

## **Derecho a la salud**

*La salud es un derecho social fundamental, obligación del Estado, que lo garantizará como parte del derecho a la vida.*

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

### **Artículo 83 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela**

El derecho a la salud muestra signos contradictorios. Existen avances sustantivos en materia de cobertura y universalización de la red de atención primaria, así como algunas medidas estatales orientadas a enfrentar la fragmentación del sistema público nacional de salud. Pese a ello, son enormes los déficit presupuestarios y de eficacia institucional, que acarrear permanentes fallas en los insumos, equipos y medicamentos y que obstaculizan la adecuada atención de los sectores populares, particularmente en el nivel hospitalario. La discriminación de la población de las zonas rurales del país sigue expresándose en su menor acceso a presupuesto, personal e infraestructura de salud.

La constante rotación de ministros en el Ministerio de Salud y Desarrollo Social (MSDS) dificultó el cumplimiento de los objetivos referidos a la recuperación de su capacidad rectora dentro de una estructura intergubernamental descentralizada y participativa; ha dificultado, además, la concreción de una política sanitaria de satisfacción universal de las necesidades integrales de salud. En noviembre de 2004, Francisco Armada suplió al Dr. Roger Capella en su cargo, siendo el cuarto ministro designado desde que el Presidente Chávez inició su período de Gobierno. No obstante y en pro de la articulación de una política coherente, en el mes de agosto de 2005, Barrio Adentro se convirtió en el eje central de la política en salud, lo que podría ayudar a solventar la fragmentación que ha caracterizado al sistema

público de atención. Al Plan Barrio Adentro I (BA I), se sumó el Plan Barrio Adentro II (BA II), que consiste en la creación de Centros de Diagnóstico Integral (CDI), Centros de Rehabilitación Integral (CRI) y Centros de Alta Tecnología (CAT). Por su parte, el Plan Barrio Adentro III se amplía al nivel hospitalario y consiste en la reparación y dotación de la totalidad de los hospitales del país.

En el ámbito legislativo preocupa la mora en la aprobación de la Ley Orgánica de Salud; preocupa además que esta se elabore de manera inconsulta, sin la participación de los sectores involucrados y particularmente de los Comités de Salud.

La inversión pública en salud, pese a que evidencia un aumento del valor nominal del presupuesto de gastos del MSDS (4,10 billones de bolívares) del 23,17% con respecto al 2004, cuando el aporte fue de 3,15 billones, equivale a menos del 6% del presupuesto nacional y a menos del 2% del Producto Interno Bruto, por lo que resulta, aún, insuficiente. Este cálculo no incluye los aportes financieros a la Misión Barrio Adentro por fuentes distintas al presupuesto ordinario, que se reconoce como una meritoria asignación de recursos para la atención primaria de salud y que, evidentemente, incrementa el gasto público en salud. Sin embargo queda pendiente todavía su incorporación en el presupuesto nacional, para darle mayor permanencia y facilitar la contraloría de dichos recursos.

En relación con el funcionamiento de la red pública de asistencia a la salud, en el nivel primario de atención, el Plan Barrio Adentro (fases I y II) evidenció una importante ampliación de la cobertura de los servicios, particularmente en beneficio de los grupos sociales más desfavorecidos: 8.573 puntos de atención en BA I, más 30 CDI y 30 CRI en BA II. Igualmente amplió su cobertura en relación con el número de profesionales de la salud, sumando 24.156 a los 61.560 anteriores, lo que garantiza una mayor accesibilidad y disponibilidad de los servicios públicos de salud. No obstante, esta cobertura continúa expresando una desigualdad en relación con la proporción de médicos por habitantes según entidad regional, siendo el Edo. Táchira el más emblemático (1 punto de atención por cada 24.667 habitantes), en contraste con el Distrito Capital (1 por cada 1.780).

El nivel hospitalario se caracterizó por una perenne escasez presupuestaria, carencia de insumos y falta de equipos médicos. La base de datos hemerográfica de Provea registró 601 denuncias sobre problemas en hospitales, mientras que en el nivel ambulatorio hubo 225. A las deficiencias expresadas se sumó la falta de personal médico y de enfermería (78), y la inseguridad en los establecimientos de salud. Se continuaron presentando denuncias de violación al principio de gratuidad en hospitales; sin embargo, se registró un importante descenso de 63% al comparar las 39 denuncias actuales con las 105 del lapso anterior.

Otro indicador que da cuenta de la calidad del servicio público de asistencia a la salud se refiere a lo oportuno y adecuado de su prestación. Provea registró 55 muertes por atención médica inadecuada (103% más que las denunciadas en el Informe anterior) y 8 por falta de atención médica oportuna (11% menos que en el Informe anterior). Del total de víctimas conocidas este período, 43 eran neonatos (68%) y 9 mujeres que murieron por atención médica inadecuada o atención tardía durante el proceso de parto (14% del total).

Los conflictos laborales descendieron en 28% (49 protestas) frente a las 68 del año anterior. Las principales demandas se refirieron al cumplimiento de compromisos laborales y a la dotación de insumos en los establecimientos que integran la red pública de asistencia a la salud.

La prevención de enfermedades infecciosas presenta avances y reveses. En el registro epidemiológico se evidencia un avance, con la integración de la estructura de Barrio Adentro al sistema de información epidemiológica del MSDS; no obstante, el sistema tradicional mantiene debilidades que esperamos sean corregidas en un corto plazo. Entre los reveses se encuentra un aumento en los casos de malaria con una incidencia de 1,9 casos por 1.000 habitantes, en contraste con el 1,8 del 2004 y 1,2 de 2003. Amazonas sigue siendo el estado con mayor incidencia (63,9), seguido de Bolívar (23,4), Delta Amacuro (7,9) y Sucre (6,6). La tasa de morbilidad acumulada por dengue presenta también una tendencia ascendente del 26,3% (134,7 por 100.000 habitantes). El acumulado de casos fue de 27.820, de los cuales 1.694 (6,1%) fueron hemorrágicos, con dos

decesos. Los estados con mayor número de casos notificados fueron: Cojedes (3.867), Táchira (2.549), Barinas (2.198), Mérida (2.023) y Distrito Capital (1.836).

## **I. Medidas del Poder Ejecutivo**

### ***Cooperación internacional***

En el marco de las relaciones multilaterales destacan positivamente los acuerdos de cooperación técnica celebrados con la Organización Panamericana de la Salud (OPS)<sup>1</sup> y el mantenimiento del convenio con Cuba, que posibilita el desarrollo de la Misión Barrio Adentro<sup>2</sup>.

Barrio Adentro busca ampliar la cobertura de los servicios públicos de atención primaria, a través del desarrollo de un modelo de gestión participativa que responda a las necesidades sociales de los sectores más excluidos (grupos populares urbanos, rurales, pueblos fronterizos e indígenas). Entre las metas propuestas se incluyen: a) Contribuir a la implementación del Sistema Público Nacional de Salud (SPNS); b) lograr un médico por cada 250 familias (1.200 habitantes); c) promover la salud integral de individuos, familias y comunidades; d) impulsar la construcción de las redes sociales bajo el control comunitario; e) propiciar los espacios para el saneamiento ambiental básico; f) elevar el promedio de vida de la población; y g) contribuir al desarrollo, crecimiento y envejecimiento con calidad de vida de las personas.

Entre las nuevas medidas adelantadas por el Ejecutivo Nacional, vinculadas con Barrio Adentro, se reconocen como positiva aquellas orientadas a asegurar la incorporación de venezolanos en el equipo médico. En el 2004, se crea el Programa de Especialización en Atención Integral de la Salud, ofrecido por la Universidad Bolivariana de Venezuela (UBV). Para el 2005, en el marco de la Misión Ribas se plantea la incorporación de seis universidades (Francisco de Miranda, Rómulo Gallegos, Rafael María Baralt, Bolivariana de Venezuela,

---

<sup>1</sup> ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD: La salud en las Américas. Cooperación técnica de la OPS/OMS con Venezuela. [en línea] <<http://www.paho.org>> Consulta del 10.08.05.

<sup>2</sup> La Misión Barrio Adentro surge en abril del 2003 y se sustenta en el Convenio Integral de Cooperación celebrado entre las Repúblicas de Cuba y Venezuela.

Nacional Experimental de las Fuerzas Armadas y Nacional Experimental de los Llanos Ezequiel Zamora) en el Programa de Formación de Medicina Integral<sup>3</sup>. Igualmente, resulta positivo el establecimiento del internado rotatorio en ambulatorios como un requisito para la culminación del pregrado de Medicina. Según Pedro Navarro, integrante del Consejo de la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela (UCV), los estudiantes deberán ahora cumplir los primeros seis meses del internado en los servicios de atención primaria de salud y los seis restantes en los hospitales. Según Navarro, antes *“las dos terceras partes del internado rotatorio transcurrían en los hospitales, y menos de una tercera parte en medicaturas rurales”*<sup>4</sup>. Por último, se valora positivamente la incorporación de la estructura creada en Barrio Adentro al Sistema de Información Epidemiológica del MSDS, como unidades de reporte de las enfermedades de notificación obligatoria, lo que resulta muy valioso para las actividades de prevención en salud.

### ***Presupuesto Público de Salud***

Aunque para el 2005 la política presupuestaria definida en materia de salud identifica entre sus prioridades la continuidad del Plan Barrio Adentro y el fortalecimiento de las redes ambulatorias y hospitalarias<sup>5</sup>, no hubo asignación de recursos para este Plan en la Ley del Ejercicio Fiscal del año 2005. De manera que el financiamiento de este sigue dependiendo de fuentes distintas a las del MSDS, como son: a) de la empresa estatal Petróleos de Venezuela (PDVSA); b) del Fondo Nacional de Inversión Social (FONVIS); c) del Fondo Intergubernamental para la Descentralización (FIDES); y d) de la Banca Multilateral. Para el 2005, según información suministrada por la Dra. Juana Contreras, ex - coordinadora del Plan, por el MSDS, le serían asignados 2,7

---

<sup>3</sup> Andrés Eloy Ruiz en: Miriam Morillo: *Formarán a dos mil 400 médicos sociales*. Últimas Noticias, 13.01.05, pág. 6.

<sup>4</sup> Pedro Navarro citado en: Vanessa Davies: *Estudiantes de medicina irán a ambulatorios*. El Nacional, 06.11.04, pág. B-17.

<sup>5</sup> MINISTERIO DE FINANZAS: Exposición de Motivos de la Ley del Proyecto de Ley de Presupuesto para el Ejercicio Fiscal 2005. Resumen Ejecutivo.

billones de bolívares<sup>6</sup>. Si esta asignación la sumamos al presupuesto del MSDS (4,10 billones de bolívares), ciertamente se revela un incremento importante en el gasto público en salud que reconocemos como positivo. Sin embargo, no resulta adecuado que la aprobación de recursos para Barrio Adentro se mantenga a través de asignaciones especiales que no forman parte del presupuesto ordinario de gastos del Estado, ni mucho menos del MSDS. En opinión de Provea, aunque resulta acertado elevar el gasto en atención primaria, la falta de asignación de los recursos por vía presupuestaria para Barrio Adentro no asegura la sostenibilidad financiera del Plan, no garantiza transparencia sobre la distribución de esos recursos, propicia una mayor fragmentación financiera del sector<sup>7</sup> y dificulta el ejercicio del control social sobre la gestión financiera del Plan.

Con respecto al presupuesto modificado del MSDS, debemos señalar que los 4,10 billones de bolívares aprobados representaron un incremento del 23% en el valor nominal de la asignación anual frente al año 2004, cuando fue 3,15 billones de bolívares.

En relación con el porcentaje del presupuesto nacional se evidencia una tendencia al descenso desde el año 2002, cuando el gasto en salud representó el 6,62%, en tanto que para el 2003 fue del 6,41%, en el 2004, 6,31% y para el 2005, representó el 5,91%. No sucede así con el gasto del MSDS, en términos de porcentaje del Producto Interno Bruto (PIB), el cual mantiene una tendencia ascendente. Sin embargo, sigue sin superar el 2% (1,8%). Según estimaciones económicas realizadas por el Instituto de Estudios Superiores de Administración (IESA), por encargo de la Asamblea Nacional, para el 2005 el Sistema Público de Salud debería contar con una inversión pública del 4,98% del PIB, y para el 2006,

---

<sup>6</sup> Mireya Tabuas citada en: *De la voluntad de los venezolanos no sobrevive Barrio Adentro: El Nacional*, 21.11.04, pág. B-21.

<sup>7</sup> El financiamiento del sector público de la salud se encuentra fragmentado en varias fuentes, entre las cuales se encuentran: Ministerio de Salud y Desarrollo Social (MSDS); situado constitucional de las gobernaciones; Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS); Instituto de Previsión y Asistencia Social del Ministerio de Educación (IPASME); Instituto de Previsión Social de la Fuerza Armada (IPSFA) y recursos municipales.

del 5,13%, a fin de asegurar la puesta en funcionamiento del nuevo Sistema Público Nacional de Salud<sup>8</sup>.

### Presupuesto del MSDS (2000-2005)

<b>Años</b>	<b>Presupuesto en billones de Bs.</b>	<b>% del PIB</b>	<b>% del presupuesto nacional</b>
2000	1,43	1,32	6,08
2001	1,72	1,49	6,15
2002	2,09	1,61	6,62
2003	2,66	1,53	6,41
2004	3,15	1,33	6,31
2005	4,10	1,8	5,91

Fuente: Elaboración propia con datos de la Oficina Nacional del Presupuesto (Onapre), el Sistema Integrado de Indicadores Sociales para Venezuela (Sisov) y el reporte de Sistemas de Gestión y Control de las Finanzas Públicas (Sigecof) al 31.12.04 y al 30.06.05.

Por otro lado, la distribución territorial de los recursos evidencia una situación dispar entre los estados centralizados en detrimento de los descentralizados. Durante el 2004, mientras que el incremento de los recursos en los estados centralizados fue del 44,80%, en los estados descentralizados alcanzó el 34,77%. No obstante, llama la atención que mientras los estados descentralizados contaron con una ejecución del 100%, los estados centralizados presentaron fallas en la ejecución presupuestaria como puede apreciarse en el cuadro siguiente.

<b>Presupuesto modificado vs. Presupuesto ejecutado</b>				
<b>Entidad federal</b>	<b>Año 2003</b>		<b>Año 2004</b>	
	<b>Presupuesto</b>	<b>%</b>	<b>Presupuesto</b>	<b>%</b>

<sup>8</sup> ASAMBLEA NACIONAL: Subcomisión de Salud de la Comisión Permanente de Desarrollo Social Integral. Estudio económico financiero de la puesta a punto del Sistema Público Nacional de Salud. Caracas 2004.

		ejecutado		ejecutado
<b>Estados centralizados</b>	172.740.345.837	90,16%	313.122.914.767	87,53%
Amazonas	11.705.294.209	88,33%	18.065.646.149	85,33%
Barinas	39.716.760.422	92,06%	72.288.060.929	89,23%
Cojedes	26.907.502.176	93,19%	39.411.201.084	88,59%
Delta Amacuro	12.004.317.717	90,21%	17.427.345.868	84,78%
Guárico	47.421.493.973	93,51%	63.462.611.600	90,54%
Portuguesa	49.652.242.620	87,05%	72.634.438.735	86,23%
Vargas	20.039.310.207	83,11%	29.833.610.402	81,71%
<b>Estados descentralizados</b>	874.973.905.393	100%	1.341.899.157.0 19	100%
Distrito Capital	96.409.055.078	100%	127.236.617.848	100%
Anzoátegui	72.076.958.912	100%	89.459.415.747	100%
Apure	42.000.854.979	100%	54.416.541.832	100%
Aragua	80.170.421.552	100%	99.905.843.910	100%
Bolívar	61.531.929.810	100%	85.847.867.241	100%
Carabobo	80.752.508.662	100%	105.966.515.570	100%
Falcón	34.970.187.930	100%	45.152.688.764	100%
Lara	72.559.109.067	100%	95.818.414.933	100%
Mérida	49.735.907.539	100%	67.282.598.729	100%
Miranda	65.018.319.352	100%	83.310.553.024	100%
Monagas	36.076.481.448	100%	53.332.306.126	100%
Nueva Esparta	25.258.008.933	100%	37.687.524.134	100%
Sucre	56.228.509.313	100%	74.888.598.660	100%
Táchira	53.801.351.503	100%	73.375.434.955	100%
Trujillo	55.789.795.671	100%	77.676.302.772	100%
Yaracuy	31.103.677.290	100%	42.056.830.603	100%
Zulia	98.216.786.307	100%	128.485.102.162	100%

Fuente: MSDS. Dirección de Planificación y Desarrollo. Ejecución del Presupuesto asignado durante el 2003 y 2004.

Como veremos más adelante, el funcionamiento de la red pública asistencial venezolana continúa en crisis, con fallas en la calidad de los servicios, bienes y establecimientos públicos de salud, en tanto que los gastos de funcionamiento no aparecen ajustados para hacer frente a la crisis del sector que data de hace aproximadamente tres décadas.

