
Informe Especial

**Situación
del Derecho
a la Salud
en Venezuela
1998-2008**

Balance

10 años de políticas públicas en salud

Yolanda D'Elía. Socióloga



Introducción

En este capítulo se presenta un balance sobre la situación del derecho a la salud en Venezuela durante los últimos 10 años. El balance se elaboró a partir de lo registrado en los Informes Anuales de Provea correspondientes, así como en la situación observada en el período octubre 2007-septiembre 2008. Los aspectos considerados relevantes para hacer este balance, fueron: el alcance de las garantías para ejercer el derecho; el grado en que el Estado ha llevado a efecto estas garantías y los resultados que ello ha tenido en las condiciones de la estructura sanitaria y en la situación de la salud de las personas.

A lo largo del balance, se hace referencia a los cambios propuestos en el modelo de Estado venezolano, para entender lo que ha pasado con el derecho a la salud, tanto en lo que respecta a su formulación en el marco constitucional como a los impactos de las medidas tomadas por el gobierno en su práctica. Desde 1998 hasta el presente, el país pasó por 3 elecciones presidenciales que dieron la jefatura de gobierno a Hugo Chávez Frías. Durante su gestión, se practicaron cambios significativos a la norma constitucional dirigidos a fortalecer la condición democrática, socialmente inclusiva y pacífica de la sociedad venezolana, así como a consolidar el carácter federal democrático y descentralizado de la República y de los poderes que conforman el Estado.

Asimismo, en el transcurso de estos años, el país se ha visto envuelto en una fuerte conflictividad y polarización, que afectó de diversas maneras la aplicación de las disposiciones constitucionales. En los altos niveles de conflicto que todavía tienen peso en la vida del país, han intervenido visiones

contrapuestas sobre el modelo de sociedad y de Estado planteado en la Constitución y, en los últimos años, una tendencia cada vez más creciente por parte del gobierno a desconocer o postergar la implementación de lo que en ella se dicta, después de haber sido su principal promotor. Todavía el país no cuenta con un sistema de seguridad social en salud ni con un sistema sanitario público integrado de manera concurrente por los poderes e instituciones públicas; tampoco se cuenta con un presupuesto suficiente para garantizar la gratuidad de los servicios, la universalidad de la atención y una mayor prioridad a la prevención y a los programas de salud pública.

En este sentido, los avances constitucionales que podían apreciarse en el año 1999 con respecto al reconocimiento y las garantías para ejercer el derecho, lucen hoy distantes ante los problemas que afectan la salud de los/as venezolanos/as. En estos años, resulta más grave observar comportamientos regresivos del derecho, por la disminución de garantías en relación con el acceso y oportunidad de atención en centros de salud ambulatorios y hospitalarios y por la aplicación de medidas que subordinan la salud a fines partidarios y al ejercicio del poder del Estado a través de prácticas asistenciales de carácter extraordinario que lo desvían de su obligación de protección integral y universal de la salud, en conjunto con las entidades regionales y locales, el personal médico y los demás sectores que hacen vida institucional en el sector de la salud. Estas conductas están causando situaciones preocupantes de pérdida de vidas y deterioro creciente del bienestar de la población.

El derecho a la salud en la década de los noventa

El panorama de la salud en los noventa, resultaba en muchos aspectos desolador. Constantes deficiencias físicas, financieras y humanas arrastradas por muchos años se unían a reiteradas postergaciones de una institucionalidad pública en salud adaptada a la realidad demográfica, científica, social y ambiental del país. En la década de los noventa, Venezuela presentaba una estructura de servicios sanitarios públicos utilizada por menos del 30% de la población debido a problemas de acceso, dotación y calidad; los programas preventivos se encontraban desactualizados o paralizados; y paulatinamente fue creciendo una gran cantidad de sistemas de protección para ciertos sectores de población asegurada, sin ninguna regulación por parte de las autoridades públicas.

Los principales problemas reportados durante estos años en lo que se refiere a la atención sanitaria, eran:

- El cierre parcial o total de establecimientos¹ por reducción de la asistencia de usuarios, debido a barreras de acceso geográfico y continuas deficiencias de infraestructura, equipamiento y personal.
- El cobro de servicios² por falta de insumos médicos, medicamentos, material médico-quirúrgico y alimentación para los pacientes.
- Los conflictos y huelgas laborales por incumplimientos de pagos, que llevaron a suspender servicios y limitar la atención de emergencias.
- La indebida planificación de trabajos de reubicación, remodelación y acondicionamiento de centros asistenciales.

Igualmente, los problemas más reportados en lo que respecta a la prevención en salud eran:

- La ausencia de estrategias en promoción de la salud y respuestas tardías e inadecuadas para tratar afecciones de alta propagación, como el dengue y el VIH-SIDA.
- Las restricciones en la aplicación de algunas vacunas por sus costos y reducidas coberturas de vacunación por problemas de accesibilidad en estados con población indígena y comunidades rurales dispersas.
- La escasa existencia de atención primaria, prestada por centros y equipos humanos de salud cercanos a las comunidades.

La falta de una estructura sanitaria pública integrada y disponible a nivel nacional, no tuvo respuesta en estos años. Los dos sistemas más importantes por sus redes asistenciales, la del antiguo Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (MSAS) con 214 hospitales, 890 ambulatorios urbanos y 3.728 centros de medicina básica rurales y la del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS), con 33 hospitales y 83 ambulatorios urbanos concentrados en 4 de los 24 estados del país, continuaron funcionando en forma separada y presentando déficits de recursos crecientes. Fuera de éstos, se estimaban cerca de 400 sistemas distintos de prestación y protección financiera en salud, la mayoría en instituciones del Estado, financiados con recursos públicos y prestados por privados. Ante la fragmentación y debilidad sanitaria, el propio sector privado, compuesto por centros lucrativos, no lucrativos y empresas aseguradoras, fue creciendo en forma sostenida.

En 1989, se inicia un proceso de descentralización cuyo objetivo era fortalecer el modelo federal del Estado venezolano. Dentro de este proceso, la salud fue uno de los asuntos que se incorporó dentro del conjunto de competencias sociales transferidas a los estados. A partir del año 1995, comenzaron a firmarse los convenios de transferencia de centros hospitalarios y ambulatorios, pero las deficiencias fiscales que impactaron negativamente el presupuesto de salud de esa época y la ausencia de un marco normativo claro entre las partes para llevar adelante la descentralización, dejaron este proceso inconcluso. Se transfirió una parte de los servicios a 17 estados y los recursos que debían suministrarse llegaron a destiempo y por montos inferiores a los que se habían estimado para hacerlos funcionar³.

En el estado de debilitamiento institucional y presupuestario en el que se encontraba la salud pública, la descentralización fue asociada con enfoques dirigidos a justificar la necesidad de pago de los servicios, en algunos casos como salida a las deficiencias presupuestarias, en otros como modelo alternativo de eficiencia administrativa. De esta manera, la mayoría de los centros adquirieron la práctica de pedir a los usuarios los insumos o materiales para ser atendidos. Asimismo, aparecieron fundaciones intra-hospitalarias para recaudar dinero entre los propios pacientes. De hecho, mientras que el gasto público en salud se debilitaba, crecía inevitablemente el gasto privado. En estos años la proporción del gasto en salud de los hogares cubierto con sus propios ingresos, llegó a alcanzar el 70%.

“En 1998, el Congreso de la República aprobó una nueva Ley Orgánica de Salud que planteaba el aseguramiento privado y la asis-

tencia social como las bases de una nueva organización pública de salud descentralizada. Aunque se tomaban en cuenta la gratuidad de los servicios y la protección de la salud de todos los habitantes, el artículo 3 de la ley disponía que: “...*los ciudadanos individualmente o en sus organizaciones comunitarias deben [...], participar en [...] la gestión y financiamiento de los establecimientos de salud a través de aportes voluntarios*”⁴. Del mismo modo, en el artículo 45 de dicha ley, se establecía como fuentes de financiamiento para los establecimientos de atención médica: “...*los recursos provenientes del Presupuesto Nacional para la Salud y, complementariamente, [...] recursos de los presupuestos estatales y municipales, [...] y de la recuperación de costos sufragados por los Fondos de la Seguridad Social Integral, la Asistencia Social y otros, según el caso...*”.

A finales de 1998, las tendencias hacia el modelo privado se cristalizaron con la promulgación de la Ley del Sistema de Seguridad Social Integral (LOSSSI) aprobada por Ley Habilitante. En ésta se proponía cambiar el sistema de atención y administración pública de los seguros sociales que tenían los trabajadores, por un sistema de administradoras de fondos y prestadoras de atención médica de carácter privado, público o mixto. Con ello, se instalaba en el país un sistema de salud semi-privado que acentuaba el trato diferencial entre los protegidos por su contribución y los asistidos por falta de recursos. En los primeros, la atención a la salud dependía de las cotizaciones y riesgos cubiertos por las pólizas contratadas a una red externa de agencias. En los segundos, la atención dependía de la disponibilidad de recursos fiscales y los aportes voluntarios, a cargo de las administraciones de salud descentralizadas.

Como ejemplo, en 1999, la que era en ese momento la Gobernación del Distrito Federal presentó una propuesta para recuperar los centros asistenciales de Caracas, que consistía en rehabilitar y acondicionar 350 camas de las 3.500 existentes en los 14 hospitales adscritos a esa gobernación, para crear un servicio especial que atendería a personas con capacidad de pago cubiertas por seguro. En ese sentido, se esperaba: “...abrir un área de primera, y dejar el resto como área de segunda. La de primera tendría televisor y cama para acompañante, para que los beneficiarios de seguros colectivos o Seguro Social reciban servicios de hotelería”. El personal de salud también trabajaría por turnos para atender las dos áreas. En la de “primera”, el personal recibiría pagos extras provenientes de los seguros. Para esta propuesta de recuperación, el gobierno nacional había destinado recursos públicos por un monto de 6 millardos de bolívares.

Gobierno bolivariano, proceso constituyente y garantías del derecho a la salud

La salud tuvo un lugar destacado en los debates de la Asamblea Constituyente, promovida por el gobierno que asumió luego de las elecciones de diciembre de 1998, donde resultó electo el Presidente Hugo Chávez Frías. Allí se impulsaron cambios a la formulación del derecho y a las garantías para su ejercicio. Estos cambios se hicieron para trascender el concepto curativo y mercantil en el que se había convertido la salud; eliminar el trato discriminatorio entre contribuyentes y no contribuyentes; superar los problemas de fragmentación a lo interno de los sistemas financiados por el Estado y darles alcance universal para

disminuir las tendencias hacia la privatización; así como afianzar el carácter federal y, por lo tanto, concurrente de los asuntos de salud entre los poderes públicos, fortaleciendo la descentralización del sistema de salud hacia los estados, municipios y comunidades.

Salud como derecho

La formulación del derecho a la salud se modificó radicalmente en la Constitución de 1999, dentro de los principios y obligaciones que dictan los tratados y convenios internacionales. Hasta ese momento, había sido establecido como un derecho de las personas que tenían medios para procurarse por su salud. Aquellas personas que carecieran de ellos podían recurrir a los de prevención y asistencia provistos por el Estado. Así fue expresado en el artículo 76 de la Constitución de 1961:

“Todos tienen derecho a la salud. Las autoridades velarán por el mantenimiento de la salud pública y proveerán los medios de prevención y asistencia a quienes carezcan de ellos”.

En el nuevo texto de la Constitución, se formuló como el derecho a vivir en condiciones de salud que exige garantías del Estado con su protección y realización, porque se trata de una condición propia del bienestar humano sin la cual se pone en riesgo la vida, y que está asociada con factores demográficos, culturales, económicos, sociales, tecnológicos y ambientales que escapan a los esfuerzos y recursos de cada persona. Así quedó expresado en el artículo 83 de la Constitución de 1999:

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

Entre las garantías establecidas en la nueva Constitución se encuentran: el acceso a servicios de salud y el desarrollo de políticas orientadas hacia la calidad de vida y el bienestar colectivo. En el mismo artículo 83 de la Constitución, quedó de esa manera expresado:

“El Estado promoverá y desarrollará políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios”.

Nuevo sistema de salud

En el nuevo ordenamiento constitucional se estableció que, para hacer efectivas las garantías a la salud, el Estado crearía y gestionaría un sistema público, de alcance nacional y descentralizado, que estuviera en interacción permanente con otros sectores y donde los ciudadanos pudieran participar. En este sistema los servicios deben ser gratuitos, universales, integrales, equitativos y solidarios y contribuir a la integración social. Asimismo, el Estado debe regular la actividad de todas las instituciones de salud públicas y privadas del país. De esa manera se expresa en los siguientes artículos:

Artículo 84: *“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, regido por los principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, integración social y solidaridad”.*

Artículo 85: *“...El Estado regulará las instituciones públicas y privadas de salud”.*

Otra disposición constitucional fue que el sistema público nacional de salud quedaba integrado al sistema de seguridad social, también de características públicas y universales y en el cual las contribuciones que son producto del trabajo no constituyen requisito para la protección de éste. Ello se expresa en el artículo 86 de la Constitución:

“Toda persona tiene derecho a la seguridad social como servicio público de carácter no lucrativo, que garantice la salud y asegure protección en contingencias de maternidad, paternidad, enfermedad, invalidez, enfermedades catastróficas [...]. La ausencia de capacidad contributiva no será motivo para excluir a las personas de su protección”.

Quedó también establecido que el sistema público nacional de salud se financia con recursos del Estado, siendo su obligación asignar un presupuesto suficiente para cumplir con las políticas sanitarias, así como desarrollar políticas para formar profesionales y técnicos de la salud y para producir en el país insumos médicos. Habiendo sido integrado al sistema de seguridad social, también entran dentro del financiamiento las cotizaciones obligatorias que hacen los trabajadores en materia de salud. Esto se expresa en el artículo 85 de la Constitución:

“El financiamiento del sistema público de salud es obligación del Estado, que integrará los recursos fiscales, las cotizaciones obligatorias de la seguridad social (...). El Estado garantizará un presupuesto para la salud que permita cumplir con los objetivos de la política sanitaria. En coordinación con las universidades y los centros de investigación, se promoverá y desarrollará una políti-

ca nacional de formación de profesionales, técnicos y técnicas y una industria nacional de producción de insumos para la salud”.

Medidas del Estado para garantizar el derecho a la salud

Medidas legislativas

En los primeros años de gestión, el gobierno dedicó esfuerzos a los cambios del marco legislativo que debía derivarse de la norma constitucional. Pero, fue cuatro años después de la promulgación de la norma que comenzaron a presentarse las primeras leyes. Las de salud y seguridad social de 1998, que debían entrar en vigencia, fueron varias veces aplazadas a través de medidas legislativas. En el año 2000, el Presidente nombró una Comisión para la Reforma de la Seguridad Social integrada por miembros de su gabinete ejecutivo con la tarea de elaborar las leyes de seguridad social, entre las cuales se encontraba la de salud. Sin embargo, las propuestas hechas por esta Comisión no resultaron satisfactorias para sectores internos del gobierno y dos años después, en el 2002, fue que finalmente se presentó y aprobó la nueva Ley del Sistema de Seguridad Social (LOSSS).

La LOSSS se concibió como una ley marco para la protección social en materias de salud, pensiones, vivienda, desempleo, carga familiar y contingencias como enfermedad e incapacidad por motivos de trabajo, entre otras. Dado que el derecho a la seguridad social se formuló en la Constitución como un “servicio”, a diferencia del tratamiento que tuvo el derecho a la salud, la LOSSS se centró

en el sistema y en los servicios a los cuales tienen derecho las personas protegidas. Debía ser un sistema de sistemas, según lo expresa el Dr. Absalón Méndez⁵, uno de sus redactores, porque la misma Constitución estableció en cada esfera de protección social, un sistema propio bajo regímenes de prestación diferentes. En el caso del sistema público nacional de salud, se creó un régimen de financiamiento fiscal, prestación gratuita y universal y, en el caso específico de los trabajadores, el sistema de seguridad social contempló un régimen de contribución obligatoria y afiliativa para servicios de salud en contingencias relacionadas con el trabajo. Eso llevó a concebir dentro del sistema público nacional de salud, la coexistencia de dos tipos de regímenes: el régimen prestacional público de salud y el régimen prestacional de seguridad y salud en el trabajo.

