estados con mayor incidencia parasitaria son Amazonas, Sucre, Bolívar y Delta Amacuro. Las comunidades indígenas del Noreste del Edo. Bolívar viven una situación similar. Este Informe reporta también que en el caso de las comunidades indígenas, las muertes por contaminación se han vuelto un problema endémico. En el año 2001, se reportaba a alrededor de 5 a 8 enfermos sema-

---

nales, sin que estos casos fueran registrados por la dirección regional de salud.

Las enfermedades transmisibles (contagiosas o infecciosas)<sup>61</sup> son una de las principales causas de muerte y discapacidad. En ellas se incluyen el dengue, el cólera, las enfermedades prevenibles por vacunas (tétanos, sarampión, poliomielitis, parotiditis, rubeola, tosferina, difteria, tuberculosis), las neumonías, el paludismo o malaria, las enfermedades de transmisión sexual como el VIH-Sida, la sífilis, la gonorrea y la infección por clamidias, el herpes, el virus del papiloma humano (VPH) que se reconoce como una de las causas de cáncer de cuello uterino en las mujeres; y otras enfermedades “tropicales” como la esquistosomiasis, la leishmaniasis, la oncocercosis, la filarisis linfática, la enfermedad de Chagas y la lepra, entre otras. En particular el dengue<sup>62</sup> mantuvo un repunte importante en estos años, pasando de 9.282 casos en 1996 a 42.944 en 1998, y luego a 83.180 en el año 2001, con una mortalidad de 151 casos<sup>63</sup>. Para el año 2002, había descendido considerablemente a un total de 37.676 casos, y su mortalidad bajó a una persona<sup>64</sup>, y entre los años 2003 y 2004 se observa una tendencia a crecer.

Otras enfermedades poco letales como la malaria o paludismo se mantienen en los estados Amazonas, Sucre, Delta Amacuro, Bolívar, Barinas, Apure y Táchira, con un promedio que sobrepasa los 20.000 casos anuales. A pesar de que en el Estado Amazonas se encuentra la zona endémica más extensa, es en los estados Bolívar y Sucre donde se presenta el mayor número de casos, que equivale al 57,3% de los confirmados. Entre los años 1999 y 2000 se eviden-

ció un repunte de la malaria, atribuido a la política de reducción de costos del programa de malariología del MSDS, para luego descender en los años 2001 y 2002, también atribuido a una mejor política de suministro de insumos y medicamentos en los estados más afectados. Durante los años 2003 y 2004, la malaria tiende a crecer debido al incremento de la explotación minera y de casos de malaria selvática en el Edo. Bolívar. A finales del año 2002 se presentaron brotes de fiebre amarilla con 31 casos confirmados y 18 muertes en los estados Zulia y Táchira, así como se registró una tasa nacional de 24,8 casos de tuberculosis por cada 100.000 habitantes, siendo más alta en los estados Delta Amacuro (81,0), Distrito Capital (63,3), Monagas (43,0), Portuguesa (38,6), Amazonas (34,5) y Sucre (34,4)<sup>65</sup>.

El Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH-Sida), enfermedad causada por un retrovirus que ataca el sistema inmunológico<sup>66</sup>, de alta letalidad, aparece en Venezuela en el año 1982 y se estima que existan hoy en el país unos 82.000 casos, aunque organizaciones civiles han llegado a estimar un total de 500.000 mil personas seropositivas en el país<sup>67</sup>. De acuerdo con Provea, en el 2001 se estimaba un subregistro del 80% y, para el año 2002, de 90%. Las tasas de mortalidad y morbilidad han ido aumentando. Entre 1982 y 1999 se registraron 8.047 casos de VIH-Sida, de los cuales murieron 4.726 (58,7%), y para el año 2004 aumentó a 107.280 casos<sup>68</sup>. Durante su prevalencia en el país, se han producido cambios en el patrón de contagio<sup>69</sup>. De concentrarse predominantemente en hombres a través de relaciones homosexuales y bisexuales (72% de los casos), ha aumentado desde 1994 la

---

cantidad de hombres y mujeres contagiadas por relaciones heterosexuales (20%)<sup>70</sup>. También desde 1991 aumentaron rápidamente las mujeres infectadas (56,1% por relaciones heterosexuales y 4,6% por vía sanguínea), generando también un incremento de mujeres embarazadas y recién nacidos seropositivos contagiados por vía perinatal (8,2%). Es importante destacar que en el 37% de los casos se desconocen las vías de contagio, mucho más en los hombres que en las mujeres.

Las enfermedades crónico degenerativas han ido incrementándose en el perfil de mortalidad de la población venezolana, lo que se encuentra relacionado con cambios en los patrones de vida y con el envejecimiento poblacional. En el Informe Nacional de Desarrollo Humano del PNUD del año 2000 se encontró que el 44,3% de los hogares venezolanos reportaba al menos un enfermo crónico<sup>71</sup>. Estas enfermedades son altamente discapacitantes y de alto impacto económico y social. Las enfermedades cardiovasculares, en las que tiene un peso importante las cardíacas, las cardiovasculares, las fiebres reumáticas (asociadas con hacinamiento y malas condiciones de la vivienda) y las del sistema vascular periférico, continúan en ascenso sostenido. Asimismo ocurre con la cardiopatía chagásica (por enfermedad de Chagas) con alta letalidad y localizada en los estados Cojedes, Carabobo, Guárico, Aragua, Portuguesa, Yaracuy y Lara. Respecto al cáncer, se reporta diariamente un total de 74 nuevos casos y se producen anualmente 38 muertes por esta enfermedad. Los tumores del sistema digestivo son la primera causa de las muertes por cáncer y en un segundo lugar se encuentran los tumores de los órganos respiratorios.

Finalmente, las enfermedades renales constituyen un importante problema de salud, no solo por las altas tasas de nuevos casos, sino porque en un alto porcentaje de ellas se sigue un curso hacia la cronicidad y pérdida progresiva de la capacidad funcional. Por ello, estas enfermedades tienen un alto impacto social y económico, entre otras razones por el costo de las terapias de sustitución de la función renal con diálisis o trasplante<sup>72</sup>. La hipertensión arterial, el infarto agudo del miocardio, la diabetes mellitus, la nefritis y la nefrosis están asociados con esta enfermedad y van en aumento desde finales de la década de los ochenta. En particular, la diabetes mellitus<sup>73</sup>, que representa en Venezuela la sexta causa de mortalidad en el país, es una enfermedad “silenciosa” relacionada con otras enfermedades que pueden producir enfermedades renales y ceguera, así como está implicada en ella la mortalidad por infartos al miocardio, insuficiencia renal y accidentes cerebrovasculares.

Este cuadro de la situación de salud, como dijimos antes, no solo está asociado con el sistema de salud, también tienen que ver con los problemas de alimentación, el saneamiento, la violencia, sin dejar de mencionar los trastornos mentales o del comportamiento que en Venezuela no son registrados ni atendidos por el sistema de salud. En alimentación, Venezuela presenta graves problemas estructurales relacionados con una baja actividad agrícola y ganadera, excesiva dependencia de las importaciones, cronicidad del problema de la desnutrición e insuficiencias en los consumos de calcio, hierro, vitamina A y yodo.

---

El Informe anual 2002 de Provea<sup>74</sup> reportaba que el Fondo de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO)<sup>75</sup> ubicaba a Venezuela como uno de los países con peores resultados en la protección nutricional de la población. Entre los años 1992 y 1999 en Venezuela aumentó el número de personas subnutridas, de 2.300.000 a 4.800.000 personas. Este mismo Informe recoge datos de la Comisión Nacional de Alimentación (CNA), registrando unos 3 millones de personas en el país que sufren de algún grado de desnutrición y un déficit de 200 kilocalorías por persona promedio; así como los datos del Instituto Nacional de Nutrición (INN) indican un total de 896 niños y/o niñas ingresados a centros hospitalarios con cuadros de desnutrición severa (marasmo, kwashiorkor y mixta) en 19 entidades del país. Los estados con mayor incidencia son: Trujillo (5,6%), Barinas (2%), Portuguesa (3,3%), Guárico (3,5%); Bolívar (1,8%), Miranda y Delta Amacuro (1,7%). Para el año 2003, el Informe Mundial de las Metas del Milenio del PNUD indicaba que Venezuela se encontraba entre los países con resultados insatisfactorios en la reducción del hambre, con un 21% de personas en situación de desnutrición<sup>76</sup>.

El valor más alto de adecuación energética se alcanzó en 1992, con un consumo promedio de 2.377 Kcal./persona/día, descendiendo hasta 2.125 en 1999, y recuperándose a 2.210 en el año 2000. Las cifras de Fundacredesa<sup>77</sup> indican que los niveles de ingesta son de 2.156 en los estratos más bajos del Área Metropolitana de Caracas, y de 2.034,3 en estos estratos de otras ciudades del país. La disponibilidad de proteínas fluctuó entre 1990-2000 entre 57 y 66 gramos/persona/día, y se califica como una situación de

seguridad alimentaria crítica. El aumento de los precios generales a partir del 2002 ha impactado el consumo de alimentos, evidenciado en la disminución de las ventas y del volumen de demanda, lo cual puede haber disminuido la ingesta calórica y proteica para todos los grupos sociales.

En las últimas décadas, Venezuela logró una amplia cobertura de servicio eléctrico, así como de acueductos de agua potable. Ello se confirma en el Censo 2001, donde se registró un 96,8% de viviendas con electricidad y un 90,7% con servicios de agua potable, de las cuales el 92,3% se surten a través de sistemas de acueductos<sup>78</sup>. Sin embargo, aun cuando existe una amplia cobertura de servicios de agua potable en viviendas, estudios demuestran que la mayoría de las empresas hidrológicas públicas no pueden ofrecer los requerimientos diarios de agua que necesita la población. Asimismo, la calidad del agua es deficiente. “...Venezuela cuenta con 125 plantas de potabilización, que según la OPS son insuficientes, ante la creciente densidad poblacional que desborda la capacidad de las mismas y ante una deficiente vigilancia y control del servicio, especialmente en zonas rurales. En 1999, el porcentaje de aguas no potabilizadas alcanzó un promedio de 62%”<sup>79</sup>. La cobertura es mucho menor en lo que respecta al porcentaje de viviendas con sistemas de eliminación de excretas. La cobertura nacional alcanzó un 68,1% de viviendas en el Censo 2001, quedando todavía por resolver un déficit de 31% a escala nacional. Este déficit es mayor en los estados Apure, Delta Amacuro, Amazonas y Monagas, donde más del 50% de las viviendas no poseen sistemas de saneamiento ambiental<sup>80</sup>.