## **II. Medidas del Poder Legislativo**

### ***El Proyecto de Ley Orgánica de Salud***

La mora de la Asamblea Nacional (AN) en promulgar una nueva ley de salud adecuada a la CRBV data de 5 años. En diciembre de 2004 fue aprobado en primera discusión un nuevo proyecto de ley, pero al cierre de este Informe no había sido aprobada definitivamente.

Provea viene insistiendo en la necesidad de dar prioridad a la aprobación de una nueva Ley de salud que se adecue a los parámetros constitucionales vigentes, así como en la creación de espacios para la discusión pública que permitan conocer más ampliamente esta propuesta de Ley y sus implicaciones en el disfrute efectivo del derecho a la salud. Como aporte a ese debate, se presenta a continuación un resumen del análisis de la propuesta aprobada en primera discusión:

1.- Objeto de la Ley. Omite como fin esencial la garantía del derecho a la salud, en tanto la atención se centra en la regulación del SPNS y del Régimen Prestacional de Salud del Sistema de la Seguridad Social. Al igual que en la CRBV, la Ley debería garantizar la salud como derecho social fundamental.

2.- Concepción de la salud. Saludamos que la salud sea concebida en forma integral como el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solo como ausencia de enfermedad. Sin embargo, vemos con preocupación que dicha concepción no se ve reflejada claramente en la forma organizativa que la Ley dispone, advirtiéndose una disociación entre la rectoría y gestión de las funciones de asistencia médica frente a la prevención y promoción de la salud.

3.- Principios rectores. A diferencia de los anteriores proyectos de Ley de Salud presentados ante la AN, este no cuenta con un aparte que regule los principios rectores del SPNS establecidos en la CRBV. Solamente la gratuidad aparece definida como principio rector, en tanto que la universalidad, equidad, solidaridad e integración social carecen de desarrollo normativo.

4.- Relevancia pública. Resulta positivo que el sector público de la salud reciba relevancia frente al resto de la política pública nacional. Tal aseveración nos ofrece mayores seguridades en la protección del derecho a la salud. Ahora bien, implica para el Estado la adopción de medidas económicas, políticas, sociales y culturales necesarias para lograr tal fin.

5.- Rectoría del SPNS. Encontramos un debilitamiento del rol rector que debe ejercer el Ministerio con competencia en salud sobre el SPNS, en tanto se crea el Instituto Nacional de Asistencia Médica (INAM), con competencia plena para asegurar la asistencia médica integral a las personas, mediante actividades asistenciales de prevención, promoción, restitución y rehabilitación de la salud.

Aunque el Ministerio es el ente de adscripción del INAM, quien designa su directorio es el Presidente de la República, lo que no solo afecta la rectoría ejercida por el primero, sino que además diluye el enfoque integral de los objetivos y funciones del SPNS. Mientras que la red promocional de salud está encabezada por el Ministerio con competencia en salud, la atención médica es competencia del INAM.

6.- Organización y estructura del SPNS. El aspecto más álgido de este proyecto de Ley está en la estructura y organización del SPNS. Se crea el INAM como el único ente de adscripción de los tres niveles de atención médica de la red pública asistencial (consultorios populares, centros de consulta externa y hospitales del pueblo). Por esta vía, se revierte el proceso de descentralización político-territorial de los bienes, recursos y servicios de salud transferidos a los estados y municipios, lo que en opinión de Provea puede propiciar mayores niveles de burocracia e ineficacia en la gestión sanitaria, y además contradice el espíritu de las normas establecidas en los artículos 84 y 184 de la CRBV.

Provea está consciente de las resistencias presentadas por algunos actores políticos estatales y municipales ante determinadas medidas adoptadas por el nivel central. No obstante, sostenemos que la solución a estos problemas no debe ser una propuesta organizativa que tienda nuevamente hacia la centralización de funciones y debilite el rol rector del MSDS, ni que propicie la disociación del enfoque integral establecido en las funciones del SPNS. La propuesta organizativa dispuesta en este proyecto de Ley no asegura mayores niveles de eficiencia y eficacia de la gestión, no permite un mejor control social, no reduce la burocracia existente y no garantiza procesos más democráticos en la toma de decisiones y adopción de medidas.

7.- Estrategia promocional del SPNS. Saludamos que la estrategia promocional del SPNS contemple entre sus componentes factores socioeconómicos, culturales y ambientales determinantes de la salud, entre los cuales están: a) educación para la salud y calidad de vida; b) prevención de las enfermedades, accidentes y discapacidades; c) salud sexual y reproductiva; d) inmunizaciones; e) prevención y control de la violencia; f) salud ambiental; g) rehabilitación de salud con base comunitaria para las personas con discapacidades físicas y mentales; h) control y reducción de los efectos sobre la salud en caso de desastres naturales, tecnológicos y derivados de conflictos sociales; i) seguridad alimentaria; y j) seguridad de acceso y uso correcto de los medicamentos. Reivindicamos que la estrategia promocional del SPNS disponga la necesidad de incorporar un enfoque de género en las políticas, planes y acciones en salud, en tanto las estadísticas evidencian una tasa elevada de mortalidad materna por razones vinculadas al embarazo y el parto, y en tanto las estadísticas señalan como principal causa de muerte en mujeres el cáncer de cuello uterino y de mama.

9.- Red y niveles de atención médica. Saludamos que los niveles de atención médica estén interrelacionados en un sistema de referencias y contrarreferencias, que de adoptarse adecuadamente contribuirá a solventar las debilidades de la red asistencial relacionadas principalmente, con el acceso universal al tercer nivel de atención (hospitales del pueblo).

10.- Desaparición progresiva de los seguros de hospitalización, cirugía y maternidad (HCM) costeados por el Estado. Coincidimos con la propuesta de transferencia progresiva de los centros, bienes y servicios públicos y privados subsidiados por el Estado al SPNS, incluidos los regímenes especiales del sector público y los servicios de HCM costeados por el Estado como beneficios laborales reconocidos a los trabajadores del sector público. Ahora bien, por tratarse de derechos adquiridos, el SPNS debe adoptar las medidas necesarias que aseguren la prestación -oportuna, efectiva y de calidad- de servicios de hospitalización, cirugía y maternidad ofrecidos actualmente por el sector privado. Consideramos que debe desarrollarse un proceso de diálogo entre las organizaciones sindicales y gremiales y el gobierno, para avanzar concertadamente hacia el fortalecimiento del sector público de salud.

11.-Financiamiento del SPNS. Aunque se cuenta con una definición de cuáles son las fuentes de financiamiento del SPNS, incluido el Fondo de Asistencia Médica, creado para financiar los servicios médicos ofrecidos por el INAM, no encontramos en este anteproyecto un desarrollo normativo que concrete y desarrolle el artículo 85 de la CRBV, que señala: “El Estado debe garantizar un presupuesto para la salud que permita cumplir con los objetivos de la política sanitaria”. Saludamos que establezca la necesidad de parámetros epidemiológicos, demográficos y socioeconómicos para la asignación presupuestaria en salud. Sin embargo, creemos que esta es una oportunidad única para que -por vía de Ley- el Ejecutivo nacional se obligue a garantizar una inversión pública mínima que permita “cumplir de manera oportuna con las políticas, planes, programas y acciones en materia de salud”.

<b>Año</b>	<b>Aporte Neto del Estado para Servicios</b>		<b>Costo Fiscal de la Adecuación Institucional</b>		<b>Aporte Fiscal Total Requerido</b>	
	Millardos de Bs.	de	Millardos de Bs.	de	Millardos de Bs.	% del PIB
2004	6.047		1.581		7.628	4,82

2005	6.554	1.647	8.201	4,98
2006	7.102	1.719	8.821	5,13
2007	7.711	897	8.608	4,80
2008	8.386	936	9.321	4,98
2009	9.087	976	10.063	5,16
2010	9.852	509	10.361	5,09
2011	10.691	528	11.219	5,32
2012	11.608	547	12.155	5,55
2013	12.610	454	13.064	5,76
2014	13.701	471	14.172	6,02

Fuente: Estudio económico financiero de la puesta a punto del Sistema Público de Salud establecido en el Anteproyecto de Ley de Salud elaborado por el Instituto de Estudios Superiores de Administración (IESA). Cálculos propios.

12.- Participación social. Saludamos que la participación comunitaria sea entendida como un derecho social que permite a las comunidades ejercer poder de decisión, intervención y control social sobre las políticas, planes y acciones de salud en forma directa, autónoma e independiente. Asimismo, es positivo que entre sus funciones se contemple: la vigilancia y contraloría social de la gestión pública sanitaria; la participación social en los diagnósticos de situación de salud de las comunidades; y la intervención en los procesos de discusión pública de las políticas, planes y programas de salud de las instituciones del SPNS.

### **III. Medidas del Poder Judicial**

En este período, en materia de protección de niños, niñas y adolescentes, destaca positivamente una sentencia de la Sala de Juicio 2 del Tribunal del Niño y del Adolescente de la circunscripción judicial del Estado Yaracuy. Se trata de una Acción de Protección interpuesta por la Defensoría del Pueblo de Yaracuy contra el Instituto Autónomo de Salud de esa entidad federal, Prosalud, por violación del derecho a la salud y a la vida de los niños, niñas y adolescentes beneficiarios de los servicios de salud ofrecidos por el Centro de Atención Médica Solidaria

(CAMS) del Municipio Independencia. En el juicio se alegó que dicho centro fue cerrado en forma arbitraria y sus servicios de asistencia a la salud fueron paralizados. Ante estos hechos, la Sala 2 de Juicio dictó providencias cautelares y ordenó la restitución del servicio primario de salud. Asimismo, en virtud de entender la salud como parte integrante del derecho a la vida se dispuso que Prosalud estaba a cargo de la obligación de adoptar las medidas que fueren necesarias a fin de asegurar la continuidad de los servicios de salud prestados por el CAMS. Además, se le ordenó a la presidenta de Prosalud que en aras de garantizar con prioridad absoluta el goce de los derechos a la vida y la salud debía evitar en lo sucesivo nuevas paralizaciones de los servicios prestados. Por último, se exhortó al personal médico y de enfermería a que asumiera la responsabilidad de asegurar el buen funcionamiento de los servicios de salud de dicho centro. Ello, a fin de garantizar la accesibilidad, disponibilidad y aceptabilidad que debe regir a los servicios de prevención, atención y rehabilitación<sup>9</sup>.

#### **IV. Sistema Público de Asistencia a la Salud**

##### ***Disponibilidad de bienes, establecimientos y servicios***

La red pública de atención a la salud cuenta con 4.084 establecimientos ambulatorios (incluidos 60 centros de diagnóstico y de rehabilitación)<sup>10</sup>, 296 centros hospitalarios<sup>11</sup>, 8.573 puntos de atención de BAI<sup>12</sup> (568 consultorios populares construidos, 3.530 locales adaptados y 4.475 casas de familia)<sup>13</sup>, además de 1.415 clínicas odontológicas. Por su parte, el sector privado cuenta con 344 centros de atención especializada<sup>14</sup>. La política del Estado para incrementar la disponibilidad de centros de salud se ha implementado a través de

<sup>9</sup> TRIBUNAL DE PROTECCION DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE. Circunscripción Judicial del Estado Yaracuy. Sala de Juicio 2. Sentencia del 08.07.04 Exp. N° 4466/04.

<sup>10</sup> Del total de ambulatorios, 96% dependen del MSDS y 4% al IVSS.

<sup>11</sup> Del total de hospitales públicos, 214 dependen del MSDS, 33 del IVSS, 13 del Instituto de Previsión Social de las Fuerzas Armadas (IPSFA), 3 de Petróleos de Venezuela (PDVSA), 29 del Instituto Nacional de Geriátría (Inager), 2 de las Empresas Básicas de Guayana (CVG), 1 de la Gobernación de Miranda y 1 de la Policía Metropolitana.

<sup>12</sup> Entrevista concedida por Robert Rodríguez, Coordinador de la Misión Barrio Adentro del MSDS a Provea, el 21.04.05.

<sup>13</sup> Kissy Rodríguez: MSDS. Departamento de prensa [en línea] <[www.msds.gov.ve](http://www.msds.gov.ve)>

<sup>14</sup> De las cuales 315 son instituciones de carácter lucrativo y 29 son fundaciones sin fines de lucro.

la Misión Barrio Adentro, bajo un modelo de gestión de salud integral y dirigida principalmente a la población más excluida socialmente, que sufre de difícil acceso y escasa cobertura en salud.

El número alcanzado en los puntos de atención, los módulos populares y las clínicas odontológicas de la BAI, en su segundo año de implementación, constituyen un incremento importante en beneficio de la población, en relación con la disponibilidad de los centros de salud en el nivel primario de atención. Igualmente positiva resulta la adecuación y construcción de 60 Centros de Diagnóstico en la implementación del modelo Barrio Adentro II (30 Centros de Diagnóstico Integral y 30 Centros de Rehabilitación Integral), cuya meta será la activación de 600 centros en total, en los que se incluirán además Centros de Alta Tecnología (CTI).

Sin embargo, desde Provea hemos señalado que la red pública de asistencia a la salud presenta inequidades en la distribución geográfica, en desmedro de las zonas rurales del país; los ambulatorios fueron construidos hace más de 25 años sin tomar en cuenta el crecimiento demográfico por sector, y tanto los puntos de atención como los consultorios populares de Barrio Adentro I mantienen un crecimiento desigual en algunos estados, como veremos en el cuadro relacionado. Para enero de 2005, la Misión BA se incorporó a la Dirección de Salud Poblacional del MSDS, lo que ayuda a superar en cierto modo la fragmentación del sistema de atención primaria en salud. BA se convierte en el modelo rector de la atención primaria del MSDS, y establece como una de las metas el aumento de la disponibilidad de los centros públicos de atención primaria en la totalidad de las zonas geográficas del país.

<b>Distribución de puntos de consulta de Barrio Adentro según ubicación vs. Población</b>			
<b>Entidad Federal</b>	<b>N° de puntos de consulta</b>	<b>Población</b>	<b>BA/Habitantes</b>
Amazonas	33	134.594	1 por cada 4078
Anzoátegui	356	1.428269	1 por cada 4011

Apure	257	452.369	1 por cada 1760
Aragua	400	1.617333	1 por cada 4043
Barinas	183	724.331	1 por cada 3958
Bolívar	380	1.475527	1 por cada 3882
Carabobo	380	2.155610	1 por cada 5672
Cojedes	103	288.168	1 por cada 2797
Delta Amacuro	54	145.568	1 por cada 2695
Distrito Metropolitano de Caracas	1.165	2.073.768	1 por cada 1780
Falcón	265	869.269	1 por cada 3280
Guárico	219	716.896	1 por cada 3273
Lara	443	1.736.983	1 por cada 3920
Mérida	288	811.655	1 por cada 2818
Miranda	841	2.765442	1 por cada 3288
Monagas	455	819.197	1 por cada 1800
Nueva Esparta	123	422.668	1 por cada 3436
Portuguesa	194	839.881	1 por cada 4329
Sucre	271	889.141	1 por cada 3280
Táchira	46	1.134710	1 por cada 24.667
Trujillo	284	685.442	1 por cada 2413
Vargas	152	328.293	1 por cada 2413
Yaracuy	166	573.726	1 por cada 3456
Zulia	1157	3.486850	1 por cada 3013

Fuentes: Elaboración propia con datos del MSDS-Coordinación Misión Barrio Adentro. INE, proyecciones de población 2005.

Respecto a la desproporción de los puntos de atención primaria BA, destaca el Edo. Táchira, en donde es prácticamente inexistente, a razón de un punto de atención por cada 24.667 habitantes. Le sigue el Edo. Carabobo con 1 por cada 5.672 y el Edo. Portuguesa con 1 por cada 4.329, en contraste con la ciudad

capital donde la proporción es de 1 por cada 1780, siendo esta la entidad federal que más se acerca a la meta planteada de 1 médico por cada 1.250 habitantes.

Según el coordinador de BA, Robert Rodríguez, *“la meta preliminar para el año 2005 es la activación de 2.000 centros de atención primaria a la salud, para ir avanzando progresivamente en la dotación total y garantizar la cobertura al 100% de la población, pues el déficit total es de 7.538 [puntos de atención]”*<sup>15</sup>.

Rodríguez explicó que *“en febrero de 2005 se detuvo la fase de construcción de los módulos hexagonales, pues no se adecuaron al ambiente y presentan fallas de ventilación. Por ello se establecieron diversas formas para ampliar los centros de atención, entre ellos: la adecuación de casas en las zonas populares, a través de la compra y posterior equipamiento, así como la repotenciación de ambulatorios preexistentes, la compra de terrenos para la construcción de nuevos módulos que se adecuen al lugar y respeten la diversidad de los usuarios, como por ejemplo, los ubicados en zonas indígenas...”*<sup>16</sup>. Sin embargo, para agosto de 2005, restando apenas 4 meses para cumplir el 100% de la meta, solo se habían acondicionado y equipado 603 (30%) locales adaptados. Pese a que es probable que se incumpla la meta del año 2005, destacamos como muy positiva la incorporación de 8.573 puntos de atención general a la salud en tan solo 2 años, lo que evidentemente genera un impacto efectivo respecto a la garantía de accesibilidad y disponibilidad del derecho a la salud.

