



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 suscritos y ratificados por la República

**Art. 83 de la Constitución
de la República Bolivariana de Venezuela**





El balance del derecho a la salud al cierre de este período no revela cambios significativos respecto a la situación de años anteriores. La rotación ministerial nuevamente estuvo presente. El 31.07.09, el coronel Calos Rotondaro, quien hasta la fecha ocupaba la presidencia del Instituto Venezolano de Seguros Sociales (IVSS), fue nombrado Ministro del Poder Popular para la Salud y Protección Social. Con él, suman 7 los ministros/as que han integrado esta cartera desde el año 1999¹.

Para este periodo, también se mantiene la mora legislativa, debido a que la Asamblea Nacional (AN) no ha aprobado el nuevo Proyecto de Ley Orgánica de Salud. Además, se ha hecho evidente que el Sistema Público Nacional de Salud (SPNS) sigue fragmentado y segmentado en varias redes e instituciones de atención a la salud sin que el Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS) alcance fortalecer la rectoría única que le postula la Constitución.

A este panorama, se suman algunas medidas que contrarían los postulados constitucionales. Una de ellas, fue la transferencia financiera, física y administrativa al MPPS por vía de decreto presidencial de los bienes y servicios de atención a la salud adscritos a la Alcaldía Metropolitana de Caracas y al Edo. Miranda; en esta última instancia, la medida estuvo marcada por un ambiente conflictivo y de manifestaciones por parte de los funcionarios/as del sector.

En contraste con la medida anterior, la formulación del nuevo Plan Nacional de Salud 2009-2012/2018 resulta positivo y propone cambios importantes a la política pública de salud bajo un enfoque integral e intersectorial,

con impacto en los factores y condiciones determinantes de la situación de salud del país. El Plan plantea, además, retos importantes en su implementación con una concepción de la salud que integra la visión asistencial a procesos relacionados con el modo de vida, condiciones de vida y estilos de vida personales, familiares, comunitarios y de país. Las áreas estratégicas de intervención son la soberanía alimentaria, el SPNS, el ambiente familiar y residencial, los espacios públicos y condiciones laborales saludables, con un sistema de indicadores para medir el cumplimiento de metas y resultados.

Sobre el acceso a información pública en asuntos relacionados con la salud se siguen presentando obstáculos. En este lapso como ONG se nos negó por segunda vez información de la Dirección de Salud Mental. Asimismo, la situación de silencio epidemiológico persiste sin que se pueda tener acceso oportuno a los reportes oficiales del ministerio.

Nuevamente, los esfuerzos del Gobierno en fortalecer los bienes y servicios hospitalarios contrastan con problemas relacionados con la gestión y cumplimiento de metas establecidas. La medida de recuperación de edificaciones y equipamiento de 62 hospitales distribuidos en el ámbito nacional ha sido objeto de una investigación política que coordina la Comisión de Finanzas de la AN, por problemas de incumplimiento en la entrega de obras pautadas, sobre el uso de recursos aprobados de forma extraordinaria y el colapso que ha generado la medida de cierre de áreas y servicios en los principales hospitales de referencia nacional. El déficit de médicos/as, el deterioro de la infraestructura en áreas y servicios, las condiciones de medio ambiente del trabajo insalubres, las fallas en

1. El primer ministro fue Gilberto Rodríguez Ochoa (02.02.99), seguido por María Urbaneja (05.03.01), Roger Capella (18.09.03), Francisco Armada (22.11.04), Erick Rodríguez (09.01.07), Jesús Mantilla (17.05.07) y Carlos Rotondaro (31.07.09).



dotación de insumos y medicamentos, el déficit de camas hospitalarias y la situación de inseguridad ciudadana, resaltan como las considerables problemáticas que afectan a los centros hospitalarios, ambulatorios y módulos de Barrio Adentro, que además se reflejan en las 284 denuncias que fueron reportadas durante este periodo.

En particular, el éxodo de profesionales de la medicina del sector público hacia el sector privado y al exterior, con el 45% de las denuncias registradas en la base de datos de Provea, se ha convertido en el principal problema de las redes asistenciales del país y termina negando los avances alcanzados en torno a la ampliación de la cobertura de los bienes y servicios públicos de atención a la salud.

Finalmente, la situación epidemiológica sigue revelando avances y reveces. Mientras que la malaria y el dengue revelan un descenso del 23,3% y 40,42% respectivamente, con respecto al periodo 2008-2007, desde el 2008 se vienen reportando brotes de mal de Chagas que para el año 2009 llegó a 80 casos registrados en el Edo. Vargas. La incidencia de tuberculosis en entidades federales como Delta Amacuro (81,0) y el Dtto. Capital (63,6) supera en creces el promedio nacional (24,7 casos por 100.000 habitantes).

I. Medidas del Poder Ejecutivo

El MPSS cuenta nuevamente con otro ministro². El coronel (Ej) Jesús Mantilla fue sustituido de su cargo el 31.07.09 por el también coronel (Ej) Carlos Rotondaro, quien venía desempeñándose como presidente de la Junta Directiva del IVSS desde el 22.05.07. Con este nuevo ministro son 7 las personas que asumen esta cartera ministerial en los 10 años de

gobierno del Presidente Hugo Chávez. Como ha sido señalado en informes anteriores, la frecuente rotación de ministros/as, las diferentes reestructuraciones por las que ha pasado este despacho ejecutivo y entre otros factores, los diferentes enfoques y ejes que han marcado la política y planes de salud en estos años, junto a los problemas de rectoría, gestión, control y coordinación institucional no resueltos, vienen afectando la concreción material de los postulados constitucionales para la creación de un SPNS único, intersectorial, descentralizado y participativo.

Plan Nacional de Salud

El PNS para el periodo 2009-2013/2018 revela un esfuerzo importante del Gobierno en otorgar a la política pública de salud un enfoque integral e intersectorial, con impacto en los factores y condiciones que producen y reproducen la situación de salud del país. La formulación del PNS estuvo bajo la coordinación conjunta del MPPS y el Ministerio del Poder Popular para la Planificación y Desarrollo, junto con la participación de los otros 23 ministerios, la Comisión de Desarrollo Social de la AN y la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Este Plan, además, tiene como fundamento la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (CRBV) y el Plan de Desarrollo Económico y Social 2007-2013 “Proyecto Nacional Simón Bolívar”³.

La propuesta conceptual del PNS contempla a las condiciones y factores determinantes de la salud en el país. En términos más concretos, abarca los procesos relacionados con: a) el modo de vida (modelo económico, político y social, la interculturalidad, los determinantes

2. El nombramiento de Carlos Rotondaro Cova como ministro del Poder Popular para la Salud y Protección Social, en sustitución de Jesús Mantilla fue publicado en Gaceta Oficial N°. 39.232 del 31.07.09.
3. Ministerio del Poder Popular para la Salud: Plan Nacional de Salud 2009-2013/2018. Págs. 52-

Cuadro N° 1
Metas del Plan Nacional de Salud

Propósito	Año Base	2013	2018
Incrementar la participación de los órganos del Poder Popular en la planificación, ejecución, monitoreo y evaluación de las acciones de la salud en áreas de salud integral comunitaria	2009	60%	100%
Incrementar la participación de los órganos del Poder Popular en la planificación, ejecución, monitoreo y evaluación de las acciones de la salud en áreas de salud integral a nivel de comunas, distrito, estatal y nacional	2009	50%	100%

Fuente: MPPS. Plan Nacional de Salud 2009-2013/12018. Pág. 63.

bioclimáticos); b) las condiciones de vida (demográficas, culturales, nutricionales, entornos urbanos, entornos familiares y comunitarios, redes sociales, condiciones y medio ambiente del trabajo) y c) los estilos de vida personales y familiares (condición genética e inmunológica, hábitos y comportamientos particulares, adicciones y riesgos diferenciados). Las áreas estratégicas de intervención son la soberanía alimentaria, el SPNS, el ambiente familiar y residencial, los espacios públicos y condiciones laborales saludables.

Asimismo, se le otorga especial interés a la consolidación de la Misión como eje integrador de una red de servicios única, con rectoría única, financiamiento asegurado, soberanía científico-tecnológica, talento humano de calidad y solidario internacionalmente.

En opinión de Provea, la creación del sistema único de salud con base en el eje de la Misión, requiere de un sustento jurídico que no puede ser otro que la Ley de Salud, la cual debe ser aprobada por la AN. Otro objetivo estratégico es la creación de condiciones promotoras de calidad de vida y salud, las cuales serán valoradas a través de indicadores que puedan medir el estado de bienestar de la población (soberanía alimentaria, convivencia solidaria, seguridad ciudadana, educación, prevención y control vial, promoción de actividad física, recreación, cultura y deporte, promoción de la salud ambiental).

El tercer objetivo estratégico propone la creación de mecanismos y espacios para una participación protagónica del Poder Popular en la ejecución, seguimiento, control y evaluación del PNS. Como también para garantizar la corresponsabilidad en la determinación de la salud.

Provea valora al PNS 2009-2013/1018 como un avance conceptual y metodológico importante para la política de salud del país. Sobre el primer aspecto, propone un enfoque integral e intersectorial de la salud que se concreta en acciones que abordan el ámbito asistencial, junto a los factores que determinan la salud. La participación popular tiene, además, un rol prioritario en ello, así como en los espacios de monitoreo y contraloría social. Con respecto al segundo, propone un sistema de indicadores propios que evalúe el cumplimiento de los objetivos estratégicos y las metas previstas. Sin embargo, es importante señalar que los patrones propuestos miden resultados globales más no identifican desigualdades e inequidades. Se trata de metas cuantitativas sin indicadores de cumplimiento que permitan medir cómo se alcanzan los resultados previstos.

Presupuesto Público de Salud

Según cifras de la Oficina Nacional de Presupuesto (Onapre), en 2009 la inversión pública para el sector salud revela un decrecimiento con respecto al año anterior.



Cuadro N° 2
Presupuesto anual. Gasto por estados y distritos

Año	Presupuesto ordinario del sector salud (miles de Bolívars)	Variación base 2005	Gasto sectorial a los Estados y Distritos	
2005	4.966,30	0%	1.943,80	39,10%
2006	7.245,00	46%	2.995,90	41,30%
2007	9.759,10	97%	3.694,80	37,80%
2008	13.982,20	182%	4.202,60	30,00%
2009	12.028,20	142%	4.648,60	38,60%

Fuente: ONAPRE. Tomado del Proyecto de Ley del Presupuesto para el Ejercicio Fiscal 2009. Cálculos propios.

Mientras que para 2008, el presupuesto ordinario fue de 13.982,2 (expresado en miles de bolívars fuertes), para el 2009 tuvo un monto de 12.020,2, lo que equivale al 7,17% del presupuesto total de la nación (167.474,2). En la siguiente tabla se observa una variación nominal en el presupuesto ordinario del sector salud entre el 2005 y el 2009, que oscila entre el 46% al 142% en 2009; así como la distribución del gasto sectorial hacia los estados y distritos.

