

DERECHO A LA SALUD

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

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

Artículo 83 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela

Desde 1999, con la promulgación de una nueva Constitución, se vienen incorporando cambios en la orientación de las políticas públicas en salud. Estos cambios son, en su mayoría, conceptualmente consistentes con el derecho a la salud. No obstante, su impacto es aún insuficiente, por lo que no se ha logrado revertir el colapso del sistema público de salud. Las buenas ideas que subyacen a estas políticas se enfrentan a enormes déficit de gestión.

Después de tres años, la propuesta de reforma de la Ley Orgánica de Salud (LOS), vigente en el marco de la reforma del sistema de seguridad social, fue objeto de tres *vacatio legis* y se estima que será sometida nuevamente a otra. Por otra parte, el sistema público de salud sigue fragmentado en las redes de asistencia a la salud del MSDS y las dependientes del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS). A pesar del inicio del proceso de adecuación de las políticas y programas del MSDS al marco constitucional vigente y del impulso otorgado al proceso de recuperación de la red ambulatoria y hospitalaria del país, la crisis del sistema público de asistencia a la salud no ha logrado ser revertida. Para este período, se contabilizaron 346 denuncias sobre los principales problemas que afectan a los ambulatorios y hospitales venezolanos. Los aspectos más denunciados fueron: el recurrente desabastecimiento de medicamentos, insumos médicos y quirúrgicos; equipos médicos sin reparar; problemas en la infraestructura de los establecimientos; y los relacionados con el número de camas de hospitalización y de terapia intensiva en condiciones de operatividad.

Para el período que cubre el presente Informe se realizaron 122 acciones de protestas del sector laboral de la salud, de las cuales 73 implicaron la suspensión de los servicios de atención a la salud.

Por otra parte, la política del MSDS a favor de la gratuidad no logró convertir las buenas intenciones del Gobierno en medidas concretas que permitan la plena eliminación de la práctica de cobrarle al paciente los servicios ofrecidos. Ante la insuficiencia presupuestaria que presenta la red pública de atención a la salud, se sigue cargando al usuario el costo de los insumos y medicamentos de las intervenciones quirúrgicas o de exámenes de alto nivel de especialización.

Con respecto a los indicadores de morbilidad registrados al inicio del período en estudio y hasta el primer trimestre de 2002, la tendencia de aumento de enfermedades infecciosas como el dengue, fue revertida en el trimestre julio, agosto y septiembre del año 2002. Hasta la semana 38 (15-21 de septiembre de 2002) el MSDS reportó 30.178

casos de dengue, lo que representó un descenso del 48,5% en comparación con los 58.597 casos reportados para esa misma semana epidemiológica en el 2001. Sin embargo, con respecto al sarampión, enfermedad que estaba prácticamente erradicada, la situación no es alentadora: 2.492 casos fueron reportados hasta la semana 37 (8-14 de septiembre de 2002), destacando Falcón y Zulia como los estados más afectados.

La morbilidad de la población venezolana expresa la violación estructural del derecho a la no discriminación. Muchas de las principales enfermedades del país, encuentran en las condiciones de vida de los sectores populares su principal causa: déficit en la alimentación, deficiente suministro y calidad del agua potable, deficiente o nulo acceso al servicio de aguas servidas, mayor índice de exclusión del sistema educativo.

Por otra parte, preocupa que el MSDS no cuente con un sistema de información idóneo, con datos actualizados que permita un mejor monitoreo de la situación de salud y por ende, una mejor actuación ante las situaciones y problemas presentes. Las cifras que el MSDS suministró a Provea, el año 2002, sobre indicadores de natalidad y mortalidad neonatal, infantil, materna y de toda la población, corresponden al año 2000. En la Memoria y Cuenta 2002 del MSDS no se encuentra un balance de la ejecución y resultados de los programas y planes ideados por esa institución desde la reestructuración del año 2000, a excepción de unos pocos, como es el fortalecimiento de la red ambulatoria. Vale señalar que tal desempeño es contrario a lo señalado en la Observación General 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (DESC) de la Organización de Naciones Unidas (ONU), que establece que los Estados parte del Pacto Internacional de los Derechos Económicos Sociales y Culturales (PIDESC) tienen la obligación de promocionar el monitoreo y suministro de información relativa a la situación de salud¹.