## 5. La gestión del sistema de salud

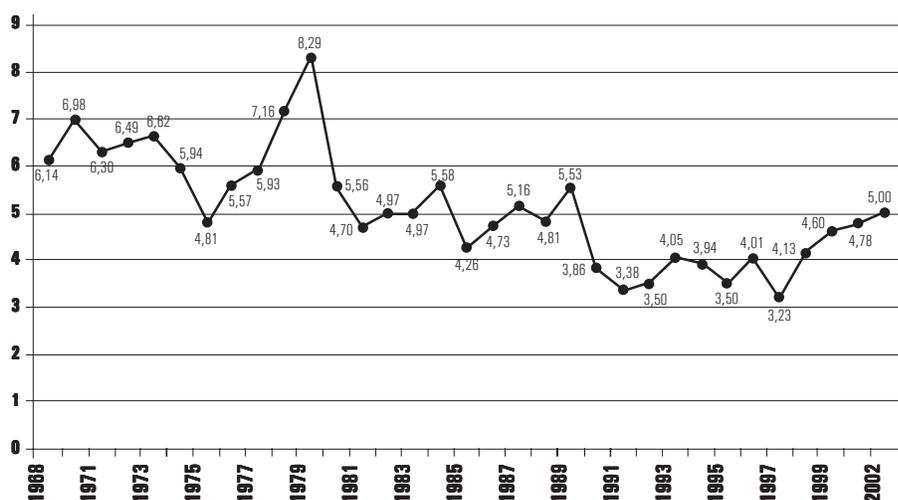
### 5.1. El gasto en salud

Como reporta la Oficina Nacional de Presupuesto (Onapre), el gasto total en salud como porcentaje del PIB cayó progresivamente durante las últimas décadas, debido a la disminución del financiamiento público. A partir de 1999, el gasto del Gobierno aumenta, así como las asignaciones a los estados en los años 1999, 2001 y 2002. Sin embargo, estos aumentos son inestables e insuficientes si se tiene en cuenta el alto grado de dispersión de los recursos como producto de la fragmentación, y la ausencia de mecanismos de asignación de recursos equitativos y eficientes. La asignación de recursos está basada en presupuestos rígidos, con una alta carga burocrática y baja capacidad para adaptarse a

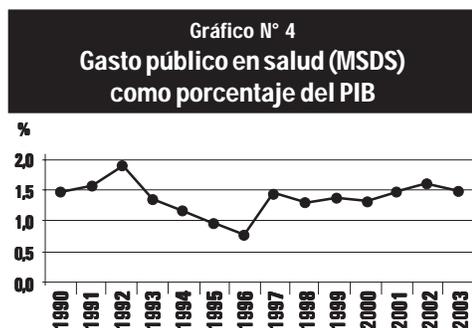
las exigencias de la población. Se suma a esto la alta inflación y la devaluación de la moneda, superior al 100% durante los años 2002 y 2003, que significaron una caída real del financiamiento, especialmente si consideramos que actualmente más del 90% de los insumos médicos y medicamentos son importados o requieren de materia prima importada.

Las asignaciones a los estados aumentaron nominalmente durante estos años, pero en los años 2000 y 2002 disminuyeron su porcentaje sobre el total de recursos asignados al MSDS y, contrario a lo esperado, los recursos disponibles en algunos estados se redujeron en la misma proporción de los aumentos. Algunos estados decidieron reducir sus aportes al Sistema, produciéndose de esta manera una sustitución de fuentes financieras y no un crecimiento real del financiamiento

Gráfico N° 3  
Gasto total en salud como porcentaje del PIB



Fuente: Oficina Nacional de Presupuesto (Onapre).



a los servicios. Este es el caso de los estados Anzoátegui, Aragua y Zulia<sup>81</sup>. Cabe destacar que la descentralización de los servicios de salud se desarrolló desde sus inicios con una alta carga filosófica en la que se responsabilizaba únicamente al Estado nacional del financiamiento.

Las transferencias del gasto público a la población se redujeron en los últimos años, acentuándose cada vez más la tendencia a considerar a la salud como un problema a cargo de las personas y no del Estado. Como vemos en el siguiente cuadro, en los años 1999 y 2002 se incrementó el gasto de los hogares en salud, mientras que las transferencias del

sector público disminuyeron en la misma proporción, e igualmente fueron reduciéndose las transferencias a los hogares provenientes de organizaciones no lucrativas prestadoras de algún tipo de servicio de salud.

## 5.2. El presupuesto público en salud

Desde el año 1998, el MSDS arrastraba un déficit cercano a la mitad de su presupuesto. En el año 2000, se registra un aumento presupuestario significativo que no llegó a cubrir el déficit declarado por las propias autoridades, ya que la mitad de este provenía del Minfam. Las expectativas del propio Ministerio, de contar con un presupuesto mayor al asignado históricamente por gobiernos pasados, se vieron frustradas. La Viceministra de Salud en el año 2000, Ana Elisa Osorio, exponía lo siguiente: “*Si decimos que el sistema de salud venezolano debe ser universal y equitativo, con acceso a toda la población, eso debe tener una expresión en el financiamiento y el Estado no debe separarse de esa función. [...] La función de financiamiento es indelegable del Estado, por lo cual allí la*

**Cuadro N° 6**  
**Transferencias a los estados del monto total del MSDS 1995-2002 (en millones de bolívares)**

Años	Total MSDS	Transferencia a los estados	
		Monto	%
1995	71.669,00	33.154,80	46,3
1996	200.068,00	114.242,00	57,1
1997	442.997,00	323.107,00	72,9
1998	S.I.	304.803,00	
1999	632.652,00	402.448,30	63,6
2000	1.003.282,00	463.429,10	46,2
2001	935.749,00	584.487,30	62,5
2002	1.687.825,00	832.154,00	49,3

Fuente: Presupuestos del MSDS. Varios años.

**Cuadro N° 7**  
**Gasto de los Hogares y Transferencias a los Hogares. 1997-2002**

Años	Gasto consumo individual de los hogares	Transferencias en especie del sector privado no lucrativo	Transferencias en especie del sector público
1997	51.8	4.7	43.4
1998	55.1	5.6	39.3
1999	62.2	4.5	33.2
2000	60.5	4.7	34.8
2001	60.0	4.2	35.9
2002	62.3	4.0	33.7

Fuente: OAEF, IESA, OPS: op. cit. Caracas, 2002.

atención tiene que ser gratuita”<sup>82</sup>. Efectivamente, el presupuesto aumentó durante los años siguientes, pero disminuyó su peso en el presupuesto nacional.

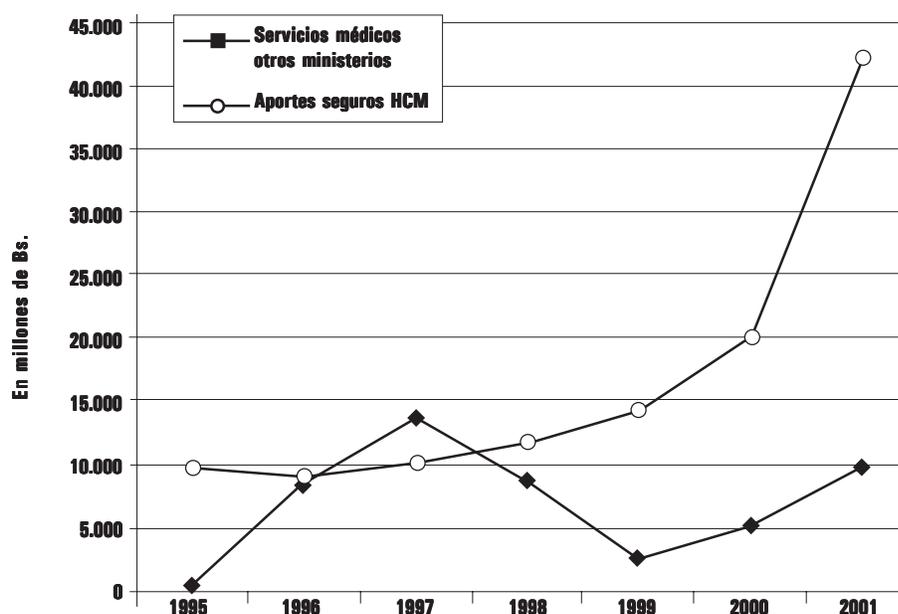
El incremento presupuestario del MSDS se debió principalmente a la necesidad de cubrir deudas de personal que no se habían presupuestado, y a las nuevas exigencias que en este sentido hacían los contratos colectivos. Por consiguiente, muy poco o casi nada de este aumento tuvo expresión en la calidad y cobertura de los servicios. Aunque hubo esfuerzos para aumentar los recursos destinados a programas especiales como el VIH-Sida y la vacunación, la situación inflacionaria y la devaluación de la moneda incidieron negativamente en la disponibilidad real de recursos, produciéndose un deterioro de las instituciones y situaciones de clara insolvencia.

**Cuadro N° 8  
Presupuesto del MSDS 1998-2004**

Años	Presupuesto en millones de Bs	% del PIB	% Presupuesto Nacional
1998	752	1,60	-
1999	786	1,38	5,40
2000	1.432	1,32	6,08
2001	1.729	1,49	6,15
2002	2.098	1,58	6,62
2003	2.668	1,82	6,41
2004	3.153	1,33	6,31

Fuente: PROVEA: Informe Anual. Años 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004.

**Gráfico N° 5  
Evolución del gasto del gobierno central en seguros de HCM y en servicios médicos de ministerios (excepto MSDS y MD) a precios constantes de 1997**



Fuente: OAEF, IESA, OPS: op. cit.

\* MSDS: Ministerio de Salud y Desarrollo Social.

\* MD: Ministerio de la Defensa.