<b>Entidad federal</b>	<b>Ambulatorios necesarios por cada 1200 habitantes</b>	<b>Déficit de Consultorios Populares</b>
Amazonas	86	-19
Anzoátegui	601	266
Apure	262	152
Aragua	779	595

<sup>15</sup> Entrevista concedida por Robert Rodríguez. Op. cit.

<sup>16</sup> Ídem.

Barinas	275	34
Bolívar	706	419
Carabobo	1142	1027
Cojedes	142	26
Delta Amacuro	128	11
Distrito Capital	1545	1456
Falcón	230	-108
Guárico	335	96
Lara	832	522
Mérida	391	214
Miranda	560	319
Monagas	301	63
Nueva Esparta	203	126
Portuguesa	449	257
Sucre	391	173
Táchira	411	215
Trujillo	299	-36
Vargas	165	138
Yaracuy	275	153
Zulia	1.678	1440
Venezuela	12.185	7538

Fuente: Coordinación de Barrio Adentro. MSDS.

Los consultorios pertenecientes al nivel primario de atención se encuentran conformados de la siguiente manera:

<b>Tipo de centro de salud</b>	<b>Servicio / Dotación</b>
Casas de familia 1 médico por cada 250 familias	Cama Ventilador Roper

	Mosquitero Acceso a baño Equipamiento médico mínimo
Consultorio popular 1 médico por cada 250 familias	Camas multipropósito Camillas Tensiómetro portátil Nevera para conservación de vacunas TV para charlas educativas Vitrinas, Archivos y otros Mobiliarios

Fuente: Ministerio de Salud y Desarrollo Social.

En relación con los ambulatorios urbanos y rurales preexistentes en la red pública de atención (4.084), la vulneración del principio de disponibilidad está directamente vinculada al principio de calidad. Las denuncias registradas en la base de datos hemerográfica (130) dan cuenta de que los problemas más comunes son: a) falta de insumos médicos; b) problemas de infraestructura; c) falta de personal médico y de enfermería; d) falta de equipos médicos y; e) escaso horario de atención; problemas que obligan a los usuarios a buscar otros centros de atención o ir directamente a un centro hospitalario. La escasa oferta de servicios que brindan los ambulatorios (en las zonas rurales solo hay ambulatorios tipo I y II) también obliga a las personas a trasladarse a establecimientos que brinden mayor cobertura de servicios, aun cuando para ello deban viajar 1 ó más horas desde su lugar de habitación.

Sobre el indicador de cobertura cama por habitante, se mantiene el déficit y la desigualdad registrada en los últimos años<sup>17</sup>. Según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE) y datos del MSDS, en el año 2003 fueron censadas en Venezuela 74.371 camas en el ámbito público (28 camas por 10.000 habitantes).

<sup>17</sup> Según el estándar de la OPS para una cobertura adecuada, deben existir 40 camas por cada 10.000 habitantes.

Sin embargo, para septiembre de 2005 solo 21.182<sup>18</sup> (28% del total de camas) se encuentran operativas, lo que refleja que en realidad apenas contamos con 8 camas por cada 10.000 habitantes<sup>19</sup>. En opinión de la Dra. Isabel Iturria, directora de la Dirección de Hospitales del MSDS, este déficit responde a que “*en Venezuela hace más de 30 años no existe una construcción significativa de centros hospitalarios, ni de dotación de camas*”<sup>20</sup>. Para Provea, la solución al déficit de camas debe centrarse, por una parte, en la concreción de un eficiente sistema de atención primaria a la salud basado en las premisas de salud integral y medicina preventiva, y además, en la recuperación y dotación de las 53.003 camas arquitectónicas que se encuentran inoperantes.

Un agravante de este déficit es la distribución de camas según entidad federal, pues la mayoría de estas se encuentran concentradas en los estados más urbanizados (54%). Ejemplo de ello lo representa el Edo. Zulia, con 3.268 camas (9 por cada 10.000 habitantes), mientras que el Edo. Miranda apenas cuenta con 751 camas (2,7 por cada 10.000 habitantes). El Distrito Metropolitano es un caso particular, con una población de 2.073.768 habitantes, cuenta con 3.271 camas (15 por cada 10.000 habitantes). Sin embargo, la población atendida es mucho mayor, pues la mayoría de los Hospitales son de referencia nacional y según datos aportados por la Secretaria de Salud de la Alcaldía Metropolitana de Caracas, la población atendida alcanza los 6.445.980 habitantes, lo que disminuye sustancialmente el número de camas disponibles en proporción a los habitantes a razón de 5 por cada 10.000<sup>21</sup>.

<b>Distribución de camas en centros Hospitalarios de la Ciudad Capital a Junio 2005</b>								
Hospitales	Medicina	Cirugía	Gin- Obst.	Pediatría	Trauma	Unid. tórax	Psiquiatría	Total

<sup>18</sup> MSDS-Dirección de Hospitales. Dra. Isabel Iturria. Datos obtenidos en el Foro de centralización y situación Hospitalaria. Ateneo de Caracas, 18.10.05.

<sup>19</sup> Porcentaje elaborado con datos del INE sobre población 2005.

<sup>20</sup> MSDS-Dirección de Hospitales. Dra. Isabel Iturria. Op.cit.

<sup>21</sup> Los datos sobre población según entidad federal fueron tomados sobre las proyecciones del censo 2001 elaborado por el Instituto Nacional de Estadística [en línea] <<http://www.ine.gob.ve>> Los datos sobre el número de camas por entidad federal fue tomado del INE con datos del MSDS. El cálculo sobre el número de camas por habitante fue de elaboración propia con datos del MSDS, del INE y de la Secretaria de Salud de la Alcaldía Metropolitana de Caracas.

José Gregorio Hernández	70	70	105	105	35	0	24	409
Maternidad Concepción Palacios	0	0	515	0	0	0	0	515
J.M de los Ríos	0	140	0	159	0	0	0	299
José María Vargas	144	225	12	21	36	0	0	438
José Ignacio Baldó	103	96	80	170	23	103	0	552
Materno Infantil Pastor Oropeza	0	0	90	85	0	0	0	175
Jesús Yerena	38	60	62	33	23	0	0	216
Francisco Antonio Riskey	62	62	0	0	0	0	0	124
Luis Razzeti	20	28	10	14	0	0	0	72
Psiquiátrico de Caracas	0	0	0	0	0	0	200	200
Ricardo Baquero González	21	23	0	16	23	0	0	83
Leopoldo Manrique Terrero	18	27	0	64	27	0	0	136
Julio Criollo Rivas	0	0	0	52	0	0	0	52
TOTAL	476	731	756	719	167	103	224	3271

Fuente: Secretaría de Salud de la Alcaldía Metropolitana de Caracas.

Aún mayor es el déficit de camas en la Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) para adultos y neonatos. Según parámetros internacionales, entre el 5 y 8% de las camas deben estar ubicadas en las UCI. En Venezuela este porcentaje apenas alcanza el 1%. El Edo. Zulia es un ejemplo de esta situación, pues cuenta con 160 camas y necesita 300 para una cobertura suficiente de su población<sup>22</sup>.

<sup>22</sup> Carolina Bracho: *En Zulia hay un déficit de 140 camas de Cuidados Intensivos. El Panorama*. 23.05.05, pag. 1-12.

Otro indicador a tomar en cuenta es la relación entre el número de profesionales del sector salud por el número de habitantes. Como señalamos en el Informe anterior, los datos sobre el recurso humano en salud no se encuentran actualizados, lo que dificulta la realización de un análisis confiable de la situación. Sin embargo, vale resaltar positivamente, la inauguración del Programa Red de Observatorios de Recursos Humanos en Salud y Desarrollo Social en enero de 2004, por parte del MSDS, cuyo objetivo general es el de *“Facilitar el acopio, el análisis, la sistematización y difusión de la información de gestión y desarrollo de recursos humanos en el país, que permita al MSDS, la formulación de políticas y planes en materia de recursos humanos para el Sector Salud y Desarrollo Social”*<sup>23</sup>, lo que permitirá en un futuro realizar un mejor análisis. Con los datos parciales disponibles, realizamos el siguiente cuadro sobre Recursos humanos.

<b>Recurso Humano en Salud hasta el 2002</b>				
Estado	Médicos/as	Enfermeras	Odontólogos/as	Total
Distrito Metropolitano	8.343	226	956	9.525
Amazonas	168	7	46	221
Anzoátegui	2.468	62	555	3.085
Apure	577	37	215	829
Aragua	2.731	60	557	3.348
Barinas	936	53	234	1.223
Bolívar	2.115	48	331	3.717
Carabobo	4.961	81	880	5.922

<sup>23</sup> OPS/OMS: Carmen Rosa Serrano N. Estrategias de Cooperación con los países. Informe de Situación Sobre Desarrollo de Recursos Humanos en Salud. Venezuela. Septiembre 2001, revisado en octubre 2003.

Cojedes	470	20	219	709
Delta Amacuro	169	14	61	244
Falcón	1.452	42	739	2.233
Guárico	827	39	382	1.248
Lara	3.393	780	88	4.261
Mérida	2.627	497	97	3.221
Miranda	2.602	442	77	2.581
Monagas	964	338	55	1.357
Nueva Esparta	819	78	34	931
Portuguesa	1114	516	47	1.667
Sucre	950	501	58	1.509
Táchira	1.533	555	63	2.151
Trujillo	1.207	424	92	1.723
Vargas	413	156	-	569
Yaracuy	828	396	37	1.261
Zulia	6.633	1.117	275	8.025
<b>Total Venezuela</b>				<b>61.560</b>

Fuente: Elaboración propia con datos del MSDS

<b>Recurso humano que labora en el Plan Barrio Adentro, por especialidad (18.04.05)</b>		
	Cubanos/as	Venezolanos/as
Médicos/as con especialidad en atención familiar integral	14.327	1.060
Enfermeras	299	2.603
Optometristas	1440	0

Odontólogos/as	3070	1357
Total de profesionales de la salud	19.136	5020
Total Barrio Adentro	<b>24.156</b>	

Fuente: Elaboración propia con datos de la Coordinación Nacional de Atención Primaria. Misión Barrio Adentro. MSDS.

Los parámetros establecidos por la OPS indican que para una cobertura adecuada es necesario un trabajador de la salud por cada 1.000 habitantes<sup>24</sup>. Si tomamos en cuenta este parámetro, en Venezuela la tasa se supera con creces, al sumar el número de trabajadores de BA al total de trabajadores de la salud del país (85.516), tenemos una relación de 3 trabajadores de la salud por cada 1.000 habitantes).

Con base en esta data y comparándola con la del año anterior, BA revela un aumento de la cobertura de los servicios de atención primaria, acompañado de un aumento del recurso humano en un 39% del personal general, del 32% del cuerpo médico (15.387), 44%, del cuerpo de enfermeras (2.902) y 7% del cuerpo de odontólogos (4.427).

Valoramos positivamente el crecimiento de la cobertura desde la implementación de BA hace dos años. Sin embargo, para un mejor análisis de este indicador tendríamos que contar con datos actualizados en relación con el número actual de profesionales, su distribución geográfica y especialidad.

En este sentido, en opinión de la socióloga y especialista en salud, Yolanda D'Elia, *"El cumplimiento de estos parámetros está en discusión, puesto que, no existen suficientes médicos especialistas en diferentes áreas y particularmente en salud pública, así como tampoco técnicos especialistas ni personal de enfermería, por lo que obviamente se genera un déficit en la atención en algunas especialidades"*<sup>25</sup>.

Las inequidades presentes en la distribución de los trabajadores en el espacio geográfico igualmente deriva en obstáculo al cumplimiento del principio de

<sup>24</sup> ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Op. cit.

<sup>25</sup> Discusión sobre salud con Yolanda D'Elia en Provea el 02.06.05.

disponibilidad. Los estados con mayor desarrollo económico concentran el mayor número de profesionales, y superan los 50 médicos por 10.000 habitantes, mientras que los estados con menor desarrollo presentan tasas por debajo de 10 médicos por cada 10.000 habitantes<sup>26</sup>.

### **Accesibilidad**

El principio de gratuidad establecido en la CRBV ha sido obstaculizado nuevamente en virtud de la permanente y crítica situación de desabastecimiento y precariedad presupuestaria en la red pública de asistencia a la salud. En el presente período, Provea registró 39 denuncias relacionadas con el cobro directo o indirecto en los establecimientos hospitalarios y ambulatorios del país (30 en hospitales y 9 en ambulatorios), lo que significa un importante descenso del 63% en relación con las 105 registradas durante el lapso anterior. En esta disminución inciden políticas y medidas como las implementadas por la Secretaría de Salud de la Alcaldía Metropolitana de Caracas, que eliminó el cobro directo e indirecto<sup>27</sup> a partir de enero de 2005 en los 14 hospitales dependientes de esta institución. Del total de denuncias del Área Metropolitana (22), 14 (63,3%) ocurrieron entre octubre de 2004 y enero de 2005 (4 meses) y 8 (36,3%) entre febrero y septiembre de 2005 (8 meses), luego de la medida de intervención de las fundaciones y prohibición expresa del cobro, lo que muestra un claro punto de inflexión

Del total de hospitales (296), 22 tienen denuncias por cobro o condicionamiento de la atención, 66% menos hospitales que en lapso anterior cuando en 62 recayeron denuncias por cobro.

Entre los sectores más afectados se encuentran las mujeres embarazadas, en proceso de parto o con necesidad de intervención quirúrgica (cesárea), y las intervenciones por razones traumatológicas.

---

<sup>26</sup> Carmen Rosa Serrano. Op. cit.

<sup>27</sup> La Política implementada por la Secretaría de Salud de la Alcaldía Metropolitana de Caracas se centró en la intervención de las fundaciones privadas que existían en cada centro hospitalario y prohibió de manera expresa el cobro por la atención o por los insumos. Igualmente solicitó eliminar todos los carteles ubicados en las áreas de los servicios hospitalarios que solicitaba colaboraciones económicas para brindar la atención e inició un plan de dotación y equipamiento.

El desabastecimiento de insumos básicos y médico quirúrgicos, las fallas de infraestructura en los centros de salud que ocasionan el cierre de servicios y la ausencia de equipos médicos, constituyen el obstáculo principal para el cumplimiento del principio de gratuidad y a la atención de la salud de una manera oportuna y adecuada. El 45% de las denuncias reveló que los pacientes deben acudir a centros privados de salud para realizarse exámenes de laboratorio, rayos x y otros aún más costosos como tomografías y electrocardiogramas.

Otro factor que obstaculiza el acceso a la salud se refiere al alto costo de los medicamentos. Los medicamentos esenciales<sup>28</sup> son parte fundamental de cualquier programa de salud pública y por tanto deben ser asequibles para toda la población.

Con el objeto de promover el acceso con equidad a los medicamentos esenciales, el Estado creó en el 2002 el Programa Nacional de Medicamentos Esenciales (adscrito al MSDS), del cual forma parte el Comité Terapéutico Nacional, el cual tiene como objetivo principal elaborar el Formulario Terapéutico Nacional. Este formulario consiste en la construcción y posterior publicación de la “Lista Básica Nacional de Medicamentos Esenciales”, cuyo uso debe ser obligatorio en todos los servicios públicos de asistencia a la salud. Si bien es cierto que existe una política en el país en relación con el acceso universal al listado básico de medicamentos esenciales, las denuncias por falta de medicamentos en los sectores con mayor vulnerabilidad (VIH/Sida, hemofilia, diabéticos sometidos a diálisis y personas transplantadas) son recurrentes. Para este año la base de datos hemerográfica de Provea registró 22 denuncias relacionadas con la ausencia de medicamentos o tardanza en la entrega. Estos grupos reciben los medicamentos por parte del MSDS, quien cubre en un 100% el costo de los mismos; sin embargo, al no disponer de ellos en el tiempo adecuado, se expone la salud e incluso la vida con la interrupción del tratamiento. La mayoría de estas personas no dispone de

---

<sup>28</sup> Art. 7 de la Ley de Medicamentos: “Se consideran medicamentos esenciales aquellos que sirven para satisfacer las necesidades de atención de salud de la mayoría de la población. Son básicos, indispensables e imprescindibles para tales fines y deben ser asequibles en todo momento en dosis apropiadas a todos los segmentos de la población. Los listados de medicamentos de la Organización Mundial de la Salud y de la Organización Panamericana de la Salud servirán de referencia para la declaratoria de un medicamento esencial y los mismos estarán incluidos en el Formulario Terapéutico Nacional”. Gaceta Oficial G.O. N° 37.006 del 03.08.00.

recursos económicos que les permitan acceder al tratamiento de manera comercial, pues además son medicamentos de alto costo, y no existe una política estatal de reembolso del dinero una vez que se adquiere el medicamento de forma comercial.

Según el Dr. Leopoldo Urdaneta, de la Gerencia de Medicamentos del MSDS, *“ha sido difícil aplicar la política de gratuidad de los medicamentos en algunas alcaldías debido a que no existe un sistema de suministro claro que abarque todos los actores que están involucrados en la salud”*. En opinión de Urdaneta, *“la inversión en medicamentos es multimillonaria, pero el problema radica en la falta de un sistema de suministro y de un uso racional de los recursos [...] el problema de acceso a los medicamentos se manifiesta principalmente en el sistema clásico de salud, hospitales y ambulatorios, porque en el sistema de Barrio Adentro el acceso es del 100%, según un plan de suministro particular y bien estructurado”*<sup>29</sup>.