Conforme a la estructura de gastos del presupuesto ordinario asignada a los diferentes ministerios, en este lapso el MPPS quedó ubicado en 5° lugar de importancia, con una asignación presupuestaria de Bs.F.

9.289,5 millones, lo que representa el 5,5% del total del presupuesto. La mayor asignación de recursos fue para el Ministerio del Poder Popular de Relaciones Interiores y Justicia (22,1%), seguido por el de Educación (15,0%), Economía y Finanzas (12,3%) y Trabajo y Seguridad Social (7,3%)⁵.

Según el Informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 2007 Venezuela fue ubicada por debajo del promedio regional⁶ en relación con los indicadores de gasto total en salud como porcentaje del Producto Interno Bruto (PIB) (4,9%) y gasto del gobierno general en salud como porcentaje del gasto total del gobierno (9,3%). Los porcentajes revelan, además, un decrecimiento

Cuadro N° 3
Presupuesto anual ajustado

Año	Presupuesto ordinario del sector salud (miles de Bolívars)	Montos ajustados por inflación		
		Miles de bolívars	Variación interanual	Variación Base 2005
2005	4.966,30	9.382,57		0%
2006	7.245,00	11.702,18	25%	25%
2007	9.759,10	12.872,25	10%	37%
2008	13.982,20	13.982,20	9%	49%

Fuente: ONAPRE. Tomado del Proyecto de Ley del Presupuesto para el Ejercicio Fiscal 2009. Cálculos propios.

- Nota: IPC BCV Índice diciembre 2008 / Índice diciembre de cada año X monto anual presupuesto ordinario.
- República Bolivariana de Venezuela: Exposición de Motivos del Proyecto de Ley para el Ejercicio Fiscal 2009. Pág. 128.
- La región de las Américas fue la que alcanzó el más alto nivel en cuanto al gasto en salud como porcentaje del PIB, con el 12,8%.

Cuadro N° 4
Comparación entre Gasto Público y Gasto Privado en \$

Gasto del Gobierno general en salud como % del gasto total en salud		Gasto privado en salud como % del gasto total en salud		Gasto público en salud per cápita al tipo de cambio promedio (US\$)		Gasto total en salud per cápita al tipo de cambio promedio (US\$)	
2000	2006	2000	2006	2000	2006	2000	2006
53,1	49,5	46,9	50,5	154	164	290	332

Fuente: OMS. Estadísticas Anuales 2009.

en ambos indicadores con respecto al año 2000, cuando el gasto total en salud como PIB fue del 6,0% y el gasto en salud como gasto total del gobierno fue del 10,9%⁷.

La relación entre el gasto público y el gasto privado en salud evidencia una situación dispar, debido a que el primero se ubica en 49,5% y el segundo en 50,5%. Hay, además, un crecimiento del privado como porcentaje del gasto total en salud con respecto al año 2000, cuando se ubicó en 46,9%⁸. Provea ha reseñado en informes anteriores cómo el propio gobierno viene contribuyendo a ese incremento, a través del pago de pólizas de Hospitalización, Cirugía y Maternidad (HCM) a los y las trabajadores/as del sector público⁹.

Por último, el indicador de gasto público en salud per cápita al tipo de cambio promedio (US\$) para el 2006 fue de 164, en tanto que el gasto total en salud per cápita fue de US\$ 332, lo que en ambos casos ubica al país por encima del promedio medio mundial, con 114 y 211, respectivamente¹⁰.

Recentralización del sector salud

En los años 90, el sector salud protagonizó un proceso de descentralización que alcanzó 17 entidades federales, situación viene siendo revertida por vía de decretos presidenciales. Aunque la CRBV en el artículo 84 dispone que el SPNS debe ser descentralizado, intersectorial y participativo, en 2008 fue decretada la transferencia física, administrativa y financiera de los bienes y servicios de atención a la salud de la Alcaldía Metropolitana de Caracas¹¹ al MPPS. Posteriormente, por vía de otro decreto presidencial fue ordenada la transferencia al MPPS de los establecimientos y unidades móviles de atención a la salud adscritos al Edo. Miranda¹². Esta segunda transferencia ocurrió en un ambiente de conflictividad entre el MPPS y la gobernación del Edo. Miranda. Situación que generó a su vez un estado de angustia y zozobra colectiva en los trabajadores/as que laboraban en dichos centros de atención de salud, produciéndose varias manifestaciones y protestas¹³. Asimismo, se introdujeron dos

7. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD: Estadísticas sanitarias mundiales 2009. Págs. 107,114, 115 y 116.

8. OMS. Op. Cit. Pág. 116.

9. Ver PROVEA: Situación de los Derechos Humanos en Venezuela. Informe Anual octubre 2007-septiembre 2008. Capítulo especial del derecho a la salud. Pág. XXVI.

10. OMS. Op. Cit.

11. Decreto N° 6.201 del 18.07.08, publicado en Gaceta Oficial N° 38.976 del 18.07.09.

12. Decreto N° 6.543 del 02.12.08, publicado en Gaceta Oficial N° 39.072 del 03.12.08.

13. Las preocupaciones de tipo laboral se centraron en dos aspectos: a) la incertidumbre ante las deudas laborales pendientes (bono nocturno, domingos y feriados, deuda por cesta ticket y bono presidencial de 6.000 Bs. F) y b) la diferencia entre los beneficios laborales ofrecidos por la gobernación de Miranda (cancelación de hasta cuatro meses de aguinaldo y seguro de hospitalización por Bs.F 20.000) y los del MPPS (cancelación hasta tres meses de aguinaldo y póliza de seguro de hospitalización por Bs.F 5.000).



acciones judiciales ante el TSJ que fueron sentenciadas sin lugar¹⁴.

Misión Barrio Adentro

La Misión Barrio Adentro fue impulsada con el objetivo de fortalecer los bienes y servicios de atención básica de salud que estaban prácticamente abandonados. Entre el 2005 y 2006 fue redimensionada, con el fortalecimiento de los niveles intermedios y servicios de mayor especialización en la atención de salud. Nuevas edificaciones fueron construidas y equipadas, dando inicio a la fase de recuperación de la infraestructura hospitalaria existente. Sin embargo, a partir de los años 2007 y 2008 la Misión empezó a mostrar síntomas de deterioro, se cerraron módulos, algunas edificaciones empezaban a revelar defectos y más recientemente, se presentaron problemas de déficit de profesionales de la salud. Al cierre de este Informe, Provea registró 10 denuncias de la prensa escrita nacional¹⁵ sobre problemas en módulos Tipo I, relacionados con el déficit de médicos/as y enfermeras/os, deterioro de las edificaciones y áreas de servicios, fallas en el suministro de medicamentos, fallas en el suministro de agua e inseguridad ciudadana. Para Adolfo Delgado, presidente de la Sociedad Bolivariana de Medicina General Integral (SBMI), la construcción y dotación de los módulos de Barrio Adentro I se encuentra paralizada¹⁶.

El Presidente de la República en su programa “Aló Presidente”, expresó: “*no tengo*

dudas que la Misión Barrio Adentro ha venido bajando el nivel de eficiencia que tuvo siempre, estamos estudiando el tema, las razones, las causas [...]. Los módulos de atención primaria, por ejemplo, no pueden terminar siendo un pequeño ambulatorio, no, todo eso tenemos que revisarlo a fondo, no podemos permitir que lo nuevo se contagie de lo malo”¹⁷.

Hasta octubre 2008, a nivel de infraestructura contaba con: 3.478 módulos, 455 Centros de Diagnóstico Integral (CDI), 533 Salas de Rehabilitación Integral (SRI) y 25 Centros de Alta Tecnología (CAT)¹⁸. El presidente Chávez en el mensaje anual de la nación del año 2008 informó, además, que el número de médicos/as cubanos/as trabajando para ese momento era 8.200¹⁹. Provea no ha logrado tener acceso a información directa del MPPS relacionada con la ejecución de metas y resultados de la Misión, así como tampoco sobre la inversión financiera, pero de ser correcta esta data, plantea un problema de cumplimiento de las metas previstas. Por ejemplo, en el año 2003 el gobierno estableció como metas estratégicas: la construcción de 5.000 consultorios populares en el país y la disponibilidad de un médico/a por cada 250 familias. Hasta el momento se ha cumplido sólo con el 69,5% de la meta que establecía la construcción de 5.000 módulos de atención primaria. Igual ha ocurrido con la construcción prevista de los CDI, SRI y CAT. A esta situación, hay que sumarle los

14. TRIBUNAL SUPREMO DE JUSTICIAL: Sala Constitucional, Exp. 09-0386, S. del 20.07.09 de la Magistrada Luisa Estella Morales y Sala Político Administrativa, Exp. 08-1005, S. del 12.08.09 del Magistrado Levis Ignacio Zerpa.
15. Provea revisa 26 diarios de prensa escrita en físico y 8 medios de comunicación en línea.
16. Georgely Morín: *Jesús no hizo milagros Tal Cual* [en línea] <<http://www.talcualdigital.com>> Consulta del 12.08.09.
17. El Universal, *Chávez reconoce que Barrio Adentro ha bajado de eficacia*, 27.07.09. Tomado de: <http://www.eluniversal.com>
18. Últimas Noticias, 26.10.08, pág. 38.
19. Laura Weffer: *Barrio Adentro redujo capacidad de atención en 40%*. En: El Nacional, 18.02.09, pág. 3.



problemas denunciados en torno a la operatividad de los módulos. Una de las dificultades es, precisamente, la disponibilidad de médicos/as que garanticen servicios de atención primaria en salud en todo el territorio nacional y especialmente en beneficio de los grupos, sectores y comunidades más excluidos. En opinión de Henry Bravo, presidente encargado de la SBMI, la falta de médicos/as en BA es un problema estructural no resuelto²⁰. La prensa escrita ilustra esta situación con una denuncia que hizo la comunidad del sector “Los Mangos”, en La Vega, Caracas, quienes desde hace 3 años esperaban la apertura del módulo, pero la falta de personal médico ha sido la razón por la cual permanecía cerrado²¹ para la fecha de la publicación periodística.

Ante este problema, agudizado particularmente en la red pública convencional, el exministro Mantilla promovió como medida paliativa -el fomento de especialidades clínicas-hospitalarias para los y las graduandos/as del pregrado en medicina integral²²- y así cubrir el déficit que ha generado la migración de galenos/as a la red privada de salud y otros países. En opinión de Fernando Bianco, presidente del Colegio de Médicos del Dtto.