A la LOSSS le seguía la aprobación de la Ley Orgánica de Salud, pero ello no se ha hecho hasta el momento. Entre los años 2001-2004, se conocieron al menos 3 versiones distintas de proyectos de ley. En el año 2004, se realizó la primera discusión de uno de estos proyectos en la Asamblea Nacional (AN). Posteriormente, se conocieron otras dos versiones en las gestiones de los dos últimos ministros de salud, pero hasta ahora no se ha introducido ninguno de estos proyectos a la AN, ni se han realizado consultas públicas sobre las propuestas. Según el diputado Tirso Silva: “...*ministro que llegaba, ministro que quería imponer una ley, y eso trajo fuertes contradicciones. La Subcomisión de Salud nunca actuó de una manera uniforme*”⁶. La mora legislativa en materia de salud lleva los mismos años que tiene aprobada la Constitución de 1999. Esto significa que todavía no se ha podido constituir el sistema público nacio-

nal de salud y que el Estado ha dejado de cumplir las garantías que se ponían en práctica con el sistema, lo cual constituye una vulneración al ejercicio del derecho y a la propia norma constitucional.

En todos estos proyectos se ha cumplido con la formulación constitucional del derecho a la salud. Dado que se trata de garantizar la salud y no solamente la prestación de un servicio, como se formuló en la LOSSS, se ha coincidido en que la ley de salud tenga carácter de ley orgánica. Los diferentes proyectos, así lo han contemplado, estableciendo en su objeto: regular todo lo relacionado con la salud integral de la persona y la colectividad, el desarrollo de un entorno social saludable, los derechos y deberes de las personas; el régimen sobre las políticas, servicios y acciones de salud y de interés para la salud en todo el territorio nacional; la organización, funcionamiento y actividades públicas y privadas, además de organizar y establecer las normas de funcionamiento específicas del sistema público nacional de salud.

Las diferencias entre los proyectos de ley se plantean en referencia al modelo del sistema. Ciertamente, constituir el sistema público nacional de salud representa uno de los cambios más significativos para el funcionamiento actual de la estructura sanitaria y también, el más complejo en la implementación de la ley. Pero, en las últimas versiones de proyecto presentadas por el gobierno se han observado modificaciones que no corresponden con lo que dicta la Constitución, específicamente en lo que se relaciona con la conformación descentralizada del sistema. Otros elementos controversiales de la ley, han sido los criterios para la integración de los sistemas y la participación del sector privado.

En el Cuadro N°1 se muestra cómo, a partir del 2004, el concepto del sistema para el gobierno cambió, pasando de un sistema descentralizado a otro centralizado y de uno donde se permitía la participación del sector privado nacional en ciertas áreas y bajo regulación pública, a otro donde se prohíbe toda participación de este sector en el sistema.

En los últimos proyectos de ley, se propone la transferencia de todos los servicios adscritos a estados y municipios al poder nacional, solamente difieren entre ellos en el modo de llevar a cabo esta transferencia. De manera contradictoria, el proyecto conocido en el año 2005 y que todavía se sigue discutiendo, incluye una cláusula de descentralización donde los estados y municipios podrían solicitar nuevamente los servicios. Lo importante es que en ambos, el poder nacional desconoce las competencias que constitucionalmente y legalmente poseen los estados y municipios para intervenir en los asuntos de salud; y debilitan las garantías públicas en materia de salud, porque prescinde de las capacidades creadas con la descentralización para proteger y satisfacer el derecho, así como restringe la participación de los ciudadanos en las decisiones relativas a las políticas de salud.

Al respecto, el Dr. Armando De Negri, ex asesor de la Alcaldía del Distrito Metropolitano, expresaba en el año 2005: “...*La propuesta que la ley trae es una recentralización total, donde las autoridades estatales de salud pasan a ser nombradas por el Ministerio [...]. El contrato de la descentralización del período de Caldera no nos sirve, pero paradójicamente los estados que tenían mejor desempeño en salud eran los descentralizados [...], además la descentralización es un principio constitucional [...], hay una*

Cuadro N° 1
El Sistema Público Nacional de Salud en los Proyectos de Ley de Salud 2002-2007

Proyecto 2002	Proyecto 2005	Proyectos 2004 y 2007
<p>El SPNS es intergubernamental, intersectorial, participativo, de gestión descentralizada, conformado por el Ministerio de Salud, como órgano rector, organismos gestores en los ámbitos estatal y municipal, y las instituciones y recursos financieros de fuentes públicas, sin perjuicio de su estructura descentralizada. La organización del SPNS responde a la estructura federal del Estado y delimita las competencias concurrentes entre los ámbitos nacional, estatal y municipal.</p>	<p>El SPNS es único, intersectorial y participativo, conformado por el Ministerio de Salud, como órgano rector, las Unidades Estadales de Salud y las Unidades Distritales de Salud, los institutos y servicios autónomos, fundaciones, asociaciones civiles, centros de salud adscritos a éste.</p> <p>Las instituciones, organismos y establecimientos del sector público que llevan a cabo programas y servicios de salud, a nivel nacional, estatal y municipal, se integrarán en el SPNS, a través de su transferencia al <u>Ministerio de Salud</u> del personal, recursos financieros, bienes muebles e inmuebles y demás activos.</p> <p>El Ministerio podrá transferir la gestión de servicios de salud a los estados y municipios que lo soliciten y demuestren capacidad para prestarlos. Entre el órgano rector y el solicitante, se establecerán convenios orientados por los principios de interdependencia, coordinación, cooperación y corresponsabilidad.</p>	<p>El SPNS es único, intersectorial y participativo, conformado por el Ministerio de Salud como órgano rector, y Direcciones Regionales de Atención Médica Integral, institutos y servicios autónomos, fundaciones, asociaciones civiles, centros de salud adscritos a éste.</p> <p>Las instituciones, organismos y establecimientos de atención médica del sector público se integrarán en el SPNS a través de su transferencia al <u>Instituto Nacional de Atención Médica Integral</u>. Son competencias de este Instituto: la atención médica integral en promoción, prevención, restitución, rehabilitación y cuidados paliativos y administrar establecimientos de atención médica, entre otras.</p> <p>El Instituto Nacional de Atención Médica Integral, previa aprobación por el órgano rector, establecerá el grado de autonomía de gestión otorgable a las dependencias hospitalarias, la cual dependerá en todo caso de la existencia efectiva del control social estructurado en dichas dependencias.</p>
<p>El SPNS está integrado por las políticas, planes y acciones, recursos financieros de fuentes públicas e instituciones, redes de atención y servicios públicos de salud que operen en los ámbitos nacional, estatal y municipal, incluyendo todas las instituciones, redes y servicios que reciban financiamiento por parte del Estado.</p>	<p>El SPNS está integrado por las políticas, planes y acciones de salud, de todas las instituciones, entes, órganos y establecimientos del sector público, que lleven a cabo actividades, programas y servicios de salud, destinados a garantizar el derecho a la salud.</p> <p>Se establece una alianza civil y militar entre el ministerio de salud y la Fuerza Armada Nacional para el fortalecimiento de la prestación universal de servicios y programas de salud.</p>	
<p>La empresa privada podrá participar en el SPNS en la provisión de bienes e insumos y en la prestación de servicios de manera complementaria y suplementaria, de acuerdo con las directrices de los entes de dirección del Sistema y bajo los criterios de más servicios, mayor beneficio social y menor costo. La gestión administrativa y/o financiera del Sistema será exclusividad de los órganos del Estado. Está prohibida la participación directa o indirecta de empresas o de capitales extranjeros en el SPNS, salvo a través de organismos internacionales de las Naciones Unidas, y de entidades de cooperación técnica o financiera, previa aprobación del Ministerio de Salud.</p>	<p>Está prohibida la participación directa o indirecta de empresas privadas o de capitales extranjeros en el SPNS, salvo a través de organismos internacionales de las Naciones Unidas, y de entidades de cooperación técnica o financiera, previa aprobación del ministerio de salud, en coordinación con el ministerio con competencia en relaciones exteriores. Los establecimientos privados de salud, deberán brindar la atención requerida a toda persona, sin discriminación alguna, que presente una situación de inminente pérdida de la vida. Una vez atendida la emergencia, la persona será referida a un establecimiento público, a menos que manifieste su voluntad contraria y asuma los compromisos correspondientes.</p>	

descentralización revolucionaria que permitiría un compromiso de los niveles nacionales, estatales y municipales alrededor de

garantizar la salud con recursos y con capacidad de gestión. [...] Se podría dar la anulación del marco de los convenios de des-

centralización, estableciendo otra disciplina para la descentralización. Esta recentralización es un atentado contra la democracia directa, siendo esta la característica de la gestión actual de este país, en el marco de todo lo que es el cambio de la institucionalidad...”⁷.

Por otra parte, la integración de todos los establecimientos y regímenes de protección en salud dentro de un sistema donde no puede participar el sector privado, conlleva al retiro de una parte de las prestaciones, que debe ser objeto de consulta y discusión con los ciudadanos, en el caso de estados y municipios, y con los trabajadores públicos y privados protegidos, en el caso del sistema de seguridad social. Nos referimos por ejemplo, a las pólizas de Hospitalización, Cirugía y Maternidad que la mayoría de los organismos públicos paga a sus trabajadores o a las instituciones privadas que prestan servicios o proveen de bienes e insumos al sistema de salud y al de seguridad social⁸. No contar con el sector privado, al igual que ocurre con la centralización en relación a estados y municipios, desecha capacidades institucionales de asociaciones civiles y empresas de carácter privado que pueden complementar las labores del sistema público.

Además, el proyecto de ley del año 2005 plantea el deber que tendrán los centros de salud privados con la atención de personas en situaciones de urgencia. Esta propuesta, que resulta favorable al derecho, es una condición que podría no llegar a cumplirse, tampoco supone un servicio de calidad y representaría una imposición ilegal de costos, si no se suscriben compromisos con el sector privado respecto a tarifas y condiciones de prestación.

Otro elemento que ha hecho más difícil entender el rumbo que lleva la ley de salud y que, de aprobarse cualquiera de los proyectos, podría conducir a vacíos legales es la debilidad de su formulación normativa. En estos proyectos se enuncian principios o criterios que no tienen desarrollo en el texto. María Elena Rodríguez, abogada de Provea e investigadora de este derecho, decía acerca del proyecto de ley del año 2005: “...salvo las dos primeras versiones de proyecto de salud, ésta ni las anteriores cuentan con un desarrollo normativo de los principios rectores del sistema. Los principios son los ejes y bases del sistema que orientan su desarrollo normativo y permiten hacer una interpretación coherente de sus normas, por lo que es importante su definición expresa en el texto de la ley”⁹. Esta debilidad es mayor si se considera la gran cantidad de modificaciones que han tenido los proyectos, una sobre otra, sin revisar la estructura doctrinaria ni la coherencia interna de la ley.

También en cuanto a contenidos normativos, la mayoría de los proyectos hace énfasis en la organización y funcionamiento del sistema público nacional de salud y muy poco desarrollan las garantías del derecho en términos de prestaciones específicas. A lo más, se ha llegado a definir las políticas y también los tipos de establecimientos que conforman el sistema. Estos vacíos, de alguna manera los ha llenado la LOSSS, cuando establece en su artículo 18, que el sistema de seguridad social garantizará las prestaciones de protección y educación para la salud y la calidad de vida, la prevención de enfermedades y accidentes, la restitución de la salud y la rehabilitación; la promoción de la salud de los trabajadores y un ambiente de trabajo seguro y saludable y la atención integral en caso de

enfermedades catastróficas. También pueden derivarse del proyecto de ley del 2002 en lo que se define como “estrategia de promoción de la salud y la calidad de vida”, dirigida a generar respuestas adecuadas, oportunas, regulares y continuas a las necesidades de salud, que se expresa en acciones de educación para la salud, protección de la vida, prevención de accidentes y enfermedades, restitución y rehabilitación integral.

En lo que respecta a la protección de la salud de los trabajadores/as un avance en el sentido normativo, fue la reforma a la Ley Orgánica de Prevención, Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo (LOPCYMAT)¹⁰ en junio de 2006. Esta ley tiene por objeto garantizar condiciones de seguridad, salud y bienestar a los trabajadores/as en un ambiente de trabajo adecuado y propicio para el ejercicio de sus facultades físicas y mentales. Entre las garantías establecidas se encuentran: la promoción de un trabajo seguro y saludable, la prevención de accidentes de trabajo y de enfermedades ocupacionales, la reparación de la salud y programas para la recreación, uso del tiempo libre, descanso y turismo social. Para ello, la ley crea servicios de seguridad y salud en el trabajo que vigilan, asesoran, evalúan las condiciones de trabajo y reportan accidentes y enfermedades. A partir del desarrollo de esta ley, existen estándares más claros para que los trabajadores/as exijan lugares de trabajo seguros y protectores de la salud.

Medidas de política

El Ministerio de Salud pasó estos años por 3 reestructuraciones. En el año 2001, se fusionó con el Ministerio de la Familia, pasando a ser el Ministerio de Salud y Desarrollo Social y absorbiendo una gran cantidad de instituciones y programas del campo social.

En el 2005, el Ministerio fue separado de estas funciones para crear con ellas el nuevo Ministerio de Participación y Desarrollo Social. Finalmente, en el 2006, el Ministerio de Salud adoptó el nombre de Ministerio del Poder Popular para la Salud, al igual que ocurrió con todos los demás ministerios. Dentro de este organismo se dio una alta rotación de ministros. En 10 años, ocuparon el cargo un total de 6 personas.

Política de regulación del sistema sanitario, 2000-2002

El Ministerio de Salud comenzó su gestión, atendiendo a los afectados del desastre natural ocurrido en 1999, principalmente en el Edo. Vargas. En realidad, el Ministerio puso en marcha lineamientos de política en el año 2001. Estas líneas estaban dirigidas, a corto plazo, al fortalecimiento de la atención de primer y segundo nivel del sistema sanitario, mejorar el funcionamiento hospitalario y ampliar su oferta, controlar las enfermedades endemo-epidémicas como el dengue, la malaria y el cólera, y disminuir la mortalidad materno-infantil, así como las muertes por diabetes, hipertensión y cáncer de cuello uterino. Por otra parte, las políticas a largo plazo apuntaban a mejorar las condiciones de vida y salud, colocar la salud en la discusión política nacional, reestructurar el Ministerio y el proceso de descentralización, así como hacer cambios en las políticas de formación y de medicamentos.

Básicamente, las políticas en este período pueden ubicarse en una línea de regulación del sistema sanitario por su énfasis en aspectos conceptuales, normativos e institucionales, como paso previo a los cambios enmarcados en la construcción de un nuevo sistema público nacional de salud, que vendrían con la aprobación de la ley respectiva.