Medidas adoptadas por el Estado

Centralismo vs. descentralización

Si bien el proceso venezolano de descentralización del sector salud comenzó en 1989, con la promulgación de la Ley de Elección Directa y Remoción de los Gobernadores de Estado, en opinión de Zegri Pereira, investigadora del Centro de Estudios para el Desarrollo (Cendes) y del proyecto “La Reforma del Sistema de Salud de Venezuela” (Resven), de la Universidad Central de Venezuela (UCV), este proceso no concluyó y resultó desigual entre las distintas entidades federales, generando un impacto también desigual. Para Pereira, un elemento que facilitó la evaluación del impacto de la descentralización de la salud hacia los estados es la antigüedad de los acuerdos de transferencia con el poder central. Cabe aclarar que, en el proceso de descentralización, los estados han sido clasificados en tres grupos distintos. El primero, integrado por los estados que firmaron acuerdos de transferencia entre 1993 y 1995 (Aragua, Anzoátegui, Bolívar, Carabobo, Falcón, Lara, Mérida, Miranda, Monagas, Sucre, Táchira y Trujillo); el segundo grupo, integrado por los estados que firmaron acuerdos a partir de 1997 (Apure, Guárico, Nueva Esparta, Portuguesa, Yaracuy, Municipios Libertador y Vargas) y el tercero, integrado por los estados que no firmaron acuerdo alguno o el caso del Edo. Zulia que lo suscribió en 1994, pero que luego fue revertido (Amazonas, Barinas, Cojedes, Delta Amacuro y Zulia)².

En este orden de ideas, Jorge Díaz Polanco, investigador del Cendes y coordinador del proyecto Resven, señaló que los estados descentralizados presentan un mejor

tratamiento de los recursos financieros, con mejora en algunos indicadores de salud, tales como la mortalidad infantil y el gasto público en salud, frente aquellos que no lo están. La afirmación tiene como base el estudio que realiza el CENDES sobre el impacto del proceso de descentralización en 8 estados del país (Aragua, Bolívar, Carabobo, Falcón, Nueva Esparta, Sucre, Yaracuy y Zulia), durante el período 1985-2002. Para Polanco, el principal problema que enfrenta el proceso de descentralización de la salud en el país es, por una parte, la falta de un presupuesto adecuado para el sector y, por la otra, fallas en el desarrollo de la capacidad regulatoria del proceso. Polanco se pronuncia a favor del sistema único de salud por permitir, entre otras cosas, la eliminación de las nóminas dobles en los estados descentralizados, donde una parte del personal depende del MSDS y la otra de las gobernaciones de los estados³. Un ejemplo es el hospital “José Gregorio Hernández”, conocido como “Los Magallanes de Catia” (Caracas), que a pesar de haber sido transferido a la Alcaldía Metropolitana, percibe los recursos del MSDS⁴.

Por su parte, María Helena Jaén, Coordinadora del Centro de Políticas Públicas del Instituto de Estudios de Alta Gerencia (IESA), señaló que la clave para mejorar la salud de las personas es acercándole los servicios y haciéndolas parte de las decisiones en salud pública. En este sentido, Jaén informó que en el país se han dado experiencias exitosas en algunos de los estados descentralizados, que deben ser rescatadas por el MSDS. Algunas de ellas son: la creación de núcleos de atención primaria y el modelo integral de atención ambulatoria, en el Edo. Aragua; el desarrollo de la gestión colectiva de los servicios de salud, en el Edo. Yaracuy, expresado en el control y supervisión por parte de las comunidades, de las actividades de salud de la red primaria; la propuesta de los ambulatorios “24 horas” en el Edo. Sucre; la mejora de la gestión del Instituto de Salud Pública del Edo. Bolívar; y, finalmente, la experiencia en el Edo. Carabobo, con la mejora de la red hospitalaria y próxima recuperación de la red primaria de salud. Coincidiendo con Polanco, para Jaén, el MSDS debe concentrarse en el financiamiento y rectoría del sistema de salud⁵. En resumen, el proceso venezolano de descentralización de la salud ha tenido algunos avances pero permanece inconcluso, por lo que requiere de la actualización de metas, de mejoras en los mecanismos de control y de un mayor y mejor apoyo al modelo descentralizado de la gestión pública.

Presupuesto Nacional de Salud

En el Informe Anual anterior, se identificaba la necesidad de aumentar la inversión pública en salud, debido a que lo que Venezuela destina a este sector sigue estando muy por debajo de los estándares internacionales (10% del producto interno bruto)⁶. Para este período, la inversión pública en el sector salud se incrementó en 0,8 puntos del PIB con respecto al 2001 (1,33%), ubicándose en 2,13%. El presupuesto del MSDS aumentó, de Bs. 1,52 billones en el año 2001 a Bs. 2,13 billones en el año 2002, lo que representa un 39,8% de aumento. Cabe destacar positivamente que esta cifra supera la inflación acumulada del año 2001, que se situó en 12,3%. El presupuesto del MSDS representa el 8,1% del presupuesto nacional⁷.