Además, si bien el MSDS recibió menos del 2% del PIB durante estos años por vía del gasto público, el otro 3% de este gasto sobre el PIB se desagregó entre cerca de los 500 organismos, planes y sistemas que protegen a poblaciones específicas, cuyos trabajadores exigieron alternativas a su atención médica y hospitalización a través de sus contrataciones colectivas. De hecho, lo más resaltante en estos años es el incremento del gasto público en Pólizas de Hospitalización, Cirugía y Maternidad (HCM), a nivel nacional, estatal y municipal. En el gráfico anterior se aprecia el gasto del gobierno nacional central transferido al sector asegurador privado, en detrimento del aporte que debe hacerse al Fondo de Atención Médica del IVSS.

En efecto, el aumento del gasto del Estado en pólizas HCM ha tenido consecuencias catastróficas para el IVSS, que presentaba para el año 2002 un déficit de recaudación de las cotizaciones de salud superior al 70%. Parte de este déficit se cubre con las cotizaciones de pensiones, ya que a finales de los años 90 se produce el agotamiento financiero del Fondo de pensiones, lo que obligó a pagar las pensiones por la vía del fisco. Aún así, persiste un déficit histórico que ha venido acumulándose desde el año 1995, sin que el Estado hasta ahora haya intervenido en su reducción.

Cabe resaltar que este déficit tiene que ver con los altos costos hospitalarios y ambulatorios de la atención sanitaria que presta el IVSS, fundamentalmente debido a la elevada carga de personal. El 90% del presupuesto total de este organismo se destina al gasto en hospitales y ambulatorios, al tiempo que la atención a enfermedades catastróficas, la

**Cuadro N° 9**  
**Egresos, Recaudación y Déficit del FAM del IVSS, 2002**

Concepto	Monto	% Déficit
Presupuesto 2002	1.177.817.454.386,00	
Rebaja	6.358.687.000,00	
Total	1.171.458.767.386,00	
Egresos en Salud (80%)	937.167.013.908,80	
Recaudación FAM	216.324.358.000,00	76,92
Recaudación Total	512.252.800.000,00	45,34
Déficit	424.914.213.908,80	

Fuente: MINISTERIO DEL TRABAJO: Memoria y Cuenta 2002.

**Cuadro N° 10**  
**Comparación de Costos entre un Hospital del MSDS y un Hospital del IVSS. Año 2002**

	Estimaciones Hospital MSDS	Estimaciones Hospital IVSS
Costo por cama/año	25.404.157,04	149.270.938,96
Costo por egreso/año	458.333,33	8.353.977,66

Fuente: Cálculos propios con base en la Memoria en Cuenta del MSDS y del Ministerio del Trabajo del año 2002.

diálisis peritoneal y la hemodiálisis, que suelen verse como tratamientos costosos, apenas representaban para ese año el 10% del presupuesto total. Como ejemplo, en el cuadro de arriba podemos ver la diferencia notable de los costos hospitalarios entre el MSDS y el IVSS.

Las inequidades financieras del sistema también tienen expresión en la distribución territorial del gasto. En los años 2002 y 2003 se intentaron correcciones utilizando el Índice de Desarrollo Humano (IDH) como criterio para la asignación de los recursos. Pero estos intentos afectaron solamente los aportes extraordinarios, que representan solo el 20% del presupuesto. El 80% restante está destinado al pago de personal, que hasta ahora continúa realizándose por cuotas his-

tóricas y por exigencias de contratación colectiva. En el siguiente cuadro se muestra la distribución de los recursos por estado en los años 1996 y 2002.

### 5.3 La infraestructura de servicios de salud

En el país existen 296 hospitales y 4.804 centros ambulatorios públicos, de los cuales 23% son urbanos y 77% rurales. El 94,5% de estos establecimientos pertenece al MSDS y a los 17 estados, de un total de 24, que desde 1992 gestionan directamente los servicios de salud antes adscritos al MSDS<sup>83</sup>. El considerable tamaño de esta red física, que según la opinión de la Oficina Panamericana de la Salud (OPS) es suficiente para las necesidades del país<sup>84</sup>, tiene hoy en día una muy reducida capacidad para prestar servicios, debido a los choques a los que ha estado sometida durante los últimos 20 años: el desfinanciamiento, la alta carga de personal y la ausencia de una política de mantenimiento y renovación tecnológica. En contrapartida, la prestación privada de servicios ha ido en aumento, contando en el presente con una red de 344 centros de atención especializada, 91% de carácter lucrativo y 9% sin fines de lucro<sup>85</sup>.

A pesar de contar con un número importante de establecimientos hospitalarios, la disponibilidad de camas es insuficiente. En el año 2002, Provea reportaba que según los estándares internacionales debía haber 40 camas por cada 10.000 habitantes, y en Venezuela solo hay 17,6. En ese mismo reporte se calculaban 40.675 camas para el año 2000. La mayoría de estas camas pertenecen a entidades públicas, pero más del 50%

**Cuadro N° 11**  
**Asignación del MSAS a entidades federales seleccionadas. Venezuela, 1996 y 2002**

	Per cápita anual (\$) 1996*	Per cápita anual (\$) 2002**
Anzoátegui	10.23	59.44
Apure	1.60	90.29
Barinas	3.39	75.36
Distrito Federal	2.83	69.54
Guárico	3.44	68.94
Monagas	11.27	67.38
Nueva Esparta	3.21	63.50
Portuguesa	3.18	60.31
Sucre	10.68	68.06
Trujillo	14.38	100.63
Yaracuy	3.11	64.59

**Fuente:** Cálculos propios a partir de datos aportados por la Dirección de Control de Gestión del MSAS en el año 1997, estimados a una tasa de cambio de Bs. 500 x \$US, y de la Dirección General de Planificación y Presupuesto del MSDS para el año 2003, a la tasa de cambio oficial.

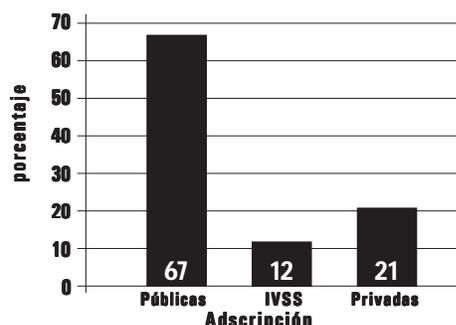
están concentradas en los estados más urbanizados y presentan un porcentaje bajo de ocupación, que se calcula en 53%. Entre los déficit más importantes se encuentra el reducido número de camas de terapia intensiva (UTI) que es una queja constante de los usuarios y del personal sanitario. Los quirófanos de los hospitales solamente trabajan en la mañana, quedando ociosos el resto del día, a pesar de existir gran cantidad de pacientes en lista de espera para ser intervenidos<sup>86</sup>. Los hospitales en Venezuela operan como un embudo en el que solo algunas personas, entrevarias que lo demandan, tienen la “suerte” de ser atendidas. Son numerosas y constantes las denuncias por la falta de dotación y también sobre casos de muerte a causa de una inoportuna e inadecuada atención hospitalaria<sup>87</sup>.

En Venezuela la mayoría de los usuarios acude a los hospitales para atender sus pro-

blemas de salud. La red ambulatoria también presenta serias barreras de atención (escaso personal, horarios limitados y no adecuados a las necesidades de la población, cierre por falta de dotación y mal estado de la infraestructura) haciendo que las emergencias de los hospitales se congestionen. Además, prevalece una atención de carácter curativa en detrimento de la atención primaria. La ubicación de los centros de salud sigue un patrón más selectivo y segmentado que universal, en coherencia con el modelo de organización predominante. Asimismo, la programación de los ambulatorios no considera criterios demográficos, económicos o epidemiológicos. El personal de un ambulatorio tiene poco conocimiento acerca de las necesidades de salud de las personas que viven en su zona de influencia.

Después de las grandes inversiones en hospitales y ambulatorios durante las décadas de 1940-1950, no se han vuelto a producir inversiones importantes en la ampliación de la red de servicios. El grueso de estas se ha realizado en la rehabilitación y equipamiento de la infraestructura ya existente. Durante los años 2000 y 2001, el Gobierno

**Gráfico N° 6**  
**Porcentaje de camas hospitalarias según adscripción**



llevó a cabo un masivo plan extraordinario de inversiones por un monto de 1.460 millones de bolívares que provenían de las utilidades del Banco Central de Venezuela (BCV), al que se llamó “La sobremarcha”. Este plan contempló recursos para el mejoramiento de la infraestructura sanitaria calculados en 180 millones de bolívares, los cuales estaban destinados a la rehabilitación ambulatoria, la atención hospitalaria y los programas de salud pública, que permitirían bajar los índices de mortalidad materno infantil, el cáncer de cuello uterino, la diabetes, el VIH-Sida, el dengue, la malaria y la parasitosis<sup>88</sup>.

**Cuadro N° 12**  
**Establecimientos Públicos de Salud en Venezuela por Organismos de Adscripción**  
**Año 2000**

	Hospitales	%	Ambulatorios	Total	%
MSDS	214	72,4	4.605	4.818	94,5
IVSS	33	11,2	79	112	2,1
Ipasme	—	—	56	56	1,09
Sanidad Militar	13	4,4	11	24	0,47
Otros	36	12,0	53	88	1,7
Total	296	100	4.804	5.098	100

Fuente: MSDS. Dirección General de Salud Poblacional: Gerencia de Hospitales, 2002.

**Cuadro N° 13**  
**Recursos de "La Sobremarcha" en Salud y Desarrollo Social 2001-2002**

	<b>Monto en MM Bs.</b>
Total Inversión Social	540
Total en Salud y Desarrollo Social	180
<b>a) Rehabilitación ambulatoria y atención integral</b>	<b>90</b>
■ equipamiento médico y mobiliario	10
■ rehabilitación física	80
<b>b) Atención hospitalaria</b>	<b>48</b>
■ equipamiento	40
■ eliminar el cobro en emergencias	8
<b>c) Programas de salud pública</b>	<b>42</b>
■ Mortalidad materno infantil	6
■ Cáncer de cuello uterino y otros	6
■ Diabetes e hipertensión	2
■ VIH-Sida	16
■ Dengue, paludismo y parasitosis	2

Fuente: MINISTERIO DE PLANIFICACIÓN Y DESARROLLO. *La sobre marcha 2001*.