Cabe destacar que el Ministerio participó activamente en las propuestas de modificación de las disposiciones constitucionales en materia de salud, incluyendo la redacción de los artículos que finalmente se aprobaron en el nuevo texto. Las áreas en las que se llevaron a cabo políticas regulatorias, fueron:

- Gratuidad de la atención: el objetivo era eliminar las prácticas de cobro de servicios en todos los centros de salud públicos, para ello el Ministerio dictó resoluciones prohibiendo tales prácticas y dedicó esfuerzos a coordinar con las entidades prestadoras, las normas y mecanismos para mejorar la administración de los recursos con los que contaba el sector.
- Integralidad de la atención: se esperaba transformar las prácticas de fragmentación en la prestación de los servicios, razón por la cual su conducción resultaba ingobernable. Dichas prácticas tenían además una razón estructural, pero el Ministerio intentó incidir en los espacios concretos de atención. De ello nació el Modelo de Atención Integral, que proponía una concepción integral de la salud y de los seres humanos, la integración de los servicios y la construcción de un esquema de trabajo compartido que permitiera mantener abierto los servicios a cualquier necesidad y extender los horarios de atención.
- Construcción de un enfoque social de la atención a la salud: para trascender las visiones centradas en la medicina curativa, gran parte del esfuerzo durante estos años se dedicó a desarrollar un concepto de salud enfocado en la calidad de vida. Su fin era darle fuerza a la prevención, a través de una mayor comprensión sobre los determinantes de la salud y las políticas

necesarias para atenderlos desde el sector. De aquí también nació la estrategia de promoción de la calidad de vida y la salud, de la cual se realizó un importante trabajo de difusión en los años 2001 y 2002 y sirvió de base para trabajar la nueva doctrina de la ley de salud en esos años.

La estrategia de promoción de la calidad y la vida fue adoptada en el Plan de Desarrollo Económico y Social de la Nación (2001-2007). Los objetivos en materia de salud, de acuerdo con esta estrategia, eran:

- Universalizar el derecho a la salud.
- Promover la calidad de vida.
- Combatir las inequidades.
- Fortalecer las redes de salud.
- Acceso a la salud según necesidades.

Asimismo, dicha estrategia fue la base de las discusiones para elaborar la nueva ley de salud. Las primeras discusiones estuvieron centradas en el sistema de seguridad social, con el fin de unificar criterios en los campos de salud, pensiones, vivienda y protección de los/as trabajadores/as. El Ministerio de Salud elaboró varios borradores de ley de salud que alimentaron la LOSSS aprobada en el 2002. Pero, desde ese año, donde los conflictos alcanzaron altos niveles de intensidad, las políticas y los procesos legales e institucionales puestos en marcha se paralizaron. Como se mostró en el punto anterior, hasta la fecha todavía no existe el sistema público nacional de salud ni una ley de salud aprobada, tampoco se puso en marcha el sistema de seguridad social.

Según explica Absalón Méndez: *“Tres plazos dio el legislador al Ejecutivo para la puesta en marcha de la institucionalidad contemplada en la LOSSS, aplicables por igual al legislativo, a saber, 180 días para el*

plan de implantación, cinco años para la total puesta en marcha de la nueva institucionalidad y diez años máximo para la integración de las instituciones, programa y servicios públicos o semi-públicos de salud al Sistema Público Nacional de Salud, todos ellos contados a partir de la fecha de entrada en vigencia de la LOSSS. Los plazos vencieron irremediablemente. [...] Ante el incumplimiento y la amenaza seria de eliminación del IVSS, al legislativo no le quedó otro recurso que reformar parcialmente la LOSSS, eliminar todos los plazos y mantener la vigencia del IVSS, con lo que el ejecutivo ha quedado en libertad de poner o no en marcha el Sistema de Seguridad Social”¹¹.

Política asistencial en salud, 2003-2007

Las medidas de política adoptadas a partir del 2003, fueron marcadamente distintas a las que se tomaron en el período 2000-2002, como respuesta a los eventos de confrontación política de esos años. Estos eventos dejaron al país en una situación crítica desde el punto de vista económico y social. Los recursos fiscales fueron impactados negativamente por la disminución drástica de la actividad petrolera, que provocó una caída del ritmo de la economía nacional y el aumento de los indicadores de desempleo y pobreza. Ante este escenario y la convocatoria a un referendo revocatorio del mandato presidencial por sectores en desacuerdo con las políticas de gobierno, se abrió una estrategia de intensificación de los programas sociales en la cual se pidió apoyo al gobierno cubano.

En salud, dicha estrategia tuvo como base el Plan Barrio Adentro para Caracas, elaborado por la Alcaldía del municipio Libertador del Distrito Metropolitano de Caracas, donde

se preparaba un plan local de atención primaria dirigido a los sectores populares de ese municipio. Este plan se activa en abril de 2003 cuando son trasladados los primeros 53 médicos/as cubanos/as a Caracas para prestar atención médica integral en forma gratuita a comunidades de barrios populares. En diciembre de ese mismo año, el Presidente llama a este plan Misión Barrio Adentro¹². Anteriormente, Brigadas Médicas Cubanas habían estado en el país para ayudar en el desastre natural del año 1999 y se quedaron hasta el año 2002. Igualmente, desde el año 2000 existían acuerdos entre los Ministerios de Salud y las Embajadas de Cuba y Venezuela¹³, para la formación de médicos/as venezolanos-/as en el marco del Convenio de Cooperación Integral de ambos países suscrito el 30 de octubre del año 2000.

A principios del año 2004, el liderazgo de la misión es asumida por el Ministerio de la Salud y se fijó como meta su consolidación como mecanismo para construir el nuevo modelo de sistema público de salud. Se crea la Comisión Presidencial para la Implantación y Coordinación Institucional del Programa Integral Misión Barrio Adentro¹⁴ y se suscribe el Acuerdo Bolivariano de Compromiso con la Consolidación de la Misión Barrio Adentro, donde participaron miembros de la Comisión, gobernadores y alcaldes partidarios del gobierno y la Misión Médica Cubana. Entre los acuerdos se esperaba¹⁵:

- El equipamiento y dotación de los consultorios populares¹⁶ por diferentes organismos públicos, principalmente PDVSA.
- Desarrollar una agenda social en salud, alimentación, educación popular, recreación, economía social, deporte, cultura y comunicación; enfatizando en la promoción de la salud y la calidad de vida.

- Coordinar los esfuerzos y los recursos, para lo cual se crearía una comisión operativa a nivel nacional, regional y municipal de carácter permanente y a cargo del Ministerio, a fin de garantizar la gestión de la misión¹⁷.
- Apoyar las acciones provenientes de las organizaciones comunitarias de la misión.

A fin de cumplir con estos acuerdos, el Ministerio de Salud emprende un conjunto de actividades durante el año 2004 que se resumen en:

- Primer inventario de consultorios populares y personal cubano, certificación de terrenos y recopilación de estadísticas sobre funcionamiento de la misión en cada estado del país.
- Plan de financiamiento y construcción de 6.500 centros o módulos definitivos para sustituir los puntos de consulta provisionales. Aquí participaron: Fondo Único Social (FUS), Fondo Intergubernamental para la Descentralización (FIDES), Fondo de Inversión Social de Venezuela (FONVIS), Ministerio de la Defensa, FundaCaracas y Petróleos de Venezuela (PDVSA).
- Planes de formación para médicos/as venezolanos/as, que comprendían: Post-grado de Medicina General Integral y Plan de Formación de Líderes Comunitarios en Salud, a cargo del Instituto de Altos Estudios en Salud “Arnoldo Gabaldón” del Ministerio de Salud; Programa de Formación de Médicos/as Integrales para 25.000 bachilleres venezolanos en consultorios populares y locales aportados por el Instituto Nacional de Cooperación Educativa (INCE), bajo la tutoría de médicos/as cubanos/as; y el envío de 2.000 médicos para hacer Post-Grado de Medicina General en Cuba.
- Formalización de Comités de Salud como gestores de coordinación y gestión de re-

ursos ante las dependencias locales, regionales y nacionales del Ministerio de Salud y el desarrollo de Planes de Formación en Promoción de la Salud y Prácticas de Enfermería.

Con el objetivo de cubrir parte de las demandas externas de Barrio Adentro, en el año 2005 se emprendieron nuevas fases a las que se denominaron Misión Barrio Adentro II, III y IV. Finalizando el 2004, el Ministerio de Salud ya había propuesto la remodelación de 151 ambulatorios urbanos y hospitales adscritos al IVSS para convertirlos en Clínicas Populares. Estas conformarían el segundo nivel de atención del sistema de salud, atendido por médicos/as venezolanos/as, para especialidades y emergencias. Pero este proyecto no avanzó más allá de los municipios Libertador y Sucre del Distrito Metropolitano de Caracas. En vista de ello, en el Programa Aló Presidente N° 225 del 15.06.05 el Presidente anunció el lanzamiento de Barrio Adentro II, etapa dirigida a la construcción y equipamiento de 600 Centros de Diagnóstico Integral (CDI), 600 Salas de Rehabilitación Integral (SRI) y 30 Centros de Alta Tecnología (CAT). La construcción de estos centros se realizaría con aportes extraordinarios a disposición del Ministerio de Vivienda y Hábitat, estarían a cargo de personal médico cubano y el equipamiento se compraría a Cuba.

En cuanto a la naturaleza de la atención prestada por estos centros, el Viceministro de Salud de Cuba, Dr. Aldo Muñoz, aclaraba lo siguiente: *“Los CDI, como institución de salud, se encuentran en la atención primaria [...] en ocasiones pensamos que los CDI ofrecen una atención secundaria semejante a la de un hospital, y he allí un concepto erróneo, ya que los CDI se crean porque los médicos que estaban en los consultorios popu-*

lares carecían de los medios de diagnóstico necesarios para darle una atención con mayor calidad y satisfacción a la población [...] el 90% de los problemas de salud se resuelven en este nivel de atención, que es la verdadera medicina social, que no es la cura sino la prevención”¹⁸. Seguidamente, en el programa Aló Presidente N° 232 del 28.08.05, el Presidente dio inicio a Barrio Adentro III, etapa dirigida a la recuperación y modernización de los 299 hospitales públicos existentes en el país y a la construcción de nuevos centros hospitalarios, entre los que se encontraban 2 centros cardiológicos infantiles.

A partir de esta misión, la asistencia social en materia de salud se adoptó como línea principal de la gestión, llevada a cabo a través de tres tipos de prácticas: la atención de necesidades de carácter urgente, la concentración de actividades en sectores y grupos excluidos, y el uso de mecanismos paralelos a los que cursan por canales institucionales ordinarios para financiar y distribuir bienes y servicios de manera directa, que no logran constituirse en sistemas estables, transparentes y estructurados sobre la base de reglas públicas. Las prácticas asistencialistas son conocidas como aquellas donde la respuesta a las necesidades sociales y, en este caso, las de salud, se hacen depender de quienes tienen el poder y la voluntad de hacerlas efectivas. No descansan en derechos, sino en formas de subordinación que permiten el afianzamiento de esos poderes, sea que provengan del Estado, del gobierno o de grupos particulares.

Con esta visión, se construyó la idea de crear una nueva institucionalidad adherida a los propósitos del proyecto de gobierno. El Presidente de Petróleos de Venezuela (PDVSA) en el 2004, lo explicaba de la siguiente

manera: “...las misiones no son otra cosa que el germen de la nueva institucionalidad; ante un gran obstáculo como es ese Estado burocrático, ineficiente e ineficaz, pues van surgiendo, al lado de él, formas paralelas [...] de nuevas instituciones como instrumentos para viabilizar los principios de la Constitución”¹⁹. De esta manera, en el período 2003-2008, se han creado unas 30 misiones de carácter social, la mayoría mediante decretos presidenciales y bajo la dirección del ejecutivo. Éstas se han coordinado a través de comisiones presidenciales con el fin de articular la acción de los organismos públicos en función de ellas y se desarrolló una estrategia para utilizar financiamiento extraordinario colocado en fondos especiales. Específicamente en salud, con apoyo de personal cubano, cuerpos militares, organizaciones sociales partidarias del proyecto de gobierno, voluntarios comunitarios y, recientemente, estudiantes de medicina comunitaria, se han creado las siguientes misiones:

- La Misión Barrio Adentro I y II, para la atención integral de la salud (control, diagnóstico y tratamiento de baja complejidad).
- La Misión Barrio Adentro III y IV, para dirigir recursos hacia los hospitales (equipamiento, remodelación y acondicionamiento de infraestructura).
- La Misión Milagro, para el traslado de pacientes venezolanos/as a centros de salud cubanos a objeto de ser tratados e intervenidos en problemas oftalmológicos.
- La Misión Barrio Adentro Deportivo, para actividades deportivas y de educación física dirigidas a jóvenes y personas mayores que asisten a Barrio Adentro.
- Los fondos de asistencia en salud de las misiones educativas Robinson I y II, Ribas, Sucre y Vuelvan Caras, con apor-

-
- tes equivalentes al 10% de las becas otorgadas por el gobierno a los participantes.
- La Misión Guicaipuro, para la atención integral de los pueblos indígenas.
 - La Misión José Gregorio Hernández, para la atención integral a la salud de personas discapacitadas.
 - Las misiones Madres del Barrio, Negra Hipólita y Niños de la Patria, dirigidas a la atención social de grupos específicos, que incluyen objetivos de salud.

La definición de las misiones apareció formalmente en el Proyecto de Reforma Constitucional del año 2007. En su texto, las misiones se definían como organizaciones de diferente naturaleza, de carácter excepcional y experimental, para atender necesidades urgentes de la población. Éstas se separaban de la administración pública “tradicional o burocrática” y se incurría en el error de otorgar al Presidente la facultad de crear reglamentos para su organización y funcionamiento fuera del control constitucional y legal:

Artículo 141: *“Las administraciones públicas son las estructuras organizativas destinadas a servir de instrumento a los poderes públicos, para el ejercicio de sus funciones, y para la prestación de los servicios. Las categorías de administraciones pública son: las administraciones públicas burocráticas o tradicionales, que son las que atienden a las estructuras previstas y reguladas en esta constitución y las leyes; y las “misiones”, constituidas por organizaciones de variada naturaleza, creadas para atender a la satisfacción de las más sentidas y urgentes necesidades de la población, cuya prestación exige de la aplicación de sistemas excepcionales, e incluso experimentales,*

los cuales serán establecidos por el Poder Ejecutivo mediante reglamentos organizativos y funcionales”.

Después que el Proyecto de Reforma fue rechazado en referendo consultivo del 02.12.07, nuevamente las misiones aparecieron en la reforma hecha a la Ley de la Administración Pública, aprobada por Ley Habilitante. Allí se nota un cambio importante en la estrategia para la gestión de las misiones. En su texto, continúan siendo un mecanismo asistencial pero están ahora colocadas dentro del marco institucional de los poderes públicos, que a su vez es modificado por un nuevo concepto de “administración centralizada”, contradiciendo la doctrina federal y descentralizada del Estado venezolano que contiene la Constitución:

Artículo 131. *“La Presidenta o Presidente de la República en Consejo de Ministros, cuando circunstancias especiales lo ameriten, podrá crear misiones destinadas a atender a la satisfacción de las necesidades fundamentales y urgentes de la población, las cuales estarán bajo la rectoría de las políticas aprobadas conforme a la planificación centralizada. El instrumento jurídico de creación de la respectiva misión determinará el órgano o ente de adscripción o dependencia, formas de financiamiento, funciones y conformación del nivel directivo encargado de dirigir la ejecución de las actividades encomendadas”.*

El uso de prácticas asistenciales para la atención a la salud, no sería tan preocupante si ello se desarrollara en el marco de políticas públicas y de un sistema institucional garante del derecho. La práctica paralela de las mi-

siones y ahora su concepción como parte de una administración centralizada, puede llevar a poner en peligro los objetivos de dar características públicas, universales, descentralizadas y participativas a las estructuras sanitarias y a los programas de salud que existen.

A juicio del Dr. Carlos Walter, Director del Centro de Estudios para el Desarrollo (Cendes): *“El Ministerio de salud se planteó como objetivo la construcción de un nuevo sistema público nacional de salud que contribuyera a la salud a través del fortalecimiento de la atención primaria [...] pero realmente no se ha logrado un fortalecimiento de la red de atención primaria. Ha sucedido todo lo contrario: con Barrio Adentro, la política del gobierno es desatender la red convencional y darle prioridad al desarrollo de los puntos de consulta y consultorios de la misión. [...] La misión cumple básicamente una función política [...], pero acompañada por una ideológica: todo lo que tiene que ver con el pasado no sirve, lo que funciona es la nueva institucionalidad...”*²⁰.

