

# 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**

**E**n términos generales la situación del derecho a la salud en este período no presenta variaciones relevantes con respecto al anterior. La ampliación de la cobertura de los servicios de asistencia a la salud y en particular de los servicios de atención primaria mediante la Misión Barrio Adentro, es el componente que presenta más avances. No obstante, preocupa que la construcción de la red que da plataforma a la medicina familiar, medicina diagnóstica y medicina clínica hospitalaria de Barrio Adentro avance en paralelo al mantenimiento de la red pública asistencial existente. Aunque está incorporada en la estructura del Ministerio de Salud (MINSAs), los balances oficiales siguen estableciendo comparaciones entre la red de Barrio Adentro y la ya existente. Mientras la primera presenta avances en la cobertura y acceso universal de los servicios, los ambulatorios y hospitales de la red tradicional siguen en crisis, con fallas persistentes que afectan las garantías de gratuidad y calidad de los servicios de salud allí prestados. El desabastecimiento de los insumos básicos e insumos médico-quirúrgicos, la falta de medicamentos, el deterioro de los equipos médicos o la carencia de ellos son, entre otros, los factores que siguen propiciando el cobro indirecto de los servicios y el mantenimiento de largas listas de espera para optar a intervenciones quirúrgicas y/o realización de exámenes médicos especializados. Para este período fueron contabilizadas 563 denuncias por problemas de funcionamiento en 99 hospitales y aun-

que revela un leve descenso con respecto al año anterior, cuando fueron registradas 601, la continuidad de denuncias a través de la prensa nacional evidencia que estas fallas siguen sin ser solventadas. Por su parte, la red ambulatoria presentó 237 denuncias por fallas en 30 ambulatorios. Las denuncias más recurrentes fueron: falta de insumos médicos y medicamentos, los problemas de infraestructura en algunas áreas o servicios, la falta de personal médico y de enfermería, junto a los problemas de inseguridad, falta de equipos médicos y deficiencia presupuestaria.

En igual orden, la distribución desigual de los recursos financieros, del personal médico y de las camas de cuidados intensivos en los establecimientos públicos de salud, especialmente en los hospitalarios, se mantiene en detrimento de las entidades federales con menor desarrollo económico frente a los estados más desarrollados y zonas urbanas consolidadas.

Por otra parte, la mora de 6 años en la aprobación de la Ley Orgánica de Salud y la variedad de proyectos de Ley presentados y discutidos en la Asamblea Nacional (AN), revela que hay poca claridad institucional sobre el Sistema Público Nacional de Salud (SPNS) planteado en la Constitución<sup>1</sup> lo que no permite avanzar hacia la unificación del Sistema.

El Ministerio de Salud nuevamente ha efectuado cambios internos en su organigrama institucional y la fusión entre el Ministerio con competencia en salud y el Ministerio de la Familia implementada desde el año 2000

no dio los resultados esperados, por lo que el MINSAL retomó en forma exclusiva las funciones sanitarias y el componente de desarrollo social pasó a integrar el nuevo Ministerio de Participación Popular y Desarrollo Social (Minpades). En cuanto a la inversión pública en salud como porcentaje del gasto social cabe advertir que se mantiene una tendencia al descenso, aunque los recursos asignados al MINSAL vía presupuesto nacional revelan un incremento a 4,42 billones de bolívares con respecto al año anterior, cuando la inversión fue de 4,10 billones de bolívares. Entendemos que Barrio Adentro representa una inversión adicional, pero persiste la ausencia de información oficial que dé cuenta de la asignación nominal y real de los recursos invertidos en Barrio Adentro, así como de su distribución<sup>2</sup>.

La situación epidemiológica sigue revelando avances y retrocesos. Mientras que la malaria mantiene una tendencia al descenso, el dengue muestra un ascenso. Asimismo, mientras la fiebre amarilla y el sarampión presentan brotes controlados, la tuberculosis se ha convertido en una enfermedad emergente que aunque revela un leve decrecimiento en la tasa de incidencia nacional (24,9 por 100.000 habitantes), resulta alarmante las tasas de incidencia en varias entidades federales, como son el Distrito Capital (76,10), Delta Amacuro (75,41) y Amazonas (53,05) que superan con creces la media nacional. En la prevención de estas enfermedades la cobertura de vacunación resulta muy importante. Sin embargo,

1. Según el Artículo 84 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela el Sistema Público Nacional de Salud debe ser de carácter intersectorial, descentralizado y participativo e integrado a la seguridad social, regido por los principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, integración social y solidaridad.
2. Según el Ministerio de Finanzas durante el 2006 fueron destinadas a las misiones a través de diversas fuentes de financiamiento (Fondo de Desarrollo Nacional, Fondo de Desarrollo Económico y Social de PDVSA, y otras fuentes), 14,5 billones de bolívares. Sin embargo, de esa inversión no se informó cuánto fue destinado a la misión Barrio Adentro.

Venezuela sigue sin alcanzar una cobertura superior al 95%, necesaria para evitar el resurgimiento de enfermedades controladas en épocas pasadas. Las condiciones de vida, hábitat y medio ambiente también resultan importantes en el control de la incidencia de la morbilidad. Entre otros factores la disposición de fuentes hídricas y de los sistemas de eliminación de excretas presentan situaciones dispares en detrimento de las zonas rurales, indígenas y urbanas no consolidadas frente a las urbanas consolidadas.

## I. Medidas del Poder Ejecutivo

En el marco de la reestructuración institucional planteada con la entrada en vigencia de la nueva Constitución, en el año 2000 el tradicional Ministerio de Salud y Asistencia Social (MSAS) fue fusionado con el Ministerio de la Familia, la Comisión Nacional de la Mujer (CONAMU) y la Fundación Centro de Estudios Biológicos sobre el Crecimiento y Desarrollo de la Población Venezolana (FUNDACREDESA)<sup>3</sup>, creándose así el Ministerio de Salud y Desarrollo Social (MSDS). Con esta fusión el Ministerio con competencia en salud pretendía deslastrarse de la visión asistencial característica del MSAS, en tanto desarrollaba un enfoque integral de la salud vinculado con las políticas de desarrollo social. En ese contexto, el nuevo MSDS fue objeto de cambios institucionales importantes y se produjo la creación de dos viceministerios: uno encargado de coordinar las políticas y planes en materia de salud y otro, encargado de los planes y proyectos relacionados con materias de desarrollo social.

Para este período de estudio nos encontramos con que esa fusión institucional no logró los resultados esperados, volviéndose nuevamente a un Ministerio de Salud (MINSA) sin componente en desarrollo social, el cual pasa a integrar el nuevo Ministerio de Participación Popular y Desarrollo Social. Aunque el organigrama interno del nuevo MINSA muestra una mirada integral de la salud<sup>4</sup>, que su actuación se centre nuevamente en lo sanitario revela una falta de claridad política en torno al modelo de gestión del nuevo Sistema Público de Salud que se pretende potenciar desde hace ya 7 años. El balance que se hace en este capítulo ciertamente revela que la situación de la salud sigue sin presentar cambios significativos con respecto a períodos anteriores, donde señalábamos que el Sistema Público de Salud continuaba fragmentado, en crisis y con debilidades institucionales para materializar el derecho a la salud según los parámetros constitucionales.

### *Presupuesto Público de Salud*

Aunque la inversión pública social como porcentaje del PIB sigue revelando una tendencia al incremento sostenido que puede observarse en forma más significativa a partir de los años 2000 y 2001, cuando se incrementó a 11% y 12,1% con respecto a 1999, cuando fue de 9,4% y, manteniéndose en 12,1% hasta el año 2005, cuando asciende a 13,2 %<sup>5</sup>; no ocurre igual con respecto al equivalente del gasto público en salud como porcentaje del gasto público social. A partir de 1998 se evidencia más bien una tendencia de reducción sostenida de ese gasto. Por lo que podemos

3. Ver PROVEA: Informe Anual octubre 1999-Septiembre 2000. Pág. 176.

4. El nuevo Ministerio de Salud se organiza ahora en tres grandes áreas de trabajo: Salud Colectiva, Redes de Servicios e Insumos y Medicamentos.

5. SISOV [en línea] [www.sisov.mpd.gov.ve/indicadores](http://www.sisov.mpd.gov.ve/indicadores) el 01.10.06.

**Cuadro N°1**

Gasto público social como % del PIB		Gasto público en salud como % del gasto público social	
Año	Porcentaje	Año	Porcentaje
1998	8,2	1998	16,6
1999	9,4	1999	15,4
2000	11,0	2000	12,4
2001	12,1	2001	12,6
2002	11,2	2002	14,7
2003	12,1	2003	12,6
2004	12,1	2004	13,3
2005	13,2	2005	12,8

Fuente: Sistema Integrado de Indicadores Sociales para Venezuela (Sisov). Tomado de [www.sisov.mpd.gov.ve/indicadores](http://www.sisov.mpd.gov.ve/indicadores).

afirmar que ha habido una mayor inversión social que no necesariamente ha implicado un incremento en el sector salud<sup>6</sup>.

Para el año 2005 el presupuesto modificado del Ministerio con competencia en salud reveló un incremento del 23% (4,10 billones de bolívares) con respecto a la asignación anual del año anterior, cuando el valor nominal del gasto fue de 3,15 billones de bolívares. Para el año 2006 el presupuesto del MINSa se ubica en 4,42 billones de bolívares, revelando un incremento del 7,2%. Asimismo, cabe advertir que el gasto público en salud (4,42 billones) con respecto al presupuesto nacional (87,02%) sigue manteniendo una tendencia de descenso. Mientras que en el 2003 se ubicó en 6,41%, en el 2004, fue 6,31%, en el 2005, 5,91% y para el 2006, es de 5,07%<sup>7</sup>.

- La Misión Barrio Adentro representa una inversión adicional en el sector público de salud que no necesariamente aparece visualizada en estos valores. Salvo en la Ley del Ejercicio Fiscal del año 2006, las fuentes de financiamiento de Barrio Adentro provenían de fuentes distintas a las del Ministerio de Salud, como son: la empresa estatal de Petróleos de Venezuela (PDVSA); el Fondo Nacional de Inversión Social (FONVIS), Fondo Intergubernamental para la Descentralización (FIDES) y de la Banca Multilateral. Hasta el presente Provea no ha podido tener acceso a información oficial sobre la disposición y distribución de los recursos financieros destinados a Barrio Adentro.
- Estos porcentajes son calculados por Provea con base en las asignaciones aprobadas en la Ley del Ejercicio Fiscal del año 2006. Provea entiende que la inversión pública en salud incluye además de los recursos vía presupuesto nacional asignados al Ministerio con competencia en salud, los asignados a Barrio Adentro por fuentes distintas, pero en virtud de que estos últimos no le fueron accesibles sigue presentando cuadros de análisis limitados a la asignación de recursos vía Ley de presupuesto nacional.

**Cuadro N°2**

**Presupuesto del MINSa (2000-2006)**

Año	Presupuesto en billones de Bs.	% del PIB (*)	% del presupuesto nacional
2000	1.43	1,37	6,08
2001	1.72	1,53	6,15
2002	2.09	1,65	6,62
2003	2.66	1,52	6,41
2004	3.15	1,61	6,31
2005	4.10	1,70	5,91
2006	4.42	-	5,07

Fuente: Elaboración propia con datos de la Oficina Nacional del Presupuesto (Onapre), el Sistema Integrado de Indicadores Sociales para Venezuela (Sisov). (\*) Porcentajes tomados de [www.sisov.mpd.gov.ve](http://www.sisov.mpd.gov.ve) el 30.09.06.