Metropolitano de Caracas y de Adolfo Delgado, presidente de la SBMI, cubrir el déficit de profesionales de la salud “*sin medir las consecuencias que implica tapar un hueco abriendo otro*” no sólo resulta una solución puntual, sino que además lesiona de gravedad la esencia de la medicina general integral. Como consecuencia de esa medida, Delgado señala que ya hay 500 médicos/as generales que decidieron hacer especializaciones en los centros hospitalarios, lo que va a representar el cierre de 500 módulos de salud²³.

A este panorama, se suman los problemas en la ejecución de las obras y metas previstas para la tercera etapa, que a pesar de haber recibido créditos adicionales al presupuesto de gastos del MPPS, para la recuperación, reparación y construcción de la infraestructura física de 62 hospitales a nivel nacional²⁴, revela también problemas en la ejecución de las obras y metas previstas. El primer crédito fue aprobado en 2007 por la cantidad de Bs.F. 1.355.050.000²⁵. Luego, el 09.06.09, fue asignado un segundo crédito extraordinario por la cantidad de Bs. F. 300.000.000²⁶, para cancelar las evaluaciones de obras contratadas durante los años 2007 y 2009. Aunque se trata de una medida que evidencia voluntad del

20. Carlos Faigl: *Hay que invertir más en los módulos de Barrio Adentro*. En: *El Nacional*, 14.12.08, pág. 2.
21. Norma Rivas Herrera: *Módulos de salud requieren que les metan la mano*. En: *Últimas Noticias*, 18.10.08, pág. 6.
22. En 2007 se graduó la primera promoción de médicos/as en medicina general integral, lo que representa 1.013 nuevos médicos/as formados para trabajar en los módulos de Barrio Adentro, permitiendo la sustitución progresivamente de los galenos/as cubanos/as por galenos/as venezolanos/as.
23. Carolina Páez: Delgado: *Quieren acabar con la medicina general integral*. En: *Últimas Noticias*, 20.02.09, pág. 2.
24. Las obras comprenden a las 24 entidades federales del país (1 en Amazonas, 3 en Anzoátegui, 1 en Apure, 3 en Aragua, 1 en Barinas, 4 en Bolívar, 2 en Carabobo, 1 en Cojedes, 1 en Delta Amacuro, 10 en Dtto. Capital, 3 en Falcón, 1 en Guarico, 3 en Lara, 3 en Mérida, 4 en Miranda, 1 en Monagas, 1 en Nueva Esparta, 2 en Portuguesa, 3 en Sucre, 4 en Táchira, 1 en Trujillo, 2 en Vargas, 1 en Yaracuy y 6 en Zulia, comprendiendo establecimientos hospitalarios tipo II, III y IV. Las áreas objetos de remodelaciones son: Aguas blancas, aguas negras, áreas quirúrgicas, área de emergencia, unidad de cuidados intensivos, área de cocina, área de lavandería, área de diálisis, sistema eléctrico, sistema de aire acondicionado, sistema de ascensores, área de calderas, red de vapor y calderas.
25. ASAMBLEA NACIONAL: *Comisión Permanente de Finanzas: Informe de solicitud de Crédito Adicional al Presupuesto de gastos del Ministerio del Poder Popular para la Salud del 20.06.07*.



gobierno para fortalecer la red hospitalaria del país, la falta de previsión en torno a la coordinación y tiempo requeridos para la culminación de las obras, terminó generando un colapso mayor en la capacidad de respuesta de dicha red. Por toda esta situación, la AN nombró una comisión de seguimiento sobre el uso de los recursos financieros y la ejecución de las obras objeto de remodelación y construcción. Según el diputado Tirso Silva, en la mayoría de los hospitales inspeccionados había retrasos importantes en la remodelación de áreas vitales (áreas quirúrgicas, de emergencia y de cuidados intensivos), lo que ha mermado la capacidad de respuesta de dichos centros²⁷. Entre los principales problemas identificados están los siguientes: lenta ejecución de las obras de remodelación, entrega de recursos sin la ejecución de las obras y ausencia de contraloría social. Para la fecha, Hospital General Dr. Jesús Yarena- Lídice y el Hospital Vargas presentaban críticas condiciones, situación que generó el colapso del Hospital Militar, centro que venía asumiendo la mayoría de los pacientes del Vargas²⁸.

Acceso a información pública relacionada con asuntos de salud

A Provea le fue negada nuevamente información pública relacionada con asuntos de salud, lo que constituye una violación del

derecho humano a la salud como consecuencia de la violación de los derechos de petición y acceso a información pública, contemplados en los artículos 51 y 143 de la CRBV²⁹. El 03.07.09, la organización solicitó al Programa Nacional de Salud Mental (PNSM) del MPPS, información sobre la data estadística vinculada a la incidencia de casos y enfermedades mentales y sobre las metas previstas por el PNSM para el 2009, petición que fue negada en forma oral y escrita por la Coordinación del Programa³⁰.

Otra situación preocupante en torno al acceso de información pública en salud, es lo que viene ocurriendo con los boletines epidemiológicos del MPPS, los cuales ya no están disponibles en forma oportuna. Desde julio del año 2007 dejaron de ser publicados en el espacio web del MPPS y en consecuencia, dejaron de ser accesibles y pueden presentar hasta un año de retraso para su publicación, tiempo para cuando la actividad de contraloría social no resulta oportuna. El Estado venezolano a través de sus instituciones está en la obligación de desarrollar un sistema de información en cuestiones de salud que sea público, accesible y oportuno. La data estadística permite que el propio Estado, otros actores políticos y en especial actores sociales puedan hacer contraloría mediante el monitoreo y evaluación de las metas y resultados previstos

26. ASAMBLEA NACIONAL: Comisión Permanente de Finanzas: Informe de solicitud de Crédito Adicional al Presupuesto de gastos del Ministerio del Poder Popular para la Salud y Protección Social del 09.06.09.

27. Entrevista concedida por Tirso Silva a Provea el 07.07.09.

28. Briamel González: *Reformaremos Ley de Medicina*. En: *El Universal*, 07.11.08, pág. 4-4.

29. El artículo 51 de la CRBV dispone: “*Toda persona tiene derecho de representar y dirigir peticiones ante cualquier autoridad, funcionario público o funcionaria pública sobre asuntos que sean de la competencia de éstos y éstas, y de obtener oportuna y adecuada respuesta. Quienes violen este derecho serán sancionados y sancionadas conforme a la ley, pudiendo ser destituidos o destituidas del cargo respectivo.*” Por su parte el artículo 143 dispone: “*Los ciudadanos y ciudadanas tienen derecho a ser informados e informadas oportuna y verazmente por la Administración Pública, sobre el estado de las actuaciones en que estén directamente interesados e interesadas, y a conocer las resoluciones definitivas que se adopten sobre el particular (...). No se permitirá censura alguna a los funcionarios o funcionarias públicas que informen sobre asuntos bajo su responsabilidad.*”

30. Al cierre de este Informe, como consecuencia de la acción de Amparo ejercida por Provea contra el coordinador del Programa Nacional de Salud Mental, el Ministerio del poder Popular para la Salud consignó ante el tribunal 7° Superior en lo Contencioso Administrativo la información que meses atrás la había solicitado Provea.



en cuestiones de salud. Cuando esa data es negada en forma expresa o a través del silencio administrativo, el Estado termina negando la democracia participativa y protagónica que permita ejercer control ante las actuaciones de los entes de gobierno.

II. Medidas del Poder Legislativo

Sigue la mora legislativa por la ley de salud

Al cierre de este Informe se cumplen 7 años de mora legislativa por parte de la AN, para aprobar una ley de salud que se adecue a los parámetros y disposiciones de la CRBV³¹. En declaraciones de Rafael Ríos, presidente de la Comisión de Salud de la AN, esta ley no fue contemplada nuevamente en la agenda legislativa del 2009. No obstante, según Ríos, la Comisión ha venido trabajando en una nueva propuesta con la expectativa de ser presentada a la directiva de la AN para el cierre del año 2009. Este proyecto, en su opinión, presenta 3 aspectos claves: a) fortalecimiento de la rectoría del SPNS en cabeza del MPPS; b) relevancia de la participación ciudadana y control social, a través de los comités de salud y consejos comunales; c) una nueva organización en las redes de atención a la salud que contemple en un primer nivel a Barrio Adentro, seguido por los CAI, los CAT y en último nivel, los hospitales generales y de referencia nacional³².

Según Carlos Walter, director del Centro de Estudios del Desarrollo (Cendes) de la Universidad Central de Venezuela (UCV), la falta de una voluntad política franca de parte del Ejecutivo Nacional y la falta de independencia política de la AN, se han convertido en factores que favorecen esta mora. Walter considera que el gobierno no quiere atarse a una ley que regule la creación de un SPNS que por Constitución debe ser descentralizado, cuando la tendencia gubernamental va hacia la centralización³³.

Por su parte, Tirso Silva, diputado de la Comisión Permanente de Finanzas de la AN, afirma la falta de voluntad política para la aprobación definitiva de dicho proyecto de ley, pero además hay una situación de cuotas de poder e intereses económicos que terminan manteniendo una especie de anarquía organizada³⁴. Habría además que considerar las diferencias que hay entre quienes promueven una salud prestacional centrada básicamente en la atención y quienes conciben como vinculación de los determinantes de la salud, no siendo entonces sólo un aspecto curativo³⁵.

III. Sistema Público Nacional de Salud

Para este lapso los principales problemas que afectan a la red de atención a la salud son: el déficit de profesionales de la medicina, con 130 denuncias (45,8%); seguido por los

31. Conforme los artículos 84 y 86 de Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, el nuevo Sistema Público Nacional de Salud debe ser integrado al Sistema de la Seguridad Social. Cabe decir que en el año 2002 fue aprobada por la AN la Ley Orgánica del Sistema de la Seguridad Social, quedando pendiente la regulación de los cinco subsistemas que lo integran. Hasta el cierre de este Informe han transcurrido siete años y todavía la Asamblea Nacional no ha logrado aprobar una propuesta de Ley de Salud. Recientemente, en el año 2007, fue reformada en segunda ocasión la Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social, eliminándose además el plazo de cinco años contados a partir de su promulgación, para el funcionamiento de la nueva institucionalidad, mediante el desarrollo de las leyes que regulan los regímenes prestacionales, incluido el de salud.

32. Asamblea Nacional [en línea] <http://www.asambleanacional.gob.ve/index.php?option=com_content&task=view&id=22781&Itemid=27> Consulta del 12.08.09.