Política de centralización en salud, 2008

Desde que comenzó la gestión del Presidente Chávez, los organismos públicos y particularmente el Ministerio de Salud manifestaron incomodidades con el proceso de descentralización. En el campo social, la descentralización de servicios ocurrió principalmente en el sector salud. En este proceso se lograron transferir el 88% de los hospitales y el 75% de los ambulatorios adscritos al Ministerio de Salud, en un plazo de 4 años a un total de 17 estados de los 24 que componen el país. En lo específico, existían valoraciones positivas de lo que habían logrado ciertos estados

del país, pero en general se entendía que había pesado una lógica dirigida a debilitar el sistema sanitario público, dejando al Ministerio sin funciones de rectoría y a los servicios con menos recursos. En los primeros años, el equipo del Ministerio propuso una nueva descentralización, la que fortalecería al propio Ministerio y a los estados en sus funciones de gestión. Los lineamientos de la nueva descentralización, eran:

- El desarrollo de un concepto de gobierno intergubernamental para integrar capacidades y esfuerzos entre las entidades con competencias en salud.
- La creación de un fondo nacional de salud, a fin de resguardar los equilibrios territoriales y contar con un mecanismo para estimular mayores aportes de estados y municipios en materia sanitaria y programas de prevención en salud.
- La constitución de normas dirigidas a mejorar los niveles de coordinación política, administrativa y financiera. Particularmente se sugería que cada estado tuviera una sola autoridad de salud con facultades para tomar decisiones.

Los conflictos políticos del período 2002-2004, en los que se produjeron altos niveles de polarización en el país, impactaron también las relaciones entre las gobernaciones de estado y el gobierno nacional. Las posibilidades de coordinación y comunicación comenzaron a romperse, haciendo que el nuevo ministro de salud en el 2004 planteara la posibilidad de retirar los servicios de salud a los estados. La línea de centralización en salud se hizo más fuerte después del año 2006, cuando el gobierno nacional anunció la Propuesta de Reforma Constitucional para tomar un nuevo rumbo hacia la revolución socialista. Uno de los ejes de la propuesta fue avanzar en un

modelo centralizado del Estado. Aunque la propuesta fue rechazada por referendo consultivo, se creó legalmente el Comité Central de Planificación como órgano del cual dependen todos los órganos del poder nacional, en la reforma a la Ley de Administración Pública, ya mencionada.

La política de centralización comenzó a aplicarse en el año 2007 con la creación del Sistema Metropolitano de Salud, inicialmente pensado por el equipo de salud de la Alcaldía del Distrito Metropolitano (Alcaldía Mayor) para ensayar un esquema de integración de servicios en Caracas. Allí se integrarían los servicios de la Alcaldía, IVSS, IPASME, Hospitales Militares y Barrio Adentro, como modelo piloto para constituir el Sistema Público Nacional de Salud. En enero de 2008, se decretó la creación de este sistema²¹. El plan de integración quedó a cargo de un comité presidido por el Vicepresidente Ejecutivo, quien junto a la Alcaldía, Consejos Comunales y personal de salud, realizaron un diagnóstico sobre la situación de los hospitales y ambulatorios adscritos a la Alcaldía. El plan estaba dirigido a una estabilización a corto plazo de los problemas más urgentes (terminación de obras, dotación y equipamiento, pago de deudas laborales, entre otros) y a la articulación a mediano y largo plazo de los servicios. La Dirección de Salud de la Alcaldía, afirmaba en ese momento que no se trataba de una transferencia del sistema sanitario al poder nacional²².

Sin embargo, en el mismo mes de enero, el propio Alcalde Metropolitano, Juan Barreto proponía al ejecutivo nacional transferir 5 de los hospitales de la Alcaldía Mayor al Ministerio de Salud, debido a que el 40% de los usuarios eran procedentes de otros estados

del país. Los hospitales a transferir eran: la Maternidad Concepción Palacios, el complejo hospitalario José Ignacio Baldó “El Algodonal”, el Hospital J.M. de Los Ríos, el Hospital Materno-Infantil Dr. Pastor Oropeza de Caricuao y el Hospital José Gregorio Hernández (Los Magallanes). Con esta transferencia, la Alcaldía se dedicaría solamente al mantenimiento de los centros ambulatorios y consultorios de Barrio Adentro. De acuerdo con el Alcalde: *“Es una incongruencia que una alcaldía deba asumir los costos de hospitales que atienden a gente de todo el país. Eso es producto de la mal llamada descentralización que fue un desvalijamiento del Estado nacional. Antes pertenecían a la Gobernación del Distrito Federal y ahora pasarán al Ministerio si aprueban nuestro plan”*²³.

En el mes de febrero, el Vicepresidente Ejecutivo anunciaba que no se trataba realmente de construir un Sistema Metropolitano de Salud sino un Sistema Único de Salud: *“es hora de dejar de hablar del Sistema Metropolitano de Salud porque [...] existe la disposición de que todos los grandes hospitales que están a la orden de la Alcaldía Metropolitana pasen a formar parte del Sistema Público Nacional de Salud [...] tiene que haber una transición de esta anarquía que hay, de muchísimos operadores de salud a un sistema público único...”*²⁴. En esta misma dirección, el diputado Tirso Silva manifestaba: *“...si objetamos la descentralización, cómo es posible que ahora vayamos a crear un sistema regional, cómo le podemos negar mañana a los andinos crear el Sistema Andino de Salud, a los orientales otro tanto y a Rosales (se refiere a Manuel Rosales, Gobernador del estado Zulia para ese momento), que haga su sistema zuliano de la salud”*.

Apoyando esta afirmación, el Presidente de la República en cadena nacional anunciaba que el “gobierno central” tomaría el control de 28 centros hospitalarios de Caracas para conformar el Sistema Público Nacional de Salud: 14 de la Alcaldía Mayor, 7 del IVSS, 23 del Ministerio de Salud, 3 del Ministerio de la Defensa y 2 de la Alcaldía de Sucre²⁵. De esta manera, se iniciaba un proceso de centralización de la salud en todo el país. El Ministro de Salud, Jesús Mantilla, declaraba también por el canal del Estado que el objetivo era crear una red nacional de salud con centros hospitalarios de todo el país: “...*el plan también contempla que los hospitales y centros de atención pública de todo el país que son administrados por los gobernadores regionales pasen a manos del Ministerio de Salud, pues así podrían garantizar una mejor gestión*”²⁶.

En abril de 2008, se transfirió el Hospital Padre Machado al IVSS administrado por la Sociedad Anticancerosa. Al producirse esta transferencia, el Vicepresidente anunciaba el traspaso de la totalidad de hospitales adscritos a la Alcaldía Mayor y a la Alcaldía del municipio Sucre del Edo. Miranda. “*Lo que se busca con el hecho de que el Estado asuma la dirección de los hospitales es que haya una asignación de recursos de manera más directa, se coordine el servicio, se equilibren los salarios y la atención, además de mejorar la eficiencia del sistema de salud que se está construyendo*”²⁷.

Finalmente, en julio, el Presidente decretó la transferencia al Ministerio del Poder Popular para la Salud de los establecimientos de atención médica adscritos a la Alcaldía Mayor²⁸. Con este decreto, se decidió transferir todos los establecimientos de atención médi-

ca y servicios de salud que hasta ese momento se encontraban a cargo de la autoridad metropolitana. Pero, no sólo se transfirieron los grandes servicios hospitalarios; el Ministerio también absorbió todos los sistemas de dirección, control, planificación y prestación en salud ejercidas por la autoridad metropolitana. Aunque en su artículo 1 se estableció que la transferencia se realizaba sin perjuicio de las competencias en salud de la autoridad metropolitana, en la práctica se realizó una extracción indebida de las estructuras y funciones que permiten ejercerlas. Los sistemas transferidos fueron:

- Subsistema de atención médica (hospitales y centros ambulatorios).
- Subsistema de saneamiento sanitario.
- Subsistema de contraloría sanitaria.
- Subsistema de asistencia social.
- Subsistema de asesoría técnica y científica.
- Subsistema integral de atención médica de urgencias.
- Despacho y demás oficinas de la Secretaría de Salud.

El mismo Presidente afirmaba en el mes de septiembre, estando de visita en el Edo. Guárico con motivo de la campaña electoral, que la centralización era una salida frente a la negativa encontrada en los gobernadores para modernizar los centros de salud: “*Se acabó la descentralización de la salud, se centraliza todo en un sistema nacional de salud [...]. Yo estoy dispuesto personalmente a enfrentar esas oposiciones y pulverizarlas. Si tuviera que irme yo mismo a tomar el control de un hospital. Con el batallón*”²⁹. Tal decisión, tomada de manera unilateral, tiene un impacto regresivo sobre el derecho a la salud porque hace perder garantías y vulnera las disposiciones constitucionales, la autonomía de los estados y los derechos civiles y políti-

cos de los ciudadanos que residen en esos estados. Estas entidades tienen facultad constitucional para intervenir en la salud, considerada una competencia concurrente de los poderes públicos; además, desconocer su autoridad sobre esos servicios resta poder a los ciudadanos para incidir en decisiones que afectarán sus condiciones de salud.

Situación de las condiciones sanitarias

Las políticas de regulación aplicadas durante los primeros años, tuvieron algunos impactos positivos en el aumento de las coberturas de atención, fundamentalmente en centros ambulatorios. Se aplicaron enfoques más integrales, se mantuvo compromiso con la eliminación de prácticas de cobro de servicios y se regularizaron las consultas. Los años 2001 y 2002, presentaron un escenario diferente. En estos años, las medidas se orientaron a contener el impacto de los conflictos políticos y las deficiencias financieras sobre las actividades del sistema. A partir del 2003, el énfasis de la intervención del gobierno estuvo puesto en la Misión Barrio Adentro como estrategia de atención asistencial para cubrir necesidades básicas de salud en las comunidades, la cual comenzó a presentar signos de debilitamiento en el año 2005. Ante la creciente situación de crisis del sistema sanitario, en el año 2007 el gobierno tomó la decisión de iniciar un proceso de centralización de los servicios de salud en todo el país.

Sistema Barrio Adentro

En Barrio Adentro, participaron inicialmente 10.169 coordinadores y médicos/as de la Misión Médica Cubana, además de otros pro-

fesionales y técnicos de la salud, entre los cuales se encontraban enfermeras, oftalmólogos, optometristas y entrenadores deportivos. La cooperación con Cuba comprendía el suministro de medicamentos y otros insumos médicos. La meta era colocar 1 médico/a por cada 250 familias en casas de familia, con el apoyo de organizaciones voluntarias, promotores/as locales y coordinadores/as cubanos/as. Éstos improvisaron consultorios en habitaciones prestadas o locales rehabilitados a los que se llamó “puntos de consulta” o “consultorios populares”. Allí cada médico/a organizó un Comité de Salud, conformado principalmente por mujeres que fueron entrenadas en actividades básicas de promoción.

El censo que realizó el Ministerio de Salud en el 2004, arrojó como resultado la existencia de 8.573 consultorios populares y 8.500 comités de salud, 14.345 médicos/as cubanos/as, 1.104 médicos/as venezolanos/as, 293 enfermeras/os cubanas/os, 3.193 enfermeras/os venezolanas/os, 1.805 puestos de vacunación, 1.415 clínicas odontológicas, 457 ópticas y 3.014 sillones odontológicos. Con estas cifras, la Misión había logrado aumentar el acceso a servicios de atención primaria gratuitos y generó una gran expectativa ligada al interés que pusieron las comunidades en su implementación. Pero, la estrategia comenzó a enfrentar dificultades en diferentes aspectos que llevaron a metas no cumplidas y al abandono de la estrategia por parte de las instituciones involucradas.

El equipo de salud de atención primaria de estos puestos estuvo conformado por al menos 2 médicos/as cubanos/as, el Comité de Salud y los coordinadores locales y regionales de la Misión Médica Cubana. Por más de 3 años estos puestos no se reemplazaron por

centros de salud. De los 6.500 módulos que comenzaron a construirse en el 2004, sólo se habían terminado 3.240 (49%) en el año 2008 y el 30% todavía no estaba equipado. En el año 2007, algunos reportes indicaban que aproximadamente el 30% de los módulos construidos habían cerrado o estaban sin uso y otro número de ellos presentaban problemas de mala ubicación, poco espacio y deficiencias físicas, falta de insumos médicos, insalubridad e inseguridad³⁰. Según Fernando Bianco, Presidente del Colegio de Médicos de Caracas: “*Son muchos los núcleos de salud de la Misión Barrio Adentro que están en situación precaria. Problemas como falta de insumos y equipos importantes, malas condiciones de la infraestructura de los centros han hecho que uno de los planes insignia del gobierno haya decaído abruptamente*”³¹. Las cifras del gobierno presentan que unas 17.000.000 de personas tienen acceso actualmente a la Misión, lo que representa aproximadamente una cobertura de 60%. En los años 2005 y 2006, el Instituto Nacional de Estadística realizó estudios sobre la cobertura de la misión, que todavía no se han dado a conocer. Datos de encuestadoras privadas señalan que para el 2004 la cobertura era del 30% y que para el 2007, había bajado a 20%³².

Por otra parte, desde el 2006, estudios indicaban la reducción del personal médico cubano, pasando de los 15.000 que había en el año 2004 a 12.000 en el 2006³³, y se estimaba que la formación de los 20.000 estudiantes venezolanos/as para reemplazar a los médicos/as cubanos/as culminaría en el 2010³⁴. Un trabajo realizado por el Comité Nacional de Solidaridad Cuba-Venezuela, titulado Misión Barrio Adentro-Situación Actual, presentó cifras que indicaban un total de 8.500 médicos/as cubanos/as en el país para el año 2008. De

acuerdo a este trabajo, entre los años 2005-2006, se había hecho un retiro progresivo de 4.500 médicos para prestar ayuda a Bolivia³⁵. En declaraciones de médicos del Frente Médico Nacional Bolivariano, se hablaba de apenas 2.700: “...*la falta fundamental en Misión Barrio Adentro I es el personal humano [...] son dos mil setecientos médicos que no se dan abasto y debería haber más de veinte mil [...]. Se tendrá una cobertura más aceptable cuando egrese el primer contingente de médicos integrales comunitarios (unos diez mil), que apenas están en el tercer año de la carrera...*”³⁶.

Entre los aspectos que presentaron mayores dificultades en relación a la gestión de estos consultorios, se encuentran:

- La escasa participación de médicos/as venezolanos/as. No fueron previstos planes para sustituir al personal cubano que estaría en el país por un período de tiempo estimado de 3 años.
- El impedimento del Ministerio de Salud para ejercer actividades de coordinación y supervisión sobre la actividad de los médicos/as cubanos/as. Cabe señalar que este personal realizó actividades sin certificación de instituciones académicas nacionales, argumentando que su estadía cumplía fines humanitarios de carácter temporal.
- La transferencia de responsabilidades de gestión pública a los Comités de Salud, debido a la imposibilidad de constituir equipos de gestión de salud nacionales coordinados por el Ministerio de Salud. El trabajo voluntario pasó a ser un trabajo permanente con obligaciones de horario y exigencias administrativas.
- La utilización de métodos y procesos para el registro y levantamiento de información

por parte de los médicos/as cubanos/as no era conciliable con los esquemas utilizados en el país. Los informes de la Misión Médica Cubana en cuanto a la atención, son globales y carecen de posibilidades de verificación.