La ejecución de estos recursos presentó grandes retrasos. Implicaba el manejo de grandes volúmenes de licitaciones y se denunciaron irregularidades en los procesos de negociación y adquisición. Miembros de la AN señalaban a finales del año 2001 que el Plan no se había ejecutado por las debilidades de índole administrativo y porque los recursos asignados no habían llegado realmente en su totalidad al MSDS, producto de su inviabilidad financiera. Al respecto, la Ministra Urbaneja declaraba a la AN en el 2001 que: *"...la complejidad de las licitaciones y el largo proceso por el manejo de las dotaciones y de definiciones técnicas retrasó el proceso aunque en los programas de salud hubo menos problemas por lo cual se pudieron ejecutar [...] es el caso del dengue, cuyos recursos estaban asignados en la sobremarcha. [...] la parte más compleja era la dotación hospitalaria y la red ambulatoria y fue quedándose*

*atrasada mientras se corregían otros problemas [...] el proceso se inició en octubre del año pasado y cuando llegó al despacho de Salud en marzo todavía no se había firmado la buena pro de nada ni la primera licitación [...] esto fue lo que consumió la primera parte de la sobremarcha y en eso se basa la información que reposa en la Comisión de Contraloría, porque la segunda fase de este año se ha realizado"*<sup>89</sup>.

De hecho, a fin de cumplir con los objetivos de penetración en sectores populares, el plan de salud Barrio Adentro contabilizó para el año 2004 un déficit nacional de 9.503 consultorios populares para la atención primaria de primer nivel. Este déficit es mayor en el Distrito Metropolitano, Carabobo y Zulia que concentran la mayor cantidad de población residente en barrios populares. En el Programa "Aló Presidente" del 19.01.03, el Presidente Chávez expresaba que: *"...se esperaba construir 300 de estos módulos en Caracas y 5.000 en el año 2004 para todo el país"*<sup>90</sup>. El mayor porcentaje de financiamiento para la construcción de estos consultorios proviene de Petróleos de Venezuela (PDVSA) y hasta el año 2004 no se contaba con el total de financiamiento necesario para cubrir el déficit. Los aportes de los diversos organismos que participan permitía construir solo 3.141 consultorios, que equivale al 30% del déficit, como bien se registra en el siguiente cuadro.

Por su parte, el Ministro Capella anunció a finales del 2003 que dentro del plan de salud Barrio Adentro se había previsto construir en el año 2004 las clínicas populares. *"Existen ya siete remodeladas en la ciudad de Caracas, dos en la ciudad de Maracaibo y una en*

**Cuadro N° 14**  
**Propuesta de Construcción de Consultorios Populares por Estados y Fuente Financiera**

	<b>Déficit</b>	<b>PDVSA</b>	<b>FONVIS</b>	<b>Banca Multilateral</b>	<b>Proyecto País</b>	<b>FIDES</b>	<b>Total con Financiamiento</b>
Amazonas	33	16					16
Anzoátegui	334	150	50			10	210
Apure	163	70	50				120
Aragua	777	100				10	110
Barinas	133	90				5	95
Bolívar	493	80	100				180
Carabobo	1.052	264	100			18	382
Cojedes	52	30					30
Delta A.	51	51					51
DMC	1.546	100	50	40	150	20	360
Falcón	144	40					40
Guárico	175	100					100
Lara	546	90				15	105
Mérida	240	70					70
Miranda	432	50	100			6	156
Monagas	293	40	50				90
N. Esparta	127	30					30
Portuguesa	270	50					50
Sucre	273	92					92
Táchira	360	70				15	85
Trujillo	60	10				10	20
Vargas	165	64					64
Yaracuy	172	0	100	32			132
Zulia	1.612	343	200			10	553
<b>Total</b>	<b>9.503</b>	<b>2.000</b>	<b>800</b>	<b>72</b>	<b>150</b>	<b>119</b>	<b>3.141</b>

Fuente: MSDS. Coordinación Nacional de Atención Primaria: op. cit.

*Valencia, aspiramos que en el 2004 se incrementen extraordinariamente en todo el país estas clínicas*<sup>91</sup>.

#### **5.4. Los recursos humanos en salud**

En Venezuela, la mitad de los recursos humanos en salud está conformada por profesionales de la medicina, quienes en el año 1998 sumaban un total de 47.957. El 50,6% de estos son especialistas y 49,4% médicos generales, según datos de la Academia Venezolana de Medicina reseñados en el Informe 2002 de Provea<sup>92</sup>. En ese mismo Informe se reportaba para

el año 2000 una tasa de 2,3 médicos por cada 1.000 habitantes, lo que representa el doble del estándar internacional de 1 médico por cada 1.000 habitantes. La distribución de los profesionales de la medicina es muy desigual. En el Distrito Metropolitano se concentra la gran mayoría, con una tasa de 6,0 médicos por 1.000 habitantes. Le siguen en orden descendente los estados Miranda con una tasa de 3,49, Zulia con una tasa de 2,0, Lara y Mérida con tasas de 1,9, mientras que los estados Delta Amacuro, Amazonas, Apure, Barinas, Monagas, Portuguesa, Sucre y Yaracuy tienen tasas por debajo de 1,0 médicos por 1.000 habitantes<sup>93</sup>.

**Cuadro N° 15**  
**Recursos Humanos en Salud**  
**en Venezuela. 1998**

<b>Categorías</b>	<b>Número (#) 1996*</b>	<b>Tasa x 1.000 habitantes</b>
Médicos*	47.957	2.30
■ Médicos Especialistas*	24.253	
■ Médicos Generales*	23.704	
Enfermeras/os	21.185	0.91
Odontólogos	13.318	0.57
Farmacéuticos/as	8.377	0.36
Nutricionistas	1.056	0.04
Bioanalistas	2.402	0.10
Total	9.4101	

Fuente: OPS, a partir de datos del MSDS (1998). Caracas, 2004.

\* Datos de la Academia Venezolana de Medicina 2000, recogidos por Provea en su Informe Anual 2002.

A la distribución desigual de los profesionales de la medicina por estados se añade el déficit crónico de enfermeras y auxiliares de enfermería, que tiene sobre todo consecuencias graves para la vida de los pacientes hospitalizados y es una de las razones por las que la atención primaria ha sido poco efectiva en las políticas de salud. En un estudio del Centro de Información, Documentación e Investigación en Enfermería (CIDEN)<sup>94</sup>, se denunciaba que la mayoría de los hospitales en Venezuela tienen en promedio 1 enfermera para atender a 40 pacientes hospitalizados, mientras que las normas de la Organización Mundial de la Salud (OMS) establecen que debe haber 1 por cada 8 pacientes.

En el mismo estudio se reporta que las unidades de cuidados intermedios cuentan con un promedio de 8 pacientes por enfermera/o, siendo lo ideal que haya 1 por cada 2 pacientes. En las unidades de cuidados intensivos, 1 enfermera/ro atiende entre 2 y 3 pacientes, cuando debe haber 1 para cada paciente, y otras de relevo. Más grave aún es que en los turnos de la

tarde y la noche no hay personal de enfermería. El estudio también determinó que a nivel del sector público "...existe un déficit de cargos de 18.700 profesionales de enfermería. Aunado a esto un 20% de los profesionales de enfermería se encuentran en condiciones legales para su respectiva jubilación, lo que proyectaría este déficit de cargos a 23.000 mil profesionales de enfermería"<sup>95</sup>. Esta situación aumenta la probabilidad de muerte y agravamiento de los pacientes, incrementa los períodos de estancia hospitalaria, obliga a duplicar los turnos para el personal contratado y favorece mecanismos de cobro de los servicios de enfermería.

Por otra parte, los organismos que tienen la labor de dirigir el Sistema y elaborar las políticas y los planes de salud, poseen una alta carga de recursos humanos poco calificados, en vías de jubilación o jubilados, que en conjunto consumen más del 80% de los recursos destinados a los organismos. En el caso del MSDS, su nómina cuenta con un 48% de personal obrero y un 27% de personal profesional, técnico y médico. Igual situación ocurre en el IVSS, donde los centros prestadores de servicios tienen un 50% de personal obrero contratado - que incluye personal de enfermería- y solamente un 24% de médicos y otros profesionales.

**Cuadro N° 16**  
**Distribución de personal por categorías**  
**en el MSDS y el IVSS. Año 2001**

<b>Categorías de personal</b>	<b>MSDS</b>	<b>IVSS</b>
Personal obrero	48%	50%
Personal médico	8%	15%
Personal administrativo	24%	26%
Personal directivo	1%	0%
Personal profesional y técnico	19%	9%

Fuente: Tablas de personal suministradas por el MSDS y el IVSS, año 2001.

---

Una de las mayores controversias surgidas en el país con la Misión Barrio Adentro se refiere a la presencia masiva de médicos/as de nacionalidad cubana. Esta controversia no proviene solamente de sectores opositores al gobierno; también algunos grupos que lo apoyan se manifestaron en contra<sup>96</sup>. En una realidad en la que el número de profesionales venezolanos supera con creces los índices internacionales, los cubanos conforman el 99,7% del personal coordinador y asistencial, siendo el 52,4% mujeres. No obstante, el Gobierno argumenta que estos médicos tienen un perfil de formación y práctica en las que el personal médico venezolano no está preparado ni interesado. Efectivamente, el Plan cuenta apenas con 81 médicos venezolanos, menos del 1%. De acuerdo con la Alcaldía del Municipio Libertador, la razón inicial de esta situación fue el bajo interés de los médicos venezolanos en la Misión: “En el año 2003, la Alcaldía del Municipio Libertador, hizo un llamado a concurso para cargos de médicos, a ejercer en las comunidades de los barrios caraqueños. A ese concurso se presentaron 50 médicos venezolanos, de los cuales desertaron 30, quienes se negaban a vivir en las comunidades [...]. Se mantuvieron 20 especialistas que, por su condición, serían asignados a un segundo nivel de atención especializada”<sup>97</sup>. El Director de Educación e Investigación del MSDS, José León Uzcátegui, se refería en el 2004 a este asunto en los siguientes términos: “...el equipo de salud, los médicos y profesionales del área, venimos de unas universidades preparadas y diseñadas para entender la salud a partir de los conceptos que nos impusieron unas clases que dominaron y siguen dominando de alguna manera para sus propios

intereses. [...] todo médico que entre a trabajar desde esta nueva concepción debe romper con los esquemas del pasado impuestos por los gremios. Esto no ha sido ni será tarea fácil ya que la nueva manera de concebir el trabajo de los equipos de salud, pasa por la necesidad de que estos vivan en las comunidades más excluidas y dolorosamente debemos reconocer que nuestros médicos no han recibido los instrumentos para ejercer esas prácticas y culturalmente no están preparados para esto. Situación que confiamos se irá revirtiendo progresivamente, permitiendo que en poco tiempo, las nuevas generaciones de médicos se vayan incorporando. [...] Actualmente existe una profunda reorientación de los estudios de las carreras vinculadas a la calidad de vida y para ello estamos adelantando con las universidades autónomas y experimentales, especialmente, la Universidad Bolivariana, para formar el nuevo profesional de la salud que necesita Venezuela”<sup>98</sup>.