La distribución de los recursos a las entidades federales sigue manteniendo una situación dispar entre los estados centralizados y en detrimento de los descentralizados. Para el año 2005 el presupuesto modificado y asignado a los 7 estados centralizados (Amazonas, Barinas, Cojedes, Delta Amacuro, Guárico, Portuguesa y Vargas) fue de 360.732 millardos de bolívares, lo que revela una diferencia aproximada de 10,2% con respecto al presupuesto modificado hasta junio del 2006, que fue 390.583 millardos de bolívares. En tanto que el presupuesto modificado para los 17 estados descentralizados (Distrito capital, Anzoátegui, Apure, Aragua, Bolívar, Carabobo, Falcón, Lara, Mérida, Miranda, Monagas, Nueva Esparta, Sucre, Táchira, Trujillo, Yaracuy y Zulia) fue de 1.310 billones de bolívares, lo que revela una diferencia aproximada de 0,6% con respec-

**Cuadro N°3**  
**Presupuesto modificado vs. Presupuesto ejecutado**

Entidad federal	Año 2004		Año 2004	
	Presupuesto	% ejecutado	Presupuesto	% ejecutado
<b>Estados centralizados</b>	313.122.914.767	87,53%	349.884.614.619	96,99%
Amazonas	18.065.646.149	85,33%	19.914.118.043	94,96%
Barinas	72.288.060.929	89,23%	75.344.710.957	99,11%
Cojedes	39.411.201.084	88,59%	46.224.519.530	96,92%
Delta Amacuro	17.427.345.868	84,78%	19.560.818.638	92,82%
Guárico	63.462.611.600	90,54%	74.155.305.321	98,99%
Portuguesa	72.634.438.735	86,23%	81.578.580.022	96,41%
Vargas	29.833.610.402	81,71%	33.106.562.108	93,40%
<b>Estados descentralizados</b>	1.341.899.157.019	100%	1.310.148.388.060	100%
Distrito Capital	127.236.617.848	100%	123.986.379.716	100%
Anzoátegui	89.459.415.747	100%	84.682.824.833	100%
Apure	54.416.541.832	100%	50.871.955.042	100%
Aragua	99.905.843.910	100%	92.026.315.417	100%
Bolívar	85.847.867.241	100%	85.597.240.495	100%
Carabobo	105.966.515.570	100%	108.271.291.547	100%
Falcón	45.152.688.764	100%	44.631.694.120	100%
Lara	95.818.414.933	100%	91.497.246.733	100%
Mérida	67.282.598.729	100%	78.431.440.774	100%
Miranda	83.310.553.024	100%	80.167.753.028	100%
Monagas	53.332.306.126	100%	52.625.584.242	100%
Nueva Esparta	37.687.524.134	100%	35.686.905.469	100%
Sucre	74.888.598.660	100%	68.546.184.159	100%
Táchira	73.375.434.955	100%	70.786.978.079	100%
Trujillo	77.676.302.772	100%	71.261.906.091	100%
Yaracuy	42.056.830.603	100%	41.518.416.392	100%
Zulia	128.485.102.162	100%	129.558.271.923	100%

Fuente: MSDS. Oficina de Planificación y Presupuesto. Dirección de Presupuesto: Reporte SIGECOF. Ejecución por Organismo a Nivel de Unidad Ejecutora, Partidas y Subpartidas al 31.12.05.

to al presupuesto modificado hasta junio del 2006, que es de 1.318 billones de bolívares<sup>8</sup>. Aunque estas son simples aproximaciones pues no se cuenta con las cifras completas del año 2006, proporcionalmente se revela un mayor incremento a favor de los estados centralizados y en detrimento de los descentralizados. Igualmente, es importante indicar que aunque los estados centralizados siguen sin alcanzar una ejecución del 100%, durante el 2005 evi-

dencian una mejoría en la ejecución de los recursos presupuestados (96,99%) con respecto al año anterior, cuando la ejecución fue de sólo 87,53%.

Por su parte, la distribución de los recursos dentro del MINSAL mantiene también una situación de inequidad que evidencia el crecimiento burocrático experimentado por el sector, de cara a un financiamiento público no ajustado a las necesidades de funcionamien-

8. MINISTERIO DE SALUD: Oficina de Planificación y Presupuesto de la Dirección de Presupuesto. Cuadros de información financiera de los estados centralizados y descentralizados del 31.12.05 y 30.06.06.

to del SPNS. Como veremos más adelante el funcionamiento de la red pública asistencial continua presentando fallas graves en la calidad de los servicios, bienes y establecimientos públicos de asistencia a la salud.

### **Misión Barrio Adentro**

El balance oficial hasta marzo de 2006, señala que Barrio Adentro I mantiene presencia en todo el territorio nacional, en unas entidades federales más que en otras, con una cobertura de 17 millones de habitantes, en tanto que el sistema de salud tradicional mantiene una cobertura de 3,5 millones de personas<sup>9</sup>. Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), para el año 2003, con Barrio Adentro (BA) las consultas se incrementaron más de 6 veces respecto a los niveles anteriores<sup>10</sup>. Estas cifras resultan bastante alentadoras y aunque sigue pendiente el cumplimiento de la meta de un médico(a) por cada 250 familias ó 1.250 personas, para lo que se estima necesario la construcción de 14.000 Consultorios Populares adicionales<sup>11</sup>, se revelan avances importantes en torno a la ampliación de la cobertura de los servicios de atención primaria de salud en el país. No obstante, nos preocupa que se siga actuando y evaluando a BA como una red de salud paralela a la tradicional. Aunque está incorporada en la estructura del MINSA, los balances oficiales siguen estableciendo comparaciones entre la red de BA y la ya existente. Ciertamente, la red anterior a BA sigue en crisis porque los recursos invertidos siguen siendo insuficientes frente a las necesidades de funcionamiento propias de esta red, como veremos más adelante. No ocu-

rrer así con BA, que cuenta con fuentes de financiamiento adicionales al MINSA y aunque Provea no ha tenido acceso a información oficial en torno a la asignación y distribución de los recursos financieros en BA, el balance antes referido hace ver que dispone de mayores recursos que aseguren el cumplimiento de las metas previstas.

Otro avance hacia la cobertura universal de la salud lo encontramos en BA II y III. En junio y agosto de 2005 se empezó a implementar esta red, con la construcción y equipamiento de los Centros de Diagnóstico Integral (CDI), las Salas de Rehabilitación Integral (SRI), los Centros de Alta Tecnología (CAT) y los Hospitales del Pueblo (HP). Por ejemplo, en el caso de los CDI, las cifras oficiales dan cuenta de la existencia de 175 y se espera que para finales del 2006 se cuente con 600<sup>12</sup>.

Igualmente, destaca la política educativa desarrollada en torno a BA, pues busca la integración progresiva de los profesionales de la salud venezolanos(as) y por lo tanto, permite asegurar la sostenibilidad técnica de este modelo prestacional de salud. Hasta el presente, BA se mantiene prácticamente con el apoyo técnico de los profesionales de salud de nacionalidad cubana (71,04%). Para ilustrar la situación, nos valemos de los datos oficiales que dan cuenta de 20.975 médicos(as) cubanos(as), en tanto que 6.074 son venezolanos(as). Ciertamente, más del 70% de los profesionales de medicina que prestan servicios en BA son extranjeros. Por lo que valoramos en términos positivos la propuesta de desarrollar un Programa Nacional de pre-

9. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD Y MINISTERIO DE SALUD: *Estrategia de Cooperación de OPS/OMS con Venezuela 2006-2008*. Caracas, junio 2006. Pág. 52

10. Ídem.

11. Bastantes puntos de consulta todavía funcionan en viviendas multifamiliares que ciertamente deben ser reemplazados por los consultorios populares.

12. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD Y MINISTERIO DE SALUD. Op. cit. Pág. 55.

grado de Medicina y Ciencias afines a la Salud con una visión integral, además de la propuesta formativa de postgrado en el área de Medicina General Integral ejecutada en los centros de atención primaria de la salud. Según el Vicealmirante Franklin Zeltzer, rector de la Universidad Nacional Experimental Politécnica de la Fuerza Armada (Unefa), incluida esta última, son 6 las universidades (Rómulo Gallegos, Simón Rodríguez, Rafael María Baralt, Unellez, Bolivariana) que están desarrollando el Programa de Formación en Medicina Integral Comunitaria, con una acción dirigida al individuo, familia y comunidad<sup>13</sup>. Según Zeltzer, el programa cuenta ya con 6.000 estudiantes que en el período de 6 años ingresarán a BA sin incluirse los estudiantes que se encuentran en Cuba<sup>14</sup>.

Ahora bien, Provea considera que el balance oficial debe tomar en cuenta además de los resultados cuantitativos alcanzados en torno a la ampliación de la cobertura de los bienes y servicios de salud, cuál es el impacto que esas medidas representan en la condición de salud y calidad de vida de la población beneficiaria y en especial, de los grupos y sectores que se encuentran en situación de mayor vulnerabilidad. Asimismo, se espera transparencia en la asignación y distribución de los recursos financieros asignados a BA I, II y III. Por último, se adopten las medidas necesarias que aseguren una integración tanto formal como material de la red de BA al SPNS y bajo la rectoría del MINSA. De lo contrario, en vez de reducir la fragmentación del Sistema se apunta a una fragmentación mayor.

### **Misión Milagro**

Junto con BA, la Misión Milagro se creó en el marco del convenio de cooperación bilateral entre Cuba y Venezuela. Fue implementada en julio de 2004 bajo la figura de un operativo masivo de atención quirúrgica oftalmológica dirigido a adultos(as) mayores. Hasta marzo de 2005 el balance oficial da cuenta de 176.000 intervenciones quirúrgicas realizadas en la isla antillana<sup>15</sup>. Para este período de estudio, valoramos como positivo que la Misión Milagro empiece a trascender la lógica de operativo puntual y se incorpore en los planes de salud de varios establecimientos hospitalarios del país. Desde octubre de 2005 hasta mayo de 2006, se ha brindado asistencia a 16.000 personas con problemas de vista, de los cuales 2.000 provinieron de otros países de América Latina. Los centros hospitalarios de apoyo a este plan son: el Hospital Militar, Periférico de Lídice, la Clínica Popular de Catia, junto con los hospitales Rísquez y Miguel Pérez Carreño. Además, hay módulos de atención instalados en los estados Táchira, Lara y Aragua<sup>16</sup>.

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

### **Proyecto de Ley de Salud**

La mora procesal de la AN en promulgar la Ley de Salud data ya de 6 años. En los últimos 5 años Provea viene presentando en este capítulo las distintas versiones de proyectos de leyes discutidos en la Subcomisión de Salud, Higiene y Seguridad Industrial de la Comisión de Asuntos Sociales de la AN, todas sin excepción, con propuestas distintas en torno al

13. Franklin Zeltzer citado en: Dorys Villarroel: *Misión Barrio Adentro se nacionaliza*. *El Mundo*, 24.01.06, pág. 10.

14. Ídem.

15. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Op. Cit. Pág. 19.

16. Valentina Oropeza: *Misión Milagro atendió a 16.000 pacientes en Venezuela*. *El Nacional*, 19.05.06, pág. B-20.

modelo de SPNS que se quiere. Así como también, en torno al proceso de transición hacia la unidad de los sistemas y subsistemas existentes en el área de la salud pública. Lamentablemente, el proyecto de Ley de noviembre de 2005 (última versión a la que tuvo acceso Provea) no es la excepción.

Sin embargo, resulta positivo que esta nueva versión de proyecto de Ley haya superado la propuesta anterior de crear un Instituto Nacional de Salud, pues le quitaba rectoría al MINSA cuando lo que se necesita es fortalecerlo. Asimismo, resulta positivo el desarrollo normativo que mantiene sobre la visión integral de la salud, revelando una voluntad institucional de concretar en políticas, programas y acciones la visión integral del derecho humano a la salud.