Por su parte, la Dra. Odilia Gómez, Directora del Servicio Farmacológico de Suministros Médicos (Sefar-Sumed) señala que *“recientemente el Estado hizo una inversión de 200 millardos de bolívares en medicamentos, un monto suficiente para abastecer los centros públicos de salud. Sin embargo, el problema es la gestión por parte de los hospitales y de los médicos encargados de la distribución de los mismos, pues lamentablemente hay mucha corrupción y a veces los medicamentos no llegan a la gente”*<sup>30</sup>. En su opinión, el porcentaje de la población que tiene acceso a medicamentos esenciales oncológicos es del 98% y la de las personas con VIH/Sida que acceden a tratamiento es de casi 100%, y afirma que el 80% de la población accede a medicamentos esenciales<sup>31</sup>.

Para la Dra. Asia Villegas, Directora de la Secretaría de Salud de la Alcaldía Metropolitana, *“para solventar el problema de abastecimiento y generar un efectivo y real acceso a tratamiento médico, debemos avanzar hacia la soberanía farmacológica, pues los laboratorios internacionales especulan con los precios y crean sistemas de dependencia dañinos para el sistema público de atención a la*

---

<sup>29</sup> Entrevista concedida por el Dr. Leopoldo Urdaneta. Área de Gerencia de Medicamentos del MSDS a Provea.

<sup>30</sup> Entrevista concedida por la Dra. Odilia Gómez. Directora del Servicio Farmacéutico de Suministros Médicos-MSDS a Provea.

<sup>31</sup> Ídem.

salud y por tanto dañinos para la población. Villegas señaló que el Estado debe estimular e invertir en laboratorios nacionales que permitan abaratar los costos y generar un equilibrio en el mercado farmacológico”<sup>32</sup>.

La política de distribución de medicamentos a través de BA I se realiza directamente desde las coordinaciones de la Misión. La investigadora Yolanda D’Elia describe el proceso: “Los coordinadores cubanos/as se los entregan a los médicos/as y luego éstos los suministran a la personas de forma gratuita, tanto en las consultas como en visita de terrenos cuando se justifica. Generalmente los medicamentos se encuentran dentro del consultorio”<sup>33</sup>. Los usuarios de BA valoran positivamente el acceso a los medicamentos. Según los resultados de un estudio realizado por el INE en 40 centros (20 puntos de control y 20 consultorios populares, 200 personas) del Distrito Capital<sup>34</sup>, al preguntar sobre la dificultad para obtener medicinas, antes y después de BA, reveló lo siguiente: antes: para el 91% existía mucha dificultad o dificultad; ahora: para el 99,3% no hay ninguna dificultad o hay poca dificultad.

En la interrogante sobre la “Dificultad para acceder a servicios de salud, antes y después de la Misión Barrio Adentro”, la misma encuesta reveló que: antes: para el 85% había mucha dificultad o dificultad; ahora: para 98% no hay ninguna dificultad o hay poca dificultad.

Estos datos evidencian un incremento en el acceso a la salud en el nivel primario de atención. Sin embargo es pertinente la extensión acelerada de esta política a los centros ambulatorios de mayor especialidad y al nivel hospitalario, nivel que presenta una crisis estructural y permanente.

### ***Calidad de los bienes, servicios y establecimientos***

La carencia de insumos básicos, de medicamentos e insumos médico quirúrgicos, de equipos médicos o la presencia de equipos obsoletos, los problemas de

---

<sup>32</sup> Entrevista concedida por la Dra. Asia Villegas. Directora de la Secretaría de Salud de la Alcaldía Metropolitana de Caracas a Provea.

<sup>33</sup> Yolanda D’Elia: Estudio sobre la Misión Barrio Adentro. Mimeo.

<sup>34</sup> Elías Eljuri: Investigación sobre el impacto social de la Misión Barrio Adentro. Presentado en el Simposio Nacional Inclusión Social y Distribución del Ingreso. Presentado en el Banco Central de Venezuela.

Caracas 5 y 6.10.05.

infraestructura, la insuficiencia presupuestaria, la falta de camas en Unidades de Terapia Intensiva (UTI) y el canje de insumos por atención, se mantienen como patrón común en las denuncias registradas sobre el funcionamiento de la red pública de asistencia a la salud.

Durante el lapso que cubre este Informe se registraron un total de 601 denuncias sobre problemas de funcionamiento en 103 hospitales<sup>35</sup> (35% del total de hospitales en el país). El número de denuncias registró un leve descenso del 5% respecto a las 632 denuncias registradas en el lapso anterior. Sin embargo, es significativo el incremento del 66% que presentó el número de establecimientos hospitalarios con alguna denuncia sobre fallas en el funcionamiento, pasando de 62 hospitales el año anterior a 103 en el presente.

Los hospitales pertenecientes al Distrito Metropolitano agruparon la mayor cantidad de denuncias con 161, seguida de los estados Zulia con 132, Anzoátegui con 82, Miranda con 77 y Aragua con 62<sup>36</sup>.

Por su parte, la red de atención primaria a la salud registró 225 denuncias por fallas en el funcionamiento de 129 ambulatorios<sup>37</sup> (3% del total de ambulatorios urbanos y rurales)<sup>38</sup>. Al igual que en los centros hospitalarios, el número de ambulatorios denunciados por alguna falla en el funcionamiento se incrementó 377% respecto a los 27 ambulatorios que registraron alguna denuncia el período anterior. Igual incremento registró el número de denuncias (19%) si comparamos

---

<sup>35</sup> Los centros de salud clasificados por el MSDS como hospitales Tipo I se encuentran ubicados en poblaciones de hasta 20.000 habitantes en un área de influencia demográfica de hasta 60.000 habitantes. Tiene una capacidad de hasta 20 y 50 camas y prestan servicios básicos de medicina, cirugía, pediatría, ginecología y obstetricia. Los hospitales Tipo II se encuentran ubicados en poblaciones mayores de 20.000 habitantes, con un área de influencia demográfica de hasta 100.000 habitantes. Tienen una capacidad entre 50 y 150 camas y ofrecen servicios de cardiología, psiquiatría, dermatología y traumatología. Los Tipo III se encuentran ubicados en poblaciones mayores de 60.000 habitantes con un área de influencia demográfica de hasta 400.000 habitantes. Tienen entre 150 y 300 camas y ofrecen servicios de atención integral en los tres niveles clínicos. Los Tipo IV se encuentran ubicados en poblaciones mayores de 100.000 habitantes con un área de influencia demográfica superior a 1.000.000 de habitantes. Tienen más de 300 camas y prestan atención integral en todos los niveles.

<sup>36</sup> Datos obtenidos de la Base de Datos Hemerográfica de Provea.

<sup>37</sup> Los ambulatorios rurales Tipo I y II prestan servicios básicos de atención médica integral, general y familiar (excepto hospitalización) y se encuentran ubicados en poblaciones menores de 100.000 habitantes. Los ambulatorios urbanos Tipo I y II prestan servicios de atención médica integral, general y familiar y especializada; no dispone de hospitalización y se encuentran ubicados en poblaciones de hasta 10.000 habitantes.

<sup>38</sup> Estos datos no incluyen denuncias sobre módulos de atención de la Misión Barrio Adentro, por lo que el porcentaje de ambulatorios solo refleja a los ambulatorios del MSDS y del IVSS.

las 225 actuales con las 189 del año anterior. La mayor cantidad de denuncias recaen sobre los ambulatorios del Edo. Zulia (69) y el Edo. Miranda (54). Del total de denuncias sobre ambulatorios, 2 recaen sobre clínicas populares (1,5%). Igualmente, en dos módulos de la Misión Barrio Adentro también recayeron denuncias por problemas relacionados con la infraestructura.

Al igual que en períodos anteriores, la denuncia común a la mayoría de los establecimientos de salud tanto en el nivel hospitalario como en el ambulatorio, se refiere a la carencia de insumos y medicamentos, lo que obstaculiza la garantía del derecho a la salud, en tanto que deriva en el condicionamiento de la prestación del servicio y en el cobro indirecto a las personas (quien puede llevar los insumos puede ser atendido).

La base de datos hemerográfica de Provea registró 264 denuncias relacionadas con estos factores en ambos niveles de atención, 143 denuncias menos que el lapso anterior cuando se registraron 407, lo que significa un decrecimiento del 35%.

Entre los insumos de uso diario que presentan mayor escasez se encuentran: las jeringas, las gasas, el alcohol, los guantes, mascarillas, batas, suturas, yesos, sueros y soluciones para evitar infección. Los medicamentos básicos que escasean son: analgésicos, antibióticos, antipiréticos, anestesia, anticonvulsivos, antiofídicos, antidiarreicos y reactivos para exámenes de laboratorio y de rayos X.

La falta u obsolescencia de equipos médicos también es una denuncia reiterada en los centros hospitalarios, y entre los que presentan mayores problemas se encuentran los de radiología, cardiología y ultrasonido.

En el nivel ambulatorio (tanto urbano como rural) se registraron, además, denuncias relacionadas con la falta de personal médico y de enfermería, insuficiencia presupuestaria, falta de equipos médicos o existencia de equipos obsoletos y problemas de infraestructura.

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

<b>Problema reportado</b>	<b>Número de denuncias</b>
Falta de insumos básicos y medicamentos	104
Falta de insumos médico quirúrgicos	62
Falta de equipos médicos o equipos obsoletos	62
Insuficiencia presupuestaria	39
Problemas de infraestructura en algunas áreas o servicios	39
Falta de cama en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI)	31
Cobro por servicios o condicionamiento de la atención a que el paciente traiga consigo los insumos	30
Inseguridad	28
Falta de mantenimiento	23
Traslado de pacientes por falta de atención (ruleteo)	23
Falta de personal médico	20
Insalubridad	19
Falta de salas quirúrgicas	18
Hacinamiento y/o falta de camas	18
Cierre de servicios	17
Falta de personal de enfermería	16
Problemas en el suministro de alimentos a pacientes hospitalizados	7
Fallas en el aire acondicionado	15
Falta de agua	14
Malos tratos por parte del personal de salud	9
Aguas servidas	7

Fuente: Elaboración propia con datos de la Base de Datos Hemerográfica de Provea, octubre-marzo 2004/2005.

<b>Condiciones de funcionamiento de los centros ambulatorios del país según denuncias reseñadas en prensa escrita</b>	
Problema reportado	Número de denuncias
Falta de insumos básicos y medicamentos	47
Problemas de infraestructura en algunas áreas o servicios	38
Falta de personal médico	23
Falta de equipos médicos o equipos obsoletos	22
Insuficiencia presupuestaria	19
Falta de personal de enfermería	19
Falta de mantenimiento	16
Falta de insumos médico quirúrgicos	12
Cobro por servicios o condicionamiento de la atención a que el paciente traiga consigo los insumos	9
Falta de agua	5
Cierre de servicios	4
Inseguridad	3
Fallas en sistema de aguas servidas	3
Falta de camas o hacinamiento	2
Insalubridad	2
Fallas en el aire acondicionado	1

Fuente: Elaboración propia con datos de la Base de Datos Hemerográfica de Provea, octubre 2004 septiembre 2005.

Un factor que aparece reiteradamente en los últimos años se refiere a las condiciones de funcionamiento de las salas de obstetricia. El 42% del total de denuncias afectó a las mujeres, principalmente a aquellas en trabajo de parto o en puerperio. Con la intención de aplicar correctivos, el MSDS, a través de la

Dirección General de Programas y el Comité de Prevención y Control de la Maternidad Materna e Infantil de la Alcaldía Mayor, elaboró un informe sobre cinco hospitales de Caracas que revela los siguientes datos:

Estándar	HOSPITALES				
	H. M.I Caricuaos*	Maternidad C.P*	H. Jesús Yerena*	H. J.G.H. Magallanes	H. Algodonales*
Cuenta con un área exclusiva	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Existe un médico especialista responsable del servicio	Sí	Sí	No	Sí	No
La atención es prestada por médico especialista y enfermeras profesionales las 24 horas del día	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Existen protocolos de atención de emergencias obstétricas	No	No	No	No	No
Se analiza mensualmente la morbilidad y mortalidad.	No	Sí	No	No	No
Dispone de ambulancia debidamente equipada las 24 horas del día	Sí	No	No	No	No
Se cuenta con los medicamentos esenciales de acuerdo	Sí	No	Sí	Sí	No

al listado adjunto					
El jefe del servicio forma parte del Comité Perinatal Hospitalario.	No	Sí	No	Sí	Sí
Mecanismos de comunicación interna	Sí	Sí	No	Sí	Sí
Mecanismos de comunicación externa	No	Sí	No	No	No
Infraestructura deteriorada	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí

Fuente: Encuesta de Evaluación Comité de Mortalidad Materna-Alcaldía Mayor. Hospital Materno Infantil de Caricuao; Maternidad Concepción Palacios; Hospital Jesús Yerena (Lídice); Hospital José Gregorio Hernández (Los Magallanes de Catia); Hospital José Ignacio Baldó (El Algodonal).

Esta información muestra fuertes debilidades en las condiciones de infraestructura, en los protocolos de atención de las emergencias obstétricas, en el análisis mensual de la mortalidad materna y en los mecanismos de comunicación externa, factor fundamental para evitar el “ruleteo<sup>39</sup>” de la mujer parturienta, una de las vulneraciones más reiteradas que atenta contra la vida de la madre y el neonato.

Otro indicador que da cuenta de la calidad del servicio público de asistencia a la salud se refiere a lo oportuno y adecuado de su prestación. Para este período la base de datos de Provea registró 55 muertes por atención médica inadecuada (103% más que las denunciadas en el Informe anterior) y 8 por falta de atención médica oportuna (11% menos que en el Informe anterior). Resulta alarmante que, del total de víctimas, 43 eran neonatos (68% del total); 22 de ellos ocurrieron en la Maternidad del Sur en Valencia (Edo. Carabobo), y 9 mujeres murieron por atención médica inadecuada o atención tardía (14% del total).

<sup>39</sup> Se refiere al traslado de un centro hospitalario a otro en busca de camas de obstetricia. Generalmente la hacen las madres por cuenta propia, en vehículos particulares o taxis, sin apoyo de unidades de ambulancia.

Por otra parte, durante el período que cubre este Informe 117 manifestaciones fueron registradas con relación a la defensa del derecho a la salud. 91 de ellas (77% del total) la protagonizaron sectores vecinales, 12 por trabajadores de la salud y el resto se distribuye entre estudiantes, pacientes crónicos y usuarios del sistema hospitalario.

### ***Condiciones sanitarias de la red pública de asistencia a la salud***

Entre los factores que afectan las condiciones sanitarias destaca la ausencia de políticas y programas para el manejo de los desechos potencialmente infecciosos que emiten los establecimientos hospitalarios del país junto a la poca inversión en infraestructura para la correcta disposición de residuos sólidos. Según el ingeniero Marco Rondón, del Programa de Salud Ambiental de la OPS *“el problema es que se suelen orientar muchos fondos hacia la disposición y recolección de aguas servidas, pero se deja de lado la disposición y recolección eficiente de residuos sólidos”*<sup>40</sup>. A la larga, esto se convierte en una contaminación que *“influye sobre la calidad de la vida de la población”*. Agrega Rondón que *“en Venezuela no existen suficientes rellenos de seguridad”*<sup>41</sup> donde se puedan depositar materiales peligrosos, como los quirúrgicos”<sup>42</sup>.

Según un estudio elaborado por la OPS-OMS, enfermedades como la hepatitis A y B y el VIH/Sida pueden llegar más rápido a la población por efectos de manipulación de desechos punzopenetrantes como jeringas, tijeras y bolsas de transfusión de sangre<sup>43</sup>.

En virtud de esta situación, la Comisión de Salud del Cabildo Metropolitano inició un proceso de discusión sobre un proyecto de Ordenanza para el Manejo de Desechos Peligrosos en los centros de salud, con las comunidades de “El Valle”, “Santa Rosalía” y “San Agustín”; además, se realizó un taller en la Dirección de

---

<sup>40</sup> Daniel Ricardo Hernández: *Perverso cáncer ambiental*. *El Universal*, 07.09.05, pág. 4-5.

<sup>41</sup> Los botaderos de basura reciben los desechos sólidos sin ningún tipo de clasificación previa ni tratamiento posterior, mientras que los rellenos sanitarios sí cuentan con una correcta disposición de desperdicios, y se emplean en ellos criterios técnicos que garantizan un menor impacto ambiental.

<sup>42</sup> Daniel Ricardo Hernández. Op. cit.

<sup>43</sup> OPS-OMS: *Análisis Sectorial de Residuos Sólidos*. Venezuela. Versión Preliminar 2003.

Calidad de Gestión Ambiental sobre el manejo de desechos, donde se discutieron los actuales problemas y sus posibles soluciones, en aras de alimentar el proyecto de Ordenanza de Tratamiento de Residuos.