33. Entrevista concedida por Carlos Walter a Provea el 06.07.09.

34. Entrevista concedida por Tirso Silva. Op. Cit.

35. Liza López: *La agonía del sistema de salud: El Nacional*, 09.08.09, "Siete días", pág. 3.



Cuadro N° 5
Tabla Problemas (Red de hospitales, ambulatorios y BA I y II)

No	Problema	Número de Denuncias	%
1	Déficit de médicos	130	45,8
2	Problemas de infraestructura en áreas y servicios	27	9,5
3	Condiciones de higiene y medio ambiente del trabajo insalubres	17	6,0
4	Fallas en el suministro de insumos médico-quirúrgicos	15	5,3
5	Déficit de camas hospitalarias	14	4,9
6	Inseguridad ciudadana	13	4,6
7	Fallas en el suministro de medicamentos	10	3,5
8	Problemas de infraestructura y de equipamiento	9	3,2
9	Fallas en el suministro de insumos clínicos	7	2,5
10	Déficit de ambulancias	6	2,1
11	Cierre de servicios	6	2,1
12	Fallas en el suministro de agua potable	5	1,8
13	Problemas de infraestructura y equipamiento	4	1,4
14	Déficit de enfermeras	4	1,4
15	Hacinamiento	4	1,4
16	Fallas en el suministro de agua potable	2	0,7
17	Déficit de insumos médico-quirúrgicos	2	0,7
18	Corrupción	1	0,4
19	Fallas de equipamiento	1	0,4
20	Fallas en la recolección de desechos	1	0,4
21	Problemas de infraestructura y servicios	1	0,4
22	Seguridad ciudadana	1	0,4
23	Discriminación	1	0,4
24	Cobro de medicamentos	1	0,4
25	Inseguridad ciudadana	1	0,4
26	Fallas en el suministro de alimentos	1	0,4
TOTAL		284	100%

Fuente: ONAPRE. Tomado del Proyecto de Ley del Presupuesto para el Ejercicio Fiscal 2009. Cálculos propios.

problemas de infraestructura en áreas y servicios, con 27 denuncias (9,5%); las condiciones de higiene y medio ambiente del trabajo, con 17 denuncias (6%); fallas en el suministro de insumos médico y quirúrgicos, con 15 denuncias (5,3%); el déficit de camas hospitalarias, con 14 denuncias (4,9%); por último, los problemas de inseguridad ciudadana con 13 denuncias (4,6%).

Los componentes del derecho a la salud más vulnerados a causa de los problemas antes referidos y que además marcan el funcionamiento de los centros hospitalarios, ambulatorios, CDI y módulos de Barrio Adentro del país, son: la disponibilidad (53,2%) y

calidad (34,4%) de esos bienes y servicios de atención a la salud, seguido por problemas que afectan la accesibilidad a esos bienes y servicios (12,3%). Vale aclarar que aunque la garantía de disponibilidad de los bienes y servicios de atención a la salud se ha visto fortalecida con la misión Barrio Adentro I y II, a través del incremento de establecimientos de atención primaria en salud y atención media en salud, el déficit de médicos/as en el sector viene afectando significativamente la garantía de este componente. En años anteriores, Provea señaló que el déficit de profesionales de la medicina en el sector público de salud se estaba cubriendo gracias al ingreso



Derechos Económicos, Sociales y Culturales

de galenos/as a los programas de especialización médica³⁶, pero la migración más reciente de recién graduados/as de medicina a otros países agudiza aún más el déficit.

Disponibilidad y accesibilidad de centros, bienes y servicios de atención a la salud

Hospitales

El fortalecimiento y actualización tecnológica de la red hospitalaria del país se ha convertido en prioridad reciente del MPPS. La aprobación de los dos créditos extraordinarios antes referidos, ha sido destinada a la recuperación de 62 establecimientos hospitalarios distribuidos en el territorio nacional. En el área metropolitana, fueron seleccionados diez hospitales (Jesús Yerena, Oncológico Luis Razzetti, José María de los Ríos, Pastor Oropeza, Maternidad Concepción Palacios, José Gregorio Hernández, Vargas de Caracas, Universitario de Caracas, Leopoldo Manrique Tenreiro y Militar Carlos Arvelo) tipo III y IV³⁷, con el propósito de fortalecer su capacidad de respuesta y mejorar la calidad de los servicios de atención a la salud que prestan dichos centros. No obstante, la medida fue adoptada en forma simultánea, generándose -contrario al fin previsto- un colapso asistencial. 215 denuncias registradas en la base de datos de Provea³⁸, dan prueba de ello, evidenciando que los problemas de infraestructura en áreas y servicios ocupan el segundo lugar y representan el 9.8% del total de las denuncias (ver Cuadro N°7).

Cuadro N° 6 Componentes del Derecho a la Salud			
No	Componentes	Número de Denuncias	%
1	Disponibilidad	164	53,2
2	Calidad	106	34,4
3	Accesibilidad	38	12,4
4	Aceptabilidad	0	0
	TOTAL	308*	100,0

Fuente: Base de datos de Provea.

* El total de estas denuncias resulta superior al total de las denuncias relativas a los principales problemas que afectan a los centros de atención de salud del país, porque un problema puede estar relacionado con dos o más componente del derecho a la salud.

El incumplimiento de las obras civiles y electro-mecánicas revelan retrasos significativos y las garantías de accesibilidad y calidad de los servicios se encuentran prácticamente suspendidas. Para Tirso Silva, diputado encargado de la investigación en el área del Dto. Capital, las principales irregularidades encontradas son: a) cierre de áreas de emergencia y quirófanos sin coordinación alguna, b) ausencia de procesos licitatorios en las contrataciones, c) omisión de cronogramas para la entrega de las obras y, d) empresas seleccionadas que no cumplían con el perfil establecido³⁹. Además de las irregularidades antes señaladas, Silva considera que ha habido desidia y negligencia en el control del manejo de los recursos financieros a cargo de la Fundación de Edificaciones y Equipamiento Hospitalario (Fundehh) del MPPS⁴⁰. Queda pendiente para el próximo Informe la presentación de los resultados finales de esta evaluación de la AN.

36. Ver PROVEA: *Informe Anual Octubre 2006-Septiembre 2007*. Derecho a la salud. Pág. 164.

37. Los hospitales tipo III tienen capacidad para 150 y 300 camas y prestan todo tipo de servicios (primarios, secundarios y terciarios), mientras que los hospitales tipo IV tienen capacidad para más de 300 camas hospitalarias.

38. En el Informe de Provea para el período Octubre 2005-Septiembre 2006 fue registrado un total de 563 denuncias por condiciones de funcionamientos de los hospitales del país, mientras que en este período se registra un total de 215, lo que revela una reducción del 61.8%.

39. Entrevista concedida por Tirso Silva, diputado de la Comisión de Finanzas de la Asamblea Nacional, el 09.07.09.

40. Beatriz Cruz Salazar: "Aquí nadie quedará exonerado". En: *El Universal*, 09.08.09, pág. 4-3.



En resumen, contrario a las políticas y planes del Gobierno, el colapso hospitalario sigue sin superarse, agravado además por el problema de déficit de profesionales de la medicina que, para este período de estudio, ocupa el primer lugar en los problemas denunciados contra la red hospitalaria, con el 46,5% del total de denuncias registradas en la base de datos de Provea.

Según la OMS, Venezuela hasta el 2007 tenía 48.000 profesionales de la medicina y una tasa de 19 médicos/as por cada 10.000 habitantes. Aunque nos ubicamos en el tercer lugar de densidad de médicos/as (proporción de médicos/as activos/as) en Suramérica, el Informe de la mencionada organización internacional, igualmente, advierte que aquellos países que tienen una tasa inferior a 23, probablemente no podrán alcanzar una cobertura adecuada para la atención primaria en salud⁴¹. Para el año 2009, se desconoce dicha cifra, pero en opinión de León Douglas Natera, presidente de la Federación Médica de Venezuela (FMV), “*el déficit de profesionales de medicina oscila entre el 43 y 45%. Natera señala que en los últimos años aproximadamente 30.000 médicos/as han estado migrando hacia el sector privado y el exterior, principalmente, hacia España, Portugal, Australia, Canadá, EEUU, Chile y Ar-*

gentina”⁴². Además, Natera atribuye esta problemática a los bajos sueldos, inadecuadas condiciones de medio ambiente e higiene en el trabajo, dotación irregular de insumos médico-quirúrgicos y un discurso agresivo de parte del gobierno⁴³. Esta situación, además, se ha visto agravada por la falta de motivación que reciben los médicos/as recién graduados/as para hacer especializaciones en el país⁴⁴. En 2008, el número de postulaciones para optar a cargos de especialización tuvo una disminución del 52% con respecto al proceso de convocatoria llevado durante el año 2002. En palabras de José Ramón García, director saliente de la Comisión de Estudios de Postgrado de la Facultad de Medicina de la UCV, “*por primera vez en 68 años la Comisión se ha visto obligada a realizar tres convocatorias para llenar cupos vacíos en las especializaciones de Medicina Interna y Crítica, Nefrología, Cardiología, Pediatría, Neonatología, Psiquiatría, Gastroenterología, Hematología y Anatomía Patológica*”⁴⁵. Las razones, principalmente, son de tipo salarial⁴⁶ y por condiciones en el ambiente de trabajo⁴⁷.

Por ejemplo, el hospital “José Gregorio Hernández”, en Puerto Ayacucho, (Edo. Amazonas), que cuenta con una plantilla estimada en 30 médicos/as residentes, para octubre del año 2008, contaba sólo con 9 residentes y 2

41. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD: Informe de Estadísticas Sanitarias Mundiales. 2009. Pág. 102-103
42. Entrevista concedida por Douglas León Natera, presidente de la Federación Médica de Venezuela, a Provea el 30.07.09.
43. Vivian Castillo: *Douglas León Natera afirma que déficit de médicos ronda 42%*: El Universal, 06.02.09, pág. 1-6.
44. Ver PROVEA: Informe Anual octubre 2007-septiembre 2008. Informe Especial de la situación del derecho a la salud 1998-2008. Pág. XXVI.
45. Beatriz Cruz Salazar: *180 cupos de residentes vacíos*: El Universal, 12.02.09, pág. 3-1.
46. Mientras que un/a médico/a residente tiene en promedio un sueldo de Bs.F. 4.000 con bono nocturno incluido en clínicas privadas, en el MPPS el sueldo es de 800 Bs. F más bono nocturno, en el IVSS es de 1.200 más bono nocturno y, en Barrio Adentro es de 1.900 más bono nocturno. La fuente de esta información proviene de los propios residentes en reportaje realizado por Laura Weffer en: *Médicos residentes sobreviven con Bs. F 1.200 mensuales*: El Nacional, 11.01.09, pág. 1.
47. Beatriz Cruz Salazar: Op. Cit.



médicos/as de planta especialistas en anestesiología, situación que fue denunciada por afectar la capacidad de respuesta de los servicios de Pediatría, Cirugía y Obstetricia⁴⁸. En particular, los y las médicos/as anestesiólogos/as revelan una migración mayor que otras especialidades. Según la Sociedad Venezolana de Anestesiología de Carabobo, el 20% ha migrado hacia el sector privado y hacia otros países. En el caso de neonatólogos/as, la Sociedad Venezolana de Neonatología señala que en el país hay sólo 350 y hacen falta, al menos, 1.500. Advierte, además, que los cupos de postgrado para esta especialización se mantienen desiertos, reemplazados en la práctica por pediatras⁴⁹. En el Edo. Miranda, el déficit de médicos/as se ubica en 60% y, según el presidente de la FMV, León Douglas Natera, en los centros hospitalarios tipo IV, como el Santaella y el Luciani, aunque la capacidad instalada es para un promedio de 240 especialistas y 210 residentes, hay 100 para cada grupo⁵⁰.