El SPNS previsto está conformado por redes. Junto con la red y niveles de atención a la salud se encuentra la red de promoción en salud que otorga relevancia a otras esferas de salud relacionadas más con la calidad de vida y estado de bienestar. La red de promoción de la salud comprende el diseño, ejecución y desarrollo de una estrategia promocional de calidad de vida y salud. Ciertamente, es positivo que las acciones educativas y de prevención en salud se orienten a impactar las causas generadoras de la mala calidad de vida y mala salud.

Por su parte, la red de atención a la salud contempla 3 niveles de asistencia interrelacionados e interdependientes, bajo un sistema de referencias y contrarreferencias de pacientes que, de contar con una gestión coordinada y adecuada, esperamos contribuya a reducir el funcionamiento colapsado de la red pública asistencial existente.

Igualmente, saludamos la creación y desarrollo de un sistema nacional de información en salud (SNIS) que favorezca la desagregación de la información con base en los requerimientos y particularidades de las instituciones del SPNS. Ahora bien, es importante que también se consideren las particularidades y necesidades sociales, ambientales, culturales y de salud de todos y todas sin discriminación alguna y en especial, con criterios de equidad. Creemos que el SNIS debe hacer foco en los titulares del derecho a la salud de cara a las obligaciones a cargo del Estado y con criterios de universalidad y equidad.

El modelo de gestión propuesto plantea la reversión del proceso de descentralización avanzado en el sector salud. Esta propuesta de re-centralización de las funciones y fines del SPNS en cabeza del Ministerio con competencia en salud, además de generarnos inquietudes en cuanto a su viabilidad y eficacia, es contraria al Artículo 84 de la Constitución<sup>17</sup>. Igualmente, vale advertir que la re-centralización que propone esta propuesta de Ley debe darse en un escenario complejo de transferencias múltiples. A la par de las transferencias necesarias de personal, recursos, bienes y establecimientos de salud dependientes de las gobernaciones y alcaldías, debe iniciarse la transferencia de los regímenes especiales existentes en el sector público de salud. Igualmente, inquieta que esta propuesta de re-centralización política del sector contribuya a crear una institucionalidad más burocrática y menos funcional que la existente y que además, va asumir funciones no compatibles, como son el ejercicio de la rectoría institucional del Sistema a la par de la gestión y control de los bienes, servicios y establecimientos públicos de salud.

17. El Artículo 84 de la Constitución establece: “*Para garantizar el derecho a la salud, el Estado creará, ejercerá la rectoría y gestionará un sistema público nacional de salud, de carácter intersectorial, descentralizado y participativo, integrado al sistema de seguridad social [...]”*. El subrayado es nuestro.

Por último, queremos advertir que salvo las dos primeras versiones del proyecto de ley de salud, ésta ni las anteriores cuentan con un desarrollo normativo de los principios rectores del Sistema. Los principios son los ejes y bases que deben orientar el desarrollo normativo de las leyes y que además permiten hacer una interpretación coherente de sus normas, por lo que es importante su definición expresa en el texto de la Ley aquí referido. Asimismo, debemos advertir que las normas sobre participación y control social en salud mantienen el énfasis de la participación en actividades de apoyo y contraloría social de los establecimientos de salud, lo que termina por limitar la visión integral de la participación y el control social de la salud.

### III. Sistema Público de Asistencia a la Salud

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

En el presente período la red pública de asistencia a la salud cuenta con 4.605 establecimientos ambulatorios<sup>18</sup>, (890 urbanos y 3.715 rurales)<sup>19</sup>, 1.907 Consultorios Populares (CP) construidos<sup>20</sup>, 3.530 locales adaptados y 4.475 casas de familia. Además de 175 Centros Diagnósticos Integrales (CDI), 183 Salas de Rehabilitación Integral (SRI) y 6 Centros de Alta Tecnología (CAT)<sup>21</sup> de BA. En el tercer nivel de atención existen 215 centros hospitalarios<sup>22</sup> (181 generales y 34 especiales). Por

su parte el sector privado cuenta con aproximadamente 344 centros de atención de salud.

A 3 años de haberse implementado BA, la red pública de atención a la salud ha incrementado en forma significativa el número de establecimientos (principalmente en la red primaria y secundaria), personal, inversión en salud y equipamiento técnico, beneficiando principalmente a los sectores tradicionalmente excluidos. Al cierre del año 2004 se habían construido 300 CP, para finales del 2005, 1.000 y hasta agosto del 2006, 1.907; lo que sumado a los 4.086 establecimientos ambulatorios preexistentes del MINSa da un total de 5.993. Si sumamos los 4.757 CP que actualmente se encuentran en construcción, la red primaria esperamos esté conformada en los próximos años por 10.750 centros de atención. Para una población aproximada de 27.030.656 estimada por el Instituto Nacional de Estadística (INE)<sup>23</sup> para el 2006 se podría contar con una cobertura en atención primaria de un establecimiento de salud por cada 2.514 habitantes.

Lamentablemente para este lapso no pudimos obtener información sobre la ubicación geográfica de los nuevos consultorios, lo que no nos permite evaluar si ha mejorado la desigualdad existente entre la disponibilidad de centros según zonas urbanas o rurales del país.

Con respecto a la relación habitante por cama, la situación no ha variado en comparación con años anteriores, puesto que la ma-

18. Nivel primario de atención.

19. ALCALDÍA DE CARACAS. Secretaría de Salud del Distrito Metropolitano: *Informe de la Secretaría de Salud 2005*. Caracas 2005. Pág. 12.

20. Hasta agosto de 2006. Paralelamente 4.757 consultorios se encuentran en proceso de construcción para suplir los puntos que funcionan en casas de familia. Información recabada del MSDS [En línea]. <http://www.msds.gov.ve>.

21. Hasta Agosto de 2006. MINSa [En línea].

22. Para este período, el MINSa inauguró 1 especializado de atención a la salud: el Hospital Cardiológico Infantil Dr. Gilberto Rodríguez Ochoa, de referencia nacional y latinoamericana.

23. Instituto Nacional de Estadísticas (INE). Proyección de población según datos del censo 2001.

por inversión de disponibilidad se ha centrado en el nivel primario (sin hospitalización). Según el MINSA actualmente existen 40.675 camas en el ámbito público, a razón de 17,6 camas por 10.000 habitantes. Este número de camas se cuenta en forma arquitectónica, lo que no implica que estén actualmente en funcionamiento. Cabe advertir que el número de camas censadas en el ámbito público está por debajo del estándar internacional que indica que para una cobertura ideal se necesitan 40 camas por 10.000 habitantes<sup>24</sup>, lo que representa un déficit de 22,4 camas por debajo del estándar.

En este sentido, las denuncias reseñadas en prensa nacional reflejan un déficit de camas en la mayoría de los centros públicos de salud (23% en Caracas y 38% en el resto del país)<sup>25</sup>, lo que produce disminución en la capacidad de brindar atención. También existe una reducción de disponibilidad de camas en las unidades de cuidados intensivos (UCI). Los parámetros internacionales estiman que del total de camas presupuestadas, entre el 5 y el 8% deben estar ubicadas en la UCI, lamentablemente no pudimos contar con datos oficiales sobre el número de camas especializadas operativas en los centros hospitalarios. Sin embargo, es una denuncia constante en los medios escritos la falta de camas de este tipo. La base de datos de Provea cuantificó 27 denuncias por este hecho (12% menos que las 31 reportadas en el lapso anterior). La mayoría de estas denuncias provienen de los estados Zulia (10), Distrito Metropolitano (8),

Miranda (5) y Aragua (4)<sup>26</sup>. Actualmente, en el Distrito Metropolitano se dispone de aproximadamente 105 camas y el ideal de cobertura es de 163, por lo que el déficit en esta entidad federal es de 58 camas<sup>27</sup>.

El número de profesionales de la salud por el número de habitantes es otro indicador a tomar en cuenta<sup>28</sup>. Hasta febrero del 2006, la planta de cargos del MINSA refleja 150.263 trabajadores. De los cuales, 4.615 trabajan en el nivel central, 19.085 en los estados centralizados, 109.502 en los estados descentralizados y 17.061 en los organismos adscritos (INN, HUC, FUNDARIBAS, CENASAI, SEFAR, SAHUM, IAE-AG y otros). De este total, 76.749 son empleados y 73.514 es personal obrero. Cabe informar que de los 150.263 trabajadores, 128.779 se encuentran en plazas fijas o nombradas, 16.521 están contratados y 4.963 cumplen funciones de suplentes. De estos, 16.064 son médicos (as)<sup>29</sup>. Por su parte, el personal adscrito al Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS), hasta el año 2003 estaba compuesto por: 43.390 trabajadores/as. De estos, 33.620 eran profesionales de la salud (7.170 médicos/as, 6.669 odontólogos/as, 147 farmacéutas, 1.629 médicos residentes y 311 médicos internos, entre otros profesionales).

A esta cifra debe agregarse el personal médico de BA 20.975 médicos cubanos y 6.074 médicos/as venezolanos incorporados al Postgrado de Medicina General Integral. Con la incorporación de los profesionales de BA (pese a que cuentan con un régimen temporal

24. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD: La salud en las Américas. [En línea] <<http://www.paho.org>> Consulta del 08.08.06.

25. Base de datos de Provea. Estadísticas propias según denuncias reseñadas en la prensa escrita nacional.

26. Ídem.

27. MINSA. Escuela de Salud Pública de la UCV, OPS: Perfil del Sistema de Servicios de Salud. Pág. 1 y 2.

28. Los parámetros de la OPS señalan que para una cobertura ideal de la población se necesitaría 1 médico/a por cada 1.000 habitantes.

29. OPS-OMS: Estrategia de Cooperación de Cooperación OPS-OMS con Venezuela 2006 – 2008. Caracas, junio 2006.

de contratación), la tasa de médicos/as por 1.000 habitantes ha variado desde 1999 cuando la razón era de 9,7 y la de enfermeras 7,9<sup>30</sup>. Actualmente la tasa de médicos/as es de 14,5 por 1.000 habitantes, incrementándose en 4,8 puntos respecto al año 1999. Al personal médico de BA debe sumarse el personal de enfermería (2.534), odontología (4.414), optometristas (1.447), electromédicos/as (167), otras categorías (1.978)<sup>31</sup>.

**Cuadro N°4**  
**Recurso humano de Barrio Adentro**

	Cubano	Venezolanos
Médicos/as	20.975	6.074
Odontólogos/as	3.069	1.345
Enfermeros/as	465	2.609
Optometristas	1.447	0
Electromédicos	167	0
Otras categorías	967	1.011
Total General	27.090	11.039

Fuente: OPS-OMS: Estrategia de Cooperación de Cooperación OPS-OMS con Venezuela 2006 - 2008.

Pese al incremento de la tasa observado para este período, persiste la inequidad entre los estados más desarrollados en perjuicio de los menos desarrollados y con mayores áreas rurales. Mientras que el Distrito Federal tiene una tasa de 60 médicos (as) por 10.000 habitantes, Miranda 34,9, Zulia 20, Lara y Mérida 19; Delta Amacuro, Amazonas, Apure, Barinas, Monagas, Portuguesa, Sucre y Yaracuy tienen tasas por debajo de los 10 médicos/as por cada 10.000 habitantes<sup>32</sup>. Según el Informe de la OPS-OMS: “Estrategias de Cooperación de Cooperación OPS-OMS

con Venezuela 2006 – 2008”, lo mismo ocurre con el resto de profesionales de la salud. El 55% de los médicos (as) trabaja en los 5 estados con mayor ingreso per cápita.