La situación en los centros públicos de atención a la salud revela severas fallas en el tratamiento de los desechos y residuos sólidos, pues no existe un protocolo claro sobre la clasificación y destino final de los mismos. El Dr. Jesús Toro Landaeta, Director de Vigilancia Epidemiológica Sanitario Ambiental del MSDS, señaló que *“en gran parte de los establecimientos públicos de salud no se aplica el Decreto 2.218, por lo que se observa la falta de disponibilidad de bolsas plásticas y recipientes de cualquier tamaño para la recolección de los desechos por área de generación, no hay carros para el transporte interno, las salidas de emergencia están cerradas por la inseguridad, los horarios de recolección de los desechos coinciden con las horas de comidas o de visitas a los pacientes, no hay segregación de los desechos, por lo tanto, no hay clasificación y al no existir tampoco tratamiento de los mismos por falta de equipos para el tratamiento de fracciones pequeñas y de incineración, todos los desechos van mezclados en bolsas plásticas o en contenedores”*<sup>44</sup> que van a parar a vertederos comunes. En cuanto a la situación de los incineradores en hospitales del país *“el 85% de los incineradores no funciona (están dañados o son obsoletos), el 10% funciona en condiciones regulares (solamente queman placentas, producen malos olores y contaminan la atmósfera) y [solo] el 5% funciona en buenas condiciones. Además no disponen de controladores de contaminantes atmosféricos”*<sup>45</sup>.

Un diagnóstico nacional realizado a los sistemas de incineración para el tratamiento de desechos por 20 de los 24 Servicios Regionales de Ingeniería Sanitaria<sup>46</sup> del país dio como resultado que:

- En la mayoría de los Hospitales no existe un lugar acondicionado para el almacenamiento temporal de los desechos infectocontagiosos.

---

<sup>44</sup> Dr. Jesús Toro Landaeta, Director de Vigilancia Epidemiológica Sanitario Ambiental del MSDS, en comunicación N° 01192, enviada a Provea en fecha 24.08.05.

<sup>45</sup> Ídem.

<sup>46</sup> Ídem.

- No se cuenta con cavas de enfriamiento para almacenamiento de los desechos de cocina.
- Los Hospitales, en su mayoría, no cumplen con las Normas Sanitarias del MSDS-MINDUR en relación con el tratamiento de desechos por incineración
- Los equipos de incineración existentes se encuentran en malas condiciones en la mayoría de los hospitales.
- La falta de manuales de operación, de mantenimiento y el déficit de personal calificado, trae como consecuencia resultados deficientes en el tratamiento de los desechos.
- Existe escasez de bolsas plásticas para el almacenamiento de los desechos.
- Existe una sub utilización de los incineradores, por cuanto se usan solamente para el tratamiento de desechos orgánicos
- Falta de criterios técnicos para la clasificación y manejo de los tipos de desechos infectocontagiosos, cuya incineración es de carácter obligatorio según lo emitido en el Art. 29 del Decreto 2.218.
- Los equipos de incineración no cumplen con las especificaciones técnicas establecidas en el Decreto 638 ni las Normas de Calidad del aire y Control de la Contaminación atmosférica.

### ***Conflictos laborales y repercusión sobre la asistencia a la salud***

En el presente período, la base de datos de Provea registró un total de 49 acciones de protesta por parte del personal que presta servicio en el sistema público de atención a la salud, de las cuales 9 implicaron la suspensión de los servicios. Estos dan cuenta de una disminución del 28% respecto a las 68 protestas registradas durante el período anterior.

Las principales demandas se refirieron al cumplimiento de compromisos laborales y a la dotación de insumos en los establecimientos que integran la red pública de asistencia a la salud.

El conflicto más relevante lo encabezaron 10 enfermeras adscritas a BA, quienes el 10.11.04 se apostaron en las puertas del MSDS y se declararon en huelga de hambre, acompañadas de otro grupo de entre 30 y 40 trabajadores de la misión, para exigir el pago de sus honorarios que no cobraban desde hace 4 meses, estimado en bolívares 250.000 por mes. Reina Martínez, una de las enfermeras en conflicto, informó que la protesta agrupó a casi 1.000 trabajadores en la ciudad capital<sup>47</sup>.

El conflicto tiene sus raíces en la dispersión administrativa de los recursos destinados al Plan BA. La misión obtiene recursos de varios organismos estatales. Según el ministro de Salud y Desarrollo Social para el momento, Roger Capella, no correspondía al MSDS cancelar estas deudas y por tanto se negó a cancelar y calificó la huelga como “*un escenario montado políticamente, un teatro*”, para evitar que su gestión continuara<sup>48</sup>. Capella señaló que las enfermeras no tenían contrato con el MSDS y en la partida que maneja el ministerio no existe la figura de enfermera dentro de la Misión, por lo que el pago se inició como una colaboración y no como salario. El conflicto generó la salida de Capella del MSDS y el nuevo ministro, Francisco Armada, inició el 25.11.04 la cancelación de la ayuda económica a 2.323 enfermeras. Armada informó que el MSDS iniciaría una serie de cursos de capacitación para el personal que se desempeña en la misión y quienes lo aprueben se mantendrían en sus puestos de trabajo. Para solventar las dificultades del pago, la entonces coordinadora del Plan BA, Juana Contreras, informó que se está planteando la posibilidad de incorporar el personal a la nómina del MSDS<sup>49</sup>.

En el mes de junio de 2005, las demandas laborales permitieron un punto de coincidencia entre la Federación Médica Venezolana (FMV) y el Colegio de Médicos del Distrito Capital. Ambas instituciones reclamaron un sueldo justo para los trabajadores de la salud. Entre las exigencias propuestas por el Colegio de

---

<sup>47</sup> Elizabeth de Ornelas: *Enfermeras en huelga “cantan” a Roger Capella en la Plaza Caracas*. El Universal, 11.11.04, pág. 2-18.

<sup>48</sup> María Milibeth Da Corte: *Para Capella huelga de hambre es “un teatro”*. El Universal, 17.11.04, pág. 1-5.

<sup>49</sup> Edwin Esmeral: *Min-Salud paga a las enfermeras de la misión Barrio Adentro*. El Nacional, 26.11.04, pág. B-17.

Médicos, a través de su Director Fernando Bianco, está un aumento del 100% y un bono de entre 8 y 12 millones de bolívares, pues esgrime que el contrato colectivo venció en 2002 y la mayoría de los médicos/as que dependen del sector público tienen el sueldo congelado desde hace 5 años (580.000 bolívares un médico residente y 1.300.000 un jefe de servicio)<sup>50</sup>. Por su parte, el presidente de la FMV, Douglas León Natera, convocó el 27.06.05 a una serie de paros escalonados para exigir la homologación de los sueldos médicos a 1.000 dólares<sup>51</sup>. Los paros se realizaron de manera parcial en estados como Zulia y Bolívar.

En relación con los conflictos generados por la carencia de insumos médicos básicos y quirúrgicos, destaca el conflicto iniciado por usuarios y trabajadores del sector salud del Hospital J. M. de los Ríos el 03.10.04, para denunciar la muerte de 2 niños, debido a la aguda carencia de medicamentos y materiales médicos en el centro de salud. La crisis generada por la ausencia de insumos en los distintos hospitales de la región capital, generó una serie de protestas en varios lugares de la ciudad<sup>52</sup>. En este contexto, la Defensoría con competencia en salud y seguridad social de la Defensoría del Pueblo, a través de la defensora para el momento, Asia Villegas, convocó a una mesa de diálogo con los representantes de la Alcaldía Metropolitana de Caracas, el MSDS, el Ministerio de Finanzas, el Ministerio de Interior y Justicia y el Cuerpo de Bomberos del Distrito Metropolitano, con el fin de buscar una salida inmediata a la crisis generada por la carencia de insumos en la red de hospitales metropolitanos. El resultado de la mesa contempló la aplicación de un plan de contingencia y el desembolso de 10,9 millardos de bolívares antes de enero de 2005. En ese sentido, la Secretaría de Salud se comprometió a presentar, en un lapso de 12 horas, un listado de los insumos, materiales médico quirúrgico y medicamentos de consumo promedio por centro, y el MSDS se comprometió a dotarlos, a partir de 72 horas de entregada la lista, y

---

<sup>50</sup> Lorena Pineda: *Colegio de Médicos pide 100% de aumento por decreto*. Últimas Noticias. 23.06.05, pág. 2.

<sup>51</sup> Oscar Fernando Murillo: *Más de 4 años llevan los médicos sin recibir aumento salarial*. Correo del Caroní. 01.07.05, pág. A-9.

<sup>52</sup> Base de Datos hemerográfica de Provea.

hasta por un lapso de 45 días continuos y mientras persistieran los motivos de la medida<sup>53</sup>.

### ***Asignación presupuestaria***

La falta de un presupuesto adecuado y equitativo se mantiene como un factor determinante en detrimento de la calidad de los servicios que presta la red ambulatoria y hospitalaria del país. El impacto de la deficiencia presupuestaria se refleja en una disminución de la capacidad resolutive y en el deterioro de la calidad de la atención en salud. El presupuesto hospitalario y ambulatorio cubre los gastos de nómina laboral, tal como lo establece el contrato colectivo del gremio que agrupa a los trabajadores de la salud, y los gastos de funcionamiento institucional (insumos, equipos, mantenimiento). El monto destinado al compromiso laboral es inamovible, por lo que todo ajuste o modificación al presupuesto, impacta negativamente en el gasto destinado al funcionamiento institucional y por tanto, en la calidad de la prestación de los servicios.

La base de datos hemerografica registró para este año un total de 364 denuncias en 97 hospitales del país (32%), vinculadas a un presupuesto deficitario: falta de insumos básicos e insumos médico quirúrgicos, cierre de servicios, cierre de quirófanos, alimentación escasa, nula o inadecuada a pacientes hospitalizados y condicionamiento de la atención por insumos, falta de equipos. Mientras que en el nivel primario de atención se registraron 134 denuncias en 102 ambulatorios, por el mismo motivo.

La falta de mecanismos claros, por parte del MSDS, en la asignación de los recursos a los centros públicos de asistencia a la salud, que además, no toma en cuenta la densidad poblacional con las necesidades e indicadores de cada ámbito regional<sup>54</sup>, contribuye notablemente a profundizar las reiteradas crisis presupuestarias que afectan a las instituciones prestadoras de servicios y especialmente a aquellas ubicadas en zonas rurales.

---

<sup>53</sup> Defensoría del Pueblo: *Informe Anual de la Defensoría del Pueblo año 2004* [en línea] <<http://www.defensoria.gov.ve>> Consulta del 02.06.05.

<sup>54</sup> Para más información ver en este mismo capítulo el componente sobre "Disponibilidad de Bienes y Servicios" en Situación del Sistema Público de Asistencia a la Salud.

La inequidad en la distribución interna del presupuesto es un tema recurrente en los centros de salud. Para la Dra. Asia Villegas, este es un problema crónico y “no se trata de distribuir en partes iguales el presupuesto [igual para funcionamiento que para nómina], sino de incrementarlo. La secretaría de salud tiene 28% del presupuesto de la Alcaldía Mayor, pero 85% se va en atender compromisos con la población laboral. Sólo el 15% está destinado a la operatividad hospitalaria. El presupuesto, además, no contempla gastos de mantenimiento a los equipos médicos ni para reparaciones a infraestructura, por lo que estos gastos deben hacerse a través de recursos extraordinarios. Esta es una de las principales causas por la que los centros hospitalarios, que fueron construidos hace muchos años, presenten condiciones críticas de funcionamiento, además debe incorporarse una partida regular para el mantenimiento de equipos e infraestructura”<sup>55</sup>. En relación con las deudas laborales indicó que “son problemas heredados a los que deben dar respuesta, tenemos 21.000 trabajadores de los cuales 3.534 podrían jubilarse. 17.000 son fijos y el resto suplentes y contratados. Tenemos alrededor de 2.000 suplentes, muchos de los cuales tienen décadas, lo que significa que también deberían ser los primeros que opten por cargos. Además, 80% de los trabajadores ganan menos de 600.000 bolívares”.

En el Estado Miranda el presupuesto para todo el sistema público de salud es de 103 millardos de bolívares (19 hospitales y 271 ambulatorios). En opinión de Miguel Mejías, ex director de la Corporación de Salud de Miranda, este presupuesto no toma en cuenta el crecimiento poblacional del estado: “Los hospitales se quedaron pequeños para la cantidad de personas que residen en sus municipios. El sistema de salud es el mismo de hace 25 años”<sup>56</sup>. Para 1980, la población de ese estado estaba calculada en 1.421.442, incrementándose en 48% para el año 2005 (2.765.442), lo que aunado al deterioro de las condiciones, disminuye considerablemente la capacidad resolutoria.

Mejías agrega que los Hospitales Victorino Santaella de Los Teques y D’Bellard de Guarenas, reciben el 10% del presupuesto necesario para gastos de

---

<sup>55</sup> Entrevista a la Dra. Asia Villegas. Op. cit.

<sup>56</sup> Joseph Poliszuk, Natalia Matamoros: *Confirman emergencia en hospitales de Miranda*. El Nacional. 12.11.04, pág. B-21.

funcionamiento. Por su parte, el nuevo director de Salud de Miranda, José Gregorio Alvarado, comparte la apreciación de Mejías, y expone que se debe declarar la emergencia sanitaria en el estado, bajo el fundamento de la asignación de un presupuesto justo, acorde con los requerimientos de los hospitales y ambulatorios, la dotación continua de materiales, reparación de equipos, adquisición de nuevas máquinas, mejoramiento de la infraestructura y la corrección de vicios burocráticos<sup>57</sup>.

El impacto en la calidad de la atención se evidencia en la disminución de la capacidad resolutive de los centros de atención pública a la salud. El hospital Doctor Luis Salazar Domínguez de Guarenas (Edo. Miranda), centro de referencia regional, disminuyó en un 48% su capacidad de atención en los servicios médicos; igualmente disminuyó el número de intervenciones quirúrgicas electivas debido a la insuficiencia presupuestaria. La lista de espera para acceder a un quirófano se extiende hasta el primer trimestre de 2006<sup>58</sup>. Igualmente ocurre en el Hospital del IVSS, Domingo Luciani (Caracas), donde la lista de espera para intervenciones urológicas supera los 300 pacientes y la de traumatología llega a 150<sup>59</sup>.

### ***Manejo de los recursos y corrupción en salud***

Los ilícitos administrativos en la gestión de salud, ya sea por disposición indebida de los recursos públicos o por falta de controles administrativos, inciden adicionalmente en la calidad de los servicios que presta la red pública de asistencia a la salud. En el lapso que cubre este Informe, se registraron 2 denuncias por presuntos hechos de corrupción en centros hospitalarios. Uno de ellos está relacionado con el Convenio firmado en el año 2000, entre España y Venezuela a través del alcalde del Distrito Metropolitano, para ese momento, Alfredo Peña, cuyo objetivo era favorecer la red de salud del Área Metropolitana con la dotación de equipos e insumos. Luego de las elecciones y el cambio de alcalde metropolitano, se iniciaron una serie de inspecciones en los distintos

---

<sup>57</sup> Ídem.

<sup>58</sup> Yelitza Cova Carvallo: *Colapsa salud en Guarenas-Guatire*. *El Universal*. 25.04.05. pág. 4-4.

<sup>59</sup> Lorena Pineda: *El Domingo Luciani cumple 18 años en medio de la crisis*. *Últimas Noticias*. 30.04.05, pág. 6.

centros que integran la red. Durante la inspección en el Hospital J. M de los Ríos, se encontraron cerca de 50.000 kits de laparotomía a punto de vencerse en depósitos ocultos. Igualmente se encontraron, un resonador magnético y su cabina, un tomógrafo, un telecomando digital, un ventilador de volumen, una lavadora de alta capacidad. Todos estos instrumentos no estaban incluidos en la lista de bienes y a parecían como necesidades del centro de salud.

Igualmente ocurrió en el Hospital Victorino Santaella, Edo. Miranda, en donde supuestamente se encontraron más de 500.000.000 de bolívares en equipos médicos que se encontraban escondidos en varios depósitos, mientras se denunciaba la inexistencia de material. La inspección fue realizada a petición del director del centro, Hugo Figueroa, quien explicó que los integrantes de la Contraloría Social denunciaron en varias oportunidades que en el Hospital se encontraban almacenados equipos y materiales médico quirúrgico. Durante el procedimiento localizaron clavos, prótesis, placas, camillas, jeringas, gasas y fármacos vencidos<sup>60</sup>.

La garantía de transparencia sobre la disposición de los recursos financieros debe ser un elemento fundamental de vigilancia por parte de los entes rectores en el ámbito regional, y central. Para ello, debe fortalecer la existencia de las Contralorías Sociales en Salud, que den cuenta de manera autónoma y transparente del uso de los recursos destinados a los centros que componen la red pública de atención.