Como consecuencia del déficit de galenos/as, sumado a otros problemas que merman la capacidad de respuesta de los hospitales, la práctica indeseable del *ruleteo* de pacientes persiste. José Roberto BENÍTEZ (24) murió por la falta de acceso a una atención de emergencia oportuna. Benítez había sido trasladado a 4 establecimientos de salud, primero al Hospital de Río Chico, luego al Llanito, al Pérez Carreño, al Clínico y nuevamente al Llanito, donde finalmente lo recibieron. La respuesta ofrecida en todas las ocasiones fue que no

había cupo quirúrgico disponible⁵¹. Una esperanza para solventar esta problemática fue el anuncio hecho por el ejecutivo nacional sobre la incorporación de 637 profesionales de la salud egresados en diciembre del 2008 de la Universidad Nacional Experimental Rómulo Gallegos (UNERG)⁵².

Las mujeres parturientas no dejan de ser un grupo vulnerable ante esta situación de colapso hospitalario. Marlene FERRER denunció por prensa escrita que pasó por 11 hospitales antes de dar a luz. Tal situación, hizo que perdiera líquido amniótico y su hija Sofía naciera con deficiencia de oxígeno. Ferrer resume las causas del *ruleteo* vivido en: falta de médicos/as neonatólogos, déficit de camas de hospitalización, déficit de oxígeno e insumos quirúrgicos y cierre de quirófanos por contaminación⁵³.

Al déficit de médicos/as se une el de enfermeras/os. Según la data publicada por la OMS, en Venezuela hay 28.000 profesionales de la enfermería y una densidad de 11 por cada 10.000 habitantes⁵⁴. En opinión de Ramón Agüero, presidente del Colegio de Profesionales de Enfermería de Caracas, en el Dtto. Capital, el déficit de enfermeras/os se ubica en más de 3.600, siendo una situación similar a la del resto del país. La razón principal es la migración constante hacia el sector privado, donde las condiciones laborales y remuneración resultan mejores⁵⁵.

La falta de camas es otro problema importante que afecta la disponibilidad de los servicios de atención hospitalaria. Hasta el

48. Mardú Marrón: *Tierra mágica que no goza de buena salud*: *El Mundo*, 22.10.08, pág. 5.

49. Lorena Ferreira: *Parturientas le huyen a la Concepción Palacios*: *Últimas Noticias*, 27.06.09, pág. 2.

50. Natalia Matamoros: *En 60% se ubica el déficit de médicos en Miranda*: *El Universal*, 11.10.08, pág. 3-4.

51. *La Voz del Zulia*, 30.11.08, pág. B-63.

52. *Nueva Prensa de Guayana*, 20.12.08, pág. D-2.

53. Lorena Ferreira: *Parturientas le huyen a la Concepción Palacios*: *Últimas Noticias*, 27.06.09, pág. 2.

54. OMS: Op. Cit.

55. Ídem.



Cuadro N° 7
Tabla Problemas (Hospitales)

No	Problema	Número de Denuncias	%
1	Déficit de médicos	100	46,5
2	Problemas de infraestructura en áreas y servicios	21	9,8
3	Fallas en el suministro de insumos médico-quirúrgicos	16	7,5
4	Condiciones de higiene y medio ambiente del trabajo insalubres	15	7,0
5	Déficit de camas hospitalarias	14	6,6
6	Inseguridad ciudadana	9	4,2
7	Fallas en el suministro de medicamentos	7	3,3
8	Cierre de servicios	6	2,8
9	Hacinamiento	4	1,9
10	Fallas en el suministro de agua potable	4	1,9
11	Déficit de enfermeras	3	1,4
12	Déficit de insumos médico-quirúrgicos	2	0,9
13	Problemas de infraestructura y equipamiento	2	0,9
14	Fallas en el suministro de agua potable	2	0,9
15	Fallas de equipamiento	1	0,5
16	Cobro de medicamentos	1	0,5
17	Corrupción	1	0,5
18	Fallas en la recolección de desechos	1	0,5
19	Problemas de infraestructura y de equipamiento	1	0,5
20	Déficit de ambulancias	1	0,5
21	Problemas de infraestructura y servicios	1	0,5
22	Inseguridad ciudadana	1	0,5
23	Seguridad ciudadana	1	0,5
24	Fallas en el suministro de alimentos	1	0,5
TOTAL		215	100%

Fuente: Base de datos de Provea.

año 2004, las cifras daban cuenta de 23.858 camas hospitalarias y una tasa (camas de hospitalización por 1.000 hab.) de 0,9 camas operativas⁵⁶. Según la Asociación Venezolana de Clínicas y Hospitales (AVCH), hacen falta aproximadamente 20.000 camas clínicas. Ahora no sólo para el sector público, sino también para el sector privado que no cuenta con la capacidad instalada para dar respuesta a la demanda creciente de los servicios de atención a la salud. Para Hipólito García, presidente de la AVCH, el incremento de la demanda de los servicios

privados de salud revela un mayor crecimiento de la población y una mayor capacidad económica para la contratación de aseguradoras privadas⁵⁷.

En el Edo. Miranda, por ejemplo, la capacidad instalada de camas de hospitalización es de 2.269 pero sólo 1.614 se encuentran operativas, mientras que la capacidad del sector privado es de 1.778, para atender a una población estimada en 2.857.943⁵⁸.

Ambulatorios

El déficit de profesionales de la medicina en la red ambulatoria y módulos de Barrio

56. UNICEF/OMS: *Referencia estadística con data hasta 2007*. Pág.168.

57. Simón González: *Las emergencias privadas son ahora salas de espera*: *El Nacional*

58. Janet Queffelec y Alicia Aguilar: *Salud en Miranda tiene coja la cama clínica*: *Últimas Noticias*, 21.12.08, págs. 22 y 23.

Cuadro N° 8
Tabla Problemas (Ambulatorios)

No	Problema	Número de Denuncias				
		Ambulatorio	Centro de Diagnóstico Integral	Módulo Barrio Adentro	TOTAL	%
1	Déficit de médicos	26	1	3	30	43,5
2	Problemas de infraestructura en áreas y equipamiento	9	5	2	16	23,2
3	Fallas en el suministro de insumos clínicos	5		1	6	8,8
4	Déficit de ambulancias	5			5	7,3
5	Inseguridad ciudadana	2		2	4	5,8
6	Fallas en el suministro de medicamentos	3			3	4,3
7	Condiciones de higiene y medio ambiente del trabajo insalubres	2			2	2,9
8	Discriminación	1			1	1,4
9	Déficit de enfermeras			1	1	1,4
10	Fallas en el suministro de agua potable			1	1	1,4
	TOTAL	53	6	10	69	100%

Fuente: Base de datos de Provea.

Adentro I resulta también el principal problema que aparece denunciado por vía de prensa nacional, afectando los componentes de disponibilidad y accesibilidad. A manera de ejemplo, en el ambulatorio de Manoa, en Ciudad Guayana (Edo. Bolívar), la plantilla está compuesta por 14 galenos/as, pero sólo hay 7, de los cuales 4 están en funciones (2 están en condición de reposo y 1 está de vacaciones)⁵⁹. En Charallave (Edo. Miranda), el Dr. Ángel Vásquez, director del ambulatorio de Yare, denunció que los médicos/as que están operativos en muchos casos deben trabajar hasta 36 horas continuas, por no haber otros/as galenos/as que los puedan sustituir⁶⁰. También es crítica la situación en el ambulatorio ubicado en el sector “Las Tiendas de Capurí”, en el municipio Arzobispo Chacón (Edo.

Mérida), donde no hay médicos/as en forma regular desde hace casi 10 años. Según Golfredo Mora, habitante del sector, el ambulatorio sólo cuenta con dos enfermeras: “*Cuando hay una emergencia, al enfermo lo llevamos para Tovar o se muere (...)*”⁶¹. Delta Amacuro tampoco escapa de esta realidad. Según Jesús Jiménez, galeno asesor de la Alcaldía de Curiapo, siendo una jurisdicción de 6 parroquias, hay sólo 7 médicos/as trabajando para la red⁶².

Entre otros problemas, la infraestructura abandonada, las condiciones y medio ambiente del trabajo insalubres, el déficit en la dotación regular de los insumos, la inseguridad y el déficit de ambulancias, siguen ocupando un lugar importante en las denuncias publicadas en la prensa escrita nacional.

59. María Elena Ramírez: *No hay médicos en la emergencia del Ambulatorio de Manoa*: *Nueva Prensa de Guayana*, 20.11.08, pág. D3.

60. Gabriel Carriedo: *En el ambulatorio de Yare hacen tripas corazón*: *Últimas Noticias*, 11.10.12, pág. 35.

61. Carmen Balvuela: *Sin médico ambulatorio de comunidad Las Tiendas*: *Frontera*, 07.11.08, pág. 3-D.

62. Sofia Hender: *La falta de agua potable activa las enfermedades*: *El Mundo*, 04.11.08, pág. 5.

Adecuación cultural y de género

Los bienes y servicios de salud deben ser respetuosos de la cultura y valores de las personas, de las minorías y de los pueblos indígenas, como también sensibles a los requisitos de género y ciclo de vida de las personas. En ese orden, Provea reconoce como positiva la implementación de programas indígenas en los centros hospitalarios del país por parte de MPPS. Según Noly Fernández, directora nacional de salud indígena del MPPS, existen ya 23 hospitales con programas indígenas para atender las necesidades particulares de las diferentes etnias que viven en el territorio nacional, lo que ha permitido la asistencia de más de 49.000 pacientes con apoyo de facilitadores/as interculturales. Un ejemplo es el Hospital Universitario de Maracaibo, el cual cuenta con el Servicio de Atención y Orientación Indígena (SAOI) y una capacidad para atender entre 800 y 900 pacientes mensuales. El 80% de los beneficiarios/as han sido de las etnias Wayúu, Añú y Yukpa, siendo las principales patologías atendidas: neumonía, diarrea, traumatismos, abdomen agudo y litiasis vesicular⁶³. La creación del SOAI fue evaluada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) como un ejemplo a seguir por los demás países de América Latina y el Caribe. En opinión de Jorge Jenkins, directivo de la OPS, en la región persisten prácticas discriminatorias contra indígenas en torno a la atención de salud, generando que estos grupos dejen de acudir a los centros públicos y privados de asistencia a la

salud y en el presente cuentan con un 6 y 8% menos de expectativas de vida que el resto de la población⁶⁴.