### **Accesibilidad**

Nuevamente el principio de gratuidad establecido en la Constitución se vio menoscabado en virtud de la perenne y crítica situación de desabastecimiento de insumos médicos y déficit presupuestario en los centros hospitalarios y ambulatorios existentes. En el presente período, la base de datos de Provea registró 29 denuncias por cobros directos o indirectos en el servicio público de asistencia a la salud (22 en hospitales y 7 en ambulatorios), lo que implica un descenso del 25% en relación con las 39 denuncias registradas durante el lapso anterior. Vale destacar el progresivo descenso que ha tenido esta denuncia en los últimos dos años al comparar la cifra registrada durante los períodos 2003-2004 (105), 2004-2005 (39) y 2005-2006 (29). Del total de 29 denuncias, 28 corresponden a cobros indirectos vinculados en su mayoría por concepto de la bandeja quirúrgica. El gasto oscila entre 100.000 y 3.000.000 de bolívares<sup>33</sup>, dependiendo de la complejidad de la intervención quirúrgica.

Las denuncias recaen en primer lugar en las instituciones dependientes de las direcciones regionales de salud (42%), le siguen las del IVSS (33%) y por último, las dependientes del MINSA (25%). La insuficiencia de insumos básicos y medico-quirúrgicos, las fallas de infraestructura, la carencia de camas en centros hospitalarios y la inseguridad son los principales obstáculos para el cumplimiento

30. Ídem.

31. Ídem.

32. Ídem.

33. Monto calculado en base a las denuncias recabadas en la prensa nacional.

to de la accesibilidad a los centros públicos de atención a la salud. El sector más afectado continúa siendo el de las mujeres en proceso de parto o con necesidad de intervención quirúrgica, lo que impacta sobre la salud del neonato. Del total de 28 denuncias (96,5% del total) se relacionaron con ausencia de camas obstétricas, lo que implicó el pase por hospitales (ruletero de la mujer parturienta).

Esta situación es particularmente grave por los riesgos que implica tanto para la vida de la madre como la del neonato. Provea viene denunciando la crítica situación de las salas de maternidad en los hospitales del país, el número de denuncias corrobora esta situación.

El desabastecimiento de insumos y el elevado costo de los medicamentos constituyen otros de los obstáculos para que la población en general pueda acceder a una atención adecuada, oportuna y de calidad.

Aunque el Estado venezolano ha procurado desarrollar una política de masificar la distribución de medicamentos a través de los consultorios de BA y las boticas populares, persisten fallas graves en su distribución principalmente en el nivel ambulatorio especializado y el hospitalario.

El Ministerio de Industrias Ligeras y Comercio (Milco) publicó en Gaceta Oficial en octubre del 2005, el precio de 1.144 medicamentos regulados. Sin embargo, el alto costo de los medicamentos se mantiene como uno de los factores que adicionalmente obstaculiza su acceso. Vale puntualizar que el elevado costo de los medicamentos se ha convertido en la primera causa de abandono de tratamientos médicos, según lo indican denuncias aparecidas en la prensa nacional.

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

Se mantiene como patrón de funcionamiento de la red pública de asistencia a la sa-

lud el desabastecimiento de insumos básicos e insumos médico-quirúrgicos, la ausencia de medicamentos esenciales, el deterioro de los equipos médicos o la carencia de ellos, así como el cobro directo e indirecto por servicios. Entre las fallas más comunes de los hospitales tipo III y IV se encuentra la falta de camas, ausencia de material quirúrgico y básico, fallas en los ascensores, falla en los aires acondicionados y problemas en la distribución de alimentos a los pacientes internos e inseguridad.

Por su parte, el nivel primario de atención presenta fallas de infraestructura, carencia de personal de enfermería y médico, ausencia de medicamentos, horario reducido de atención e insalubridad.

Durante el período que cubre este Informe se registró un total de 563 denuncias por problemas de funcionamiento en 99 hospitales del país, cuatro hospitales menos que en el período anterior, cuando fueron denunciados 103. El número de denuncias disminuyó levemente en un 6,3% respecto a las 601 denuncias del año anterior. La falta de insumos básicos y medicamentos se mantiene casi idéntica al registrar 104 en el año 2005 y 102 en el presente, lo que indica que continúa siendo el factor mayormente denunciado como obstáculo a la garantía del derecho de protección a la salud. La falta de equipos médico-quirúrgicos igualmente bajó apenas dos puntos al pasar de 62 a 60 en el presente, la deficiencia presupuestaria registró un leve incremento al pasar de 39 a 42, la inseguridad fue la denuncia con mayor incremento respecto al año anterior al pasar de 28 a 42 (50% de incremento). El cobro por servicios o condicionamiento de la atención disminuyó nuevamente en un 26% al pasar de 30 a 22. El resto de los rubros se mantienen similares al período anterior con pequeñas variaciones hacia la disminución de las denuncias.

**Cuadro 5**  
**Condiciones de funcionamiento de los centros hospitalarios del país según denuncias reseñadas en prensa escrita**

Problema reportado	Nº de denuncias
Falta de insumos básicos y medicamentos	102
Falta de insumos médico- quirúrgicos	60
Falta de equipos médicos o equipos obsoletos	58
Insuficiencia presupuestaria	42
Inseguridad	42
Problemas de infraestructura en algunas áreas o servicios	38
Traslado de pacientes por falta de atención (ruleteo)	31
Cobro por servicios o condicionamiento de la atención si el paciente trae consigo los insumos	22
Falta de cama en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI)	27
Hacinamiento y/o falta de camas	29
Falta de mantenimiento	18
Falta de personal médico	16
Falta de salas quirúrgicas	14
Cierre de servicios	14
Fallas en el aire acondicionado	13
Insalubridad	12
Falta de personal de enfermería	12
Malos tratos por parte del personal de salud	10
Problemas en el suministro de alimentos a pacientes hospitalizados	7
Falta de agua	5
Aguas servidas	3
<b>Total</b>	<b>563</b>

Fuente: Elaboración propia con datos de la Base de Datos Hemerográfica de Provea, octubre 2005 - septiembre 2006.

Al igual que en el lapso anterior, los hospitales pertenecientes al Distrito Metropolitano agruparon la mayor cantidad de denuncias con 142, 13% menos que las 161 registradas anteriormente. Le siguen el Edo. Zulia con 130, Edo. Aragua con 93, Edo. Miranda con 92 y el resto se divide entre las diferentes entidades federales.

Con relación al funcionamiento de la red primaria de atención, la base de datos registró 237 denuncias por fallas en 30 ambulatorios y consultorios populares de BA, 5% más que las 225 registradas durante el período ante-

**Cuadro Nº6**  
**Condiciones de funcionamiento de los centros ambulatorios del país según denuncias reseñadas en prensa escrita**

Problema reportado	Nº de denuncias
Falta de insumos básicos y medicamentos	41
Problemas de infraestructura en algunas áreas o servicios	38
Falta de personal médico	34
Falta de personal de enfermería	25
Falta de equipos médicos o equipos obsoletos	21
Insuficiencia presupuestaria	20
Inseguridad	18
Falta de mantenimiento	17
Falta de insumos médico-quirúrgicos	10
Cobro por servicios o condicionamiento de la atención si el paciente trae consigo los insumos	7
Fallas en el sistemas de agua servidas	3
Falta de agua	3
<b>Total</b>	<b>237</b>

Fuente: Elaboración propia con datos de la Base de Datos Hemerográfica de Provea, octubre 2005 - septiembre 2006.

rior, mientras que el número de ambulatorios denunciados se incrementó levemente al pasar de 27 a 30 en el presente. Del total de denuncias que recaen sobre ambulatorios, 10 recayeron sobre consultorios populares, la mayoría de las denuncias se relacionó con problemas de infraestructura e inseguridad. Al igual que en el nivel hospitalario, la falta de insumos básicos y medicamentos acusó el mayor número de denuncias (41), una más que en el lapso anterior (40). La denuncia con mayor incremento fue la inseguridad, al pasar de 3 a 18 en el presente (83%), de las cuales siete correspondieron a denuncias reportadas en consultorios populares de BA.

Al hacer un análisis comparativo de las denuncias registradas en los últimos 3 años, la carencia de insumos médicos, la falta de equipos ó equipos médicos obsoletos, el cobro directo o indirecto (aún cuando esta denuncia ha ido en decrecimiento) junto con los problemas de infraestructura, se mantienen

como factores constantes que obstaculizan la calidad de la atención en salud y que no han podido ser revertidos. A estos problemas se agrega el incremento de la inseguridad en los establecimientos públicos de asistencia a la salud, denuncia que se ha ido incrementando en los últimos 3 años.

Pese al incremento en la cobertura de la atención primaria a través de los consultorios populares y la creación de los CDI, los SRI y los CAT, persiste la cultura hospitalaria. Este comportamiento genera uno de los principales problemas de funcionamiento de los establecimientos hospitalarios, pues además de ocasionar sobrecarga de los servicios, genera desequilibrio en los recursos.

Los problemas tradicionales del sistema público de salud se resumen básicamente en tres categorías: escasez de recursos, fallas de estructura y agotamiento en la calidad de la gestión. Todo esto combinado a una deficiente distribución de los recursos y debilidad en la rectoría por parte del MINSA, ha generado una grave crisis que impacta negativamente en la calidad de la atención.

A las inequidades en relación con la distribución de establecimientos de salud y la cobertura de camas, se suma la falta de un presupuesto acorde y equitativo, lo que impacta negativamente en el buen funcionamiento de la red pública de asistencia a la salud. La base de datos de Provea recogió 42 denuncias por insuficiencia presupuestaria en el nivel hospitalario (3 más que las 39 registradas en el lapso anterior) y 24 en el nivel primario (5 más que las 19 registradas en el lapso anterior). El impacto de la carencia de presu-

puesto adecuado se manifiesta en la disminución de la capacidad de atención, lo que conlleva al cierre de servicios y al mantenimiento de la práctica de listas de espera para las intervenciones quirúrgicas y/o para tratamientos especializados.

Sobre esta situación, el MINSA realizó un diagnóstico de la línea base de su accionar, en ese texto se cita: *“Es que el modelo conceptual dominante en el sector salud en los últimos 20 años, consintió y promovió la desinversión social y el consecuente deterioro de la infraestructura de servicios, de su obsolescencia y la falta de mantenimiento de la tecnología, incidiendo en la capacidad resolutoria de los establecimientos públicos, descuido de la calidad de la atención e hizo abandono de los protocolos de diagnóstico y tratamiento; reposó la organización del trabajo en función de la satisfacción de las demandas de gremios y sindicatos, con congelamiento de cargos y disminución en la práctica de tiempos de dedicación de los contratados; y permitió el deterioro de la producción y el serio retroceso de los sistemas de información y monitoreo...”*<sup>34</sup>.

Por esas u otras razones, saludamos la ampliación de BA con la incorporación de un nivel intermedio en la atención (Barrio Adentro II) y la creación de los CDI, SRI y CAT, permitiendo un mayor descongestionamiento de los centros hospitalarios<sup>35</sup>. A la tercera etapa se agrega Barrio Adentro III, que incluye el equipamiento y modernización tecnológica de los centros hospitalarios (43 hospitales tipo IV y todas las Unidades Médicas del IPASME)<sup>36</sup>.

34. OPS-OMS: *Estrategia de Cooperación de Cooperación OPS-OMS con Venezuela 2006 – 2008*. Op. Cit.

35. El Presidente de la República, Hugo Chávez, anunció la ampliación de Barrio Adentro al nivel II, el 14.01.05, durante su mensaje anual a la Asamblea Nacional. El anuncio contempló la planificación de 600 CDI, 600 SRI y 35 CAT.