Entre los aspectos que presentaron mayores dificultades en relación a la infraestructura y los sistemas de dotación, se encuentran:

- El suministro de insumos y medicamentos a los consultorios y módulos no fue transformado en un sistema de abastecimiento regular administrado y controlado por las instituciones nacionales de salud. Visitas realizadas a puestos de salud de Barrio Adentro y entrevistas a Comités de Salud en Caracas en los años 2005 y 2006, mostraban carencias de insumos médicos y de materiales de limpieza. En el caso de los insumos médicos, los Comités de Salud gestionaban el suministro ante varios organismos y en algunos casos se solicitaban a los propios usuarios. Los materiales de limpieza eran comprados por los mismos Comités³⁷.
- La escasez de terrenos aptos para la construcción de establecimientos en las mismas zonas o en lugares cercanos donde funcionaban los puestos de salud. Gran parte de los módulos se colocaron en sitios con mayor demanda de atención que modificó los rangos establecidos de cobertura por médico.
- Las pequeñas dimensiones de construcción de los establecimientos en lugares como Caracas, impidieron cumplir con el propósito de utilizarlos como residencia de los médicos/as.
- La cantidad de organismos involucrados dificultó el cumplimiento de las normas de

construcción. En muchos casos hubo reclamos por parte del Ministerio de Salud y Alcaldías respecto a la ubicación inadecuada de módulos, fallas de conectividad con servicios básicos y mala calidad de materiales utilizados.

Las fallas de la Misión Barrio Adentro I no fueron rectificadas durante estos años. Aparecieron nuevas demandas que fueron atendidas sin haber consolidado la red de consultorios de Barrio Adentro. La separación del sistema barrio adentro del sistema sanitario, fue creando dificultades a la propia misión: pocos lugares dónde hacer referencias de pacientes, diagnósticos no estandarizados que debían ser repetidos o corregidos por médicos/as venezolanos/as en hospitales, incompatibilidad en la nomenclatura de medicamentos para hacer récipes a los usuarios, situaciones de pacientes graves que no podían atenderse en los consultorios y tampoco podían trasladarse por falta de transporte. Muchas de estas demandas, fueron resueltas por los hospitales militares.

A pesar de que la misión fue ofrecida como el nivel de atención primaria del sistema público nacional de salud, sus condiciones no permitieron ir más allá de una atención a necesidades básicas. A decir de Fernando Bianco: “*Los módulos se transformaron en simples puntos de atención*”³⁸. En un estudio realizado por el Observatorio Comunitario por el Derecho a la Salud en el 2007, se encontró que la mayor presencia de consultorios de salud gratuitos en las comunidades no había evitado que las personas siguieran acudiendo a los hospitales para atender la mayoría de sus problemas de salud, en más de un 60% de los casos de consulta.

Los años 2006, 2007 y 2008, transcurrieron para el gobierno en la finalización de Barrio Adentro II. Hasta el 2007, se había construido y equipado el 50% de la meta prevista. Al 2008, se reportaba haber alcanzado un 75% de la meta en promedio: 68% de CDI, 82% de SRI y 60% de CAT. Las razones de este retraso han sido: trabas burocráticas, permisología, la entrega de los terrenos en forma legal, el trabajo poco eficiente de las constructoras privadas y demora en la entrega de los materiales de construcción³⁹. En lo que respecta a Barrio Adentro III, se destinaron recursos a la rehabilitación y equipamiento de 33 hospitales, pero en el 2006 solamente se habían culminado las obras en 6 de ellos. En la Memoria y Cuenta del Ministerio de Salud del año 2007, se registra que se había destinado 1.355 millones de bolívares para acondicionamiento, repotenciación y modernización de 62 hospitales y el porcentaje de ejecución era del 20%, debido a retrasos en la aprobación del presupuesto. También se culminó la construcción de los 2 cardiológicos en Caracas y en el Edo. Zulia. Nuevamente, en el año 2007, el Presidente anunció la construcción de 15 nuevos hospitales⁴⁰.

Sistema sanitario público

En estos 10 años, los cambios observados en el sistema sanitario en cuanto a garantizar mayor cobertura y gratuidad de los servicios de salud fueron muy pocos. Las políticas dirigidas a hacer las reformas requeridas para resolver los problemas estructurales de décadas anteriores no se aplicaron o se detuvieron. Las misiones, en cambio, se colocaron en las prioridades de gobierno a partir de 2003, mientras que el sistema presentaba importantes deficiencias que fueron acentuándose hasta el año 2008. En forma similar a los años noventa, donde las políticas

se hicieron indiferentes a la situación del sistema y en ciertos años, incluso se contribuyó a debilitarlo con enfoques de carácter neoliberal, durante estos años el sistema continuó en un proceso de agotamiento que terminó con una situación de colapso en el 2008, reconocido tardíamente por voceros del propio gobierno y también por partidarios de éste.

En el seguimiento a prensa nacional y regional que realiza Provea anualmente, los problemas recogidos en los hospitales, aumentaron de manera considerable a lo largo de estos años. En el 2001 se habían registrado 364 denuncias, las cuales se incrementaron a 727 en el 2008. Entre los años 2001 y 2004, la falta de medicamentos, material médico quirúrgico y equipos fueron problemas particularmente críticos. En los años 2004/2005 bajaron levemente, pero en su lugar comenzaron a aparecer problemas de infraestructura, deficiencias presupuestarias y cobro de servicios. Estos problemas continuaron al año siguiente y en el 2008 se produce un cambio drástico del perfil de la situación.

A partir de ese año, los problemas más relevantes recogidos comienzan a ser la falta de personal médico y de enfermería, las deficiencias de infraestructura, insalubridad, fallas de mantenimiento y contaminación quirúrgica, y el cierre de servicios, traslado de pacientes a otros centros y maltrato. Uno de los elementos más críticos en Caracas, fue la realización de obras inadecuadas⁴¹ y hacer obras de manera simultánea en todos los hospitales. Estas obras no cumplieron con los plazos de entrega previstos y presentaron irregularidades. En un informe presentado por el diputado Tirso Silva a la AN, se señalaba: “*se desconoce si las obras contratadas para los hospitales fueron sometidas a procesos licitatorios [...] en ningún caso, las fechas estimadas para la inauguración fueron cumplidas por las empresas seleccio-*

Cuadro N° 2
Condiciones de operatividad en los centros hospitalarios según denuncias reseñadas
en prensa escrita 2001-20082008

Problemas Reportados	2001/2002		2002/2003		2003/2004		2004/2005		2005/2006		2007/2008	
	Número de denuncias	%	Número de denuncias	%	Número de denuncias	%	Número de denuncias	%	Número de denuncias	%	Número de denuncias	%
Falta de material médico quirúrgico	74	20,3	81	15,9	164	25,9	62	10,7	60	10,4	30	4,1
Falta de medicamentos e insumos	64	17,6	162	31,9	172	27,2	104	18,0	102	17,7	48	6,6
Cobro por servicios o condicionamiento de atención si el paciente trae consigo los insumos	-	-	60	11,8	78	12,3	30	5,2	22	3,8	5	0,7
Problemas de Infraestructura en algunas áreas o servicios	52	14,3	34	6,7	22	3,5	39	6,7	38	6,6	93	12,8
Falta de equipos médicos o equipos obsoletos	42	11,5	55	10,8	39	6,2	62	10,7	58	10,1	17	2,3
Faltas de camas o hacinamiento	34	9,3	8	1,6	13	2,1	18	3,1	29	5,0	34	4,7
Fallas en el aire acondicionado	23	6,3	13	2,6	13	2,1	15	2,6	13	2,3	9	1,2
Insuficiencia Presupuestaria	-	-	-	-	-	-	39	6,7	42	7,3	30	4,1
Falta de Camas en la Unidades de Terapia Intensiva	18	4,9	5	1,0	5	0,8	31	5,4	27	4,7	20	2,8
Falta de Salas Quirúrgicas	-	-	-	-	-	-	18	3,1	14	2,4	11	1,5
Cierre de Servicios	14	3,8	20	3,9	32	5,1	17	2,9	14	2,4	65	8,9
Insalubridad	11	3,0	14	2,8	16	2,5	19	3,3	12	2,1	44	6,1
Inseguridad	11	3,0	20	3,9	20	3,2	28	4,8	42	7,3	17	2,3
Falta de personal médico	9	2,5	4	0,8	5	0,8	20	3,5	16	2,8	104	14,3
Aguas Servidas	7	1,9	7	1,4	5	0,8	7	1,2	3	0,5	15	2,1
Falta de Mantenimiento	-	-	11	2,2	8	1,3	23	4,0	18	3,1	40	5,5
Falta de Agua	-	-	10	2,0	9	1,4	14	2,4	5	0,9	15	2,1
Fallas eléctricas	-	-	-	-	8	1,3		0,0	-	-	9	1,2
Falta de personal de enfermería	5	1,4	4	0,8	4	0,6	16	2,8	12	2,1	30	4,1
Problemas en el suministro de alimentos a pacientes hospitalizados	-	-	-	-	-	-	7	1,2	7	1,2	2	0,3

Fuente: Base de datos de Provea.

*nadas para la ejecución de las obras en los distintos establecimientos hospitalarios [...] en su mayoría, se observó una desproporción entre la ejecución financiera, representada por los anticipos, y el bajo rendimiento de la ejecución física de dichas obras*⁴². Sobre ello,

el Dr. Carlos Walter, opinaba: “Prácticamente en este momento, todos los hospitales están en remodelación. Por esa irresponsabilidad están cerradas las emergencias. Un ministro responsable no lo hubiera autorizado, hubiera espaciado las metas...”⁴³.

Los problemas recogidos en ambulatorios también crecieron de manera importante hasta el año 2007. En el 2008 bajó el número de denuncias significativamente, aunque siguen el mismo patrón que en años anteriores. La tendencia a bajar quizá también se deba a una mayor concentración de los problemas en los hospitales. En este patrón, los problemas de insuficiencias de medicamentos, insumos y equipos médicos ocuparon los primeros lugares durante los primeros años. También tuvieron relevancia los problemas de infraestructura y el cobro de servicios. En los últimos años, las fallas en materia de infraestructura, saneamiento y la escasez de personal médico se hicieron más críticos, al igual que los problemas de inseguridad, el cierre de servicios y el maltrato a los usuarios por parte del personal de los centros.

En febrero de 2008, el Vicepresidente Ejecutivo, Ramón Cañizalez, reconocía graves problemas en el sistema de salud: “...*existen grandes desequilibrios en materia de salud, que afectan gravemente puntos clave como la remuneración del personal, el suministro de insumos, hasta el equipamiento, lo que se genera debido a la falta de una articulación efectiva*”⁴⁴. Igualmente, la Dirección de Salud de la Alcaldía calificaba la situación de los centros hospitalarios y ambulatorios de Caracas como un “colapso funcional”: “...*aun con los grandes esfuerzos del Estado por garantizar la salud, seguimos teniendo un sistema deficiente que no brinda atención oportuna*”⁴⁵. Entre los principales problemas del sistema, la Directora daba importancia a los siguientes:

- Indicadores de mortalidad inaceptables, como la mortalidad materna.
- Escaso número de camas de terapia intensiva (menos de 200 existentes cuando debían haber entre 700 y 900).

- El 91% de los recursos destinados a gastos de personal, lo cual daba un corto margen para la compra de insumos y equipos.
- Falta de médicos en áreas críticas, debido a reducción significativa de los aspirantes a los postgrados médicos (por ejemplo, en pediatría hubo 122 aspirantes menos entre 2002 y 2007).
- Los bajos salarios de los médicos.

En el año 2008, también la Sociedad Bolivariana de Medicina y el Frente Médico Bolivariano, hicieron varios llamados al Presidente para que rectificara la estrategia en el sentido de crear el Sistema Público Nacional de Salud y de sistemas regionales integrados de salud, para enfrentar la grave situación sanitaria: “...*es la luz al final del túnel, porque lo único nuevo que se ha hecho aquí en salud ha sido Barrio Adentro, del resto hemos ido en retroceso y algunos avances particulares que ha tenido la infraestructura hospitalaria del Seguro Social y ahora de algunos hospitales, pero eso no resuelve el problema integral de la salud [...]. No puede ser que se estén reestructurando 15 hospitales y con eso vamos a resolver el problema. Éste se va a resolver cuando se vea de manera integral, no sólo los centros de Barrio Adentro I y II, también el mantenimiento, el salario no sólo de los médicos sino de todos los profesionales de la salud, adecuados a la realidad del país, a la responsabilidad y a la formación médica*”⁴⁶.

La reducción del número de médicos/as en servicio ha sido uno de los principales problemas en los últimos años. En reportes de prensa se han recogido estimaciones, según las cuales habría un 50% de puestos vacantes de médicos/as residentes y también deficiencias de especialistas como los anestesiólogos. Debido a ello, se han cerrado servicios quirúrgicos en los hospitales, se han restringido los hora-

Cuadro N° 3
Condiciones de funcionamiento de los Centros Ambulatorios del país según denuncias
reseñadas en prensa escrita

Problemas Reportados	2002/2003		2003/2004		2004/2005		2005/2006		2007/2008	
	Número de denuncias	%	Número de denuncias	%	Número de denuncias	%	Número de denuncias	%	Número de denuncias	%
Falta de insumos básicos y medicamentos	17	19,8	38	20,1	47	23,2	41	17,3	5	3,2
Falta de equipos médicos o obsoletos	14	16,3	22	11,6	22	10,8	21	8,9	11	6,9
Cobro por servicios o condicionamiento de atención si el paciente trae consigo los insumos	14	16,3	27	14,3	9	4,4	7	3,0	0	0,0
Falta de insumos médico quirúrgicos	8	9,3	-	-	12	5,9	10	4,2	5	3,2
Problemas de infraestructura en algunas áreas o servicios	7	8,1	26	13,8	38	18,7	38	16,0	41	25,9
Falta de personal de enfermería	7	8,1	4	2,1	-	-	25	10,5	8	5,1
Falta de camas o hacinamiento	-	-	-	-	2	1,0	-	0,0	0	0,0
Falta de personal médico	5	5,8	8	4,2	23	11,3	34	14,3	30	18,9
Cierre de servicios	5	5,8	21	11,1	4	2,0	-	-	14	8,8
Falta de agua	5	5,8	7	3,7	5	2,5	3	1,3	3	1,9
Falta de mantenimiento	-	-	12	6,3	16	7,9	17	7,2	3	1,9
Aguas servidas	4	4,7	14	7,4	3	1,5	3	1,3	0	0,0
Insalubridad	-	-	-	-	2	1,0	-	-	8	5,1
Inseguridad	-	-	-	-	-	-	18	7,6	14	8,8
Fallas en el aire acondicionado	-	-	-	-	1	0,5	-	-	5	3,2
Horario incompleto de prestación de servicios	-	-	10	5,3	-	-	-	-	0	0,0
Insuficiencia presupuestaria	-	-	-	-	19	9,4	20	8,4	0	0,0
Malos tratos por parte de personal de salud	-	-	-	-	-	-	-	-	11	6,9
Total	86	100,0	189	100,0	203	100,0	237	100,0	158	100,0

Fuente: Elaboración propia con base de datos de Provea.

rios de atención o se han postergando las consultas electivas para concentrar el recurso humano disponible en áreas críticas. En el Edo. Bolívar, el Jefe de Distrito del municipio Caroní, Dr. Maurera, explicaba: “...como todos saben la situación de los médicos es grave, tenemos pocos, entonces tenemos que optimizar el trabajo de los recursos que tenemos para servirle a la mayor cantidad de población”⁴⁷.

En el Edo. Monagas, tuvieron que reclutar estudiantes de medicina de varias universidades del oriente para prestar servicio en el Hospital Manuel Nuñez Tovar, debido a la fal-

ta de médicos residentes⁴⁸. Por su parte, el Ministerio de Salud, a comienzos de año, aprobó recursos para financiar 2.000 becas dirigidas a estudios de postgrados en medicina con la idea de incentivar la inscripción de aspirantes⁴⁹. Posteriormente se propuso que los/as médicos/as residentes firmaran contratos de exclusividad de trabajo en el sistema sanitario por un mínimo de 5 años. Al respecto, Ramón Rubio, Secretario del Colegio de Médicos del Edo. Aragua, declaraba que ello iba en contra del derecho al trabajo y que produciría la parálisis de las consultas de traumatología, ginecología y obstetricia⁵⁰.