IV. Determinantes sociales de la salud⁶⁵

Las condiciones socio-ambientales en las que viven las personas resultan determinantes para la salud. Por ejemplo, la falta de acceso a agua potable tiene relación con la incidencia de enfermedades del tracto digestivo que aparecen en muchos casos como consecuencia de la calidad de agua que se consume. En Venezuela, la población que tiene acceso a agua potable por tubería es el 94,5% y la que tiene acceso a un sistema de eliminación de excretas es el 90,6%⁶⁶. Según información menos actualizada, la población que tiene acceso sostenible a mejores fuentes de abastecimiento de agua es el 83% (85% en zona urbana y 70% en zona rural), mientras que la que tiene acceso sostenible a mejores servicios de saneamiento es el 68% (71% en zona urbana y 48% en zona rural)⁶⁷. Esta data, aunque corresponde a 1995, nos permite apuntar a una situación de inequidad estructural que se mantiene entre la población urbana que tiene mayor acceso a los servicios sanitarios básicos y al agua potable, en detrimento de la población rural, que tiene el menor acceso a los servicios sanitarios básicos. Ejemplo de esta inequidad se presencia en Delta Amacuro, entidad federal con población mayoritariamente rural que no cuenta con un sistema adecuado para la potabilización del

63. Mariana Albarrán Pasini: "El HUM atiende más de 800 indígenas al mes". *Panorama*, 18.03.09.

64. Ídem.

65. Los determinantes sociales de la salud se refieren a las condiciones sociales, económicas, culturales y ambientales en que viven las personas. Por ejemplo, circunstancias como la pobreza, la escasa escolarización, la mala calidad de las viviendas, la falta de condiciones de higiene durante los primeros años de vida, condiciones de higiene y medio ambiente en el trabajo deficientes, como la falta de servicios básicos sanitarios y ambientales, determinan, entre otros, la salud de las personas.

66. CEPAL: *Anuario estadístico de América Latina y el Caribe*, Estadísticas sociales, 2008. Pág. 51

67. Ídem. Pág. 53.



agua y que presenta elevados índices de morbilidad y mortalidad infantil a causa de la deshidratación por diarrea y vómitos. Afecciones que, además, son prevenibles y controlables⁶⁸. Esta situación, también se evidencia en la comunidad de “Vallecito Uno”, ubicada en la carretera Ocumare-Charallave, municipio Tomás Lander (Edo. Miranda), donde las fallas del suministro de agua potable se han convertido en una regla. Según Lauricel Rojas, vocera comunal, el agua se obtiene por vía de camiones cisternas y tardan hasta 15 días en regresar⁶⁹. Las comunidades del sector Golfito en Cabimas (Edo. Zulia) y Paraíso del Tuy, en Charallave (Edo. Miranda), presentan problemas similares. Aunque ambas comunidades tienen sistema de tuberías para la distribución del agua potable, requieren mantenimiento. En ambos casos, las comunidades denunciaron la situación ante las autoridades locales y regionales pero no obtuvieron respuesta, por lo que debieron recurrir al uso de camiones cisternas que cobran por el servicio Bs. F. 35 por semana⁷⁰. Por su parte, Adolfinia Molina, vecina del barrio “El Carmen”, en el kilómetro 13 de la carretera vieja de Petare-Guarenas (Edo. Miranda), denunció que con las lluvias el agua de las cloacas se desborda, generándose malos olores y enfermedades estomacales y respiratorias⁷¹. Según la base de datos de Provea, las manifestaciones por problemas de abastecimiento de agua potable y demás servicios básicos ocuparon el segundo lugar, con el 9,96% de un total de 2.079⁷².

V. Prevención, control y tratamiento de enfermedades

La promoción y prevención en salud debe orientar las políticas, programas y acciones del MPPS hacia el logro de cambios en los hábitos y conductas de la población, el control preventivo de las enfermedades infecciosas, como también la intervención oportuna y adecuada en la atención de salud, en interacción con otras instituciones y sectores y en beneficio especial de las personas, grupos y comunidades en situación de mayor vulnerabilidad y exclusión social.

La población infantil resulta ser uno de estos grupos en situación de mayor vulnerabilidad, por lo que la cobertura de inmunizaciones resulta ser una medida preventiva necesaria. En Informes anteriores, Provea reconoció como positiva la incorporación de nuevas vacunas al esquema de inmunizaciones, el incremento de la partida presupuestaria del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) y la creación de centros especializados para la producción nacional de vacunas⁷³, pues nos permite avanzar hacia una soberanía tecnológica en el área de la salud, a la vez que abaratar los costos y asegurar una cobertura de inmunizaciones ampliada y de mayor alcance. No obstante, según información del MPPS y de la OPS, la cobertura nacional de inmunizaciones no alcanza la meta de cobertura efectiva superior al 95%. Por el contrario, revela una reducción progresiva de las inmunizaciones tradicionales (tu-

68. Sofia Hender: Op.cit.

69. Milagro Castillo: *En Vallecito Uno los vecinos viven con la boca seca*: *Últimas Noticias*, 08.12.08, pág. 32.

70. Janet Queffelec: *5 mil vecinos consumen agua no apta ni para animales*: *Últimas Noticias*, 17.10.08 y, María Carlota Maral: *Vecinos del sector El Golfito tienen 10 años sin agua*: *La Voz de Maracaibo*, 01.10.08, pág. C4.

71. Norma Rivas Herrera: *Hedentina tiene enferma a la gente de El Carmen*: *Últimas Noticias*, 10.11.08, pág. 4.

72. PROVEA: Base de datos 2009.

73. Provea. *Informe Anual Octubre 2003 – Septiembre 2004*. Pág. 140.



Cuadro N° 9
Cobertura de Inmunizaciones

Vacunas	2005	2006	2007	2008
BCG	95%	83%	83%	SI (sin información)
OPV3 (Antipolio oral)	80%/	73%	73%	SI
DTP3 (Triple bacteriana)	87%	71%	71%	SI
Hepatitis	88%	71%	71%	SI
HIB3	87%	71%	71%	SI
Sarampión	70%	99%	56%	SI
Parotiditis	5%	5%	20%	55%

Fuente: OMS/UNICEF: *Data de inmunizaciones 2007. Resumen de Inmunizaciones. 2007.*

MPPS/OPS. Programa Ampliado de Vacunaciones y Resumen de Vacunaciones 1999-2007. *Cobertura de Vacunaciones en Venezuela. 2007.*

berculosis, antipolio, difteria, tétanos y tos ferina y hepatitis B), salvo en los casos de reaparición de enfermedades por casos importados, como fue con el Sarampión y la Fiebre Amarilla en años anteriores⁷⁴, y más recientemente, con la Parotiditis, enfermedad controlada durante la década de los años noventa pero que reaparece a partir del año 2007, con 19.142 casos confirmados y en 2008, 200.707⁷⁵, situación que revela un incremento de la incidencia del 90.4%. Precisamente, no es sino a partir del 2007 cuando se evidencia un incremento de la cobertura nacional de vacunación por Parotiditis (20%), con 55% de cobertura en 2008.

En consecuencia, aunque el MPPS ha venido adoptando medidas significativas orientadas a fortalecer la prevención en salud, la situación analizada revela fallas en la cobertura del PAI que se espera sean solventadas, como también la situación de los boletines epidemiológicos.

Por otra parte, el control de enfermedades infecciosas en las cuales intervienen vectores (Dengue, Malaria, Fiebre Amarilla, Mal de Chagas), requiere también de intervenciones

de prevención y control, mejoramiento de las condiciones de saneamiento ambiental y toma de conciencia de la población es situación de mayor vulnerabilidad.

Malaria

El cierre del año 2008, reveló un total de 32.037 casos de Malaria, lo que representa un descenso del 23,3% con respecto al año anterior, cuando el total de casos registrados fue de 41.749. Para ese año, la población en riesgo de Malaria se ubicó en 7,3% y la incidencia parasitaria anual fue de 19,0 por cada 1.000 habitantes⁷⁶. El área del país en la que se evidencia mayor incidencia sigue siendo Guayana, especialmente en 14 parroquias de los estados Bolívar y Amazonas⁷⁷, donde habita población criolla e indígena y la principal actividad económica es la minería.

Bolívar nuevamente es la entidad federal que reporta la mayor cantidad de casos del país (23.575), con el 74%. Sin embargo, en 2008 revela un descenso con respecto al año 2007 (29.959). No ocurre así con los municipios Caroní, Cedeño, El Callao, Gran Sabana, Piar, Heres, Raúl Leoni, Rocío, Sifontes y Sucre,

74. Entrevista concedida por Carlos Walter a Provea el 06.07.09.

75. MPPS: Boletín Epidemiológico No. 52, correspondiente a la semana del 28.12.08 al 03.01.09.

76. OPS. Op. Cit. Pág. 8

77. MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA SALUD: Boletín Epidemiológico N° 53 correspondiente a la semana del 28.12.08 al 03.01.09. Pág. 7.



que reportan más bien un crecimiento de la morbilidad malárica⁷⁸. Las dinámicas demográficas propias de zonas fronterizas y de difícil acceso, la actividad minera ilegal realizada en forma artesanal y las condiciones ecosistémicas de la zona, son algunos de los factores que influyen en el alza de la incidencia malárica en estos 11 municipios⁷⁹.

Dengue

El total de casos acumulados durante el año 2008 fue de 48.048, de los cuales 3.649 (7,6%) fueron hemorrágicos, lo que representa una razón de fiebre dengue/dengue hemorrágico de 12:1. Las entidades federales con mayor morbilidad fueron: Zulia (7.435), Lara (3.753), Guárico (3.030), Mérida (2.954) y Sucre (2.603). Con respecto al año anterior, el acumulado de casos de Dengue revela una reducción del 40,42% cuando el total de casos registrados llegó a 80.646⁸⁰. El año 2008, revela un descenso significativo con respecto al número de casos registrados durante el 2007, cuando la sumatoria de casos fue de 80.646⁸¹.

Tuberculosis

En Venezuela, la tuberculosis (TBC) sigue siendo una causa de enfermedad y de muerte. La incidencia de TBC, para 2006, fue de 24,7 casos por 100.000 habitantes⁸² y para 2005, 24,8. Aunque el país se encuentra por debajo del promedio de América Latina (37,4), entidades federales como Delta Amacuro (81,0) y

Dtto. Capital (63,6) sobrepasan con creces dicho promedio. Según la Gaceta Médica de Caracas, entre el 5 y 10% de los casos de TBC pulmonar desarrollan compromiso extrapulmonar y los principales factores de riesgo son: procedencia de áreas endémicas, contactos cercanos, condición de pobreza extrema, hacinamiento, desnutrición, VIH/SIDA y adicción a drogas inyectadas⁸³. El predominio de incidencia en hombres resulta mayor que en mujeres, con una razón de hombre/mujer de 1,6, siendo la edad promedio 36,5 años (38 años en hombres y 34 en mujeres).