36. MINSA. [En línea] <http://www.msds.gov.ve/BarrioAdentroIII>.

**Cuadro N°7**  
**Servicios que ofrece Barrio Adentro II**

<b>Centros de Diagnostico Integral</b>	<b>Salas de Rehabilitación</b>	<b>Centros de Alta Tecnología</b>
Atención médica de emergencia	Tratamiento a: bursitis, artritis, fracturas, esguinces, luxaciones, dolores, hernias, otros	Resonancia Magnética Nuclear
Estudios Diagnósticos	Accidentes cerebro vasculares	Tomografía Axial computarizada
Funciona las 24 horas del día	Sistema nervioso	Ultrasonido tridimensional
	Otorrinolaringología	Mamografía
	Alivio del dolor	Videoesndoscopia
	Logopedia	Laboratorio clínico
	Podología	Rayos X flotante
	Funciona de lunes a sábado de 8 a.m. a 4 p.m.	Electrocardiografía
* Por cada CDI habrá 1 dotado con quirófano y ambulancia.		Sistema Ultra Micro Analítico

Fuente: MINSA-Barrio Adentro II.

Los datos oficiales revelan que para agosto de 2006, en BAdII se habían realizado 192.131 exámenes de laboratorio, 2.970 vídeoesndoscopias, 5.976 mamografías, 5.697 resonancias magnéticas, 12.978 tomografías axiales, 4.728 ecos tridimensionales y 7.022 estudios RX, con un total de 225.550 exámenes practicados<sup>37</sup>. Insistimos nuevamente en la importancia de desarrollar un sistema de indicadores integrados al SPNS que evidencie junto con las medidas y acciones realizadas, el impacto en la salud y calidad de vida que esas medidas y acciones tienen en los beneficiarios de BA.

BA III consta de tres etapas, la primera de ellas cubre 43 hospitales tipo IV pertenecientes al MINSA, IVSS y Sanidad Militar. La segunda etapa cubre 50 hospitales de mediana complejidad y por último, 150 hospitales principalmente del tipo I y II (menor complejidad)<sup>38</sup>. Los objetivos planteados se centran en la modernización de los equipos médicos y electromecánicos que garanticen el funcionamiento de los hospitales, la

remodelación de la infraestructura existente, así como coadyuvar al desarrollo del SPNS, como único, descentralizado, intergubernamental, intersectorial y participativo que permite la superación de inequidades.

Ciertamente, la dotación de los establecimientos de salud con equipos especializados, personal médico capacitado y atención gratuita, apunta a invertir la pirámide de la atención a la salud y generar un equilibrio que -en principio- debe permitir el descongestionamiento de los hospitales del país, mejoramiento de la calidad de los servicios y priorización de la salud preventiva a través de la red primaria.

Un indicador adicional que da cuenta de la calidad del servicio público de asistencia a la salud es el carácter oportuno de toda prestación. Para este período la base de datos de Provea reveló la muerte de 47 personas por atención médica inadecuada (14% menos que las 55 denunciadas en el Informe anterior) y 12 por falta de atención médica oportuna (33% más que las 8 denuncias presentadas en el

37. MINSA [En línea]. <http://www.msds.gov.ve>

38. Ídem.

Informe anterior). Al igual que en el Informe anterior, la mayoría de las víctimas fueron neonatos (59% del total) y 7 mujeres murieron por atención médica inadecuada o atención tardía (17% del total).

Con respecto a las manifestaciones relacionadas con la defensa del derecho a la salud, se registraron 45, 61,5% menos que las 117 registradas en el período anterior. Del total de manifestaciones 29 (64%) fueron protagonizadas por grupos vecinales, 6 (13,3%) por el sector de trabajadores de la salud, en su mayoría solicitando reivindicaciones laborales, 5 por pacientes o usuarios del SPNS (11%) y el resto, se reparte entre familiares de pacientes u otros casos individuales.

### ***Conflictos laborales y demandas vecinales relacionadas con la asistencia a la salud***

En el presente período la base de datos de Provea cuantificó un total de 45 acciones de protesta del sector salud. De éstas, sólo 3 implicaron la suspensión de los servicios. La mayoría de las acciones de protesta fue organizada por grupos vecinales (29), es decir 64% del total registrado. Otros actores que se expresaron a través de la protesta fueron los trabajadores (as) del sector salud (personal médico, de enfermería y administrativo), pacientes internos en hospitales y familiares de pacientes hospitalizados. Las protestas relacionadas con el derecho a la salud disminuyeron levemente en un 8% respecto de las 49 registradas durante el lapso anterior.

Vale destacar que entre las demandas asociadas al derecho a la salud, 35% de ellas solicitaban mejoras en la distribución de agua

potable, otras fueron por la dotación de medicamentos, la atención médica oportuna, la dotación de centros de salud, el pago de sueldos y bonos pendientes y mejoras en el servicio de recolección de basura.

Sobre las condiciones laborales de los trabajadores del sector salud, al igual que en años anteriores, el principal conflicto se relacionó con demandas laborales, principalmente el pago del incremento laboral decretado por el Presidente Hugo Chávez el 30.10.05<sup>39</sup>. El anuncio contempló un incremento lineal del 50% a partir de noviembre del 2005 para todos los médicos/as que trabajan en el sector público, con una prima adicional del 30% para los profesionales que estén a disposición exclusiva en los hospitales del sector público (8 horas laborales)<sup>40</sup>. Hasta junio del 2006, el aumento decretado no había sido cancelado, por lo que trabajadores (as) de varios hospitales del país denunciaron el retardo.

Por su parte, los médicos (as) pertenecientes a BA emitieron también un boletín a través de la Coordinación Nacional de Médicos Venezolanos de Barrio Adentro en protesta por no haber sido incluidos en el Decreto de aumento salarial. En opinión de Adolfo Delgado, integrante de la Coordinación Nacional de Médicos Venezolanos de Barrio Adentro, *“no se corresponde con los principios de igualdad y justicia social, sobre todo si se toma en cuenta que nuestro ingreso es inferior al percibido por los colegas de otros posgrados, quienes además reciben beneficios de bono alimentario, bono nocturno, prestaciones sociales, prima por hijos, por profesionalización, entre otros”*<sup>41</sup>.

39. José Luís Carrillo: *Chávez anunció aumento de 50% para los médicos*. Últimas Noticias. 31.10.05, pág. 2.

40. Ídem.

41. Adolfo Delgado citado en: *Médicos de Barrio Adentro fuera del aumento*. El Universal. 22.11.05, pág. 4-2.

### Asignación presupuestaria

Al igual que en el período anterior, la falta de un presupuesto adecuado y equitativo acorde con el crecimiento poblacional y los requerimientos de salud, se mantiene como patrón común en la mayoría de los establecimientos ambulatorios y hospitalarios del país. Las deficiencias presupuestarias impactan directamente en la capacidad resolutoria de los establecimientos, lo que deriva en una prestación del servicio de baja calidad y que termina siendo excluyente de los sectores que se encuentran en situación de mayor vulnerabilidad.

La base de datos de Provea reflejó 62 denuncias por insuficiencias presupuestarias en los centros públicos de atención, de éstas 42 correspondieron a hospitales, mientras que las 20 restantes a ambulatorios.

El presupuesto asignado a hospitales y ambulatorios cubre los gastos de nómina laboral (según contrato laboral) y de funcionamiento (insumos, equipos, mantenimiento). El monto destinado al pago de la nómina es inmovible, por lo que todo ajuste o modificación del presupuesto impacta negativamente el monto previsto para el funcionamiento operativo de dichos establecimientos. La poca asignación de presupuesto para el funcionamiento operativo y mantenimiento es desproporcionado respecto al monto asignado al pago del personal. Ciertamente no se trata de

igualar los montos disminuyendo el monto destinado al pago salarial para compensar el gasto operativo. Por el contrario, se debe incrementar sustancialmente el presupuesto para funcionamiento (que incluye la dotación de insumos) y garantizar un pago justo, acorde con el derecho de los trabajadores. Un ejemplo claro de la insuficiencia presupuestaria lo revela la distribución de los recursos en los hospitales pertenecientes a la Alcaldía Metropolitana de Caracas.

**Cuadro N°8**  
**Asignación Presupuestaria 2006**  
**de la Secretaría de Salud**  
**de la Alcaldía Metropolitana**

Servicios no personales	5%
Materiales y suministros	9%
Activos reales	1%
Gastos de personal	85%

Fuente: Alcaldía Metropolitana de Caracas. Informe de la Secretaría de Salud 2005.

La brecha entre el monto solicitado por los hospitales de la Alcaldía Metropolitana y el monto asignado es un espejo de lo que ocurre en el resto de los establecimientos hospitalarios y ambulatorios del país. Al transcurrir de los años, el monto solicitado se incrementa y el monto asignado disminuye como puede observarse en el recuadro relacionado (no incluye gastos de personal).

Las fallas vinculadas a un presupuesto insuficiente: falta o escasez de insumos, cie-

**Cuadro N°9**

Denominación	2003		2004		2005	
	Solicitado	Aprobado	Solicitado	Aprobado	Solicitado	Aprobado
Materiales y suministros	59.575.791.197	32.047.188.404	80.258.032.636	26.410.610.688	143.174.600.323	34.406.307.406
Servicios no personales	27.176.529.298	14.046.004.115	57.847.754.146	18.659.382.557	91.198.639.649	22.732.968.198
Activos reales	13.432.556.741	4.283.856.315	24.885.335.190	3.644.076.098	37.937.506.482	6.204.355.997
Servicio de la deuda	0	0	0	0	14.923.913.680	0
Transferencias	397.888.345	4.283.856.315	406.196.248	2.643.486	6.107.828	2.907.828
Totales	100.582.765.581	50.381.944.179	163.397.318.220	48.716.712.829	287.240.767.962	63.346.539.429

Fuente: Alcaldía Metropolitana de Caracas. Informe de la Secretaría de Salud 2005.

re de servicios, falta de mantenimiento, escasez de alimentos para pacientes hospitalizados, son los principales factores para el cumplimiento del derecho a la salud. Una consecuencia común de la falta presupuestaria son las listas de espera para intervenciones quirúrgicas especializadas. Para este período Provea contabilizó 22 denuncias de pacientes que se encuentran en listas de espera por salas quirúrgicas o dotación de insumos.

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

La incidencia de morbilidad en el país tiene su mayor expresión en las enfermedades infecciosas vinculadas con las condiciones de vida, hábitat y medio ambiente, siendo los grupos etarios más vulnerables la población infantil y adultos mayores. Otro grupo que se encuentra en situación de vulnerabilidad agravada lo constituyen los pueblos indígenas, quienes cuentan con una elevada incidencia de desnutrición, parasitosis, tuberculosis, malaria y trastornos digestivos y respiratorios. Precisamente, entre las principales causas de consulta se mantienen las enfermedades infecciosas respiratorias agudas, diarreas, fiebres, neumonías y amibiasis, seguidas de malaria, dengue, hepatitis y tuberculosis, muy vinculadas con calidad de vida y condiciones del medio ambiente<sup>42</sup>.

En el análisis consideramos importante hacer referencia a los recursos hídricos disponibles, los sistemas existentes de elimina-

ción de excretas, la recolección y tratamiento de los residuos sólidos, así como el monitoreo atmosférico.