Los profesionales de la medicina de nacionalidad cubana llegaron a Venezuela en el año 1999 para ayudar en la tragedia del Edo. Vargas. Al respecto, Provea reportaba en el 2001 lo siguiente: “...merece reconocimiento la propuesta que se quiere iniciar en Vargas, estado que fue seleccionado como proyecto piloto en el área de medicina preventiva. Pedro León Civira, director del Proyecto de Medicina Preventiva y Atención de Pacientes Crónicos, informó que el servicio de medicina preventiva pretende desarrollar tres modalidades de actuación. La primera consiste en consultas médicas domiciliarias; la segunda, en cuidados del hogar con medicina móvil, que incluya atención de enferme-

ría y terapias de rehabilitación para pacientes recién operados o enfermos crónicos; y la tercera, en servicios de laboratorio a domicilio. La gestión del proyecto recibió el apoyo de los médicos cubanos que se encuentran en el Edo. Vargas desde hace 2 años. Desde entonces, se formaron 253 promotores de salud con la finalidad de ejecutar los programas de prevención dirigidos a las comunidades”<sup>99</sup>. En el 2002, el Plan Barrio Adentro de la Alcaldía de Libertador contaba con 200 profesionales de nacionalidad cubana en los barrios de Caracas y para el 2003 el número ascendía a 990. A objeto de expandir el programa hacia los municipios de los estados Miranda y Vargas, “faltaban más de 1.500 para cubrir todo el área marginada ...”<sup>100</sup>. Al convertirse en un programa nacional, los profesionales de esta nacionalidad aumentaron significativamente, pasando de 2.400 a 10.169, incrementándose en agosto del 2004 a un total de 13.084, junto con otro tipo de personal asistencial en odontología, optometría y enfermería.

**Cuadro N° 17**  
**Personal del Plan de Salud**  
**de la Misión Barrio Adentro**

<b>Personal de salud</b>	<b>Cubanos</b>	<b>Venezolanos</b>	<b>Total</b>
Médico	13.084	29	13.113
Odontología	3.054	543	3.597
Optometría	1.430	-	1.430
Enfermería	87	2526	2.613

Fuente: Coordinación Nacional de Atención Primaria del MSDS. Agosto, 2004.

En el programa “Aló Presidente” del 14.12.03, el Presidente Chávez se refería a la participación de los médicos cubanos de la siguiente forma: “Desde el 16 de abril hasta el 16 de junio fue la fase de experimentación,

luego vinieron los meses de julio y agosto (990 médicos), que fueron de la expansión y luego la fase explosiva entre septiembre, octubre (2 mil 400 médicos), noviembre (9 mil 250) y diciembre cierra con la participación de más de 10 mil médicos. Ahora vamos a pasar a una nueva fase de la siembra y estructuración a fondo, por eso decimos que a partir de ahora Barrio Adentro deja de ser plan para convertirse en Misión Barrio Adentro”. De acuerdo con el MSDS, la tarea de estos médicos es realizar consultas en los 6.491 lugares escogidos como consultorios populares, que se ubican dentro de la propia comunidad o en centros de salud ambulatorios y hospitalarios; realizar visitas domiciliarias en forma regular; practicar actividades de enfermería, odontología y optometría; así como participar activamente en acciones educativas y preventivas de salud.

### 5.5. La descentralización en salud

Durante estos últimos años, la descentralización dejó de ser un objetivo prioritario del Gobierno como lo fue en la década de 1990. En su lugar se hicieron esfuerzos por darle mayor peso a la intergubernamentalidad, a objeto de lograr la integración del Sistema y fortalecer la función rectora de la política y de los organismos nacionales. Para ello se consideraba necesario reorganizar las estructuras del propio Ministerio y de las direcciones de salud centralizadas y descentralizadas de los estados, las cuales presentaban en su gran mayoría insuficientes capacidades de gestión y control. El diagnóstico del MSDS sobre el proceso de descentralización en el año 2000 era el siguiente<sup>101</sup>:

**Cuadro N° 17**  
**Distribución de Consultorios y Médicos Cubanos y Venezolanos**  
**Plan de Salud de la Misión Barrio Adentro**

	% Municipios Cubiertos	Consultorios Populares				Médicos Venezolanos		Médicos Cubanos			Total
		Comunitarios	Ambulatorios	Otros	Total	Coordinadores	Asistenciales	Coordinadores	Asistenciales	Odontólogos	
Amazonas	100%	15	23	0	38	1	0	11	52	0	63
Anzoátegui	67%	536	0	12	548	0	0	26	548	72	646
Apure	57%	0	1	119	120	0	0	5	163	0	168
Aragua	22%	174	6	6	186	4	0	5	377	0	382
Barinas	92%	0	0	0	0	0	0	16	237	48	301
Bolívar	100%	239	0	0	239	0	0	16	662	81	759
Carabobo	100%	624	1	100	725	0	0	15	731	0	746
Cojedes	67%	0	99	0	99	0	23	9	225	22	256
Delta Amacuro	100%	4	28	3	35	4	12	4	59	0	63
Distrito Federal	100%	867	0	102	969	0	0	21	1.007	0	1028
Falcón	68%	202	29	0	231	0	0	18	332	31	381
Guárico	33%	131	26	0	157	0	0	5	170	0	175
Lara	100%	0	372	0	372	0	0	16	463	54	533
Mérida	48%	206	12	0	218	0	10	12	301	16	329
Miranda	100%	0	0	0	1.010	0	0	61	1.757	0	1.818
Monagas	100%	376	2	0	378	0	0	12	377	26	415
Nueva Esparta	100%	81	26	0	107	0	0	24	96	0	120
Portuguesa	100%	10	20	78	108	0	0	9	179	21	209
Sucre	93%	176	12	0	188	0	12	15	332	0	347
Táchira	21%	28	0	0	28	0	25	12	144	20	176
Trujillo	100%	147	120	0	267	0	0	23	278	19	320
Yaracuy	100%	289	0	0	289	0	0	14	413	61	488
Vargas	100%	179	0	0	179	0	0	12	177	0	189
Zulia	-	-	-	-	-	-	-	-	1.416	204	1.620
Total	-	4.284	777	420	6.491	9	72	361	10.496	675	11.532

Fuente: MSDS. Coordinación Nacional de Atención Primaria: op. cit.

- La casi totalidad de los procesos de transferencia no se habían completado, incluyendo los procesos de los estados descentralizados.
- Los directores estatales de salud contaban con poco respaldo por parte de los gobernadores, y estos no asumían en la práctica todas las responsabilidades que corresponden a las competencias transferidas.
- Los sistemas estatales de salud habían aumentado innecesariamente las nóminas de personal.
- No existían mecanismos de control de gestión ni de rendición de cuentas entre los estados y el Ministerio.
- Los estados y municipios estaban contribuyendo muy poco al presupuesto de salud.

- 
- Los sistemas de registro sanitario y epidemiológico de muchos estados presentaban importantes deficiencias.

En estas condiciones, la descentralización se convirtió en un factor que disminuía la gobernabilidad del sistema y aumentaba los obstáculos de la reforma. Con la descentralización, el MSDS perdió el 70% de sus recursos y el control sobre la ejecución y distribución de estos, en medio de un debilitamiento progresivo de sus capacidades institucionales y la necesidad de continuar financiando directamente la labor de los estados aún centralizados. La descentralización se construyó sobre la base de un sistema profundamente erosionado, en la que decayeron progresivamente las responsabilidades del Estado en el derecho a la salud. En junio del 2000, el MSDS lo calificó como un proceso en el cual había “...cuotas de irresponsabilidad tanto del poder nacional como del regional, lo que ha generado confusión, desmembramiento del Estado, ineficacia, ineficiencia y mayor corrupción en algunos estados”<sup>102</sup>. De hecho, en el año 2001 el Ministerio procedió a solicitar la reversión del proceso de descentralización del Estado Táchira, argumentando que: “...el Ministerio de Salud es el órgano rector; pero además nosotros financiamos en gran medida el servicio en cada estado aunque esté descentralizado, porque la descentralización es de ejecución de programas, pero seguimos enviándoles dinero, por ahí podemos negociar y si vemos que una Dirección Regional de Salud no quiere trabajar con nosotros, pues la Ley de Descentralización nos permite revertir el proceso”<sup>103</sup>.

En verdad, la descentralización ha llevado la peor parte en la adjudicación de los males

del sistema. Cuando se inició en el año 1992, el Ministerio transfirió competencias a los estados, sin tener una definición clara de su papel en el proceso, sin políticas y sin mecanismos que permitieran construir un esquema de concertación, cooperación y comunicación. Por su parte, los estados convirtieron la transferencia en otro mecanismo clientelar de reparto, al disminuir los recursos del país y debilitarse el sistema político en su conjunto. Tampoco asumieron en su totalidad las responsabilidades que se transferían junto con la prestación de los servicios a la población destinataria. Esta particular situación de la descentralización en Venezuela no ha permitido aprovechar sus ventajas ni evaluar en su justo valor los aspectos positivos. Entre 1995 y 1998, algunos estados lograron avanzar en la gestión del Sistema y lograron cambios en los modos de atención, destacando las experiencias de los estados Aragua, Lara y Carabobo, que de hecho fueron consideradas modelos a seguir por la política de salud durante este período. Al mismo tiempo, no se valoraron los esfuerzos de los estados por mantener en operación los servicios cuando han disminuido los recursos nacionales<sup>104</sup>.