Los gremios explican que una gran cantidad de médicos/as está saliendo a ocupar plazas de empleo en el exterior, debido al gran deterioro de las condiciones en las que trabajan y a los bajos salarios que devengan. En las universidades se han cerrado diferentes post-grados por falta de aspirantes, porque los estudiantes prefieren salir del país. Los/as médicos/as venezolanos/as han esperado 6 años para tener una nueva contratación colectiva. Desde el año 2002, ésta no se ha vuelto a discutir con el gobierno. El gobierno recurre a decretos de aumento, en vez de entrar en negociaciones con los gremios y sindicatos, irrespetando el derecho a la contratación colectiva. En el 2005, se decretó un aumento del 30% del salario, en el año 2007 el aumento fue de 60% y, en el 2008, nuevamente fue de 30%. En el decreto correspondiente al aumento del 60%, uno de los considerando explicaba que el gobierno prefería la vía del decreto antes que la contratación colectiva porque había cuestionamientos a la legitimidad de los representantes gremiales o sindicales, debido al vencimiento de sus mandatos. En consecuencia, para el año 2008, los médicos/as del sector público ganaban en promedio menos de 2 millones de bolívares y el sueldo más alto no llegaba a los 3 millones de bolívares. Además, el retraso en los pagos y bonos de aumento, así como las deudas acumuladas, han producido gran descontento entre médicos/as y enfermeras/os.

Sistema sanitario privado

En Venezuela, el número de centros de salud privados fue creciendo sostenidamente a un ritmo modesto, en relación con los establecimientos públicos. Sin embargo, entre las repercusiones que ha tenido la situación a la que ha llegado el sistema sanitario público se encuentra el progresivo desplazamiento de sectores de la población hacia la medicina privada. De acuer-

Cuadro N° 4

Cargos Médicos	Sueldo Mensual
Médico rural I y Médico Interno	1.752
Médico Residente	1.811
Médico I	2.522
Médico de Salud Pública I y Médico Especialista	2.589
Médico II	2.659
Médico Jefe I, Médico de Salud Pública II y Médico Especialista II	2.725
Médico Jefe II, Médico de Salud Pública III, Médico Director de Hospital y Médico Adjunto	2.796

Fuente: El Nacional, 07.08.08, pág. 2. Nueva Tabulación con aumento de 30% por decreto publicado en Gaceta Oficial N° 38.987, del 21.07.08.

do con los/as médicos/as de estos centros, la demanda ha sido tan grande que los mismos han entrado en situaciones de colapso. Según declaraciones del Dr. José Antonio Gubaira, médico cirujano jubilado: *“A pesar de las buenas intenciones del gobierno, como Barrio Adentro, hay demasiada demanda porque los hospitales y centros públicos asistenciales, se han deteriorado y los pacientes buscan de cualquier manera ser atendidos”*⁵¹. José Ramón Poleo, médico gastroenterólogo, expresaba que tanto los pacientes como los estudiantes de medicina han migrado a la atención privada: *“...anteriormente, cuando un paciente necesitaba un procedimiento o un examen médico complejo, era referido a hospitales públicos donde estaba la tecnología de punta. Desde hace años esa situación se ha invertido, al punto que es a las instituciones privadas a donde son referidos los pacientes internados en diferentes hospitales públicos y a donde acuden provenientes de hospitales públicos, médicos en formación para entrenarse en diferentes técnicas y procedimientos con los que no se cuenta en el sector público”*⁵².

En el año 2006, la AN anunció la revisión de las tarifas de precios cobrados por las clí-

nicas privadas en el país, a fin de aplicar medidas regulatorias. Para ese momento, el gobierno intentaba buscar medidas para bajar la inflación y, según los diputados, los altos precios de la salud privada, habían contribuido mucho a elevarla. De esta manera, se creó una Subcomisión Especial encargada de hacer los respectivos estudios, la cual propuso en el año 2007 elaborar una Ley de Regulación de los Centros Privados de Salud. Esta ley aún no ha sido presentada a la discusión de la AN. De acuerdo con el diputado Tirso Silva, actual Presidente de la Subcomisión: *“No existe ninguna intención del gobierno de ir en contra del ejercicio privado de la medicina, sino regular los excesos del sector. Esta comisión ha encontrado que en un mismo procedimiento hay variaciones de precios de 7,5 millones de bolívares entre una clínica y otra...”*⁵³. La ley en proceso de redacción, estaría dirigida a la regulación de honorarios profesionales, precios de los servicios médicos, precios de medicamentos y procedimientos para el ingreso a las clínicas por parte de pacientes asegurados, incluyendo la eliminación de los requisitos de clave para recibir los servicios.

En opinión de los gremios médicos, las medidas que se apliquen no pueden obviar las estructuras de costos de los establecimientos y la concertación de acuerdos con los médicos/as acerca del pago de honorarios: *“la regulación de la actividad médica privada es atribución del Ejecutivo Nacional, pero bajo ningún respecto, al menos en lo que ha honorarios médicos respecta, se podrán fijar los mismos de una manera unilateral, sino mediante concertación con los organismos gremiales respectivos”*. Pero a juicio de las clínicas, el proceso de aplicar medidas se paralizó cuando diferentes sectores privados acordaron con el gobierno aceptar

cupos de atención gratuita a personas que no tengan los recursos.

Situación presupuestaria y financiera en salud

El presupuesto de la salud en estos 10 años ha sido insuficiente para financiar el sistema sanitario y los programas de salud pública. En el plan presentado por el Ministerio de Salud en los primeros años, se aspiraba incrementar a 10% el monto asignado a este organismo dentro del presupuesto público, con el fin de garantizar la gratuidad de los servicios, pero esta aspiración jamás llegó a cumplirse. Por el contrario, el porcentaje que este presupuesto representa se ha mantenido por debajo del 7% y, desde el año 2005, ha sido menor al 6%. La disminución del peso de los ingresos presupuestarios en salud, dentro del presupuesto nacional, comenzó en el año 2003 cuando el gobierno nacional enfrentó fuertes restricciones financieras, debido al impacto de los conflictos políticos internos del país.

Cuadro N° 5
Presupuesto ministerio de Salud 1998-2008

Años	Presupuesto en Millardos de Bs.	% del PIB	% del Presupuesto Nacional
1998	752	1,60	SD
1999	767	1,29	5,51
2000	1.432	1,32	6,08
2001	1.729	1,49	6,15
2002	2.098	1,61	6,62
2003	2.668	1,82	6,41
2004	3.153	1,33	6,31
2005	4.860	1,85	5,94
2006	5.001	1,75	5,76
2007	7.749 *	2,2	5,41
2008	11235 *	SD	5,52

Fuente: ONAPRE, Exposición de Motivos del Presupuesto para los Ejercicios Fiscales (varios años), Estimaciones Propias.

Cuadro N° 6
Ingresos Acordados a las Entidades Federales (%)

Años	Porcentaje						
	Situado Constitucional (1)	Asignaciones económicas especiales	FIDES	FIEM	Aportes especiales*	Ingresos propios	Total
1997	60,7	2,4	6,0	0,0	29,3	1,6	100
1998	52,8	8,8	8,5	0,0	29,3	0,7	100
1999	54,4	8,0	8,3	0,0	27,9	1,4	100
2000	59,0	13,7	7,1	0,0	18,3	1,9	100
2001	57,7	10,7	6,5	0,0	22,9	2,2	100
2002	53,8	12,0	4,3	11,2	16,1	2,5	100
2003	55,4	12,7	5,7	6,0	18,6	1,6	100
2004	57,4	17,0	6,6	0,0	17,6	1,4	100
2005	62,1	12,1	7,2	0,0	17,9	0,7	100
2006	62,7	12,1	7,6	0,0	14,6	3,0	100
2007	68,7	7,2	7,3	0,0	13,9	3,0	100

Fuente: Elaborado por Silvia Salvato (Cálculos propios).

*Incluye Subsidio de Capitalidad, Transferencia de competencias de salud, LPH, Protección al menor etc. (1) A partir del año 2004 se deduce el Situado Municipal del Situado Constitucional. Fuente: ONAPRE. Exposición de Motivos del Presupuesto 1997-2008. Cálculos Propios.

Las insuficiencias presupuestarias del Ministerio han afectado también a los estados descentralizados. En estudios realizados por el Dr. Díaz Polanco del CENDES, se señalaba que a partir del año 2003 podía observarse una reducción de las transferencias presupuestarias hacia estas entidades, en contraste con aumentos del presupuesto central del Ministerio. Para el Dr. Díaz Polanco, ello representaba una tendencia hacia la centralización de la salud, en un momento donde se escuchaban reiteradas declaraciones del propio Ministro y de otros voceros de gobierno contra la descentralización. La tendencia hacia la reducción de las transferencias de los recursos para salud que les corresponden a los estados, también puede observarse en el peso que éstas tienen en sus presupuestos hasta el presente. Tales disminuciones parecieran haber sido cubiertas con recursos propios, que en el caso de los estados son escasos debido a la mora legal con el otorgamiento de potestades tributarias a estas entidades.

Ingresos Acordados a las Entidades Federales (%)

En cuanto a la distribución de estas transferencias por estado, durante los últimos años las asignaciones continuaron realizándose por cuotas históricas, las cuales guardan relación con los compromisos laborales y la cantidad de establecimientos que gestionan los estados. La distribución de centros y personal de salud entre los estados ha presentado desigualdades considerables que provienen del diseño de la arquitectura sanitaria desde hace décadas. No existen sin embargo hasta ahora, criterios relacionados con situación epidemiológica y ambiental, de gestión de servicios o de equidad, por lo que existen pocas posibilidades para evaluar el grado de relevancia social, eficacia o justicia con el que se asignan los recursos. Los estados que reciben mayor cantidad de transferencias son Distrito Federal, Zulia, Carabobo, Aragua y Anzoátegui; mientras que los

XXX

Cuadro N° 7
Recursos Transferidos a las Entidades Federales para atender los Servicios de Salud (Millones de Bs.)

Entidades Federales	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Distrito Federal	64.735	72.224	82.679	96.409	127.237	159.658	242.577
Anzoátegui	38.826	43.344	62.434	72.077	89.459	106.167	158.383
Apure	22.748	24.702	35.107	42.001	54.417	62.595	93.308
Aragua	43.562	50.598	65.289	78.227	97.376	114.027	172.721
Bolívar	36.410	41.781	56.630	61.532	85.850	101.485	143.742
Carabobo	47.274	54.820	61.930	78.923	103.551	128.834	182.650
Falcón	19.280	21.361	29.099	34.970	45.153	54.128	83.141
Lara	40.274	47.195	62.337	69.519	92.071	110.510	165.146
Mérida	27.448	29.302	41.056	49.736	67.283	92.681	130.042
Miranda	38.487	45.712	53.832	62.770	80.560	97.177	148.115
Monagas	20.496	25.105	27.628	34.796	51.572	64.296	97.639
Nueva Esparta	11.422	15.217	17.867	23.636	35.587	40.454	57.833
Sucre	31.743	34.726	46.430	54.033	72.079	86.591	131.521
Táchira	29.640	33.594	43.845	53.801	73.375	90.376	140.534
Trujillo	28.091	35.159	45.637	53.232	74.699	89.648	134.499
Yaracuy	17.649	19.889	22.961	31.104	42.057	53.340	79.300
Zulia	58.807	69.069	82.752	98.217	128.485	159.050	251.298
Total	576.892	663.798	837.513	994.983	1.320.811	1.610.017	2.412.449

Fuente: Elaborado por Silvia Salvato, ONAPRE, Exposición de Motivos del Presupuesto para los Ejercicios Fiscales 2000-2007

que menos reciben son Nueva Esparta, Falcón y Yaracuy. En estimaciones hechas por Provea, se encontraron situaciones en las que se aplicaron otro tipo de criterios en los momentos de ajustes presupuestario, donde se favorece a los estados centralizados en menoscabo de los descentralizados.

Por otra parte, es importante resaltar que el presupuesto asignado al Ministerio no es el único gasto que hace el Estado en materia de salud. Uno de los elementos más resaltantes durante estos años, ha sido el crecimiento exponencial de los gastos públicos en compra de pólizas de hospitalización, cirugía y maternidad, de las cuales gozan los empleados públicos en todos los ámbitos de gobierno, pero fundamentalmente este incremento se ha dado en el gobierno central. Entre 1998 y 2001, este gasto subió en 100%. Al

respecto, el diputado Simón Escalona, afirmaba en el 2008, que: "...el costo de las pólizas para la administración pública se elevó. Sólo por concepto de hospitalización, cirugía y maternidad, el sector público gastó unos 7 mil millones de bolívares fuerte durante 2007 y la cobertura para este año (2008) se calcula que llegue a 9 mil millones⁵⁴". Los gastos de salud contratados al sector privado de una manera no controlada y sin criterios basados en los costos y alcances de protección a la salud de las personas, causan daño patrimonial al presupuestario de salud y al de la seguridad social.

Otros gastos en salud que aparecieron en estos años, son los referidos a las misiones y sobre los cuales existe muy poca información pública. Los datos que se conocen son dispersos, provienen de diferentes fuentes y se-

ñalan montos muy variados. En el año 2007, se publicaron cifras en un informe de la Oficina Panamericana de la Salud sobre Barrio Adentro, provenientes de PDVSA. En este informe se decía que a través del Fondo para el Desarrollo Económico y Social del País (FONDESPA), creado en el 2004, y del Fondo de Desarrollo Nacional (FONDEN), en el 2005, se habían destinado un total de 4.206 millones de Bs.F, lo que es equivalente al presupuesto de un año del Ministerio para atender el sistema sanitario público del país. Otra información indica que hasta el año 2007, el FONDEN destinó 831 millones de dólares a la Misión Barrio Adentro. De este monto se había ejecutado unos 449 millones en compra de equipos para Barrio Adentro III y IV. En este mismo reportaje, se presentaba una asignación del FONDEN a gastos de defensa por el orden de los 3.675 millones de dólares⁵⁵.

Además de este gasto que no entra al sistema sanitario público, las prácticas de las misiones en la gestión del gobierno significaron también exigencias presupuestarias para el Ministerio de la Salud. En el año 2007, se publicaron datos en los que el Ministerio había hecho gastos dirigidos a la Misión Barrio Adentro por un monto que representaba el 26% de su presupuesto. Nuevamente, en el 2008, el Ministerio de Salud afirmaba contar con 7 billones de bolívares en el presupuesto de ese año, más un crédito adicional de 900 millones⁵⁶. De esos montos se esperaba destinar a Barrio Adentro la cantidad de 1,1 billones para infraestructura, dotación, insumos, mantenimiento, gastos de recursos humanos y pago de compromisos de trabajadores de esa misión.