## **V. Promoción y prevención en salud**

Para este período de estudio destaca positivamente la incorporación al sistema de información de sobre enfermedades de notificación obligatoria del MSDS, el registro de enfermedades llevado por el equipo de BA. Asimismo, se reconoce como positivo que el cumplimiento de las notificaciones por parte de las unidades de Barrio Adentro BA haya sido del 100%, en tanto que el sistema tradicional sigue presentando fallas institucionales para cumplir semanalmente con esta obligación. A manera de ejemplo, durante la semana epidemiológica N° 17 el

---

<sup>60</sup> Natalia Matamoros: *Hallan depósito clandestino en el hospital Victorino Santaella*. El Nacional. 25.11.04, pág. B-14.

porcentaje de cumplimiento de la red del MSDS alcanzó sólo el 86,71%, destacando Miranda (52,32%), Monagas (60%), Barinas (69,01%) y Vargas (73,33%), como los estados con mayores problemas en el cumplimiento de la notificación de enfermedades al MSDS<sup>61</sup>.

Relacionadas con las condiciones ambientales y calidad de vida, las enfermedades infecciosas respiratorias agudas ocuparon el primer lugar como causas de consulta, seguidas por las diarreas y las fiebres. Hasta el 17.09.05 se registró un acumulado de 5.005.297 casos por infecciones respiratorias agudas, 271.217 casos por diarreas de menores de 1 año (con 33 muertes) y, 463.977 casos por diarreas en niños entre 1 y 4 años de edad (con 16 muertes)<sup>62</sup>. Las neumonías, mordeduras sospechosas de rabia, varicela y hepatitis constituyeron otro grupo importante de enfermedades notificadas.

Dentro del grupo de enfermedades prevenibles por vacuna se reportaron principalmente, la Rubiola, Varicela, Parotiditis, Hepatitis B y Sarampión. El grupo etario que registró mayor número de consultas fue el comprendido entre 1 y 15 años de edad, con el 61,92% de las consultas<sup>63</sup>. Vale señalar que no contamos con datos actualizados sobre cobertura nacional de inmunizaciones. La información accesible data del año 2003, dando cuenta de una cobertura que oscila entre 17,25% y 91,08%, dependiendo del tipo de vacuna<sup>64</sup>. Para el 2005 el Plan Nacional de Vacunación del MSDS contó con una inversión de 69 millardos de bolívares, que según el MSDS asegura cubrir las actividades de inmunización de enfermedades prevenibles en los centros nacionales de salud pública durante todo el año<sup>65</sup>. Sin embargo, como ya señalamos no pudimos contar con datos actualizados que nos permitan monitorear el cumplimiento de esta meta. La Memoria y Cuenta del MSDS del 2005 presenta un cuadro sobre las dosis aplicadas en Antihepatitis B, Toxoide tetánico y Antimalaríca pero sin revelar cuál

---

<sup>61</sup> MINISTERIO DE SALUD Y DESARROLLO SOCIAL: Alerta. Boletín Epidemiológico No. 17. Período del 24 al 30 de Abril del 2005. Caracas, 2005.

<sup>62</sup> MSDS: Alerta. Boletín Epidemiológico No. 37. Período del 11 al 17 de Septiembre del 2005. Caracas, 2005.

<sup>63</sup> Ídem.

<sup>64</sup> Estos datos fueron suministrados a Provea por el MSDS, Coordinación del Programa de Inmunizaciones, el 04.09.04

<sup>65</sup> Norma J. García: *MSDS garantiza vacunas gratuitas a población infantil*. El Mundo, 27.01.05, pág. 19.

es el porcentaje que esas dosis representan en la meta anual de cobertura nacional<sup>66</sup>.

<b>Cobertura nacional de inmunizaciones en menores de 1 año (Año 2003)</b>	
<b>Tipo de vacuna</b>	<b>Cobertura</b>
Triple bacteriana	67,95% (3ª dosis en > de 1 año)
Antipolio oral	85,81% (3ª dosis en > de 1 año)
BCG	91%
Antheptatitis B	75,02% (3ª dosis en > de 1 año)
Antihaemophilus influenzae tipo B	56,20% (3ª dosis en > de un año)
Trivalente viral	65,07% (1 año de edad)
Antimalárica	82,47% (1 año de edad)
Antisarampión	17,25% (1 año de edad)

Fuente: MSDS: Departamento de enfermedades prevenibles por vacunas.

### ***Malaria***

Para este período de estudio la incidencia parasitaria sigue manteniendo una tendencia al aumento. Hasta la semana epidemiológica del 17.09.05, la incidencia anual fue de 1,9 casos por mil habitantes, mientras en 2004 fue de 1,8 y en 2003 fue de 1,2. Los estados con la mayor incidencia siguen siendo Amazonas (63,9), Bolívar (23,4), Delta Amacuro (7,9) y Sucre (86,6), los cuales como puede observarse superan en creces la tasa de incidencia nacional. Hasta la semana epidemiológica 37 se registró un acumulado de 35.130 casos, lo que representa

<sup>66</sup> MSDS: Memoria 2004. Cuadro 1: Dosis aplicadas por vacuna a los grupos especiales de atención. Caracas, 2005.

un aumento del 11,65% con respecto a la casuística malárica correspondiente a la semana epidemiológica del año anterior, de 31.037<sup>67</sup>.

Aunque Amazonas sigue siendo la entidad federal que reporta la mayor incidencia parasitaria anual, con una tasa de 63,9 por mil habitantes, para este período de estudio muestra un descenso del 35,35% hasta la semana epidemiológica N° 37. Mientras tanto, Bolívar y Sucre registran un incremento del 27,27% y 10,87% respectivamente<sup>68</sup>. Los municipios que presentan mayor incidencia parasitaria son: Manapiare (Amazonas), Sifontes (Bolívar), Raúl Leoni (Bolívar), Sucre (Bolívar) y Cedeño (Bolívar).

Entre las líneas estratégicas definidas por el MSDS para hacer frente a la situación malárica existente en el estado Bolívar, está el desarrollo de un plan a mediano plazo para abordar el crecimiento de la actividad minera relacionada con la aparición de nuevos casos<sup>69</sup>. En opinión de Jesús Toro, director de Salud Ambiental del MSDS, el aumento de casos registrado en Bolívar responde principalmente a alteraciones climáticas caracterizadas por lluvias continuas y degradación del ambiente por la explotación minera. Señala que más del 60% de las personas contagiadas son hombres dedicados a la minería en áreas selváticas, seguidas por la población indígena que allí habita<sup>70</sup>. El grupo etario más afectado es el de 20 a 29 años (24,5%), y los niños/as de 10 años mantienen el 15,6% de incidencia. Con respecto al sexo, los hombres siguen siendo los más afectados (22.748) frente a las mujeres (11.943). No obstante, debemos advertir que respecto a estas cifras sigue existiendo un sub registro que varía dependiendo del nivel de cumplimiento en el envío de la información epidemiológica, por parte de las unidades notificantes de cada una de las entidades federales. Por ejemplo, para la semana del 24 al 30.04.05 el cumplimiento del envío de la información hacia el MSDS fue del 86,7%.<sup>71</sup>

---

<sup>67</sup> MSDS: Alerta. Boletín Epidemiológico No. 37. Op. cit. Caracas, 2005.

<sup>68</sup> Ídem.

<sup>69</sup> Entrevista concedida por Edgar Rivera, Director General de Epidemiología y Análisis Estratégico del MSDS, a Provea, el 04.07.05.

<sup>70</sup> Jesús Toro citado en: Vanessa Davies: *Epidemia de malaria aumenta a más de 1.600 casos semanales*. El Nacional, 25.02.06, pág. B-18.

<sup>71</sup> MSDS: Op. cit.

<b>Casos de Malaria (1999-2005)</b>	
<b>Años</b>	<b>Acumulado de casos</b>
1999	21.673
2000	30.234
2001	22.803
2002	29.337
2003	31.186
2004	46.244
2005	35.130*

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

\*Registro acumulado hasta el 17.09.05.

### ***Dengue***

La tasa de morbilidad acumulada por Dengue presenta también una tendencia ascendente del 26,3%, con 134,7 por 100.000 habitantes. El acumulado de casos fue de 27.820, de los cuales 1.694 (6,1%) fueron hemorrágicos, con dos decesos. Los estados con mayor número de casos notificados fueron: Cojedes (3.867), Táchira (2.549), Barinas (2.198), Mérida (2.023) y Distrito Capital (1.836). Por grupos de edad la mayor incidencia se ubicó en población adolescente e infantil comprendida entre 10 y 14 años (169.9), niños/as de 1año (164.7), 5 a 9 años (157.9) y 1 a 4 años (139)<sup>72</sup>.

<b>Casos de Dengue (1999-2005)</b>	
<b>Años</b>	<b>Acumulado de casos</b>
1999	26.606
2000	21.101
2001	83.180
2002	37.676
2003	26.996
2004	30.693

<sup>72</sup> Ídem.

2005	27.820*
------	---------

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

\* Registro acumulado hasta la semana epidemiológica del 17.09.05

### ***Cólera***

El Cólera sigue sin reporte de casos desde el año 2002.

### ***Fiebre Amarilla***

Durante el año 2004 fueron detectados 5 casos de fiebre amarilla<sup>73</sup>, y para el 2005 han sido confirmados 3 en el estado Mérida hasta la semana epidemiológica N° 37. En opinión de Provea, en contraste con el 2003, cuando fueron registrados 34 casos, las cifras anteriores revelan avances en las actividades de vigilancia epidemiológica de fiebre amarilla. Según Edgar Rivero, Director General de Epidemiología y Análisis Estratégico del MSDS, se han alcanzado logros importantes en cuanto al diagnóstico oportuno de fiebre amarilla, porque hasta el 2002 los casos conocidos eran solo defunciones, mientras que desde ese año se viene cumpliendo con las actividades de localización de casos. Rivero señala que entre los años 2003 y 2004 se han colocado más de 9,5 millones de dosis antimaláricas en todo el país<sup>74</sup>. No obstante, preocupa que la cobertura promedio de inmunización de fiebre amarilla no supere el 70% (69,23%). En los municipios de alto riesgo la cobertura varía entre el 33,58% (Mun. Páez, Edo. Miranda) y 91,16% (Mcpio. Punceres, Edo. Monagas). Los estados que presentan un mayor riesgo epidémico son: Mérida, Táchira, Zulia, Portuguesa, Monagas, Miranda, Bolívar, Barinas y Anzoátegui. Solamente Mérida cuenta con una cobertura superior del 90%. Sin embargo, varios de sus municipios de alto riesgo cuentan con coberturas inferiores al 40%<sup>75</sup>.

<sup>73</sup> MSDS: Alerta. Boletín Epidemiológico No. 52. Período del 26 de Diciembre del 2004 al 01 de Enero del 2005. Caracas, 2005.

<sup>74</sup> Entrevista concedida por Edgar Rivero: Op. cit.

<sup>75</sup> MSDS: Op. cit.

<b>Cobertura de inmunización por Fiebre Amarilla</b>	
<b>(Estados de alto riesgo)</b>	<b>Cobertura</b>
Anzoátegui	52,50 %
Barinas	73,13 %
Bolívar	40,01 %
Mérida	92,98 %
Miranda	60,26 %
Monagas	79,48 %
Portuguesa	61,27 %
Táchira	79,33 %
Zulia	84,18 %

Fuente: Boletín Epidemiológico N° 37. Período del 11 al 17.09.05

### ***Tuberculosis***

La evaluación epidemiológica más actualizada de tuberculosis data del año 2003, en la cual el Programa Nacional de Control de Tuberculosis (PNCTB) del MSDS da cuenta de 6.501 casos nuevos (84,6% en forma pulmonar y 15,4% en la presentación extra pulmonar). De ese total, el 51,4% procedió del Distrito Capital y de los estados Zulia y Miranda<sup>76</sup>. Se evidencia además un incremento de la tasa de incidencia nacional a 25,45 casos por 100.000 habitantes, mientras en 2002 fue de 23,8. Vale señalar que Delta Amacuro (68,90), el Distrito Capital (65,81), Portuguesa (42,85), Monagas (40,91), Amazonas (37,69), Sucre (34,50), Vargas (31,26), Apure (29,17), Guárico (28,07) y Barinas (27,81) cuentan con tasas de incidencia de tuberculosis que superaron este promedio nacional<sup>77</sup>. Como vemos, la tuberculosis se ha convertido en una enfermedad emergente con tendencia al ascenso. Afecta principalmente a las personas más desfavorecidas económicamente y en condición de exclusión social.

<sup>76</sup> MSDS: Informe del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis - Año 2004. Año evaluado: 2003. Caracas, diciembre 2004 Págs.10.

<sup>77</sup> Ídem. Cuadro en pág. 13

<b>Casos nuevos de tuberculosis (todas las formas)</b>		
<b>Tasas por 100.000 habitantes.</b>		
<b>Años</b>	<b>Casos nuevos</b>	<b>Tasa por 100.000 hab.</b>
1999	6.191	26,1
2000	6.089	25,2
2001	6.110	24,8
2002	5.971	23,8
2003	6.501	25,4

Fuente: Hojas de notificación obligatoria del MSDS. Informe del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis. Año evaluado 2003. Pág. 12.

Aunque la media nacional en cobertura de vacunación BCG en niños/as de 1 año alcanzó el 84% en el 2003, Delta Amacuro, estado con la mayor tasa de incidencia del país cuenta con una cobertura de vacunación baja (36,3%). Según el Boletín Epidemiológico del MSDS, hasta la semana de 17.09.05 el acumulado de casos de tuberculosis registrados fue de 3.586 y 42 decesos<sup>78</sup>. El grupo etario más afectado por la enfermedad comprende a las personas menores de 44 años. Sin embargo, desde hace 10 años se evidencia un incremento sostenido de casos en personas menores de 15 años. Los hombres siguen siendo el sector más afectado, con una razón de 14 hombres por cada 10 mujeres<sup>79</sup>.

La población indígena resulta ser otro de los grupos con mayor incidencia de tuberculosis. Para el 2003 fueron notificados 542 casos nuevos, lo que representa el 8,33% del total de casos. Las etnias más afectadas fueron: arawak, pemón, warao y guajibo. El 65,7% de las notificaciones correspondieron a los estados: Delta Amacuro (warao), Amazonas (arawak del sur), Zulia (arawak), Bolívar (pemón), Monagas (warao), Apure (guajibo) y Sucre (warao).

Los casos con coinfección tuberculosis-VIH/Sida reportaron también una tendencia ascendente: 282 casos notificados en 2002 y 290 en el 2003. Igualmente, la población carcelaria resulta ser otro grupo de riesgo epidemiológico elevado, con 92 casos en 2003.

<sup>78</sup> MSDS: Alerta. Boletín Epidemiológico No. 37. Op. cit.

<sup>79</sup> MSDS: Informe del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis. Op cit.

<b>Casos de tuberculosis (todas las formas) en grupos con riesgo epidemiológico aumentado</b>			
<b>Años</b>	<b>Casos en población indígena</b>	<b>Casos en población carcelaria</b>	<b>Casos con coinfección TB-VIH/SIDA</b>
1999	568	102	231
2000	540	56	265
2001	491	38	321
2002	531	51	282
2003	542	92	290

Fuente: Seminarios Técnico-Administrativo. Informe del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis. Año evaluado 2003. Pág. 14

Hasta el 2002 la mortalidad por tuberculosis registra una tasa de 2,73 por 100.000 habitantes. Sin embargo, Vargas (3,87), Distrito Capital (3,79), Guárico (3,64), Zulia (3,59) y Lara (3,12) superaron esa tasa<sup>80</sup>. Aunque resulta positivo el aumento alcanzado en la integración de los establecimientos de salud dependientes del MSDS (85,6%) al PNCTB, todavía no cuenta con un sistema de vigilancia y control epidemiológico integrado a las distintas redes asistenciales del Sistema Público de Salud. Precisamente, el MSDS reconoce como una debilidad del PNCTB la falta de integración de los otros entes de salud adscritos a las redes del IVSS, IPASME, FFAA (85% de los establecimientos de salud y 73,1% de los laboratorios). Otro nudo crítico reconocido por el propio MSDS es la baja detección de los casos en las consultas de medicina general<sup>81</sup>. Por ello, saludamos que el MSDS haya elaborado una norma oficial del PNCTB que permitirá una mayor integración de los establecimientos de salud y laboratorios a ese Programa. Asimismo, con su implementación esperamos una optimización de los

---

<sup>80</sup> Ídem. Pág.17.

<sup>81</sup> Ídem.

diagnósticos y tratamiento aplicado, por ende, una reducción del índice de mortalidad por la enfermedad<sup>82</sup>.

## **VI. Salud materna, sexual y reproductiva e infantil**

### ***Salud sexual y reproductiva***

El análisis del derecho a la salud sexual y reproductiva se vio afectado por la ausencia de información estadística actualizada sobre la tasa de mortalidad materna, la tasa de natalidad y las principales causas de muerte en mujeres, adolescentes y niñas. Para septiembre de 2005, el MSDS aún no ha publicado la tasa de 2004 de mortalidad materna, por lo que solo contamos con datos de 2003, el cual analizamos en el período anterior<sup>83</sup>. Siendo así, el análisis lo realizaremos con los datos aportados por el Boletín Epidemiológico Semanal, el cual únicamente aporta tendencias en el comportamiento de la mortalidad, pues se trata de datos sin la debida consolidación.