La población indígena es un grupo altamente vulnerable a la TBC, con una tasa promedio entre los años 2001 y 2005 de 136,8. Durante el 2006, en esta población se registraron 611 afectados que representan el (9,3%) de un total de 6.600 casos. La mayor incidencia se reportó en Monagas (223,6 por 100 mil hab.), seguido de Apure (219,6), Delta Amacuro (187,3), Zulia (137,3), Bolívar (134,6) y Amazonas (81,7). En ese orden, los grupos indígenas más afectados son: en el Zulia (Wayúú), Bolívar (Pemón y Panare), Delta Amacuro (Warao), Monagas (Warao), Amazonas (Piaroa, Hiwi, Bari), Apure (Hiwi) y Anzoátegui (Kariña). Los factores de incidencia identificados son: pobreza, condición de VIH/Sida, mala aplicación del Programa de Control de la TBC, crecimiento demográfico y migración masiva a áreas clasificadas como de alta endemia⁸⁴.

78. Ídem. Pág. 13.

79. Sociedad Venezolana de Infectología: Consenso de Malaria. Puerto Ordaz, 2006. [en línea] <www.svinfectologia.org> Consulta del 15.10.09.

80. MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA SALUD: *Boletín Epidemiológico N° 53* correspondiente a la semana del 28.12.08 al 03.01.09. Pág. 14.

81. OPS. Op. Cit. Pág. 8.

82. Ídem.

83. Academia Nacional de la Medicina y Congreso Venezolano de Ciencias Médicas: *Gaceta Médica de Caracas*, vol. 117-No. 2. Abril-Junio de 2009.

84. Ídem.

La tasa de mortalidad por TBC reporta un decrecimiento a partir del período 2000-2005, llegando a 2,3 por cada 100.000 habitantes. Promedio que tiende a aumentar con la edad, ubicándose el mayor índice en las personas menores de 65 años, con una tasa de 12,2 en hombres y 5,4 en mujeres, con respecto a menores de 4 años, quienes presentan el promedio más bajo en la tasa de mortalidad, con una tasa en hombres de 0,3 y en mujeres de 0,2⁸⁵. Las entidades federales que presentan mayor mortalidad por TBC son: Distrito Capital, Vargas, Delta Amacuro, Portuguesa, Monagas y Amazonas, con tasas entre 4 y 5,7 por 100.000 habitantes⁸⁶.

Cuadro N° 10
Mortalidad y morbilidad por tuberculosis
(1995-2005)

	1995	2000	2005
Tasa de mortalidad (x 100.000 hab.)	3,9	2,7	2,3
Tasa de incidencia	24,3	25,2	24,9
Evolución de la letalidad	16,0	10,7	9,2

Fuente: Gaceta Médica 2007. Caracas- Venezuela.

En relación con el VIH/SIDA, la TBC resulta ser la infección oportunista más común en pacientes afectados por el virus, con el 40 a 80% de incidencia en TBC extrapulmonar⁸⁷.

Cólera

Durante este periodo, nuevamente no hay registro de casos de Cólera en el territorio nacional.

Fiebre Amarilla

La Fiebre Amarilla tampoco registra casuística comprobada.

Mal de Chagas

Para este período, de estudio fue denunciada una situación de brote de Mal de Chagas⁸⁸ en la comunidad de Chichirivichi de la Costa (Edo. Vargas) con un saldo de 80 personas afectadas⁸⁹. Se presume que la vía de transmisión fue oral a través de alimentos contaminados con las heces del Chipo (animal vector del parásito *Tripanosoma Cruzi* que transmite la enfermedad). Este brote es el segundo ocurrido en el país, el primero ocurrió en el municipio Chacao, del estado Miranda, 2007. Según la Red de Sociedades Científicas Médicas de Venezuela, estos nuevos brotes revelan una situación de reemergencia de la enfermedad que amerita medidas de prevención para el control del vector, más allá de fumigaciones ocasionales⁹⁰.

Lepra

Para Jacinto Convit, director del Instituto de Biomedicina de Caracas, aunque Ve-

85. Academia Nacional de la Medicina: Gaceta Médica 2007. "Estado actual de la lucha contra la tuberculosis en Venezuela." Caracas, 12.04.07.

86. Ídem.

87. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD: Plan Regional de Tuberculosis 2006-2015. Washington D.C., 2006.

88. El Mal de Chagas es una enfermedad parasitaria transmitida por un insecto hematófago, conocido en Venezuela como Chipo, que afecta el corazón de las personas. Los modos de transmisión son cuatro: Mediante el contacto de las heces infectadas de parásitos del Chipo, con el torrente sanguíneo cuando el animal pica a la persona; por vía transfusional; mediante transmisión congénita y; por la vía oral, lo que implica el contacto de alimentos con los Chipos o con sus deyecciones.

89. Patricia Marcano: *El pueblo debe aprender a conservar los alimentos*. *Últimas Noticias*, 22.04.09, pág. 8.

90. Javier Graterol García: *El Nacional*, 07.04.09, pág. 3.

91. La lepra es una enfermedad contagiosa que afecta fundamentalmente a personas con déficit alimentario y falta de higiene. Se transmite por vía aérea y por contacto y prospera principalmente en zonas rurales.



nezucla garantiza tratamiento para la lepra⁹¹, el promedio anual de casos nuevos atendidos está en 700. De allí la necesidad de no limitar la lucha contra la lepra sólo a tratamiento médico. En opinión de Convit, el desarrollo de la vacuna para la cura de la lepra debe venir acompañado de una política socio-económica que aborde la pobreza y condiciones de vida del pueblo venezolano, haciendo énfasis en la educación, alimentación, trabajo y condiciones sanitarias de la vivienda⁹².

VIH/SIDA

Para el Programa Nacional de Sida e Infecciones de Transmisión Sexual (Pnsits) del MPPS, hasta el año 2007, se habían registrado en el país 65.462 casos del Virus de Inmunodeficiente Humana y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH/SIDA), con predominio en el sexo masculino del 82%. La vía de transmisión más frecuente sigue siendo la sexual y en edades comprendidas entre 25 y 45 años⁹³. La incidencia del SIDA es de 43,8 por cada 100.000 habitantes y la razón hombre-mujer es de 5:2. Cabe señalar que Venezuela es, dentro de los países de América Latina y el Caribe, uno de los que revela mayor incidencia de casos de Sida⁹⁴. Ello ocurre en una situación de subregistro de la data estadística del VIH/SIDA, que, además, viene siendo denunciada en forma recurrente por las organizaciones no gubernamentales que tienen trabajo en el área.

Aunque los grupos en situación de mayor vulnerabilidad siguen siendo los hombres que tienen sexo con hombres, las personas transexuales, travestis, las personas privadas de libertad y las mujeres siguen registrando un incremento significativo⁹⁵. Las entidades federales que registran mayor número de casos son: Zulia, Distrito Capital, Carabobo, Aragua y Nueva Esparta⁹⁶.

En relación con la mortalidad por SIDA, Deisy Matos, coordinadora del PNSITS, opina que en Venezuela, la enfermedad pasó de ser mortal a crónica, gracias a la garantía de acceso universal a los medicamentos antiretrovirales (ARV), manteniéndose una tasa de 5,5 por cada 100.000 personas⁹⁷. Sin embargo, Matos señala que hay situaciones donde los/as pacientes afectados/as con el virus no cumplen con las indicaciones del tratamiento clínico-medicamentoso, lo que genera resistencia y repercute en el incremento de la mortalidad. En el Edo. Táchira, durante el año 2008, registraron 40 muertes por SIDA, lo que representa un incremento de 15 muertes con respecto al año anterior⁹⁸. Esteban Colina, secretario de la Red Venezolana de Gente Positiva, opina distinto. Si bien reconoce que en el país hay garantía para el acceso universal de los ARV, éstos no siempre llegan de manera regular ni a toda la extensión territorial. Las poblaciones y comunidades más afectadas suelen ser El Nula, San Fernando de Apure (Edo. Apure), la Alta Guajira (Edo. Zulia) y el Edo. Amazonas⁹⁹.

92. Miriam Morillo: *En la lucha contra la lepra hace falta más educación*: *Últimas Noticias*, 26.01.09, pág. 12.

93. MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA SALUD: "Logros del Programa Nacional de Sida/ITS desde 1999-2009". [Digital] Tomado de la biblioteca del MPPS.

94. OPS: Op. Cit. Pág. 8

95. Patricia Marcano: *Vivir con VIH ahora es sinónimo de larga vida*: *Últimas Noticias*, 01.12.08, pág. 11.

96. Ídem

97. Ídem.

98. *Últimas Noticias*, 06.12.08, pág. 33

99. Carolina Páez: *Antirretrovirales no estarían llegando a todas las regiones*: *Últimas Noticias*, 18.04.09, pág. 2.



El MPPS, además, de cumplir con la obligación de garantizar acceso gratuito y universal de los ARV, debe cumplir con la obligación de informar y educar a la población sobre los métodos y facilidades para la prevención y control del VIH/SIDA, así como evitar prácticas discriminatorias. En ese orden, Mauricio Gutiérrez, miembro de la organización Acción Solidaria, señala que la poca información que manejan las personas seropositivas sobre sus derechos ante prácticas discriminatorias, termina siendo un obstáculo para la exigibilidad de los derechos. Entre esas prácticas, se encuentran las pruebas de detección del VIH realizadas a trabajadores/as de manera obligatoria, a pesar de estar vigente normas de carácter vinculante¹⁰⁰ que en forma expresa prohíben su realización e instan a los laboratorios a abstenerse de realizarlas cuando sean solicitadas por entes patronales. Igual viene ocurriendo con las empresas aseguradoras que se niegan a abrir primas de seguro a personas que viven con el VIH/SIDA¹⁰¹. La Red Venezolana de Gente Positiva agrega a la lista de prácticas discriminatorias, la dificultad de encontrar profesionales de la medicina dispuestos a operar a personas seropositivas¹⁰².

Para Edgar Carrasco, oficial del país a cargo del Programa Conjunto de las Naciones Unidas dedicado al VIH/SIDA (Onusida), son tres los nudos críticos que inciden en los aportes de la cooperación internacional: 1) fallas de coordinación para obtener una respuesta nacional que no resulte muy fragmentada; 2)

falta de datos epidemiológicos actualizados, lo que dificulta medir el alcance de la epidemia; 3) ausencia de un Plan Estratégico actualizado que permita orientar la cooperación internacional y fortalecer las actividades de seguimiento y evaluación de las metas y objetivos interministeriales e interinstitucionales¹⁰³.