El gasto público que destina Venezuela a la salud es muy bajo en comparación con su PIB. Varios estudios nacionales relacionados con lo que sería la cantidad necesaria para

lograr los objetivos de gratuidad, universalidad y calidad del sistema de salud venezolano, han dicho que este monto estaría por el orden del 9% del PIB, aunque los estándares internacionales recomiendan un 5%. En Venezuela, los recursos fiscales ordinarios destinados a salud todavía no llegan a sobrepasar el 2%. Los otros recursos que no han circulado por el presupuesto, de carácter puntual y que parecen ser cuantiosos, no constituyen una ayuda ni tampoco una esperanza de que con ellos sea posible cubrir el déficit financiero del sistema, a no ser que se construya una política de financiamiento a largo plazo, dirigida a recuperar, fortalecer y hacerlo sostenible, junto con las entidades estatales y municipales, así como con todas las instituciones que lo conforman, incluyendo al sector de las asociaciones sin fines lucrativo y privados. De acuerdo con el Dr. Marino González, Profesor del Instituto de Políticas Públicas de la Universidad Simón Bolívar, la estructura de gasto en salud de Venezuela se parece más a la de Estados Unidos que a la de Europa, tal como lo muestra un cuadro presentado por este especialista:

Recientemente, el Presidente anunciaba un cambio de estrategia financiera para cubrir los gastos de recuperación y administración de los establecimientos que serían transferidos al Ministerio de Salud. Esta estrategia consistiría en inyectar recursos al presupuesto ordinario del Ministerio, en vez de usar la vía de los recursos extraordinarios. Para el plan de centralización que llevará a cabo el Sistema Metropolitano de Salud se destinó en el 2008 un monto de 259 millones Bs.F, pero se necesitan 800 millones Bs.F para su implementación. Una parte de este monto será cubierto con 100 millones de Bs. F provenientes de los dividendos de la Compañía Nacional de Teléfonos de Venezuela (CANTV), recientemente adquirida por el

Cuadro N° 8
Indicadores de Gasto en Salud entre Países

	Venezuela	Estados Unidos	España
% Gasto Salud/ PB	4,5	15,2	7,7
% Transferencias Públicas	44,3	44,5	71,3
% Gasto Privado	55,7	55,4	28,7
% Gasto Salud/ Gobierno	6,4	18,5	13,7
Per cápita (\$)	231	5711	1853

Fuente: Marino González. Las Políticas de Salud en Venezuela: Alternativas para su Mejoramiento. Cuadro extraído de WHO 2006, datos de 2003.

Estado, y otros 100 millones de ventas de activos petroleros en el exterior. El Presidente Chávez señalaba que se destinaría 1 dólar de cada barril de petróleo al sector salud, lo que representaría según sus cálculos un poco más de 2 billones de Bs.F: “...*aún son pocos los recursos ordinarios destinados a la salud. Estimo que pronto deberíamos llegar a un 9% del PIB a la salud*⁵⁷”.

Situación de salud de las personas

El debilitamiento de las condiciones sanitarias y de las políticas en materia de salud ha venido afectando de manera significativa la vida y las condiciones de bienestar de los venezolanos/as durante estos años. Las tendencias de deterioro en algunos aspectos muestran situaciones preocupantes. En una solicitud que hiciera Provea a la Fiscalía General de la República, a fin de conocer la cantidad de situaciones investigadas sobre mala praxis médica en el país, se encontró la existencia de 627 casos en los cuales las personas habían fallecido y las demandas de los familiares no habían prosperado. El mayor porcentaje de estos casos se encontraba en Caracas y en el Edo. Yaracuy⁵⁸. Igualmente,

en el seguimiento de prensa que hace Provea sobre reportes de problemas sanitarios, se recogieron unas 20 muertes por causas sanitarias en el año 2008, los cuales en su mayoría se deben a situaciones de contaminación o insalubridad en los hospitales públicos, además de las denuncias de recién nacidos fallecidos por falta de atención médica: 6 en Caracas, 56 en el Edo. Mérida y 5 en el Edo. Lara.

Acceso a la información y silencio epidemiológico

Una de las mayores afectaciones que se han producido al derecho a la salud durante estos años, es la pérdida de garantías relacionadas con el derecho a la información. En estos años se han incrementado las dificultades para obtener información pública sobre diferentes aspectos relacionados con la salud. En principio, los sistemas con los que cuenta el país para producir información en esta materia han venido arrastrando debilidades que se han acrecentado. Los registros demográficos presentan vacíos, las cifras de mortalidad se publican con 2 años de retraso, las de morbilidad presentan graves problemas de subregistro, no existen censos actualizados del número y de las características de establecimientos ni del personal de salud, el sector privado no reporta información al Ministerio, se han creado muy pocos sistemas de vigilancia epidemiológicas que den cuenta del comportamiento de enfermedades crónicas o de afecciones como el VIH o SIDA. De esta manera, urge que en el país se tomen medidas para levantar un sistema de información en salud que sea completo, confiable, oportuno y esté disponible para el conocimiento público.

Por otro lado, la información acerca de las actividades y resultados de la Misión Barrio

Adentro no se encuentra disponible para los ciudadanos y escasamente es conocida por el propio Ministerio de Salud. Esta información es reportada y procesada dentro de la misma Misión Médica Cubana y entregada al Ministerio en forma de informes semanales donde se presentan datos generales que no se explican. Estos informes no llegan a las direcciones estatales y municipales de salud. En varias oportunidades, las autoridades de salud han dado la orden de no permitir entrevistas al personal de salud de los hospitales y, especialmente en el caso de los médicos/as cubanos/as, está prohibido sostener conversaciones con ellos a no ser que haya autorización escrita por parte de la coordinación de la Misión Médica Cubana.

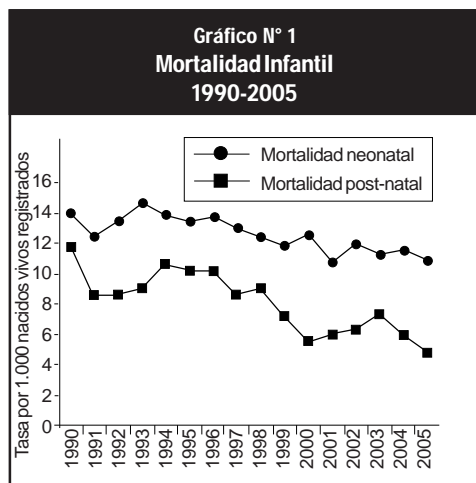
Adicionalmente, desde el mes de julio del año 2007 el Ministro de Salud ordenó suspender el Boletín Epidemiológico Semanal que publica el Ministerio en su página web. La Organización Panamericana de la Salud, con sede en Venezuela, publicó estos boletines hasta el mes de diciembre del mismo año. Desde entonces, el país se encuentra en una situación de silencio epidemiológico. Las razones argumentadas por el Ministro de Salud y la Dirección Nacional de Epidemiología para actuar de esta forma es que la información es usada para alarmar a la población⁵⁹. Con ello, los derechos constitucionales de acceso a información pública y protección a la salud se ven vulnerados. La conducta de omisión en el suministro de información epidemiológica, creada u ordenada por los organismos del Estado violenta a su vez convenios y tratados internacionales suscritos por el Estado venezolano, en los que es obligatoria la notificación de enfermedades o situaciones que tengan un impacto importante en las condiciones de salud de la población del país y la de otros países.

Muertes evitables

La mortalidad por causas evitables ha ido aumentando en estos años. En esta mortalidad tienen un gran peso las causas externas, entre las cuales se encuentran los homicidios y los accidentes de tránsito. El número de casos de muertes por este motivo, ha crecido de tal modo que representan actualmente la primera causa de muerte en el país.

Por su parte, la mortalidad infantil (0-1 año de edad) siguió un ritmo de descenso en estos años. Sin embargo, en estos 10 años las muertes infantiles tuvieron reveses en tres años consecutivos, específicamente durante los años 2002-2004, junto con el aumento de los indicadores de pobreza y desempleo. A partir del año 2005, continuó su descenso hasta lograr en el año 2007 una sensible disminución de acuerdo con las cifras oficiales, que se ubicó en una tasa de 14,2 muertes por cada 100.000 nacidos vivos. Esta tasa representa 1.737 niños/as fallecidos/as. Ahora bien, de acuerdo con las cifras conocidas de los boletines epidemiológicos, en el 2007 las muertes infantiles alcanzaron 2.826 y hasta la semana 28 del año 2008, se conocían por fuentes de prensa un número acumulado de 2.567 casos⁶⁰.

Dentro de la mortalidad infantil, la ocurrencia de muertes neonatales (0 a 28 días de nacidos) continúa estancada. Estas muertes tienen como principales causas, las afecciones perinatales, las anomalías congénitas, las enfermedades infecciosas intestinales, los accidentes, la influenza y la neumonía. Para el 2008, los estados donde se concentraron estas muertes fueron: Zulia, Táchira y Anzoátegui. A estas muertes contribuye la gran cantidad de embarazos que todavía se producen en mujeres menores



Fuente: Anuario de Mortalidad. Ministerio de Salud.

de 19 años y también el número elevado de abortos en adolescentes. La Organización Mundial de la Salud calcula que éstos alcanzan en Venezuela un total de 380.000 anuales⁶¹. La mortalidad post-neonatal (de 28 días a 1 año de nacido), que está más asociada a condiciones socio-económicas y ambientales se ha reducido, aunque las diarreas e infecciones respiratorias aumentaron. Las deficiencias nutricionales tienen que ver con estas muertes, que pasaron de 3,8% a 5,3% entre los años 2000-2006, siendo el 52% de estos niños menores de 1 año. Durante los últimos años ha crecido el déficit nutricional crónico que significa “hambre oculta”. El porcentaje de población sub-nutrida calculada por la FAO en estos años es del 18%. El grado de calorías consumidas bajó de 2.460 a 2.196, aunque el consumo de alimentos mejoró levemente. Al mismo tiempo, ha venido aumentando el porcentaje de niños y niñas con bajo peso al nacer, pasando de 8,8% en el 2000 a 9,1% en el 2006.

Por el contrario las muertes maternas (durante el embarazo o antes de los 42 días posteriores a su terminación) continúan siendo altas y se mantienen sin variaciones durante los últimos años. Entre 1999 y 2005, se produjeron 328 muertes maternas anuales en promedio. Los estados donde hay mayor incidencia son: Carabobo, Monagas, Zulia, Anzoátegui, Mérida y Aragua. En la Maternidad Concepción Palacios de Caracas, principal centro de referencia nacional que atiende un promedio de 45 nacimientos diarios, el 35% de las madres que van a parir nunca han asistido a control prenatal. Dentro de este centro, la tasa de mortalidad infantil es de 21 por cada 100.000 nacidos vivos. Estas muertes están asociadas con embarazos de riesgo en mujeres de 15 a 19 años de edad, que representan el 25% de los embarazos totales. Las condiciones de las maternidades inciden directamente en estas muertes, básicamente: la falta de servicios y camas obstétricas, las deficiencias en personal y en equipos de cuidado intensivo, así como los ambientes y tratos inadecuados para las mujeres embarazadas o parturientas.

Cuadro N° 9
Mortalidad Materna

Años	Tasa x 100.000 NVR	N° Casos
1998	51,0	256
1999	59,3	313
2000	60,1	327
2001	67,2	356
2002	68,0	335
2003	57,7	321
2004	54,7	318
2005	59,9	351
2006	SD	356

Fuente: Anuarios de Mortalidad (Varios Años), Ministerio del Poder Popular para la Salud.

Enfermedades prevenibles

Durante los 10 años transcurridos se han producido repuntes en enfermedades prevenibles como el dengue y la malaria, así como también han ido en ascenso sostenido los casos de tuberculosis asociados directamente con la pobreza y los problemas de saneamiento. Los estados donde ha tenido mayor incidencia el dengue son Zulia, Falcón y Anzoátegui. En la malaria, los casos prevalecen en los estados Bolívar, Amazonas, Delta Amacuro, Sucre, Apure, Barinas, Táchira, Guárico y Monagas, específicamente en 45 municipios que en su gran mayoría pertenecen a estos estados. La tuberculosis ha tenido repercusión en el Distrito Capital. Los casos de cólera dejaron de notificarse desde el año 2001.

A pesar de la recurrencia del dengue en el país cada año, específicamente durante los períodos de lluvia, las campañas implementadas por el Ministerio de Salud fueron reactivas. Uno de los años de mayor repunte fue el 2001, cuando se alcanzó la cifra de 58.597 casos. Al

año siguiente, la cifra bajó de manera considerable. El Ministro de Salud en el año 2003, Francisco Armada, explicaba que este descenso se debía a que el Ministerio estaba aplicando una nueva estrategia para el control de la enfermedad, en la cual lo más importante era crear consciencia en las comunidades sobre el comportamiento de la larva del mosquito y la manera cómo eliminarla. No obstante, el dengue volvió a crecer en los años 2005-2006 y de manera muy importante en el año 2007. En esta oportunidad, la cantidad de denuncias y reportes hechas por los pacientes, medios de comunicación y los propios médicos/as no fueron escuchados por el Ministerio de Salud. Fue a finales del año 2007, cuando la epidemia se decretó en 9 estados del país y hubo reacción por parte del Ministerio. Se iniciaron entonces campañas de prevención y operativos de fumigación en todos los estados.

En condiciones de silencio epidemiológico, los datos que algunas fuentes de prensa lograron obtener del propio Ministerio daban cuenta de entre 77.000 y 80.500 casos reportados de dengue en el año 2007, lo que representaría la mayor cifra conocida⁶². Enrique López Loyola, Presidente de la Red de Sociedades Científicas Médicas Venezolanas, exponía que esta situación era producto del crítico estado en el que se encontraba el sector salud a nivel nacional y de la interrupción de políticas de prevención y control⁶³. En enero de 2008, el Vicepresidente Ejecutivo liderizó un plan para reducir el número de casos en el Edo. Zulia, donde se concentraba el 25% de los casos⁶⁴. En febrero de 2008, el Ministro de Salud, Jesús Mantilla, reconoció que las cifras eran elevadas y que existía un número importante de casos no notificados, por fallas en los reportes de la Misión Barrio Adentro,

Cuadro N° 10
Morbilidad (Número de Casos)

	Cólera	Dengue	Malaria	Tuberculosis
1998	313	37.586	SD	799
1999	386	26.606	21.673	1.631
2000	141	19.823	29.887	1.936
2001	74	58.597	22.803	321
2002	0	37.676	29.337	5.971
2003	0	26.996	31.186	6.501
2004	0	30.693	46.244	6.519
2005	0	42.199	45.328	6.600
2006	0	42.029	36.595	6.448
2007	0	28.119	25.143	SD
2008	SD	25.069*	SD	SD

*Acumulado en los 5 primeros meses.

Fuente: Cálculo propio con datos del MPPS

particularmente en los estados Cojedes y Zulia. En esa misma fecha, el Ministro de Salud anunciaba que estaba recibiendo ayuda de la OPS en la preparación de campañas contra el dengue. Por otro lado, también informaba sobre la compra de vehículos y equipos de fumigación y abatización para distribuirlos entre las Direcciones Regionales del Ministerio. En esta actividad también recibía apoyo de la Misión Médica Cubana.

También en estos últimos años, se incrementaron enfermedades prevenibles por vacuna como la tosferina y la parotiditis; y las relacionadas con condiciones medio-ambientales como las diarreas y las infecciones respiratorias agudas⁶⁵. De acuerdo con diversas declaraciones de las sociedades médicas, el aumento de las cifras de estas enfermedades se debe a los problemas de saneamiento, la ausencia de campañas de prevención, fallas en los programas de vacunación y el silencio epidemiológico. En lo que respecta a los programas de vacunación, el Dr. Pablo Salcedo Nadal, explicaba que: *“la falta de información sobre el esquema de vacunación y la escasez de vacunas es un problema que incide en la proliferación de algunas enfermedades, que bien pueden evitarse por medio de la inmunización”*⁶⁶. En lo que se refiere a los programas de vacunación, se reportó que los niveles de cobertura de vacunación contra la parotiditis habían alcanzado un 40,8%, siendo lo recomendado por OPS una cobertura de 64%⁶⁷. En el Taller Nacional de Epidemiólogos y Coordinadores del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), el Ministerio de Salud confirmó que el PAI estaba pasando por severas dificultades entre las que se encontraban⁶⁸:

- Elevadas tasas de deserción del programa en muchos estados.

Cuadro N° 11 Enfermedades Prevenibles Conocidas 2007-2008		
	2007	2008
Diarrea	978.750	977.159
Infecciones Respiratorias Agudas	2.299.124	3,213.452
Dengue	26.738	28.640
Varicela o Lechina	49.550	82.990
Parotiditis	4.377	164.773
Hepatitis B	634	851

Fuente: Panorama. Sección Temad del Día. 06.08.08.