Para la semana epidemiológica N° 39 (25 de septiembre a 01 de Octubre 2005), 165 mujeres murieron por causas relacionadas con el embarazo (períodos: gestacional, trabajo de parto y postparto). Los estados que presentaron mayor número de muertes son: Anzoátegui (22), Carabobo (15), Aragua y Portuguesa (13) y Bolívar (12)<sup>84</sup>. Esta cifra refleja un incremento del 6% si comparamos con las 151 muertes registradas para la misma semana epidemiológica de 2004.

<b>Mortalidad Materna</b>	
<b>AÑO</b>	<b>Tasa por 100.000 NVR</b>
1994	69,9

---

<sup>82</sup> En el 2005 el Ministerio de Salud y Desarrollo Social elaboró la “Norma Oficial Venezolana del Programa Nacional Integrado de Control de la Tuberculosis”. Dicho manual dispone sobre la población objeto del tratamiento, pautas y control del tratamiento, sobre casos especiales, sobre la tuberculosis en población infantil, sobre la participación comunitaria, sobre el sistema de registro e información y sobre parámetros de programación, índices de rendimiento y evaluación general.

<sup>83</sup> Nota Ver: Informe Anual de Provea. Octubre 2003-septiembre 2004. Derecho a la Salud, pág. 144.

<sup>84</sup> MSDS: Boletín Epidemiológico Semanal N° 39. 25.09 al 01.10.05 [en línea]  
<<http://www.msds.gov.ve>>

1995	66,3
1996	60,4
1997	59,6
1998	51,0
1999	59,3
2000	60,1
2001	67,2
2002	68,0
2003	57,7

Fuente: Elaboración propia con datos del MSDS.

En atención al comportamiento de la mortalidad materna en relación con el cumplimiento de las Metas del Milenio (reducir la mortalidad materna en un 75% para el año 2015), el recuadro anterior no resulta esperanzador.

Al analizar las cifras que presentan los estados, el panorama permite identificar los estados en los que se requiere una intervención prioritaria.

<b>Comparación por estados</b>		
<b>Años 1999-2003</b>		
Estado	Incremento	Disminución
Lara		65%
Monagas		60%
Delta Amacuro		65%
Vargas		60%
Cojedes		49%
Falcón		32,8%
Apure		30,9%
Barinas		30,3%
Nueva		29,8%

Esparta		
Sucre		29,3%
Carabobo		22,7%
Aragua		12,5%
Portuguesa		11,6%
Amazonas	269%	
Distrito Capital	129%	
Trujillo	114%	
Guárico	104%	
Anzoátegui	83,8%	
Yaracuy	39,9%	
Táchira	27,4%	
Mérida	27,4%	
Zulia	3,8%	
Miranda	2,7%	
Bolívar	1,2%	

Fuente: Elaboración propia con datos del MSDS.

Los datos reflejan que 13 estados han reducido la tasa de mortalidad materna en una proporción mayor que en el país mirado en su conjunto. Los 11 estados restantes aumentaron la tasa en diferentes proporciones. Destaca el Edo. Amazonas con un marcado incremento del 269%, lo que coincide con el análisis realizado en “Sistema Público de Atención en Salud”, donde se refleja que este estado es uno de los más desasistidos en relación con los indicadores: cobertura de atención por habitante, acceso a centros de salud y calidad de la atención.

Con respecto a las principales causas de mortalidad materna, hasta el año 2003 se mantienen en el primer lugar los trastornos hipertensivos en el embarazo, parto y en el puerperio; le siguen los embarazos terminados en abortos y las

complicaciones durante el parto, afecciones estas que podrían ser evitadas a través de cuidados esenciales antes, durante y después del embarazo, disminuyendo las complicaciones derivadas del parto.

Un factor de riesgo entre las complicaciones del embarazo es la edad de la madre. Según el Informe de Cecodap, Venezuela ocupó en el 2003 el primer lugar de América del Sur en cuanto a embarazos adolescentes, pues según detalla: 98 de cada 1.000 Nacidos Vivos Registrados (NVR), tienen como madre a mujeres de entre 15 y 19 años. Al observar esta situación de manera local encontramos que en el Municipio Urdaneta (Charallave-Edo. Miranda), durante el 2004 fueron atendidas en la sala de partos del hospital Rafael Osío un total de 185 mujeres, 61 de las cuales tenía edades comprendidas entre los 14 y 17 años (33% del total). En opinión de Beatriz Trejo, integrante del Consejo Nacional de Derechos del Niño, Niña y Adolescente (CNDNA) *“Es un problema que afecta a varias generaciones de familia, mayormente de escasos recursos, aunque este factor no es determinante, puesto que en menor grado también se presenta en familias de clase media”*<sup>85</sup>.

Entre las causas que originan este problema se encuentran: a) Insuficiencia de programas de educación sexual y reproductiva; b) poca comunicación familiar; c) bajo nivel de instrucción; y d) poco acceso a métodos anticonceptivos.

Por su parte, las cifras de la Fundación Caracas para los Niños señalan que más del 25% de los embarazos del país son de madres adolescentes. Según su presidenta, Anahí Arismendi, *“la situación es más alarmante en las barriadas y zonas rurales, en donde la educación sexual no llega adecuadamente. Los embarazos precoces en jovencitas que no alcanzan la mayoría de edad se han convertido en un problema de salud pública que es necesario atacar con políticas de Estado eficientes”*<sup>86</sup>.

En este sentido, el Ministerio de Educación (ME) implementó un plan de prevención de embarazo en adolescentes en el Distrito Capital, Vargas y Miranda

---

<sup>85</sup> Juan Ramón Lugo: *Crece número de chamitas embarazadas*. Últimas Noticias, 17.04.05, pág. 36.

<sup>86</sup> Anahí Arismendi citada en: Lorena Ferreira: *25% de los embarazos son de madres adolescentes*. Últimas Noticias. 24.06.05, pág. 6.

en octubre de 2004, mediante la instalación de mesas de trabajo con la participación de los propios adolescentes. Según Dianora Martínez de Istúriz, presidenta de la Asociación Civil del ME, el programa de prevención de embarazo adolescente se extenderá a todos los planteles del país<sup>87</sup>. La implementación de una política preventiva debe tomar en cuenta los índices de mortalidad materna según la región, además de generalizarse en todo el país; debe incidir particularmente en las adolescentes que viven en zonas rurales y en zonas urbanas no consolidadas y debe iniciarse en el nivel preescolar de educación hasta la etapa diversificada.

Los embarazos terminados en aborto son la segunda causa de mortalidad materna en el país. Durante el foro “Las mujeres no abortan solas”, realizado por la Red de Población y Desarrollo Sustentable, se señaló que entre 300.000 y 400.000 interrupciones al embarazo al año se registran en el sistema público de atención a la salud en Venezuela. Manuel Arias, de la Asociación de Planificación Familiar (Plafam), y ginecólogo infanto juvenil de la Maternidad Concepción Palacios, señaló que alrededor de 56 mujeres mueren al año por esta causa. *“Una o dos mujeres fallecen cada semana, pero eso son apenas los casos que llegan a los hospitales. Los datos reales pueden duplicar las cifras. La práctica clandestina pone en riesgo la vida de la paciente. Hay casos de mujeres que se provocan el aborto con ganchos de ropa, soluciones jabonosas y hasta saltapericos”*<sup>88</sup>.

La base de datos hemerográfica de Provea registró para este período 7 denuncias por muertes de mujeres que se realizaban abortos en centros clandestinos, lo que sin duda evidencia un sub registro en relación con el número total de muertes por esta causa. Los datos del Cuerpo de Investigaciones Científicas, Penales y Criminalísticas (CICPC) del segundo semestre de 2004 indican que 40 mujeres

---

<sup>87</sup> Dianora Martínez de Istúriz, citada en: *Plan de Prevención precoz llegará a planteles. Últimas Noticias*. 16.06.05, pág. 6.

<sup>88</sup> Manuel Arias en el Foro: *Las mujeres no abortan solas*. Organizado por la Red de Población y Desarrollo Sustentable Caracas, 08.07.05.

murieron en el país por abortos provocados, mientras que en el primer trimestre de 2005, murieron 23<sup>89</sup>.

Esta situación ha avivado la discusión sobre la despenalización del aborto. La ilegalidad del mismo termina por promover abortos inseguros al margen de cualquier control sanitario, y las víctimas son por lo general mujeres jóvenes de escasos recursos.

En virtud de esto, el movimiento de mujeres ha llevado adelante una serie de actividades para solicitar la despenalización del aborto como un derecho humano. La directora del Centro de Estudios de la Mujer, de la Universidad Central de Venezuela (UCV), Magdalena Valdivieso, señaló que *“Los derechos sexuales y reproductivos, en los cuales está enmarcada la despenalización del aborto, son también derechos humanos reconocidos nacional e internacionalmente [...] Al no despenalizar el aborto, se viola diariamente el derecho a la vida, a la salud y a la integridad física de la mujer, los cuales están garantizados en la Constitución Nacional”*<sup>90</sup>. A juicio de María León, directora del Instituto Nacional de la Mujer, el Código Penal *“entra en contradicción abierta con la Constitución por no prestarle a las mujeres venezolanas el servicio que les corresponde, ya que ellas tienen derecho a decidir y el Estado a prestarle los medios que le garanticen ese derecho, sea planificación familiar o educación sexual. Además si se trata de interrumpir el embarazo y acude al médico, debe darle garantías para que sea hecho en condiciones en que su vida no peligre”*<sup>91</sup>.

Sobre las crisis que presenta el nivel hospitalario de la red pública de atención a la salud, la base de datos de Provea reseñó 252 denuncias (42% del total de denuncias sobre fallas en el funcionamiento de centro hospitalarios), relacionadas problemas en el funcionamiento de las salas de obstetricia que afectaron a las madres durante el trabajo de parto y puerperio. La ausencia de camas en las salas de obstetricia, junto a la falta de equipos y de camas en la Unidades de Cuidados

---

<sup>89</sup> Marcos José Chavez, Director General del Cuerpo de Investigaciones Científicas, Penales y Criminalísticas. Ministerio del Interior y Justicia, en comunicación N° 9700-001, enviada a Provea en fecha 12.05.05.

<sup>90</sup> Magdalena Valdivieso citada en: Vanesa Davies: *Defienden la despenalización del aborto como un derecho humano*. El Nacional. 21.07.05, pág. B-18.

<sup>91</sup> María León citada en: *Para Inamujer el aborto es una batalla ganada por las venezolanas*. El Mundo. 07.07.05, pág. 2.

Intensivos Neonatales, ocasionó el llamado “ruleteo” a la mujer parturienta, el cual consiste en enviar de un hospital a otro a una mujer en proceso de parto en busca de cama, por sus propios medios y recursos, lo que se convierte en la vulneración más grave del derecho a la salud en las mujeres parturientas, pues tanto la vida de la madre como del neonato se ponen en situación de riesgo.

En Caracas, la situación es particularmente crítica debido al crecimiento poblacional en los estados Miranda y Vargas, aunado a la carencia de servicios obstétricos en esas entidades y a las fallas estructurales de las maternidades y hospitales que brindan servicios obstétricos. Los hospitales se saturan por la sobredemanda, lo que incrementa el “ruleteo” y por tanto el riesgo a una atención tardía e inadecuada. En Caracas apenas existen 756 camas de obstetricia, lo que evidentemente es insuficiente. Solo en la Maternidad Concepción Palacios (200 camas) se atendieron entre enero y agosto de 2005, 11.787 mujeres, la mayoría de ellas provenientes de Miranda y Vargas<sup>92</sup>.

<b>Relación de atención en la Maternidad CP entre enero y agosto 2004-2005</b>		
Actividades	Enero-Agosto 2004	Enero-Agosto 2005
Partos Normales	4.986	5.033
Cesáreas	2.687	3.192
Fórceps	1.001	835
Abortos	2.762	2.727

Fuente: Secretaría de Salud de la Alcaldía Metropolitana de Caracas.

Sobre las principales causas de vulneración al derecho a la salud en la Maternidad Concepción Palacios, una investigación realizada por la Dra. Diana Cordero, para la Secretaria de Salud de la Alcaldía Metropolitana de Caracas, reveló que la mayor vulneración se presentó en relación con el trato que reciben por parte del personal de salud, por lo que se hace imperante una política estatal con enfoque

<sup>92</sup> Secretaría de Salud de la Alcaldía Metropolitana de Caracas.

de género y derecho, dirigida al personal que labora en el sector público de la salud.

Vale señalar además que los resultados de dicha investigación arrojaron que a ninguna de las mujeres se les solicitó cobro alguno por los servicios ni se les pidió que compraran medicamentos o insumos, lo que valoramos muy positivamente, en virtud del respeto y garantía del principio de gratuidad en la atención de la salud.

La violencia basada en el género se incrementó en los últimos años. Según el Informe Sombra, la tasa de homicidios en mujeres aumentó entre 1999 y 2002 de 2 a 5 mujeres por cada 100.000 habitantes<sup>93</sup>. Los datos de la Defensoría del Instituto Nacional de la Mujer señalan que en el 2004 recibieron 533 denuncias sobre violencia física y violencia psicológica, y 140 entre enero y marzo de 2005<sup>94</sup>, mientras las estadísticas del CICPC dan cuenta de 5.085 casos de violencia contra la mujer y la familia en 2004 y 2.431 en el primer trimestre de 2005<sup>95</sup>.

### ***Salud infantil***

Para este año no obtuvimos datos actualizados sobre la tasa de mortalidad infantil, por lo que es imposible realizar un análisis completo sobre la situación de salud de esta población. Según los datos del Boletín Epidemiológico del MSDS, hasta la semana N° 39, 3.829 niños y niñas habían muerto en el país, 6% menos que las 4.063 muertes registradas para la misma semana en el 2004<sup>96</sup>. Los estados que presentaron mayor número de muertes son: Bolívar (469), Anzoátegui (326), Lara (313), Aragua (301) y Carabobo (274).

La tasa de mortalidad infantil se incrementó levemente, al pasar de 18,2 por 1.000 NVR en el 2002, a 18,5 en el 2003. Con relación a la mortalidad neonatal (menos de 28 días) la tasa se redujo levemente respecto al 2002, cuando fue de 11,9 por

---

<sup>93</sup> Informe Sombra sobre Venezuela que se presenta ante el Comité de Seguimiento de la aplicación sobre la Convención para la Eliminación de todas las formas de Discriminación Contra la Mujer (CEDAW). [En línea] [http://: www.apalancar.org](http://www.apalancar.org).

<sup>94</sup> Dra. Ana María del Mar Álvarez, Defensora Nacional de Inamujer. MSDS, en comunicación enviada a Provea en fecha: 04.04.05.

<sup>95</sup> Marcos José Chavez. Op. cit.

<sup>96</sup> MSDS: Boletín Epidemiológico Semanal N° 39. Op.cit.

1.000 NVR, mientras que en 2003 fue de 11,2. La mortalidad postneonatal (de 1 a 21 meses) registró un incremento al pasar de 6,2 en 2002 a 7,3 en el 2003<sup>97</sup>.

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

Fuente: Elaboración propia con datos del Anuario de Epidemiología y Estadísticas Vitales del MSDS (Anuario de Mortalidad 2003)

Mortalidad infantil según edad (1.000 NVR)			
	2001	2002	2003
Mortalidad infantil	9.353	8.949	10.276
	17,7	18,2	18,5
Mortalidad neonatal	5.845	5.871	6.242
	11,0	11,9	11,2
Mortalidad postneonatal	3.507	3.078	4.034
	6,6	6,2	7,3
Natalidad registrada	529.552	492.678	555.614

Fuente: Ministerio de Salud y Desarrollo Social.

<sup>97</sup> MSDS: *Anuario de Epidemiología y Estadísticas Vitales. Anuario de Mortalidad 2003* [en línea] <<http://www.msds.gov.ve>>

Se mantienen como principales causas de mortalidad infantil neonatal, las afecciones originadas en el período perinatal, las anomalías congénitas, las enfermedades infecciosas intestinales y los accidentes de todo tipo<sup>98</sup>. La prematuridad (nacimiento antes de las 37 semanas de gestación) es un factor de riesgo en la vida de los recién nacidos. Entre sus principales causas se encuentra la ausencia de control prenatal, el embarazo en adolescentes y las condiciones nutricionales de la madre. Según el Dr. Manuel Jiménez, presidente de la Sociedad Venezolana de Neonatología *“Las adolescentes no están preparadas, desde el punto de vista biológico, para reproducirse satisfactoriamente. Es a los 25 años cuando una mujer está realmente lista para procrear [...] Entre el 6% y 10% de los partos en nuestro país son prematuros, motivado en su mayoría por las condiciones socioeconómicas, culturales y educativas”*<sup>99</sup>. La falta de control además imposibilita detectar enfermedades infecciosas de transmisión sexual u otras anomalías que pueden afectar el desarrollo del feto.

## **VII. Control y tratamiento de enfermedades**

### ***Personas que viven con VIH/Sida***

De acuerdo con el Programa de Naciones Unidas sobre VIH/Sida (Onusida), Venezuela sufre una de las epidemias más importantes de la región, con un estimado de 110.000 personas portadoras del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). En opinión de Daisy Matos, coordinadora del Programa Nacional de Sida e Infecciones de Transmisión Sexual (PNSITS) del MSDS, esta cifra resulta conservadora si se multiplica cada persona con diagnóstico positivo por 10 posibles contactos sexuales. A manera de ejemplo, si durante el 2003 la cifra contabilizada fue de 30.000 personas, entonces la cifra estimada será de 300.000<sup>100</sup>. Hasta el 2004, los casos contabilizados por el MSDS llegan casi a

---

<sup>98</sup> Ídem.