La polarización política aumentó las dificultades en las relaciones de trabajo con los estados, especialmente con aquellos políticamente contrarios al gobierno; y ello contribuyó a endurecer las posturas centralizadoras del MSDS. En efecto, el actual Ministro Róger Capella ha reiterado su posición de “recentralizar los servicios de salud”<sup>105</sup>, refiriéndose especialmente a los conflictos con la Alcaldía del Distrito Metropolitano de Caracas (ADMC) por la transferencia de recursos y la situación de la red hospitalaria y

---

ambulatoria de la capital. En enero del 2004, el Ministro Capella declaraba que: “...una comisión integrada por representantes de su despacho acudirá a la Asamblea Nacional para solicitar la reversión del proceso de descentralización, a objeto de que los recursos otorgados por el Ejecutivo Nacional para el funcionamiento de los hospitales públicos sean recibidos por los directivos de cada centro asistencial [...] la descentralización no fue una conquista popular, sino una conquista de la clase política regional para obtener ese dividendo económico, otorgado específicamente para el financiamiento de la salud y utilizarlo para financiar otras cosas”<sup>106</sup>. En virtud de los conflictos con la ADMC, la Defensoría del Pueblo instaba al MSDS en el año 2004 “...a cumplir con sus responsabilidades y asumir los correctivos necesarios con las herramientas que le dé el marco jurídico vigente a fines de recuperar las funciones transferidas como prestatario del servicio público en cuestión. Cabe señalar, en virtud de dicha situación fueron interpuestas tres (03) Acciones de Amparo Constitucional, una mediante escrito de fecha seis (06) de febrero del año Dos Mil Dos (2002), por una delegación del ciudadano Defensor del Pueblo, la cual fue declarado parcialmente con lugar”<sup>107</sup>.

### 5.6. La participación social

La participación social ha sido uno de las prioridades presentes en el discurso político de los últimos años y en efecto, uno de los principios más ampliamente desarrollados en la Constitución de 1999, bajo la concepción de una democracia participativa y protagónica. En un estudio realizado por la Escuela de Vecinos

de Venezuela en el año 2000, se concluía que: “De los 350 artículos que conforman el texto de la Constitución de 1999, 130 se relacionan directa o indirectamente con el tema de la participación, y 31 artículos se refieren a diferentes acepciones del término ‘participar’ o el desarrollo de diferentes nociones de participación...”<sup>108</sup>. El artículo 6 de la Constitución establece que: “El gobierno de la República Bolivariana de Venezuela y de las entidades políticas que componen es y será siempre democrático, participativo, electivo, descentralizado, alternativo, responsable, pluralista y de mandatos revocables”<sup>109</sup>. Asimismo, el artículo 84 dice: “La ley creará mecanismos abiertos y flexibles para que los Estados y los Municipios descentralicen y transfieran a las comunidades y grupos vecinales organizados los servicios que éstos gestionen previa demostración de su capacidad para prestarlos”<sup>110</sup>. En el apartado 6 de este mismo artículo reza lo siguiente: “La creación de nuevos sujetos de descentralización a nivel de las parroquias, las comunidades, los barrios y las vecindades a los fines de garantizar el principio de corresponsabilidad en la gestión pública de los gobiernos locales y estatales y desarrollar procesos autogestionarios y cogestionarios en la administración y control de los servicios públicos estatales y municipales”<sup>111</sup>.

Desde la concepción constitucional, la participación en salud es un derecho y también un deber de la población venezolana, basados sobre las obligaciones del Estado quien debe otorgar garantías para el ejercicio del derecho; la construcción de procesos democráticos de concertación, planificación y gestión del sistema público de salud; y la des-

---

centralización de competencias y servicios de salud a las comunidades y grupos organizados, para lo cual es fundamental consolidar y profundizar el proceso de descentralización en estados y municipios. Esto, sin que el Estado se desentienda de sus funciones centrales y que la gestión pública sea un espacio de corresponsabilidad entre el Estado y los ciudadanos. No es posible entonces desprender la participación de las garantías que debe ofrecer el Estado, del carácter democrático o no de las decisiones y de la intervención efectiva de las comunidades y grupos organizados en la gestión pública. Durante este período, algunas de las premisas que fundamentan el derecho a la participación en salud no han sido cabalmente cumplidas, como se observa en los apartados anteriores de este mismo Informe especial. Una participación construida sobre las condiciones en las que se encuentra el sistema de salud puede contribuir a hacer descansar sobre los hombros de los particulares responsabilidades que competen al Estado y a elevar el deterioro y las inequidades en la situación de salud. De igual modo, existen serias preocupaciones sobre la estimulación de un tipo de participación tutelada por el gobierno, que condiciona la exigibilidad del derecho a lealtades y prebendas, sin que ello quiera decir que no pueda existir una relación de colaboración.

En general, es notable en el país la ebullición de la participación en todos los sectores y el mayor nivel de acercamiento de las políticas y los programas gubernamentales a los espacios donde vive la gente y tienen sus problemas. No obstante, podemos decir que las prioridades de los años 1999 y 2002 no

estuvieron en la participación, sino en la reforma del Sistema y en enfrentar las continuas crisis por las que atravesó. En la gestión actual, la participación aparece como eje central con la puesta en marcha de la Misión Barrio Adentro. Sin embargo, desconocemos sus impactos, al no disponer de registros. Los datos suministrados por el Plan de Salud de Barrio Adentro solo muestran la actividad de organizaciones sociales involucradas en la Misión, que, como se dijo antes, pertenecen en más de un 80% al Estado Lara, donde las organizaciones comunitarias tienen una larga trayectoria. Del resto de los estados no tenemos información, lo cual puede indicar que la participación en estos espacios solo se entiende como algo relativo a la operación de las actividades asistenciales y no a la misma construcción de espacios para la salud y la calidad de vida, como se expone en sus objetivos. Cabe resaltar, en este aspecto, las declaraciones del Director de Educación e Investigación, José León Uzcátegui<sup>112</sup>, acerca de la formación en todo el país de 5.000 líderes comunitarios en salud y desarrollo social en el marco de la Misión Barrio Adentro, para que en conjunto con las comunidades y las alcaldías se logre construir el SPNS.

## Conclusiones

Pese a un positivo cambio en la concepción de la salud como un proceso integral e interdependiente del resto de los derechos humanos y de la concepción del rol del Estado, el balance del período es poco favorable en cuanto al ejercicio y protección del derecho a la salud. El país tuvo, con la nueva Constitución de 1999, avances significativos

---

en materia de concepción y garantías para hacer efectivo este derecho en Venezuela. Pero los avances normativos, que son aún insuficientes, pues no existe una Ley Orgánica de Salud que ayude a operativizar los postulados constitucionales, no son equivalentes a lo avances en la práctica. Hasta ahora, continuamos con un financiamiento público insuficiente y regresivo, que mantiene las mismas estructuras heredadas de décadas anteriores entre un sistema contributivo e inviable financieramente, y otro asistencial que por residuo debe atender a la mayoría de la población, no cubierta por los sistemas de aseguramiento públicos o privados. Igualmente, persiste la fragmentación del sistema en la que centenares de regímenes, la mayoría creados por el propio Estado, funcionan de manera independiente, contribuyendo así al despilfarro de recursos y a un esquema de protección profundamente inequitativo. El resultado es una salud prácticamente privatizada, en la que el mayor financiamiento proviene del bolsillo de los usuarios, los cuales no tienen otro remedio que pagar para resolver sus problemas de salud más urgentes, acudiendo al sector privado o comprando los insumos necesarios para poder ser atendidos en los servicios públicos, que cada vez más se deterioran y prestan una atención de baja calidad y cobertura.

El debilitamiento del financiamiento público también afecta el desempeño de los programas de salud pública, que durante estos años no han podido frenar el deterioro de los indicadores de salud. Particularmente la mortalidad infantil, la mortalidad materna y las muertes por homicidios y suicidios presentan retrocesos en su evolución durante los años

2001 y 2002, y otros problemas de salud continúan estancados. El sistema no responde a las necesidades de la población: la infraestructura, los recursos humanos y los recursos financieros se distribuyen bajo criterios rígidos e históricos que no son los demográficos, sociales y epidemiológicos. Pese a los esfuerzos por rehabilitar y equipar la red ambulatoria, así como por cambiar el modelo de atención de estos servicios, persiste el congestionamiento en hospitales y las denuncias por la falta de insumos y equipos en estos, que en muchos casos han provocado la muerte de pacientes.

La falta de inversiones o su lenta ejecución han impedido ampliar la infraestructura ambulatoria para aumentar el acceso de la población a redes de atención primaria, especializada y de diagnóstico. En particular, la Misión Barrio Adentro tiene la intención de reducir el déficit de atención primaria en los sectores populares y constituye, en este sentido, una acción masiva que logró movilizar una gran cantidad de organismos públicos y personal asistencial de nacionalidad cubana, así como penetrar en las comunidades más pobres. No obstante, la Misión opera a través de instancias no integradas al sistema, lo que debe resolverse de manera tal que no deje sin efecto la necesidad de cambios estructurales dentro de este (de los cuales la Misión necesita para ser más efectiva) y que se garantice su propia sostenibilidad financiera e institucional. Específicamente preocupa que la masificación de la Misión se haya podido lograr con personal médico de nacionalidad cubana quienes, de acuerdo con lo argumentado por el Gobierno, tienen la preparación

---

para trabajar en zonas populares. Esta condicionalidad hace difícil sustituirlos por profesionales venezolanos en el corto plazo. Preocupa también que desde la Misión Barrio Adentro se pretenda resolver todos los problemas que afectan al sistema de salud. Los buenos resultados que esta modalidad de atención puede estar logrando se opacan cuando, por otro lado, el Estado sigue gastando en un sistema ineficiente, ineficaz e inequitativo, escasamente preparado para funcionar bajo modos de atención más colectivos y universales.

Al mismo tiempo, la descentralización y sus debilidades son vistas como una amenaza más que una solución para las políticas de salud en este período. Conforme las debilidades y la polarización política en el país continúan, se enfatiza en la recentralización como una salida, sin observar que ha sido el Ministerio el actor más debilitado en su función rectora y normativa durante estos años. Finalmente, merecen destacarse los intentos por conferir mayor importancia a la participación social y a la defensa del derecho a la salud. Esto último debe caminar junto con la decidida implantación del SPNS, si no se quiere seguir construyendo un tipo de participación secuestrada por el Estado, autogestionada en resolver sus propios problemas y meramente instrumental, que no se corresponde con una ciudadanía con poder real para exigir y ejercer el derecho a la salud. De acuerdo con el propio Ministerio, esta sigue siendo la meta para los próximos años: “*El reto del Ministerio de Salud y Desarrollo Social, es construir en los próximos años, un sistema nacional de salud, que integre realmente a todo el Estado...*”<sup>113</sup>.