- Debilidades en planificación, programación, logística, organización de los servicios y vigilancia epidemiológica.
- Fallas en la adquisición de vacunas, como la Trivalente Viral.

En lo que respecta al VIH/SIDA, las pocas cifras disponibles indican que el número de personas infectadas ha ido en ascenso. Según cifras oficiales, en el año 1998 la prevalencia del VIH/SIDA fue estimada en 8.047 casos y en el 2000, en 10.571. En tanto que para el año 2001 fueron estimados 62.000 y para el año 2006, 110.000 personas⁶⁹. A comienzo de este período, las organizaciones civiles lograron ganar una sentencia judicial en la cual se le ordenaba al Ministerio de Salud suministrar tratamiento antiretroviral en forma gratuita a personas que viven con VIH/SIDA, lo que ha logrado que unas 23.000 personas lo reciban actualmente. No obstante, como fue señalado antes, las personas seropositivas superan la cantidad de 100.000 casos⁷⁰ que desconocen su situación o que encuentran barreras geográficas, culturales y económicas para recibir atención y tratamiento. Alcanzar a estas personas y frenar la propagación del virus, requiere acciones del Estado dirigidas a: desarrollar campañas educativas y preventivas de alcance nacional, eliminar las barreras de accesibilidad a las prue-

bas y a espacios de apoyo personal y familiar; así como garantizar medios efectivos para ejercer y defender a la salud sin discriminación en la atención médica privada y pública, ambientes educativos, familiares y de trabajo”.

Conclusiones

El balance del panorama de la salud en estos 10 años contrasta entre avances y reveces. La oportunidad de contar con un marco progresivo del derecho a la salud en coherencia con el marco constitucional ha ido perdiéndose en estos años. Las acciones de política que intentaron recuperar las garantías públicas del sistema sanitario y de los programas de salud, no lograron prosperar. La LOSSS, que sigue siendo ley vigente, no ha sido puesta en práctica y los proyectos de leyes de salud presentados hasta el momento, no cumplen en muchos aspectos con los mandatos de la Constitución.

Preocupa sobre todo las tendencias hacia la centralización de la salud, lo que va en contra de la estructura federal del Estado Venezolano, y que se continúen aplicando políticas asistenciales sin actuar en los problemas estructurales que presenta el sistema sanitario, hoy más agravados que antes. Las señales de un colapso del sistema, advertido por diferentes sectores e instituciones que forman parte del sector salud y también reconocido por parte de partidarios del gobierno, tiene consecuencias en pérdida de vidas humanas y en el desmejoramiento de las condiciones de salud de la mayoría de la población.

Frente a este panorama, es urgente que las autoridades públicas cumplan con las exigencias que les demanda la Constitución y tomen medidas que permitan enfrentar la crisis del sistema bajo términos integrales y haciendo frente a las causas estructurales. Entre estas medidas se encuentra:

- Definir un plan de financiamiento que garantice el sostenimiento a largo plazo del sistema sanitario y pueda ampliar sus capacidades para satisfacer una atención a la salud gratuita, universal y de calidad.
- Convocar a los integrantes del sistema sanitario, principalmente gobernadores, alcaldes, gremios y sindicatos, trabajadores/as de la salud, incluyendo el personal de Barrio Adentro, universidades, así como los trabajadores/as del país y los propios ciudadanos, a fin de concertar un proceso de integración democrática y descentralizada del Sistema Público Nacional de Salud.
- Revisar la política de Barrio Adentro y tomar de ella los elementos favorables para fortalecer el enfoque integral del Sistema Público Nacional de Salud.
- Restituir los derechos a la información pública en salud, a un salario digno de los profesionales y técnicos de la salud sin sometimientos de ninguna especie, y a la libertad sindical y la convención colectiva.
- Poner en práctica la Ley Orgánica de Seguridad Social y aprobar en el menor tiempo posible la Ley Orgánica de Salud, con un desarrollo normativo adecuado en forma ajustada a la norma constitucional, para crear el Sistema Público Nacional de Salud.

Notas

1. En Caracas, la Dirección de Salud de la antigua Gobernación del Distrito Federal, cerró 30 ambulatorios de un total de 94. El argumento fue: “es mejor tener 70 ambulatorios en funcionamiento que 94 mal dotados”. En el Edo. Miranda, se cerró el Hospital Materno-Infantil del Este. En el Edo. Zulia, se cerraron 3 ambulatorios que atendían a 100.000 habitantes. En la población de Ureña del Edo. Táchira, el personal médico decidió atender a las personas en las comunidades por las barreras de acceso geográfico que presentaba el único ambulatorio urbano del municipio. En PROVEA: Informe Anual octubre 1998-septiembre 1999.
2. En el Edo. Lara, el Director Regional de Salud decía: “...la salud no puede ser gratuita, por lo menos en este momento. Eso que dicen los políticos no es posible. Es una utopía pensar en una medicina gratuita y decirlo es irresponsable”. En el Edo. Táchira, se proponía un sistema de recuperación de costos como modelo de eficiencia y de atención, mientras que en el municipio Sucre de Caracas, se cobraban los partos, cesáreas e incluso el certificado de nacimiento a mujeres parturientas en el Centro Materno Infantil Joel Valencia Parparcen. En PROVEA: Informe Anual octubre 1998-septiembre 1999.
3. En la Memoria y Cuenta del Ministerio de Salud del año 1998, se explicaba cómo se habían afectado las transferencias de recursos en salud para los estados descentralizados debido a la asignación de un presupuesto deficitario (46%), de antemano insuficiente porque representaba apenas el 1,6% del PIB; y la aplicación de tres recortes al presupuesto como efecto de ajustes derivados de la reducción de los ingresos petroleros. En PROVEA: Informe Anual octubre 1998-septiembre 1999.
4. Ley Orgánica de Salud, G.O. N° 36.579 de fecha 11.11.98.
5. PROVEA: El Derecho Humano a la Salud. Una Visión Integral. Memorias del VII Seminario de Formación en Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Caracas, 26 al 30 de junio 2006.
6. Tirso Silva: “Excluir a Barrio Adentro de la Ley de Salud es un gran error”. El Universal [en línea]. 12.10.08. <http://www.guia.com.ve/noticias/?id=22292>.
7. *Ibid*, Provea 2006, Págs. 88-91.
8. Al respecto, Héctor Solórzano, Director General de Salud del IVSS informaba que en Caracas existen 17 unidades extrahospitalarias para procedimientos de diálisis que necesitan personas con insuficiencias de riñón. El Universal, 16.01.08, pág. 3-3.
9. *Ibid*, Provea 2006, Pág. 103.
10. G.O. N° 38.236 del 26.07.05.
11. Méndez, Absalón (2008): Origen, desarrollo, crisis y reforma de la seguridad social en Venezuela. ILDIS, Mayo 2008. Caracas. Pág. 4.
12. Esta misión surge oficialmente en diciembre del año 2003 en el Programa Aló Presidente N° 174. No obstante, el gobierno nacional considera como fecha de inicio el 16 de abril del mismo año, momento en el cual llegó al país el primer grupo de médicos/as cubanos/as.
13. En el marco del Convenio Cuba-Venezuela, durante el 2000 viajan a Cuba los primeros 56 estudiantes venezolanos para formarse en la carrera (pre y post grado) de medicina general integral en la Escuela Latinoamericana de Ciencias Médicas (ELAM); además se trasladaron los primeros 75 pacientes venezolanos con problemas fundamentalmente oftalmológicos para recibir tratamiento y ser operados en Cuba, a lo cual posteriormente el Presidente de la República llamó Misión Milagro.
14. Decreto Presidencial N° 2.745, G.O. N° 37.865, del 26.01.04.
15. Coordinación Nacional de Atención Primaria-MSDS. Boletín N° 2.
16. Decreto Presidencial N° 2.811, en el que se aprueba el Plan Excepcional de Desarrollo Económico y Social para la Dotación y Suministro de Insumos Médico-Odontológicos a los Consultorios Populares para la ejecución del Programa Misión Barrio Adentro.
17. Desde ese momento la Misión Médica Cubana ocupa oficina en las instalaciones del Ministerio de Salud.
18. Aldo Muñoz: “Los CDI garantizan una salud integral”. Panorama, 12.03.08.
19. Rodríguez Araque, Alí (2004): Palabras de Apertura. Seminario Nacional: Política Social ¿Un Nuevo Paradigma? FEGS, Caracas 11,12 y 13 de mayo de 2004. Pág. 1.
20. Carlos Walter: *Venezuela tiene dos ministerios de salud*. El Nacional, 02.12.07, pág. 4.
21. Decreto N° 5.836, G.O. N° 38.859 de fecha 28.01.08.
22. Luisana Melo: *No está prevista por ahora la transferencia de hospitales*. El Nacional, 14.02.08, pág. 2.
23. Tirso Silva: *Excluir a Barrio Adentro de la Ley de Salud es un gran error*. El Universal, 12.10.08. [en línea] <http://www.guia.com.ve/noticias/?id=22292>
24. Vicepresidente Ejecutivo, Ramón Cañizalez: *Sistema Público Nacional de Salud traslada plan piloto metropolitano a otras regiones del país*. Vicepresidencia de la República Bolivariana de Venezuela. Información Institucional. [En Línea]. http://www.vicepresidencia.gov.ve/web/index.php?id=1536&option=com_content&task=view
25. *Gobierno controlará 28 hospitales*. En: El Universal, 23.02.08, pág. 3-7.
26. *Hospitales regionales pasarán a Minsalud*. En: El Universal, 19.02.08, pág. 1-7.
27. *El Padre Machado ahora forma parte del IVSS*. En: El Universal, 03.04.08, pág. 6.
28. Decreto Presidencial 6.201 del 01 de julio de 2008, publicado en Gaceta Oficial N° 38.976 del 18.07.08.

29. *Presidente Hugo Chávez: Se acabó la descentralización en salud.* En: El Nacionalista, 23.09.08. [En línea]. http://www.elnacionalista.com.ve/index.php?option=com_content&task=view&id=583&Itemid=2.
30. Patruyo Thanalí (2008): El estado actual de las misiones sociales: balance sobre sus procesos de implementación e institucionalización. ILDIS, Caracas.
31. *La misión Barrio Adentro se vino abajo.* En: Últimas Noticias, 25.01.08, pág. 8.
32. Datánalisis. Encuesta Nacional Ómnibus, años 2004, 2005, 2006 y 2007, recogido en: D'Elia, Yolanda y Cabezas, Luis Francisco (2008): *Las Misiones Sociales en Venezuela.* ILDIS, Agosto 2008, Caracas.
33. *Ibid.*, Patruyo 2008.
34. Cadena Global: "Invertirán más recursos en recuperación de módulos". 28.01.08.
35. *Viceministro cubano denunció retraso en Barrio Adentro.* En: El Nacional, 25.02.08, pág. 3.
36. *Piden declarar la salud de Caracas en emergencia.* En: El Universal, 27.01.08, pág. 3.
37. Provea (2005): Estudio sobre la Misión Barrio Adentro; ILDIS (2006): *Las Misiones Sociales en Venezuela: una aproximación a su análisis y comprensión,* Caracas, 2006.
38. *Médicos venezolanos de Barrio Adentro proponen la incorporación de más colegas.* En: El Universal, 25.01.08, pág. 3.
39. El Universal, 25.02.08.
40. Agencia Bolivariana de Noticias: "Presidente Chávez anuncia construcción de 15 nuevos hospitales generales". 25.07.07. [En línea] http://www.abn.info.ve/go_news5.php?articulo=98518&lee=4.
41. En el 2008, los médicos del Hospital Pérez de León ubicado en el municipio Sucre del Distrito Metropolitano, explicaban que la obra de remodelación del hospital, cuya terminación se había prometido para el año 2006, tuvo demolerse por haberse hecho sobre una corriente de agua, que provocaba constantes filtraciones.
42. El Universal: "Hallan irregularidades en obras de 10 hospitales de Caracas". Sección Nacional y Política. 13.10.08. Edición en Línea: http://www.eluniversal.com/2008/10/13/pol_art_hallan-irregularidad_1090717.shtml
43. Carlos Walter: Venezuela tiene dos ministerios de salud". El Nacional, 02.12.07. Pág. 4.
44. *Gobierno reconoce que existen grandes desequilibrios en materia de salud.* En: El Nacional, 02.02.08, pág. A-9.
45. Luisana Melo: *Salud está en 'colapso funcional'.* En: Últimas Noticias, Sección La Vida, 21.02.08, pág.3.
46. *Respuesta integral en salud piden al gobierno.* En: Últimas Noticias, Sección La Vida, 22.06.08, pág. 21.
47. *Niegan que ambulatorios rurales estén en crisis.* En: Correo del Caroní, Sección Ciudad, 30.01.08, pág. D 4.
48. *Contrarrestan déficit de médicos con 14 estudiantes de medicina.* En: El Periódico, 22.02.08, pág.6.
49. *Dos mil médicos harán postgrado en diversas áreas.* En: Últimas Noticias, 18.02.08, pág. 2.
50. *Residentes de postgrado del HCM obligados a firmar exclusividad por cinco años.* En: El Araguëño, 27.03.03, pág. 7.
51. *Deterioro de hospitales colapsó a las clínicas.* En: El Carabobeño, 20.01.08, pág.8.
52. *La regulación de la medicina privada.* En: El Universal, 08.05.07 [En línea] <http://www.eluniversal.com/2007/05/08/opi_43839_art_la-regulacion-de-la_08A864063.shtml>
53. *Diputados crearán ley para regular clínicas privadas.* En: El Nacional, 24.04.08, pág. 4.
54. *Sector público gastó un realero en HCM.* En: Últimas Noticias, 28.04.08, pág. 26.
55. *Salud ha recibido 3,4% del Fonden.* En: El Nacional, 25.02.08, pág. 2.1.
56. *Asamblea aprobó recursos para Barrio Adentro I y II.* En: Últimas Noticias, 06.03.08.
57. *Destinarán un dólar por cada barril de petróleo al sector salud.* En: El Universal, 23.02.08, pág. 1-4.
58. *Fiscalía investiga 627 casos de mala praxis médica.* En: Últimas Noticias, 23.07.08, pág. 2
59. *A Chávez no le ha importado la salud.* En: El Universal, 29.01.08. 18.06.08, pág. 1-4.
60. *La parotiditis aumentó más de 3.000% en un año.* En: Panorama, 06.08.08, pág. 2.
61. *389.000 abortos en Venezuela.* En: El Mundo, 16.10.07, pág. 18.
62. *Mantilla reconoce subregistro de enfermedades endémicas.* En: El Universal, 28.08.07 [En línea] www.guia.com.ve/noticias/?id=11513.
63. *Salud debe seguir descentralizada. Crisis Hospitalaria.* En: El Universal, 14.02.08. [En línea] <http://www.guia.com.ve/noticias/?id=18335>.
64. *Vicepresidente activó en Zulia plan para atacar la epidemia del dengue.* En: Panorama, pág. 1-12.
65. *La parotiditis aumentó más de 3.000% en un año.* En: Panorama, 06.08.08, pág. 2.
66. *Acusan poca información sobre planes de vacunación oficiales.* En: El Tiempo, 08.08.07. [En línea] <http://www.eltiempo.com.ve/noticias/default.asp?id=151627>.
67. *FMV: Hay más de 160 mil casos de parotiditis.* En: Últimas Noticias, 23.08.08, pág. 6.
68. *Gobierno admite fallas en el programa de vacunación.* En: El Universal, 28.08.08, pág. 1-8.
69. *Acción Ciudadana contra el Sida y Asociación Venezolana para la Educación Sexual Alternativa: Informe Comunitario Venezuela 2008: Monitoreo y evaluación del logro de las metas de la Declaración de Compromiso en VIH/SIDA. Caracas 2008*
70. *Entre 100 mil y 150 mil venezolanos con VIH.* En: El Universal, 30.11.07, pág. 3-7.