Según el Informe elaborado por el Ministerio de Salud y la OPS-OMS: “Estrategia de cooperación de OPS-OMS con Venezuela 2006-2008”, los problemas ambientales del país se concentran principalmente en las ciudades más urbanizadas debido a un rápido proceso de urbanización sin infraestructura de servicios y por la construcción de viviendas inadecuadas<sup>43</sup>. Precisamente, en el capítulo sobre el derecho a una vivienda digna de nuestro Informe octubre 2003-septiembre 2004, señalamos que mientras el déficit de viviendas para el año 2001 fue de 490.192, el déficit funcional alcanzaba la cifra de 1.045.723<sup>44</sup>. Igualmente, la cobertura de distribución de agua potable presenta una situación dispar y en detrimento de las zonas rurales, indígenas y urbanas no consolidadas. Mientras que en zonas urbanas la cobertura pasó del 77% en 1996 a 92% en el 2003, las zonas rurales, indígenas y urbanas no consolidadas presentaban una cobertura del 68%<sup>45</sup>. Para el año 2006 la forma de abastecimiento de agua se ubicó en 92,4% a través de acueductos, 2,7% a través de camiones y 0,7% a través de pilas públicas<sup>46</sup>.

Por su parte, el sistema de eliminación de excretas si bien revela un incremento del servicio de 66% en el año 2000 a 71,2% en el 2003, solamente el 17,4% de la población contaba con pocetas ó pozos sépticos, 8%

42. Los boletines epidemiológicos del Ministerio de Salud muestran estas enfermedades entre las 5 principales causas de consulta de la población venezolana.

43. MINSAL, OPS-OMS: *Estrategia de cooperación de OPS-OMS con Venezuela 2006-2008*. Op.Cit.

44. La estimación global del déficit habitacional se desglosa entre viviendas que requieren mejoramiento y las necesidades de sustitución de viviendas. Para mayor información ver PROVEA: Informe *Anual 2003-2004*. Pág. 205.

45. MARN [En línea] <http://www.marn.gob.ve>. Venezuela cuenta con 125 plantas de potabilización y su gran mayoría se encuentran ubicadas en las zonas más urbanizadas.

46. OPS-OMS. Op. cit.

no contaba con pocetas ni excusados y el 3,4% utilizaba hoyo o letrina. Nuevamente, las zonas rurales presentan menor cobertura del servicio de aguas servidas que las zonas más urbanizadas.

Sobre los servicios de recolección de residuos sólidos cabe advertir que sólo “*el 72% de los municipios adolece de infraestructura adecuada para la disposición sanitaria de residuos sólidos y el país no cuenta con relleños de seguridad para los materiales peligrosos, incluidos los residuos hospitalarios*”<sup>47</sup>.

En otro orden de ideas, en la prevención de salud la cobertura de vacunación es una meta fundamental a cumplir. No obstante, Venezuela mantiene una cobertura de inmunizaciones que se encuentra por debajo del 95%, posibilitándose la reintroducción de virus de enfermedades anteriormente controladas en el país. Entre el 2004 y 2005 las coberturas de BCG y Antiamarílica fueron las únicas superiores al 90%, en tanto que la Antipoliomielítica y la Triple Viral (contiene las vacunas contra Sarampión, Rubéola y Síndrome de Rubéola Congénita) presentan un descenso importante en las coberturas alcanzadas de 83 a 80% en el primer caso y, de 80 a 77% en la Triple Viral<sup>48</sup>.

### **Malaria**

Al cierre del año 2005 el número de casos de malaria fue de 45.328, lo que revela un leve descenso con respecto al año anterior, cuando alcanzó la cifra de 46.244 (diferencia de 916 casos). Bolívar, Amazonas y Sucre son las entidades federales que siguen manteniendo los mayores índices en el país. Sin embargo, mien-

tras Amazonas revela un descenso en el número de casos, Bolívar lideriza la casuística con 13% más de casos que durante el 2004<sup>49</sup>. Para el 2006, hasta la semana epidemiológica 38 se registra un acumulado de 26.577 casos. Bolívar sigue presentando el mayor crecimiento de incidencia parasitaria anual, seguido de Amazonas y Sucre. El grupo humano más afectado es el masculino entre 30 y 39 años de edad<sup>50</sup>.

**Cuadro 10**  
**Casos de Malaria (2000-2006)**

Años	Acumulado de casos
2000	30.234
2001	22.803
2002	29.337
2003	31.186
2004	46.244
2005	45.328
2006	26.577 (*)

(\*) Registro acumulado hasta la semana epidemiológica del 23.09.06

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

### **Dengue**

El Dengue a diferencia de la Malaria se mantiene con una tendencia ascendente que hasta la semana epidemiológica 52 del año 2005 registró 42.199 casos, de los cuales 2.681 fueron diagnosticados como hemorrágicos, con 4 muertes registradas<sup>51</sup>. Para el 2006 se evidencia nuevamente una tendencia al ascenso y una tasa de morbilidad acumulada de 113,7 por 100.000 habitantes<sup>52</sup>. Hasta la semana epidemiológica 38 se registra un acumulado de 30.205 casos, de los cuales 1.783 fueron Dengue hemorrágico sin reporte de muertes. Estas cifras revelan un incremento leve de 1.159 casos de Dengue común, de cara a un incre-

47. Ídem.

48. OPS-OMS. Op. cit.

49. MSDS: Alerta. Boletín Epidemiológico N° 52. Período del 25 al 31 de Diciembre de 2005. Caracas. 2005.

50. MINSAL: Alerta. Boletín Epidemiológico N° 38. Período del 17 al 23 de Septiembre de 2006. Caracas. 2006

51. MSDS. Alerta. Boletín Epidemiológico N° 52. Op. cit.

52. MINSAL: Alerta. Boletín Epidemiológico N° 38. Op.cit.

mento mayor con respecto al Dengue hemorrágico que hasta la semana correspondiente del año anterior registró sólo 47 casos frente a 1.783 durante el 2006.

**Cuadro 11**  
**Casos de Dengue (2000-2006)**

Años	Acumulado de casos
2000	21.101
2001	83.180
2002	37.676
2003	26.996
2004	30.693
2005	42.199
2006	30.205 (*)

(\*) Registro acumulado hasta la semana epidemiológica del 17 al 23.09.06  
Fuente: Elaboración propia con datos del MINSAs, tomado de los boletines epidemiológicos.

Los estados con mayor incidencia de dengue son: Zulia (5.899), Mérida (2.256), Lara (2.255) y Falcón (2.052). En tanto que la mayor incidencia acumulada de dengue hemorrágico se encontró en Lara (557), Zulia (348) y Distrito Capital (168), entidades federales que cuentan con mayor densidad poblacional. El grupo humano más afectado sigue siendo la población infantil comprendida entre 10-14 años, 5-9 años, 1-4 años y los menores de 1 año<sup>53</sup>.

**Cólera**

Para este período el cólera sigue sin reportar casos nuevos.

**Fiebre Amarilla**

Durante el año 2005 se registró un total de 12 casos confirmados de Fiebre Amarilla en los estados Mérida (03), Apure (01), Bolívar

(01) y Portuguesa (07). Aunque pareciera haberse controlado la epidemia reportada durante el período 2002-2003, con avances en la localización y diagnóstico oportuno de los casos, la presencia de Fiebre Amarilla persiste. En tal sentido, preocupa que la cobertura de inmunización en municipios de alto riesgo siga sin alcanzar una cobertura del 100%, oscilando entre 48,08% y 84,74%<sup>54</sup>.

**Sarampión**

Desde el año 2002 hasta febrero del 2006 en Venezuela no se reportaban brotes de sarampión. Sin embargo, hasta mayo del 2006 fueron reportados 47 casos nuevos<sup>55</sup>. Los casos reportados se encuentran en Miranda, Nueva Esparta, Zulia. Para el cierre de este Informe no se han reportado casos nuevos, lo que permite presumir que el brote fue controlado.

**Tuberculosis**

Aunque la tuberculosis se ha convertido en una enfermedad emergente, la tasa de incidencia nacional de tuberculosis en todas sus formas<sup>56</sup> se mantiene estable con respecto a períodos anteriores. Para el 2003 la tasa se ubicó en 25,4 por 100.000 habitantes, en tanto que el 2004 fue de 25,1 y para el 2005, es de 24,9 por 100.000 habitantes. No obstante, entidades federales como el Distrito Capital (76,10), Delta Amacuro (75,41), Amazonas (53,05), Portuguesa (36,87), Monagas (36,78) y Sucre (34,86) sobrepasan la tasa de incidencia nacional<sup>57</sup>. Sólo Delta Amacuro destaca positivamente presentando un impacto importante en la reducción de la inci-

53. Ídem.

54. MSDS: Op. Cit.

55. Agencia Bolivarian de Noticias: Ministerio de Salud contempla extender vacunación contra el sarampión (en línea) <<http://www.edosucre.gov.ve/noticias/salud.htm>>

56. La Tuberculosis es una enfermedad infecciosa que se puede presentar en forma pulmonar y en forma extrapulmonar. Esta última, se puede presenta en forma meníngea, mientras que la pulmonar se presenta en forma de Tuberculosis bacilífera.

57. MSDS: Informe de Evaluación anual de los Estados. Año 2005.

dencia de la enfermedad con respecto al 2004, cuando presentó una tasa de 111,85 por 100.000 habitantes<sup>58</sup>.

**Cuadro N°12**  
**Casos nuevos de tuberculosis**  
**(todas las formas) Tasas por 100.000 habitantes**

Años	Casos nuevos	Tasa por 100.000 hab.
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
2004	6.519	25,1
2005	6.600	24,9

Fuentes: MINSA: Informe de Evaluación Anual de los Estados. Año 2005.

La cobertura de vacunación BCG para Venezuela en el 2004 alcanzó el 95,1%, aunque Aragua (84,6%), Barinas (84,4%), Delta Amacuro (77,8%) y Apure (74,7%), entre otras, destacan como entidades federales que no han logrado igualar el promedio nacional.

La tuberculosis en forma pulmonar es la que sigue presentando mayor incidencia mórbida y el grupo etario más afectado es el comprendido entre los 15 y 44 años de edad (51,3% de los casos nuevos). Seguido por el grupo de personas mayores de 65 años y los menores de 15 años.

Aunque el grupo de personas menores de 15 años es el que presenta una menor incidencia de morbilidad por tuberculosis, la evaluación epidemiológica del MINSA revela que este grupo sigue manteniendo un incremento sostenido en los casos reportados. Se evidencia también una tendencia ascendente de meningitis-tuberculosis en el grupo comprendido entre 0-4 años de edad.

Por su parte, la comorbilidad tuberculosis/sida continúa igualmente en ascenso, de cara a una situación alarmante revelada por el propio MINSA, donde sólo el 36% de los casos diagnosticados a nivel nacional les fue solicitado una Serología de VIH<sup>59</sup>. Vale añadir que el 5,04% de los casos nuevos y el 3,5% de las recaídas notificadas presentan esta asociación.

Otro grupo vulnerable siguen siendo las poblaciones indígenas, con la mayor tasa de incidencia de la enfermedad (168,5 por 100.000 habitantes)<sup>60</sup>. Precisamente las entidades federales que cuentan con tasas de incidencia más elevada son también las que tienen mayor presencia indígena. Para el 2004, de los 675 casos reportados en población indígena, 525 fueron reportados en población comprendida entre 15 años y más y 150 en los grupos entre 0-14 años de edad. Para Provea, aunque hay avances importante en el registro, diagnóstico y tratamiento oportuno de los casos nuevos, es importante contar con una data más desagregada que en el caso de las comunidades indígenas, permita identificar las etnias que se encuentran en situación de mayor vulnerabilidad, así como los factores de incidencia en la morbilidad y mortalidad por tuberculosis.

**Cuadro N°13**  
**Casos de tuberculosis (todas las formas) en**  
**grupos con riesgo epidemiológico elevado**

Años	en población indígena	en población carcelaria	coinfección TB-VIH/SIDA (*)
2000	540	56	265
2001	491	38	321
2002	531	51	282
2003	542	92	290
2004	675	50	347

(\*) Casos nuevos más las recaídas

Fuentes: MINSA: Fichas epidemiológicas de TB.