## Notas

1. PROVEA: *Derecho a la Salud y Ajuste Neoliberal*. En: Informe Anual sobre la Situación de los Derechos Humanos en Venezuela. Octubre 1993 - Septiembre 1994. Caracas, 1994.
2. Deslave ocurrido en el litoral central en 1999 a raíz de fuertes y prolongadas lluvias, que ocasionó numerosas muertes, desapariciones, heridos y personas damnificadas.
3. GÓMEZ, Irey y Luis ALARCÓN: *Los nudos críticos de la política social venezolana de 1989 a 2001*. Revista Venezolana de Economía y Ciencias Sociales. Vol. 9, N° 2 (mayo-agosto).
4. GONZÁLEZ R, Marino J.: Quizás sea en la Constituyente. Caracas, 1999. Pág. 1. Mimeo.
5. FEO, Oscar: *La salud en la nueva Constitución*. En: La cuestión social en la Constitución Bolivariana de Venezuela. Thais Maingon (coordinadora). Temas de Docencia-CENDES. Caracas, 2000.
6. Gaceta Oficial N° 37.008, Decreto N° 925, 7 de agosto del 2000.
7. En el Informe anual de Provea 2003 se señala que esta ley entró en vigencia el 30.12.02, según Gaceta Oficial N° 37.600; y expone que: “*La Ley fue aprobada solo con los votos favorables de los legisladores del Bloque de Cambio que apoya al gobierno nacional. Esto supone una debilidad a la hora de implementar un sistema tan complejo, que debe brindar cobertura a toda la población sin excepción*”. PROVEA: Informe Anual 2002- 2003. Caracas, 2003. Pág. 95.
8. COMISIÓN PERMANENTE DE DESARROLLO SOCIAL INTEGRAL DE LA ASAMBLEA NACIONAL: Anteproyecto de Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social. Mimeo del 01.10.2001.
9. JAÉN, María Helena: El sistema de salud venezolano: desafíos. Ediciones IESA. Caracas, 2001. Pág. 35.
10. GONZÁLEZ, Marino R.: op. cit.
11. D’ELIA, Yolanda: *El Fondo de Asistencia Médica (FAM) del IVSS: situación actual y opciones de reforma*. En: Seguridad Social: Aportes para el Acuerdo. Volumen 3. Documento del Proyecto Pobreza (Tercera Etapa). UCAB-USB-Asociación Civil para la Promoción de Estudios Sociales. Caracas, 2002.
12. DÍAZ POLANCO, Jorge et al: La reforma de salud en Venezuela. Aspectos políticos e institucionales de la descentralización de la salud en Venezuela. CENDES-CIID-MSDS-CorpoSalud-IESA y Fundación Polar. Caracas, 2001.
13. Ver Estudio realizado en el año 2002 por la OFICINA DE ASESORÍA ECONÓMICA Y FINANCIERA DE LA ASAMBLEA NACIONAL (OAEF), el INSTITUTO DE ALTOS ESTUDIOS EN ADMINISTRACIÓN (IESA) y la OFICINA PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS): Costo fiscal y sostenibilidad financiera del Sistema Público Nacional de Salud de Venezuela. Caracas, 2002.

14. JAÉN, María Helena. op. cit..
15. FEO, Oscar: op. cit.. Pág. 45.
16. JAÉN, María Helena: op. cit. Pág. 40.
17. En los Informes de Provea 2001, 2002 y 2003 se han contabilizado denuncias públicas de cobro en el 20% del total de hospitales del país. Este dato debe analizarse tomando en cuenta el evidente subregistro que se genera, por que no todos los cobros en centros de salud son denunciados por la prensa.
18. GARCÍA, Haydée: Política social en Venezuela: antes y después del ajuste. Centro de Investigaciones Económicas y Sociales (CIES). Mimeo. Caracas, 1993.
19. CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Ley Orgánica de Seguridad Social Integral. Gaceta Oficial N° 5.199 Extraordinario de fecha 30 de diciembre de 1997.
20. FEO, Oscar: op. cit. Pág. 33.
21. DÍAZ POLANCO, Jorge: op. cit.
22. GONZÁLEZ, Marino: op. cit.
23. LEY ORGÁNICA DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL. 2002
24. Ídem.
25. Ídem.
26. HERNÁNDEZ, Mario: Aportes para avanzar en la garantía del derecho a la salud en Venezuela. Pág. 1. Informe de asesoría para el MSDS, según contrato firmado con la Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ). Caracas, 2001.
27. COMISIÓN PERMANENTE DE DESARROLLO SOCIAL INTEGRAL DE LA ASAMBLEA NACIONAL: op. cit.
28. Desde el año 2002 hasta la fecha existen distintas versiones de ley. En el capítulo sobre el derecho a la salud de este Informe se hace mención al respecto.
29. MINISTERIO DE SALUD Y DESARROLLO SOCIAL (MSDS): Plan Estratégico de Salud y Desarrollo Social 2000-2006. 2da Versión Preliminar Caracas, 2000. Mimeo.
30. MSDS: Lineamientos de Política. Mimeo. Caracas, 2000.
31. Ídem.
32. Gaceta Oficial N° 36876 del 24 de enero de 2000.
33. GTZ: Sistematización del Plan Estratégico de Salud. Informe en el marco del Convenio GTZ-MSDS. Caracas, 2003.
34. Esta crisis es reportada por Provea en un comunicado de exhortación pública del 28.02.03 que decía lo siguiente: *"Ante los devastadores efectos del conflicto político y en particular del intento de paro nacional, sobre los derechos humanos, en febrero del año 2003 PROVEA exhorta a los entes de gobierno a nivel nacional, estatal y local, y en especial al MSDS, para atender la 'grave situación' del sistema público de salud y en lo inmediato resolver el colapso de los ambulatorios y hospitales del país, por la disminución crítica de medicamentos e insumos médicos, de las reservas de sangre, de los factores de coagulación, así como de reactivos (como el de la prueba del VIH) en los bancos de sangre; la suspensión de las intervenciones quirúrgicas electivas y de las intervenciones por trasplante de órganos, el cierre de consultas médicas; la paralización de las licitaciones para el suministro y/o mantenimiento de los equipos médicos, el retraso acumulado en la cancelación de salarios y beneficios laborales a los trabajadores de la salud, las partidas pendientes con las direcciones de salud de las gobernaciones de los estados descentralizados, entre otros problemas, que ponían en dificultad a los centros de salud, inclusive, para atender las emergencias"*.
35. Este plan se desarrolló inicialmente en la Dirección de Gestión Ciudadana de la Alcaldía Libertador del DMC y luego fue trasladado al Instituto Municipal de Desarrollo Local adscrito a la misma Alcaldía. El plan contó con apoyo de una misión de médicos cubanos, que ya desde 1999 prestaban asistencia en el Edo. Vargas durante y después de la tragedia. Este apoyo creció una vez que el plan se puso en marcha, a través de un Convenio de Cooperación Técnica con la República de Cuba.
36. MSDS: Plan Barrio Adentro. Coordinación Nacional de Atención Primaria. Equipo de Monitoreo del Plan Barrio Adentro en Atención Primaria de Salud. Caracas 2004. Mimeo.
37. Estos núcleos se conciben como: *"centros de producción que generen bienestar económico y mejores servicios, además del crecimiento de la producción de productos terminados de óptima calidad que permita depender menos de la industria foránea y de los oligopolios internos para catapultar el desarrollo del país, así como facilitar y/o fortalecer el liderazgo regional. En otra palabras, la idea es desplegar en el territorio nacional, centros de desarrollo de múltiples bienes y servicios que estarán relacionados entre sí y se extenderán y fortalecerán dependiendo de las necesidades de los grupos sociales que conformen el núcleo endógeno y sus alrededores"*. PATERNÓSTER, Ana Clara: La Misión Vuelvan Caras. Trabajo elaborado para Curso de Gerencia Social de la Fundación Escuela de Gerencia Social (FEGS). Caracas, 2004.
38. MSDS 2004: op. cit.
39. Gaceta oficial N° 37.865 del 26.01.2004.
40. MSDS: op. cit.
41. Ídem.
42. Cálculos propios a partir de información suministrada por la Coordinación Nacional de Atención primaria del Plan Barrio Adentro, del MSDS 2004, op. cit. Es importante destacar que el MSDS reporta información no coincidente con otras fuentes de información reseñadas en este mismo Informe.
43. Es preciso destacar de nuevo que los consultorios populares hasta este momento consisten en un médico residente en casa de familia, con un equipamiento