VI. Salud mental

Aunque todos los estados de la salud están estrechamente relacionadas y deberían asumirse en forma integral e interdependiente, la salud mental no ha contado con la misma priorización que ha tenido la salud física. Ha sido más bien invisibilizada y abandonada por la política presupuestaria y de salud. Venezuela no es la excepción en esta situación, en la cual, la tendencia mundial apunta más bien hacia un incremento de los trastornos mentales y conductuales de las personas.

Venezuela, por ejemplo, no cuenta con una ley sobre la materia, el presupuesto del MPPS no contempla una partida para la Dirección de Salud Mental y tampoco se cuenta con una data pública actualizada y accesible sobre la situación de salud mental del país. Los establecimientos y servicios psiquiátricos del sector público mantienen -en su gran mayoría- un enfoque manicomial. El Informe de la OMS sobre salud mental del año 2001 coloca a Venezuela entre los países que no cuentan con información sobre el número de profesionales de psiquiatría y personal de enfermería especializado en el área¹⁰⁴. Hasta el año 2006, el MPPS da cuenta de 3.985,798 personas con algún tipo de afecciones de salud mental, lo

100. Resolución SG-439 de 1994 y disposición del Instituto Nacional de Prevención, Salud y Seguridad Laborales (IPSASEL) del 2007.

101. Patricia Arcano: *Vivir con VIH ahora es sinónimo de larga vida*: *Últimas Noticias*, 01.12.08, pág. 11.

102. Carolina Páez. Op. Cit.

103. Entrevista concedida por Edgar Carrasco a Provea el 30.06.09.

104. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD: *Informe sobre la salud en el mundo 2001*. Salud Mental: Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Pág. 123



que equivale al 14,8% de la población. Según Néstor Macías, presidente de la Sociedad Venezolana de Psiquiatría, 40% de la población venezolana ha padecido en algún momento de la vida algún trastorno mental. De manera que la cifra puede ser mayor. En ese orden, Ana Margarita Omaña, coordinadora del Área de Emergencia Psiquiátrica del Hospital Universitario de Caracas, advierte que el número de casos atendidos por consulta externa, emergencia y consulta interpisio¹⁰⁵, se ha incrementado en 30% durante los últimos cinco años¹⁰⁶. Ante la falta de cifras actualizadas el MPPS ha prometido un estudio diagnóstico sobre la salud mental en Venezuela¹⁰⁷. El cumplimiento de esta propuesta resulta indispensable como línea base para la definición de los nuevos lineamientos y prioridades de la política de salud mental del país.

VII. Salud materna, reproductiva e infantil

Salud materna y reproductiva

Para el período 2000-2005, Venezuela presenta una reducción significativa del índice de mortalidad materna, pasando de una relación de 96 a 57 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos. La cobertura de atención prenatal es del 94% y los partos atendidos con personal de salud cualificado representan el 95%¹⁰⁸.

No obstante, según el último Boletín Epidemiológico del MPPS correspondiente al año 2008, se evidencia un incremento del

51% en el número de muertes maternas reportadas nacionalmente, con un saldo de 299, mientras que en el año anterior fueron 198. Las entidades federales con mayor incidencia fueron Carabobo (33), Anzoátegui (27), Aragua (27), Bolívar (25), Zulia (25) y Lara (18)¹⁰⁹. Las razones para este incremento pueden ser muy variadas. Por ejemplo, puede responder a mejoras en el registro de la información regional, como también puede responder a una situación de deterioro de la capacidad de respuesta de los servicios de salud materna y reproductiva del país. En el caso concreto de la Maternidad Concepción Palacios, en Caracas, el director, Enrique Abache, dictó una medida de restricción de parturientas al establecimiento justificada en el déficit de médicos/as que, contabiliza en: 4 patólogos/as, 33 neonatólogos/as, 28 anestesiólogos/as, 6 especialistas para la Unidad de Cuidados Intensivos, 4 cirujanos/as y 3 hematólogos/as¹¹⁰.

Los embarazos adolescentes revelan también un descenso en las cifras de algunas entidades federales, aunque Venezuela sigue ubicándose como uno de los países con mayor número de embarazos adolescentes en la Región de las Américas, con una tasa de fecundidad adolescente de 91 por cada 1.000 mujeres¹¹¹. Según el Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA), una de cada 5 venezolanas menores de 20 años es madre, siendo las adolescentes entre 15 y 19 años con menor grado de instrucción, las que pre-

105. La consulta externa de interpisos se ofrece a pacientes hospitalizados en otras áreas del hospital.

106. Mardú Marrón: *Salud mental del venezolano será estudiada en 2009*; *Últimas Noticias*, 11.10.08, pág. 6.

107. Ídem.

108. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD: *Estadísticas Sanitarias Mundiales*. 2009. Pág. 119.

109. MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA SALUD. Op. Cit. Pág. 17.

110. Mabel Sarmiento Garmendia: *En la Concepción Palacios limitan ingreso de parturientas*. *Últimas Noticias*, 21.02.09, pág. 11.

111. OMS. Op. Cit. Pág. 139.



sentan la mayor tasa de fecundidad¹¹². Situación que revela un problema de inequidad en el que la condición socioeconómica y la falta de educación e información, inciden en las altas tasas de fecundidad adolescente del país. En el Edo. Táchira, la reducción del 12% de los embarazos adolescentes ha respondido precisamente a una labor conjunta entre Corposalud, el Ministerio de Educación y los Comités de Salud, que contempla el desarrollo de una campaña educativa y el fortalecimiento de los servicios de planificación familiar, con 60 servicios especializados en los 29 municipios¹¹³. Sin embargo, la mortalidad por abortos clandestinos sigue siendo un problema de salud pública que permanece invisibilizado, afectando nuevamente a las mujeres que no cuentan con recursos económicos suficientes para interrumpir el embarazo en condiciones seguras y con personal cualificado. Aunque en Venezuela, la práctica del aborto sigue penalizada, las mujeres con capacidad económica para asumir el costo de un aborto en condiciones seguras lo hacen, mientras que las que no pueden terminan auto-provocándose o interrumpiendo el embarazo en entornos que no cumplen con los mínimos estándares médicos y/o con personal que carece de experiencia y de los conocimientos necesarios. En este sentido, Rogelio Pérez, miembro de

la Junta directiva de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Venezuela, señala que las mujeres que no cuentan con recursos suficientes recurren a métodos nada seguros como es la inserción de cuerpos extraños (ganchos de ropa, sondas, ramas de perejil, lavados con jabón) en el útero. Pérez indica que cada año se realizan en promedio 4.000 curetajes como consecuencia de abortos espontáneos o inducidos¹¹⁴, razón de más para que el aborto sea considerado como un problema de salud pública prioritaria¹¹⁵. En Venezuela ciertamente el aborto está prohibido y la única causal legal para interrumpirlo es cuando la vida de la madre corre riesgo¹¹⁶. Esta situación no favorece tampoco el desarrollo de un sistema de información que cuente con una data fiable y actualizada, que permita identificar las dimensiones del problema y la adopción de medidas oportunas y adecuadas. Según el MPPS, una mujer fallece semanalmente por abortar en condiciones inseguras. En 2006, murieron 55 venezolanas por esta causa, más de la mitad por hemorragias e infecciones (33) controlables¹¹⁷. Para Alba Carosio, directora del Centro de Estudios de la Mujer de la UCV, el aborto clandestino en Venezuela alcanza el 16% de las muertes maternas y el grupo de mujeres más afectadas está integrado por mujeres de los estratos más desfavorecidos en términos socio-económicos¹¹⁸.

112. FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. *Hablemos de Salud Sexual y Reproductiva*. 2009.

113. Leidy Zafra: *Disminuyen embarazos en jóvenes de Táchira*. *Últimas Noticias*, 03.12.08, pág. 41.

114. Ídem.

115. Vanessa Davies: *El aborto inseguro le cobra la vida a una venezolana cada semana*. *El Nacional*, 16.08.09, pág. C-1.

116. El Código Penal de Venezuela en el artículo 435 dispone: “No incurrirá en pena alguna el facultativo que provoque el aborto como medio indispensable para salvar la vida de la parturienta”.

117. Vanessa Davies. Op. Cit.

118. El Código Penal en el artículo 432 penaliza el aborto voluntario con pena de prisión de 6 meses a 2 años y de 1 a 3 años para quien haya provocado el aborto aún con el consentimiento de la madre.

Salud infantil

La tasa de mortalidad neonatal¹¹⁹ se ubica en 11 por cada 1.000 nacidos vivos¹²⁰ y la mortalidad infantil en 16,5, con un subregistro del 10,1%¹²¹. Para el año 2008, el número de defunciones registradas en el Boletín Epidemiológico N° 53 fue de 5.187, en tanto que en 2007, fue de 4.747, lo que representa un incremento del 9,3%. Las entidades federales con mayor número de defunciones infantiles fueron: Bolívar (609), Lara (525) Anzoátegui (433), Carabobo (424), Zulia (381) y Aragua (297)¹²². Vale aclarar que se trata de estados con elevadas densidades demográficas.

Las diarreas registran 35.274 casos atendidos y la población infantil resulta ser la más vulnerable, con 7.435 casos en menores entre 1-4 años y 4.115 en menores de 1 año¹²³.

La mortalidad en menores de un año registra un descenso sostenido a partir de 1990, con una tasa de 27 por cada 1.000 nacidos vivos, llegando a 20 en 2000 y en 2007, a 17¹²⁴. Este decrecimiento de la tasa de mortalidad en menores de un año ocurre en una situación de cobertura de inmunizaciones un poco dispar, con un incremento significativo de la cobertura en Hepatitis B e Influenza viral, pero un retroceso en la cobertura del Sarampión y la Antipolio, Tétano y Difteria¹²⁵.

Cuadro N° 11
Cobertura de inmunizaciones
en niños/as de 1 año

Vacunas	2000	2007
Sarampión	84%	55%
DTP3	77%	71%
HepatitisB3	5%	71%
Hib3	2%	71%

Fuente: OMS - Estadísticas sanitarias mundiales. 2009.

119. La mortalidad neonatal es la ocurrida en los primeros 28 días de vida y se relaciona con el estado de la salud de la madre.

120. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD: *Estadísticas Sanitarias Mundiales 2009*. Pág. 42. La data registrada de mortalidad neonatal corresponde al año 2004.

121. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD: *Situación de Salud en las Américas*. Indicadores Básicos 2008. Pág. 4.

122. Ídem.

123. Ídem. Pág. 21

124. OMS. Op. Cit. Pág. 43.

125. OMS. Op. Cit. Págs. 77 y 78.