58. MSDS: Programa Nacional de Control de la Tuberculosis. Año 2005. Pág.11.

59. Ídem. Pág. 20.

60. Ídem. Pág. 8.

Durante el año 2003 la mortalidad por tuberculosis en todas sus formas revela una tasa de 2,81 por 100.000 habitantes, con 693 defunciones. Lo que evidencia un aumento con respecto al 2002, cuando la tasa fue de 2,73. Vale señalar que Amazonas (5,72), Monagas (5,66), Portuguesa (4,92), Delta Amacuro (4,75) y Vargas (4,13) sobrepasan significativamente el promedio nacional y se ubican como las 5 entidades federales con la mayor mortalidad por tuberculosis en el país<sup>61</sup>.

Para el MINSA los resultados obtenidos por el Programa Nacional de Control de la Tuberculosis (PNCTB) revelan que, aunque se ha incrementado el número de actividades de pesquisa en algunos estados, todavía el PNCTB no logra el impacto epidemiológico esperado en el ámbito nacional. Para ello, es necesario que los porcentajes de abandono del tratamiento se ubiquen por debajo del 6%. En el año 2003, ese porcentaje se ubicó en el 9% de los casos nuevos evaluados en personas mayores de 15 años. Los estados menos eficientes en el suministro del tratamiento (curación entre el 50 y el 74%) fueron el Distrito Capital, Guárico, Vargas y Yaracuy.

No obstante, una medida que empieza a revelar algunos logros importantes es la integración de los establecimientos de salud del MINSA al PNCTB. De los 4.801 establecimientos de salud del MINSA (sin contar los nuevos Consultorios Populares y Centros de Diagnóstico de Barrio Adentro), el 86,7% ya se encuentra integrado al Programa<sup>62</sup>. Ahora bien, aunque esta integración revela un incremento con respecto al año anterior (85,6%), no ocurre lo mismo con la integración de los otros entes de salud (IVSS, Alcaldías, IPASME

y establecimientos militares) que continúa baja. Las entidades federales que registran los porcentajes de integración más bajos son Delta Amacuro (11,1%), Zulia (45,1%) y Yaracuy (73,9%)<sup>63</sup>. Igualmente, resulta baja la integración de los laboratorios dependientes del MINSA, con sólo el 66,7% de integración. La menor integración se encuentra en los laboratorios ubicados en los ARII y AUI y II<sup>64</sup>.

## **V. Salud Materna, sexual y reproductiva e infantil**

### *Salud sexual y reproductiva*

La mortalidad materna es considerada actualmente como uno de los problemas graves de salud pública del país. No obstante, persevera 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, lo que ciertamente dificulta la realización de un análisis oportuno de la situación. El informe más reciente del MINSA sobre mortalidad data del año 2004 y revela una tasa de 54,7 muertes por cada 100.000 NVR<sup>65</sup> relacionadas con el embarazo. Esta cifra refleja una mejoría de 3 puntos respecto a la tasa del 2003 (57,7) y se presenta como el segundo período consecutivo en el que se registra descenso. Al analizar la tendencia de manera comparativa desde 1994 (69,9 por 1.000 NVR), a 2004 (54,7), se observa un lento pero sostenido descenso hasta el año 2001 (60,1), año en que el descenso sufrió un revés y comenzó a incrementarse de manera acelerada durante el 2001 y 2002 hasta alcanzar cifras similares a la tasa presentada en el año 1994. Para el 2003, la tasa disminuyó radical-

61. Ídem. Pág.15.

62. Ídem. Pág. 17.

63. Ídem. Pág. 22.

64. Ídem. Pág. 17.

65. Nacidos Vivos Registrados.

**Cuadro N°14**  
**Mortalidad materna**

Años	Tasa por 100.000 NVR
1994	69,9
1995	66,3
1996	60,4
1997	59,6
1998	51,0
1999	59,3
2000	60,1
2001	67,2
2002	68,0
2003	57,7
2004	54,7

Fuente: Elaboración propia con datos del MINSA.

mente 11 puntos respecto al año anterior, manteniéndose en descenso hasta el año 2004<sup>66</sup>.

Entre las principales causas de mortalidad materna se mantienen: las afecciones originadas en el período perinatal; los trastornos respiratorios; los trastornos hipertensivos durante el embarazo, el parto y el puerperio; los embarazos terminados en abortos y las complicaciones durante el parto. Todas estas afecciones podrían ser evitadas a través de cuidados esenciales antes, durante y después del embarazo y el parto. Según las causas de mortalidad, se hace evidente que para lograr la disminución de la tasa debe incrementarse la cobertura prenatal a través de campañas pedagógicas que estimulen la participación del núcleo familiar en el proceso de gestación y particularmente el de la madre, quien debe conocer la importancia del control, nutrición y de los cuidados esenciales del neonato.

Con base en la información del Boletín epidemiológico del MINSA hasta la semana 39 del año en curso, el acumulado de casos es de 218, lo que representa un incremento del 18,5% respecto a la misma semana del año

**Cuadro N°15**  
**Cuadro comparativo entre 2005-2006**  
**según entidad federal**

Estados	Acumulado hasta la semana N° 39		% de variación comparada
	2005	2006	
Distrito Metropolitano	2	1	100%
Amazonas	0	3	300%
Anzoátegui	22	15	-31,8%
Apure	1	5	400%
Aragua	13	20	53,8%
Barinas	3	3	0,0%
Bolívar	12	19	58,3%
Carabobo	15	28	86,7%
Cojedes	4	4	0,0%
Delta Amacuro	4	3	-25,0%
Falcón	2	9	350%
Guárico	9	11	22,2%
Lara	9	11	22,2%
Mérida	3	9	200%
Miranda	7	2	-71,4%
Monagas	5	7	40%
Nueva Esparta	5	3	-40%
Portuguesa	13	4	-69,2%
Sucre	7	4	-42,9%
Táchira	18	3	-83,3%
Trujillo	6	6	0,0%
Vargas	1	3	200%
Yaracuy	7	11	57,1%
Zulia	17	33	94,1%
<b>Venezuela</b>	<b>184</b>	<b>218</b>	<b>18,5%</b>

Fuentes: Cuadro elaborado con datos del Boletín Epidemiológico del MINSA.

2005 (184)<sup>67</sup>. Las entidades federales con mayor incidencia acumulada de mortalidad materna fueron: Zulia (33), Carabobo (28), Aragua (20), Bolívar (16) y Anzoátegui (14). En tanto que los estados que presentan una reducción de la mortalidad materna fueron: Distrito Capital, Anzoátegui, Delta Amacuro, Miranda, Nueva Esparta, Portuguesa, Sucre y Táchira<sup>68</sup>.

66. Análisis elaborado a partir de las tasas de mortalidad materna registradas en el MSDS.

67. MINSA: Alerta. Boletín Epidemiológico N° 39. Período del 24 al 30.09.06. Caracas 2006.

68. Ídem.

Según los datos aportados por la Dirección Regional de Salud del Edo. Zulia, la mayoría de las muertes fueron causadas por eclampsia (enfermedad asociada con la hipertensión arterial), la cual es una patología prevenible con control prenatal, buena alimentación y dieta durante el período de gestación. La segunda causa de muerte la constituyeron los embarazos terminados en abortos<sup>69</sup>. Se agrega a la falta de control prenatal, la ausencia de personal requerido en las maternidades zulianas (183 especialistas obstétricos y 146 enfermeras), obstaculizándose la garantía de accesibilidad a la salud en perjuicio de las mujeres parturientas en ese estado<sup>70</sup>.

Esta situación no es diferente a la del resto de las entidades federales del país, como puede observarse en el componente de calidad y accesibilidad antes referido. La base de datos de Provea reveló 42 denuncias por deficiencia en la atención a la mujer parturienta en hospitales públicos del país. De éstas, 28 se relacionaron con ausencia de camas obstétricas, 8 con falta de personal especializado y 6 por maltrato por parte del personal de salud<sup>71</sup>.

Aunque no se cuenta con datos exactos sobre el número de muertes ocurridas por embarazos terminados en aborto, Manuel Arias, médico adjunto de la Maternidad Concepción Palacios y asesor de la Asociación Venezolana de Planificación Familiar (PLAFAM), afirmó en un foro sobre el tema del aborto y en el marco del VI Foro Social

Mundial, que en Venezuela mueren de una a dos adolescentes cada semana por aborto inducido. En opinión de Arias, *“más de 800 abortos, de los cuales 30% corresponde a adolescentes, se atienden en la Maternidad Concepción Palacios [...] Es preocupante que cada día crezca vertiginosamente el número de pacientes entre 12 y 19 años que llegan para recibir atención médica tras haberse inducido un aborto”*<sup>72</sup>. El MINSA indica que 20% de las muertes en mujeres paridas se debe a la sepsis producto de abortos clandestinos<sup>73</sup>. Asimismo, según un estudio publicado por la ONU, Venezuela se coloca en el primer lugar de embarazos en adolescentes en América del Sur. Para Arias, en el país hay 98 nacimientos por cada 1.000 adolescentes entre 15 y 19 años de edad.

Esta situación revela la necesidad de desarrollar políticas efectivas de planificación familiar que faciliten el acceso a la población de menores recursos. Aún cuando la atención primaria se ha incrementado a través de la BAI, la ausencia de control prenatal y de planificación familiar continúa generando muertes en la población femenina.

Un estudio de campo realizado en la Maternidad Concepción Palacios, elaborado por la Secretaría de Salud de la Alcaldía Metropolitana de Caracas<sup>74</sup>, reveló que del total de mujeres que acuden a este centro de atención, el 54,86% había asistido a más de 6 consultas prenatales<sup>75</sup>, el 6,19% a 6 consultas y

69. Entrevista telefónica concedida a Provea por Ana Velasco, trabajadora de la Dirección Regional de Salud del Edo. Zulia.

70. Entrevista citada.

71. Base de datos de Provea. Estadísticas elaboradas a partir de denuncias recogidas de la prensa nacional.

72. FORO SOCIAL MUNDIAL (Caracas-Enero 2006). Foro sobre el Aborto en Venezuela.

73. Lorena Cañas: *Más de 6.000 abortos se registran mensualmente en Ciudad Guayana*. El Nacional, 25.07.06, pág. B-16.

74. El estudio fue desarrollado durante 50 días. Aplicando encuestas a las mujeres que acudieron a la Maternidad Concepción Palacios en ese período..

75. El número de consultas indicadas por la Norma de Salud Sexual y Reproductiva del MSDS, indica un mínimo de 6 consultas.

un 40% no había acudido a consulta alguna previa al parto o la cesárea o había acudido a menos de 6<sup>76</sup>. El estudio reveló igualmente el número de controles prenatales en interrupción del embarazo (todas las edades).

Cuadro N°16		
Control de consultas	N° de mujeres	Porcentaje
1 consulta	20	36,36%
2 consultas	6	10,91%
3 consultas	3	5,45%
4 consultas	4	7,27%
No han realizado	22	40%
Total	55	100%

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

La situación es aún más grave en el caso de las adolescentes, pues según ese Informe, de las adolescentes que asistieron a la consulta por interrupción del embarazo, casi el 50% realizaba su primera consulta en el momento de ingresar a la emergencia.

En relación con la violencia basada en género, el Instituto Nacional de la Mujer, (Inamujer), registró 1.694 casos de violencia contra la mujer en el país entre enero y junio del 2005. El 92,17% de los casos se registraron en el seno familiar y el 7,38% por violencia extrafamiliar. El 100% de los casos reportó violencia psicológica, en 77,37% se reportó violencia física; en el 7,8% violencia sexual; en el 13% violencia patrimonial; en el 0,92% violencia financiera; en el 0,31% privación de libertad; y en el 0,61% violencia laboral. Entre los estados que reportaron mayor número de

denuncias se encuentra el Distrito Capital, con 555, Miranda, con 335; Carabobo, con 141 y Aragua, con 135<sup>77</sup>.