<sup>99</sup> Dr. Manuel Jiménez citado en: *Prematuros tienen mayor riesgo de morir*. Últimas Noticias. 22.09.05, pág. 8.

<sup>100</sup> Daisy Matos citada en: Vanessa Davies: *Min-Salud reporta 50 mil casos de Sida durante el año*. El Nacional, 25.11.04, pág. B-16.

50.000, revelándose un incremento de la incidencia anual de más del 40%<sup>101</sup>. Desde 1990 hasta el 2004 en el país se viene observando una tendencia de incremento en el grupo de casos cuya transmisión es heterosexual y una feminización de la epidemia. Mientras que en el período 1985-1989 la relación hombre-mujer fue de 18,5 hombres por mujer, para el período 1990-1994 la relación se redujo a 9,8 hombres por mujer y, para el período 2000-2004 los resultados muestran una relación de 2 hombres por cada mujer<sup>102</sup>.

<b>Incidencia anual del VIH/Sida según sexo en Venezuela (1997-2004)</b>						
<b>Años</b>	<b>Masculino</b>	<b>Tasa</b>	<b>Femenino</b>	<b>Tasa</b>	<b>Total</b>	<b>Tasa</b>
1997	329	2,84	55	0,48	384	1,67
1998	257	2,18	43	0,37	300	1,28
1999	54	0,45	11	0,09	65	0,27
2000	15.472	126,51	6.496	53,77	21.968	90,36
2001	9.115	73,19	3.934	31,95	13.049	52,69
2002	4.014	31,66	1.644	13,11	5.658	22,43
2003	2.545	19,73	1.107	8,67	3.652	14,22
2004	3.145	23,96	1.408	10,83	4.553	17,42
<b>Tota l</b>	34.931	282,99	14.698	120,48	49.629	230,20

Fuente: MSDS: Programa VIH/SIDA/ITS. 2004

En el año 2004 la notificación de VIH/Sida en mujeres embarazadas reveló también un incremento (146 casos) con respecto al 2003, cuando se registró un total de 110 casos. Vale señalar que ese incremento revierte la tendencia al descenso registrada en años anteriores, como se puede observar en el cuadro siguiente:

<sup>101</sup> Se estima que 2% de población reclusa es seropositiva *El Universal*. 02.10.04, pág. 2-28.

<sup>102</sup> MSDS: Dirección de Programas de Salud: Programa Nacional de SIDA/ITS. Información ofrecida por Daisy Matos a Provea, el 01.07.05.

<b>Incidencia de embarazadas con VIH/Sida registradas por el MSDS (2001-2004)</b>	
<b>Año</b>	<b>Número de embarazadas seropositivas</b>
2001	261
2002	138
2003	110
2004	146

Fuente: MSDS: Programa VIH/SIDA/ITS. 2004.

Otro grupo vulnerable a este incremento del VIH/Sida fue la población reclusa. El Observatorio de Prisiones cuenta con un registro de 35 internos con VIH. No obstante, investigaciones de la UCV estiman que el 2% del total de la población penitenciaria (396 reos) puede ser portadora del VIH/Sida<sup>103</sup>. En opinión de Feliciano Reyna, miembro directivo de la organización civil Acción Solidaria, el proceso de despistaje en todos los penales no ha sido ni será posible hasta tanto no se desarrolle una política sanitaria que permita ofrecer servicios de despistaje, pruebas de seguimiento de la enfermedad, consultas médicas y tratamiento con antiretrovirales (ARV) en forma regular. Reyna explica que el MSDS, junto al Observatorio de Prisiones y Acción Solidaria, están desarrollando cuatro experiencias pilotos, mediante charlas de prevención y atención de casos específicos<sup>104</sup>. Para Provea, aunque esta experiencia resulta positiva, se hace necesario que los programas y actividades educativas orientados hacia este sector de la población amplíen su alcance hacia las autoridades del sistema penitenciario y jueces del circuito penal. En octubre del 2004 fue denunciada la muerte de un interno de la prisión "El Rodeo I", con diagnóstico de VIH/Sida, quien murió debido a su condición de salud y como consecuencia de la negativa judicial para autorizar su traslado al servicio de infectología del hospital Vargas<sup>105</sup>.

<sup>103</sup> Se estima que 2% de población reclusa es seropositiva. El Universal. 02.10.04, pág. 2-28.

<sup>104</sup> Ídem.

<sup>105</sup> Sandra Guerrero citada en: *Denunciarán a jueza por muerte de preso con VIH en El Rodeo I*. El Nacional, 14.10.04, pág. B-16.

Por otro lado, a pesar de observarse un incremento constante en la incidencia de casos de VIH/Sida, lo que evidencia fallas en las actividades educativas y de promoción por parte del MSDS y demás órganos y entes integrantes del Sistema Público Nacional de Salud, destacamos como avance importante la garantía del principio de gratuidad en el acceso a los ARV y terapias complementarias. Aun cuando persisten fallas en el suministro regular de los ARV, Provea saluda el compromiso asumido por la gestión actual de asegurar que el suministro de la terapia antiretroviral<sup>106</sup> sea gratuito, enfrentando discriminaciones de tipo socioeconómico. En el 2004 la cobertura de los ARV registra un incremento del 18,20% (2.576 personas adicionales), lo que equivale a 14.263 personas cubiertas con respecto a las 11.667 de 2003<sup>107</sup>. Vale señalar que de los 70 millardos de bolívares que le fueron asignados al PNSITS durante el 2004, 65 millardos (el 92,85%) fueron destinados a la adquisición, conservación y suministro de los medicamentos y reactivos incluidos en la terapia antiretroviral del MSDS y 2 millardos (7,15%) a las actividades de prevención<sup>108</sup>.

<b>Cobertura de ARV del MSDS.</b>	
<b>Años 2001-2004</b>	
2001	5.990
2002	7.656
2003	11.667
2004	14.263

Fuente: MSDS: Programa Nacional de VIH/SIDA/ITS

Ahora bien, la falta de un registro oficial fiable sobre el número real y no estimado de personas en el país viviendo con el VIH/Sida no nos permite saber cuál es el porcentaje cierto de cobertura de los ARV garantizados por el MSDS. Por ejemplo,

<sup>106</sup> La terapia antiretroviral suministrada por el MSDS incluye además de los ARV, los medicamentos para infecciones oportunistas en personas que viven con VIH. Asimismo, se garantiza el suministro de las fórmulas lácteas que sustituyan la lactancia materna en los niños expuestos al VIH.

<sup>107</sup> MSDS. Dirección de Programas de Salud: Programa Nacional de SIDA/ITS. Op. cit.

<sup>108</sup> Ídem.

si tomamos como cierto el estimado de Onusida de 110.000 personas portadoras del VIH/Sida en el país, la cobertura alcanzada durante el 2004 (14.263 personas) representa apenas el 12,96%. Igualmente, si tomamos como válido el registro del MSDS del 2004 que da cuenta de 49.629 personas viviendo con el VIH/Sida, la cobertura ofrecida por el MSDS para ese año cubre solamente el 28,73% de las personas afectadas. En ambos casos, se trata de una cobertura insuficiente.

Por último, la falta de claridad sobre las condiciones de bioequivalencia y biodisponibilidad de los ARV genéricos ofrecidos por el MSDS sigue siendo una petición de las organizaciones que trabajan en el área, aún no solventada. En noviembre de 2004, pese que la Corte Segunda de lo Contencioso Administrativo ordenó al Instituto Nacional de Higiene “Rafael Rangel” (INHRR) hacer públicas las pruebas de calidad de los ARV fabricados por laboratorios de India y Cuba; este mantuvo el criterio de que esa información está bajo su custodia y no puede hacerse pública<sup>109</sup>.

### ***Personas con enfermedades mentales***

En el 2004, entre las diez principales causas de consulta de salud mental encontramos la depresión como la principal categoría diagnosticada. En segundo lugar, se ubica la esquizofrenia, seguida de los trastornos de habilidades escolares, la epilepsia, los trastornos adaptativos, trastorno de ansiedad, trastornos de conducta, trastornos debido al uso del alcohol, trastornos bipolares y trastornos hiperquinéticos<sup>110</sup>.

En el país, la red del IVSS dispone de 22 establecimientos con servicios psiquiátricos<sup>111</sup>, en tanto que la red pública nacional cuenta con 78 establecimientos de salud mental (6 hospitales especializados, 16 unidades psiquiátricas, 3 hospitales de día y 53 ambulatorios) y 1.166 camas psiquiátricas instaladas (436 camas en hospitales especializados, 326 en hospitales generales

---

<sup>109</sup> María Isabella Salas citada en: *Estado deberá dar equivalencia de fármacos contra el VIH. El Universal*, 25.11.05, pág. 2-18.

<sup>110</sup> MSDS. Dirección Programas de Salud. Programa de Salud mental. Trastornos Mentales: Diez principales causas de consultas en Venezuela. Año 2004.

<sup>111</sup> Ver PROVEA: Informe Anual 2003-2004. Caracas, 2004. Pág. 156.

y 404 en establecimientos de larga estancia)<sup>112</sup>. Por ejemplo, el hospital Psiquiátrico de Caracas, si bien cuenta con una capacidad instalada para la atención de 180 y 200 personas, actualmente la capacidad operativa está reducida a 89 pacientes hospitalizados. Según William Colmenares, director de este establecimiento, el hospital cuenta con tres médicos adjuntos más el jefe del servicio para atender más de 60 consultas diarias, lo cual repercute negativamente en el tiempo de espera para otorgar nuevas citas, que suelen demorar dos meses. Colmenares agrega que además de la falta de recurso humano cualificado no se dispone de medicamentos de última generación, contando solo con medicamentos básicos. Además, hay serios problemas de infraestructura no solventados que afectan también las condiciones de higiene y seguridad del trabajo, así como la salud y seguridad de las personas hospitalizadas<sup>113</sup>.

Cabe señalar que Salud Mental es una de las coordinaciones del MSDS que cuenta con partidas presupuestarias más pequeñas. Por ejemplo, en el 2005 la partida nacional para la adquisición de fármacos fue de 2 millones de bolívares. En opinión de Carlos León, Coordinador Nacional de Salud Mental del MSDS, esta partida no permite la adquisición permanente de medicamentos de última generación. Según León, hay entre 15.000 y 16.000 personas viviendo con enfermedades mentales en el país. Hasta el cierre de este informe el presupuesto del MSDS contempla 14.500 bolívares diarios por paciente en los establecimientos de larga estancia, cuando debería estimarse dicho costo en 27.000 bolívares diarios<sup>114</sup>. Como vemos, el sector público de salud mental requiere de una política presupuestaria que permita solventar las fallas de funcionamiento de la red de asistencia médica especializada, lo cual termina afectando el derecho de acceso universal y equitativo a esos servicios psiquiátricos.

Ahora bien, aunque estos problemas de la red asistencial siguen sin ser solventados, para Provea resulta positivo que el MSDS esté ejecutando a través

---

<sup>112</sup> Estas cifras fueron suministradas a Provea por el MSDS, Viceministerio de Salud, José Rafael Mendoza, el 16.05.05.

<sup>113</sup> William Colmenares citado en: Lorena Pineda: *Hospital psiquiátrico necesita más recursos. Últimas Noticias*, 02.02.05, pág. 6.

<sup>114</sup> Entrevista concedida por Carlos León, Coordinador nacional de Salud Mental del MSDS a Provea, el 09.09.05

del Plan Barrio Adentro una política nacional de salud mental con énfasis en la promoción y atención de salud en el primer nivel atención. Con ello se pretende identificar y abordar los casos existentes en las comunidades y aquellas personas con riesgo de desarrollar trastornos mentales. Desde 1998 la Coordinación Nacional de Salud Mental cuenta con una Norma Oficial del Programa de Salud Mental, en la cual se facilitan las pautas básicas para la prevención y promoción de salud mental, control de factores de riesgo, detección precoz, tratamiento y rehabilitación de las principales categorías de trastornos mentales diagnosticados en Venezuela<sup>115</sup>.

Por otro lado, durante el 2004 las estadísticas oficiales sobre el consumo y abuso de drogas dan cuenta de 6.374 personas atendidas en centros de tratamiento y rehabilitación. Los centros notificantes son de tres tipos, a saber, los públicos (44,01%), privados (43,85%) y religiosos (12,14%). Entre las 10 principales drogas de inicio en el consumo de los pacientes que asisten a estos centros -en orden de mayor a menor uso- están: marihuana, alcohol, cocaína, tabaco, crack, bazuco, inhalantes, antidepresivos, éxtasis y rhopinol. Las personas de sexo masculino siguen representando la mayoría de los casos (89,93%) frente al femenino, con el 10,07%. En cuanto a la edad, los grupos comprendidos entre 15-19 años fueron los más numerosos en el inicio del consumo, seguido por el grupo entre 10-14 años y en tercer lugar, entre 20 y 24 años. Sin embargo, encontramos una inversión en el orden de estos grupos cuando se revisa la categoría de pacientes por edad que asiste a los centros de tratamiento y rehabilitación. Allí, el grupo más numeroso resulta ser el de 20-24 años, seguido por el grupo de 25-29 años. Según el nivel educativo el mayor número de casos registrados no completó la secundaria, seguido por aquellas personas que solo completaron el nivel de primaria y en tercer lugar, aquellos que ni siquiera completaron los niveles de primaria. Por último, con respecto a la ocupación de los pacientes, las cifras ofrecidas por la Comisión Nacional contra el Uso Ilícito de las Drogas (Conacuid) encuentran que en 57,17% de los casos las personas están desempleadas,

---

<sup>115</sup> MSDS: Norma Oficial Venezolana del Programa de Salud Mental. Venezuela, 1998.

seguido por el grupo de personas estudiantes y, en tercer lugar, personas con trabajo ocasional<sup>116</sup>.

### ***Personas transplantadas y pacientes renales***

Según José Delgado, Director General de Salud del IVSS, hay 8.500 personas enfermas renales en el país, de los cuales 1.600 no son cotizantes, pero cuentan también con la asistencia médica que ofrece la red del IVSS (75 unidades de diálisis privadas y 11 intrahospitalarias). Delgado señala que para garantizar esos servicios, el IVSS debe invertir un promedio anual de 200 millardos de bolívares<sup>117</sup>. No obstante, el suministro irregular de los medicamentos sigue presentándose como un nudo crítico que además de afectar la calidad de los tratamientos, repercute negativamente en la condición de salud de este grupo de personas, pudiendo, incluso, ocasionar hasta la pérdida del órgano trasplantado. Hasta el corte de este Informe Provea registró por la prensa nacional un total de 11 denuncias por fallas en el suministro regular de los medicamentos necesarios para el tratamiento de personas con deficiencia renal y transplantados. No obstante, para la Organización de Trasplantes de Venezuela (ONTV), hay avances institucionales relacionados con la educación de la ciudadanía y personal médico en cuanto a la concepción de la figura del donante, lo que ha permitido el aumento del promedio de trasplantes por año. A manera de ejemplo, mientras que en 1997 el promedio de trasplantes por cadáver era del 29%, para el 2004 fue del 60%<sup>118</sup>. Sin embargo, igualmente reconoce que la fallas en el suministro regular de los medicamentos e insumos afecta la posibilidad de incrementar más el número de trasplantes realizados por año. En el 2004 esta problemática ocasionó el cierre del servicio en el Hospital Pérez Carreño y en el Hospital Clínico Universitario, el cual no pudo cumplir con la meta de 50 intervenciones anuales, pudiendo realizar solo 34<sup>119</sup>. Según Francisco Valencia, presidente de la Asociación Nacional de Amigos

---

<sup>116</sup> COMISION NACIONAL CONTRA EL USO ILÍCITO DE LAS DROGAS (CONACUID): Estadísticas sobre consumo de drogas en Venezuela. 2004. Caracas, 2004.

<sup>117</sup> José Delgado citado en: Oraida Básalo: *Pacientes renales cuentan con una unidad de diálisis en Ciudad Ojeda*. *Panorama*, 04.10.04, pág. 1-10.

<sup>118</sup> Zoraida Pacheco citada en: Lorena Pineda: *252 venezolanos esperan por órganos*. *Últimas Noticias*, 14.10.04, pág. 6.

<sup>119</sup> Ídem.

Trasplantados de Venezuela, hay 3.000 personas trasplantadas que requieren de medicamentos en forma regular y de por vida para evitar el rechazo del órgano. Entre las sugerencias realizadas al IVSS, Valencia señaló la necesidad de que la compra de los medicamentos se haga en forma planificada cada seis meses, para evitar los problemas regulares de desabastecimiento que afectan en mayor magnitud a las regiones del interior del país<sup>120</sup>.

---

<sup>120</sup> Francisco Valencia citado en: Carolina Bracho: *Afectados 3.000 trasplantados por fallas en el suministro de medicinas*. Panorama, 12.03.05, pág. 1-3.