- mínimo para realizar la consulta dentro y fuera de la comunidad. La infraestructura que alojará a estos médicos y permitirá ampliar la capacidad de consulta está en desarrollo, de lo cual se muestran algunos datos en el punto dedicado a los servicios de salud de este mismo Informe.
44. DEFENSORÍA DEL PUEBLO: *Síntesis del Plan Barrio Adentro*. Caracas 2003. [en línea]. <<http://www.defensoria.gov.ve/lista.asp?sec=190702>> Caracas, 2004.
  45. PROGRAMA DE LAS NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO (PNUD): *Caminos para superar la pobreza*. En: Informe Nacional de Desarrollo Humano 1998. Caracas, 2000.
  46. MSDS: Memoria y Cuenta. Varios años.
  47. Ídem.
  48. La Tasa de Mortalidad Neonatal es el número de defunciones de niños y/o niñas menores de 28 días en un año determinado por mil nacidos vivos en ese año. Se divide en mortalidad temprana o precoz (menores de 7 días de nacidos) y mortalidad neonatal tardía (entre los 7 y 28 días de nacidos). La Tasa de Mortalidad Postneonatal es el número anual de defunciones en edad de 28 días a 11 meses de edad por mil nacidos vivos en un año determinado. Ambas tasas conforman la Tasa de Mortalidad Infantil, definida como las defunciones de menores de 1 año de edad.
  49. MSDS: Plan Estratégico de Salud y Desarrollo Social. Caracas, 2000. Pág. 48. Mimeo.
  50. En las afecciones perinatales se incluyen los trastornos respiratorios, cardiovasculares y las infecciones del feto; las hemorragias y los trastornos hematológicos tanto del feto como del recién nacido; la incidencia de las condiciones de salud maternas y las complicaciones ocurridas durante el embarazo, parto y postparto.
  51. MSDS: Informes preparados por la Dirección de Salud Poblacional en el marco del Plan Estratégico Social. Caracas, 2002. Mimeo.
  52. Las muertes maternas se definen como aquellas que ocurren en el embarazo o en los siguientes 42 días a la terminación de este.
  53. MSDS: op. cit.
  54. Ver capítulo "Derecho a la Salud" en PROVEA: Informe Anual 2001-2002. Caracas, 2002.
  55. MSDS: Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud-Décima Revisión (CIE-10). Caracas, 2002.
  56. Las enfermedades se conocen a través de las consultas médicas, y de hecho, los casos reportados se refieren a número de consultas y no a número de personas. Dado que las consultas están sometidas a las dificultades o restricciones del sistema sanitario, la estructura de morbilidad conocida por esta vía puede verse afectada sensiblemente por el nivel de operatividad del sistema. Por ejemplo, las enfermedades reportadas en el 2002 no guardan relación con la estructura de enfermedades de años anteriores. Esto se debe a que durante este año, el sistema de salud fue sometido a intentos de paralización de actividades.
  57. Entre las enfermedades de denuncia obligatoria se encuentran el tétanos, la fiebre tifoidea, el dengue, el cólera, la hepatitis B, el VIH-SIDA, la meningitis y la malaria.
  58. Las diarreas son provocadas por el consumo de agua y alimentos en mal estado, la inadecuada manipulación de alimentos, la falta de agua o de sistemas de eliminación de excretas y de los residuos sólidos, son factores desencadenantes de las enfermedades diarreicas en los niños y/o niñas.
  59. MSDS: Estadísticas Epidemiológicas. Varios años.
  60. Ver capítulo "Derecho a la Salud" en PROVEA: Informe Anual 1999-2000. Caracas, 2000.
  61. Según Pamela Hartigan: "...se habla de enfermedades transmisibles (contagiosas o infecciosas) porque su diseminación implica la existencia de un agente infectado que transmite el organismo por distintos mecanismos, tales como insectos, el aire, el agua y el contacto entre persona y persona, con animales y sus productos, o con la sangre y sus derivados". HARTIGAN, Pamela: Enfermedades transmisibles, género y equidad en salud. Publicación Ocasional n° 7. OPS y Harvard Center for Population and Development Studies. Washington, 2001.
  62. El dengue es una enfermedad transmitida por el zancudo *aedes aegypti* y controlada a través de la eliminación de los criaderos de larvas
  63. Según datos registrados en el Informe anual de Provea 2001- 2002, "...el dengue presenta 4 variedades de serotipos: el tipo I llegó a Venezuela hace 10 años, el tipo II llegó entre 1991 y 1992. Entre 1993 y 1994 se presentó una combinación entre el I y el II. En 1998 apareció el dengue IV y finalmente, en el 2001 apareció el dengue III, que representó una alarma epidémica, pues de todos los tipos, este se presenta como el más severo. Su presencia ocasionó una respuesta más intensa en la población, que aún se mantenía virgen a este serotipo, aunado a condiciones climatológicas favorables a su propagación". Pág. 184.
  64. MSDS: Memoria y Cuenta 2002. Caracas, 2002.
  65. Ver PROVEA: Informe Anual 2001-2002. Caracas, 2002.
  66. Existen tres formas comprobadas de transmisión del VIH: la sanguínea que incluye transfusión de sangre y sus derivados, intercambio de material inyectable entre drogadictos endovenosos, heridas involuntarias con agujas; la sexual, todas las formas de relación sexual sin protección adecuada; y la perinatal intrauterina o durante el parto y ocasionalmente la lactancia. La diseminación del virus ocurre más probablemente como resultado de exposiciones múltiples y repetidas por vías de transmisión que se encuentren altamente relacionadas con patrones de conductas individuales, particularmente en cuanto se refiere a la actividad sexual y el uso de drogas.
  67. En una investigación realizada por el Centro de Investigaciones Económicas y Sociales (CIES) y el Programa de las Naciones Unidas para el SIDA (ONUSIDA), para el año 1998 se encontró que con

- la información disponible se podía estimar entre 50 mil y 100 mil personas seropositivos, pero otros organismos estimaban el número entre 250 mil y 500 mil, debido a los problemas de sub-registro. CIES-ONUSIDA: El VIH-SIDA en Venezuela. Análisis de Situación y Recomendaciones. Caracas 1998.
68. PROVEA: Informe Anual. Años 1999, 2001, 2002, 2003 y 2004.
  69. El VIH se puede transmitir a través de: las relaciones sexuales de hombre a hombre, de hombre a mujer, de mujer a hombre y de mujer a mujer, cuando no hay protección si una de las personas está infectada, de una madre infectada a su bebé, durante el embarazo, en el parto y/o a través de la leche materna; y compartiendo agujas que contengan sangre infectada o recibiendo una transfusión de sangre infectada.
  70. En la misma investigación de CIES-ONUSIDA de 1998, op. cit, se afirmaba: "*Si bien la aparición inicial de los casos de SIDA fue en el grupo homosexual, la incidencia de la transmisión por vía heterosexual ha aumentado año tras año. ...sobre-pasando los heterosexuales a los homosexuales...la ruta heterosexual ha aumentado a una tasa anual de 21,7%*". Pág. 14.
  71. PNUD 2000, Op.cit.
  72. Según informes preparados por el MSDS en el año 2002 en el marco del PES, op.cit, en la actualidad se estima que un 40% de los pacientes en diálisis serían candidatos potenciales a recibir un trasplante renal. Sin embargo, solo el 19,4% de éstos, es decir, 350 pacientes han cumplido con los requisitos de la evaluación pre-trasplantes por año, así que sólo el 41,4% de los pacientes se beneficia de este tipo de tratamiento, lo que es equivalente a una cobertura de 8% de la demanda estimada.
  73. La diabetes mellitus es una enfermedad crónica originada a partir de una mezcla de componentes genéticos, metabólicos y ambientales, y se caracteriza por la deficiencia en la producción o utilización de insulina. Según el MSDS, el 21,3% de los pacientes de diálisis en Venezuela tiene diabetes.
  74. PROVEA: Informe Anual 2001- 2002. Caracas, 2002
  75. FAO: Estado de la Inseguridad Alimentaria en el Mundo. 1999.
  76. PNUD: Informe Mundial de Metas del Milenio. 2003.
  77. FUNDACREDESA: Indicadores de condiciones de vida. Año 1998. Área Metropolitana de Caracas. Caracas, 1999.
  78. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICAS (INE): Censo 2001.
  79. PROVEA: Informe Anual 2001-2002. Caracas, 2002.
  80. INE: op. cit.
  81. VEGA, Mauricio: La crisis del sector salud. Fundamentos de la reforma. Instituto Latinoamericano de Investigaciones Sociales (ILDIS). Caracas, 2004. Mimeo.
  82. PROVEA: Informe Anual 1999-2000. Caracas, 2000. Pág. 160.
  83. PROVEA: Informe Anual 2002-2003. Caracas, 2003.
  84. PROVEA: Informe Anual 2001-2002. Caracas, 2002.
  85. Ídem.
  86. Ídem.
  87. Ver Informes anuales de PROVEA, años 1999, 2001, 2002, 2003 y 2004.
  88. MPD: Plan Extraordinario de Inversiones. "La Sobremarcha". [En línea]www.mpd.gov.ve/memycta/prop100d.pdf
  89. ASAMBLEA NACIONAL. [En línea] www.asambleanacional.gov.ve/consnot.asp?pag=468&busc=&fec=.ns2/
  90. Radio Nacional de Venezuela. [En línea] www.rnv.gov.ve
  91. Radio Nacional de Venezuela, Op.cit
  92. Provea 2002, Op. Cit.
  93. SERRANO, Carmen Rosa: Estrategia de Cooperación con los Países. Informe de Situación sobre los Recursos Humanos en Salud. Caracas 2003.[En línea] www.ops-oms.org.ve/site/venezuela/docs/Recursos\_Humanos.doc
  94. Nueva Prensa: "40 pacientes son atendidos por 1 solo profesional de enfermería en hospitales. Artículo elaborado por periodista Osnelly Sánchez. Agosto 2004. www.nuevaprensa.com.ve/ver-art.php?cod=43
  95. Ídem.
  96. Ver declaraciones del ex director de Salud de la Alcaldía Libertador, Edilberto Pacheco, en El Universal de los días 12.09.03 y 18.09.03.
  97. DEFENSORÍA DEL PUEBLO 2003: op. cit.
  98. Radio Nacional de Venezuela, 2003: op.cit
  99. Provea, 2001, Op. Cit.
  100. Defensoría del Pueblo 2003: op. cit.
  101. Ver capítulo "Derecho a la Salud" en PROVEA: Informe Anual 1999-2000. Caracas, 2000.
  102. Ver capítulo "Derecho a la Salud" en PROVEA: Informe Anual 2000-2001. Caracas, 2001.
  103. Ídem.
  104. Ver MSDS: *Evaluación del Sistema Intergubernamental de Salud en Venezuela 1990/1996. Una aproximación inicial*. En: Cuadernos para la Reforma del Sector Salud. MSDS. Proyecto Salud. Vol.1/Nº 3. Octubre 1999. Caracas, Venezuela; DÍAZ POLANCO: op. cit.
  105. Radio Nacional de Venezuela, 2004: op. cit
  106. El Universal, 01.04.04.
  107. DEFENSORÍA DEL PUEBLO 2003: ob. cit.
  108. ASOCIACIÓN NACIONAL DE ORGANIZACIONES DE LA SOCIEDAD CIVIL (SINERGIA): "Ley Orgánica de Participación". UPALE-SINERGIA. Caracas 2001.
  109. CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA.
  110. Ídem.
  111. Ídem.
  112. Radio Nacional de Venezuela, 17.12.03 y 05.01/04, Op.cit.
  113. Ex-viceministro Jacobo Mora en declaraciones recogidas por Radio Nacional de Venezuela, 2003. Op. cit.

---

iii ■ ..... ■