La cifra es más alarmante según los datos aportados por la asesora del viceministro de Redes del MINSA, María Esperanza Martínez, la cual señala que entre enero y septiembre de 2005 “*alrededor de 6.400 mujeres entre 15 y 50 años de edad asistieron a los centros de salud del país por lesiones ocasionadas por la violencia intrafamiliar*”<sup>78</sup>.

El reporte es producto de un registro elaborado en los centros públicos de atención a la salud, y presentado por Martínez junto a una delegación venezolana ante la última sesión del Comité de la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación Contra la Mujer<sup>79</sup>.

### Salud Infantil

Los datos más actualizados sobre mortalidad infantil datan de 2004. Para ese año, la tasa reflejó una disminución de 1 punto al presentar 17,5 por 1.000 NVR frente a la tasa del 2003 (18,5).

Desde 1999 hasta 2004 la tasa ha disminuido progresivamente alrededor de 3 puntos, y esta última cifra (17,5) se revela como la más baja de los últimos 6 años. No obstante y pese a esta mejoría, continúa siendo una tasa muy elevada según los datos que refleja el acumulado de casos del Boletín Epidemiológico del MINSA. La mayoría de las muertes ocurren durante el período neonatal y se encuentran asociadas a las condiciones del embarazo, desnutrición de

76. SECRETARÍA DE SALUD DE LA ALCALDÍA METROPOLITANA DE CARACAS: *Informe de la Secretaría de Salud*. Caracas 2005. pág. 92.

77. INSTITUTO NACIONAL DE LA MUJER. Comunicación enviada a Provea.

78. María Esperanza Martínez citada en: Vanessa Davies: *6.400 casos de violencia contra las mujeres hubo entre enero y septiembre de 2005*. *El Nacional*, 08.02.06, pág. B-17.

79. Ídem.

la madre, falta de control durante el período de gestación y a condiciones relacionadas con la salud de los neonatos.

**Cuadro N°17**  
**Tasa de mortalidad infantil**

Años	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
2004	17,5

**Fuente:** Elaboración propia con datos del Anuario de Epidemiología y Estadísticas Vitales del MINSa. (Anuario de mortalidad 2004).

Al igual que en años anteriores, las afecciones originadas en el período perinatal, las anomalías congénitas y las enfermedades infecciosas intestinales son las principales causales de muerte en edades entre 0 y 1 año, mientras que los accidentes de todo tipo se mantiene como principal causa de muerte en edades mayores a 1 año<sup>80</sup>.

Según los datos del Boletín Epidemiológico del MINSa, hasta la semana 39, 4.765 niños y niñas habían muerto en el país, 22% más que las 3.884 muertes registradas para la misma semana en el 2005<sup>81</sup>. Estos datos evidencian un importante incremento en los casos de mortalidad acumulados para 2006. No

obstante, para un mejor análisis debe tomarse en cuenta el incremento de unidades notificantes a través de la red primaria de BA I lo que impacta en el registro con respecto a años anteriores.

Los estados que presentaron mayor número de muertes son: Distrito Capital (777), Zulia (607), Bolívar (522) y Aragua (271)<sup>82</sup>. El porcentaje de muertes según grupo de edad fue el siguiente: de 0-6 días; 61,6%, de 7 a 27 días; 14,1%; de 28 días a 11 meses; 24,2%<sup>83</sup>.

Uno de los factores asociados a la mortalidad infantil refiere a la atención médica durante el parto. Es recurrente en los medios impresos de comunicación la denuncia por ausencia de camas obstétricas en los centros hospitalarios del país, lo que causa un impacto en la oportunidad de la atención de la madre y por ende en la atención del neonato. La base de datos de Provea reflejó 28 denuncias de madres parturientas que visitaron entre 3 y 7 centros hospitalarios antes de ser admitidas, lo que coloquialmente se conoce como el “ruteo hospitalario”, situación que pone en alto riesgo la vida de la madre y del neonato. En este sentido, el viceministro de Salud, José Mendoza admitió que existe un problema de mortalidad infantil asociado a las condiciones de atención en los centros públicos de salud y explicó que para solventar esta situación se establecerá “un sistema de transporte seguro y oportuno de la madre al centro asistencial y se está desarrollando una estrategia para la atención del parto y del recién nacido”<sup>84</sup>.

80. MINSa: *Anuario de Epidemiología y Estadísticas Vitales. Anuario de Mortalidad 2004* [En línea] <<http://www.msds.gob.ve>>

81. Los datos de casos acumulados para la semana N° 39 del año 2005, no coinciden con los datos citados en el Informe Anual 2004-2005 pese a que la fuente es el mismo MINSa. La razón de la divergencia se refiere a correcciones posteriores realizadas en el Boletín de 2006.

82. MINSa: *Boletín Epidemiológico Semanal N° 39*. 2006.

83. Ídem.

84. José Mendoza citado en: Nérida Fernández Alonzo: “Venezuela logrará la Meta del Milenio de reducir la mortalidad infantil”. *El Universal*. 13.03.06, pág. 4-7.

Mendoza asume que “hay una sobrecarga en la Maternidad Concepción Palacios que tiene que ver con la necesidad de establecer una red de cuidados obstétricos y neonatales de emergencia”<sup>85</sup>.

Una de las políticas implementadas por el Estado para disminuir la mortalidad infantil es el “Proyecto Madre”, el cual trata de construir el empoderamiento comunitario, a través de talleres en las comunidades populares, para que las señales de alarma en el embarazo y la salud infantil sean reconocidas por los habitantes de las comunidades, se involucren en el proceso de gestación y puedan reconocer los signos de alarma que ayudarían a combatir la mortalidad infantil.

Entre los objetivos del proyecto se encuentra:

- Formación de los Comités de Salud que permita hacer seguimiento directo por la misma comunidad a todo niño y niña con menos de 5 años.
- Convertir el parto y el cuidado de los niños y niñas hasta que cumplan 5 años en un hecho social que garantice su salud y calidad de vida por parte del estado y la sociedad.
- Incluir en el esquema básico de vacunación de rotavirus la vacuna que previene la diarrea en niños de 2 a 3 meses de edad.
- Fortalecer las áreas de atención obstétrica y neonatal de todo el país a través del convenio Argentina- Venezuela y BA I, II y III.
- Impulsar un Plan Integral de prevención del

embarazo en adolescentes, que incluya una planificación familiar adecuada que permita a mujeres y hombres ejercer sus derechos sexuales y reproductivos sin riesgo.

## VI. Control y tratamiento de enfermedades<sup>86</sup>

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

Las cifras ofrecidas por el Programa de Naciones Unidas sobre VIH/Sida (Onusida) revelan un estimado de 110.000 personas portadoras del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)<sup>87</sup>, en tanto que el registro oficial da cuenta de 53.243 casos confirmados<sup>88</sup>. La organización Acción Ciudadana contra el Sida (ACCSI), por su parte, maneja la cifra estimada para el 2004 de 159.350 personas y señala que mismo Programa Nacional de SIDA (PNS) del MINSa reconoce que hay un subregistro de hasta 80%. En su informe anual del año 2005, ACCSI sostiene que el 90% de los casos de infección ocurre por la vía sexual y aunque los hombres que tienen sexo con los hombres siguen ilustrando el mayor número de casos, hay un incremento sostenido en mujeres entre 30 y 34 años y en jóvenes entre 15 y 25 años<sup>89</sup>.

En este orden de ideas, Daisy Matos, Coordinadora del PNS e Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) del MINSa reconoce que las mujeres se han convertido en el grupo que está presentando el incremento más rápido de la infección, aunque en el país la epidemia sigue siendo predominantemente masculina<sup>90</sup>.

85. Ídem.

86. Para este período no incluimos a las personas con enfermedades mentales ante la falta de información accesible. Provea no contó con información oficial y extraoficial actualizada y accesible. Aunque se solicitó entrevista a la Dirección de Salud Mental del MINSa, la misma no fue concedida.

87. Ver PROVEA: *Informe Anual. Octubre 2004-Septiembre 2005*. Derecho a la Salud, pág. 148.

88. *El Nacional*, 04.05.06, pág. B-17.

89. ACCION CIUDADANA CONTRA EL SIDA: *Informe 2005*. Caracas 2006

90. Daisy Matos citada en: María Eugenia Brandy: *En el marco del “Día Mundial del Sida” Min-Salud entregará fondos a ONG para actividades preventivas contra el VIH/Sida*. *Diario 2001*, 29.11.05, pág. 8.

Con respecto a la población infantil y adolescente, Anna Lucía D'Emilio, representante de UNICEF en Venezuela señala que hay 448 niños (as) y adolescentes registrados que reciben tratamiento antiretroviral. Sin embargo, aclara que el estimado de población infantil y adolescente que vive con el VIH es mucho mayor (2.500)<sup>91</sup>. Un aspecto que agrega en el análisis D'Emilio, refiere a la desintegración familiar como consecuencia de la infección por VIH/Sida. De la población infantil registrada, 39% ha perdido a uno de los padres por causa del Sida, 17% es huérfano de padre y madre y 29% están institucionalizados. Para el 2004, una sexta parte de las muertes por Sida fue en población infantil menor a los 15 años<sup>92</sup>. Frente a esta situación se hace necesario el fortalecimiento de las campañas de prevención del VIH/Sida, junto a las medidas de diagnóstico precoz.

### ***Personas transplantadas y con enfermedades de riñón***

Los datos oficiales dan cuenta de 8.500 personas que presentan problemas renales en tratamiento de diálisis. Precisamente, entre los problemas que persisten se encuentra la cobertura insuficiente de servicios de diálisis, por lo que Provea valora positiva la meta establecida en el Programa de BA III de adquirir

250 máquinas de hemodiálisis para 30 hospitales en todo el país<sup>93</sup>.

Otro problema no solventado sigue siendo el número insuficiente de trasplantes de riñón realizados por año, lo que no permite reducir la cifra de personas en espera por ser trasplantadas. Durante el 2005 se realizaron 238 trasplantes de riñón (sólo 89 de cadáveres), con una lista de más de 600 personas en espera. Según la Dra. Anabela Arminio, Coordinadora de la Dirección de Trasplantes del Hospital Universitario de Caracas, la limitada realización de trasplantes de riñón responde a las dificultades encontradas para que los familiares de personas con muerte cerebral otorguen su consentimiento para la extracción de órganos. En el año 2005, 42 familias se negaron a donar órganos de sus parientes fallecidos. Por su parte, Carmen Luisa Milanés, Coordinadora Nacional de Trasplante de órganos del MINSA, reconoce que Venezuela tiene una de las tasas más bajas de donantes (2 por cada millón de habitantes), en tanto que en América Latina esa tasa es de 8 por cada millón de habitantes<sup>94</sup>. Esta situación revela la necesidad del desarrollo de una campaña informativa y educativa sobre el tema que permita una mayor sensibilización de la población sobre el consentimiento informado de trasplante de órganos.

91. Anna Lucía D'Emilio citada en: Lorena Pineda: *Estiman que hay 2.500 chamos con VIH/Sida en Venezuela*. Últimas Noticias, 11.11.05, pág. 4.

92. Ídem.

93. Citado por Lorena Pineda: *Mejora atención a pacientes renales*. Últimas Noticias, 16.03.06, pág. 8.

94. Citado por Lorena Pineda: *600 personas esperan por un trasplante de riñón*. Últimas Noticias, 03.02.06, pág.