Presupuesto MSDS 1999-2002			
Años	Presupuesto en millardos de Bs.	% del PIB	% del presupuesto nacional
1999	767	1,29	5,5

2000	1.308	1,78	7
2001	1.526	1,33	8,5
2002	2.134	2,13	8

Fuente: Elaboración propia con datos tomados de cifras oficiales.

Pese a que estos datos revelan un aumento de la inversión en salud, queda pendiente el análisis de otros problemas que derivan del financiamiento, como son la suficiencia del volumen invertido por el gobierno central al sector salud, la distribución de los recursos a las regiones, los criterios utilizados en la asignación y distribución de los recursos, entre otros. En este sentido, Mirian Morales, directora de Salud Poblacional del MSDS, calificó como positivo, el hecho de que por primera vez para la aprobación del presupuesto 2002, el MSDS tomara en cuenta las aspiraciones de las entidades federales centralizadas y descentralizadas. Dándole prioridad, de esta forma, a la prevención de enfermedades, a las facilidades en el acceso de medicamentos y, favoreciendo el tratamiento a los grupos vulnerables (mujeres, niños, niñas y adolescentes, adultos mayores, pueblos indígenas y personas con enfermedades crónicas y de larga duración)⁸. No obstante, en el primer trimestre del año fiscal 2002, el Ejecutivo Nacional recortó el presupuesto de gastos y afectó el presupuesto de algunos programas del MSDS, uno de ellos, el Programa de Salud Integral (que tiene énfasis en el elemento preventivo), con una merma de 31,4 millardos de bolívars. A su vez, fueron afectados los subprogramas de "Salud Integral en Niños, Madres y Adolescentes", con una merma de 11,5 millardos de bolívars; de "Atención Integral por Enfermedades Prevenibles, Emergentes, Reemergentes y Crónicas", con una merma de 19,8 millardos de bolívars; de "Protección y Atención Integral de Grupos Sociales en Situación de Pobreza y Exclusión", con una merma de 3,7 millardos de bolívars y finalmente, el subprograma de "Superación de Inequidades Sociales", con una merma de 188.602.000 bolívars⁹.

En su gran mayoría, a los estados le asignaron mayores recursos para la ejecución 2002 en comparación con el año anterior. Destacan Falcón y Aragua, los cuales recibieron mayor cantidad de recursos, con un aumento para Falcón de 42,8 millardos de bolívars y para Aragua de 22,7. En oposición, llama la atención el criterio de asignación de recursos del MSDS a estados como Guárico y Cojedes, que en el año 2001 recibieron recursos muy por debajo del resto de los estados y para el 2002 se omitió la información sobre el presupuesto asignado, lo que impidió realizar un análisis comparativo. Delta Amacuro no escapa de una situación similar, donde la Ley del Presupuesto lleva varios años sin señalar cuáles son los recursos que le asignan¹⁰.

Cuadro comparativo de presupuestos estatales 2001-2002 (millones de bolívars)		
Entidades Federales	Años	
	2001	2002
Distrito Capital	71.047,8	80.320,7
Anzoátegui	40.671,7	60.353,9
Apure	22.133,7	33.707,3
Aragua	44.843,4	67.534,7
Bolívar	39.843,3	57.370,9
Carabobo	49.274,4	63.932,1
Cojedes	1.502,9	SD

Delta Amacuro	SD	SD
Falcón	20.870,1	63.606,9
Guárico	1.583,5	SD
Lara	41.698,3	63.606,9
Mérida	25.831,0	39.227,3
Miranda	41.361,4	53.575,7
Monagas	21.215,3	29.327,3
Nueva Esparta	12.591,1	19.059,9
Sucre	29.469,5	44.632,5
Táchira	28.306,1	43.655,7
Trujillo	31.025,6	45.889,5
Yaracuy	17.595,6	23.350,6
Zulia	59.134	76.770,6

Fuente: Elaboración propia con datos de la Ley de Presupuesto 2002. Ver PROVEA: Informe Anual octubre 2000- septiembre 2001. Caracas 2001. Pág. 104. (SD: sin datos)

En consecuencia, si bien se evidencia una tendencia al aumento de la asignación de recursos en el resto de los estados, los problemas de salud en las regiones no se han reducido en términos reales. Las denuncias sobre la falta de insumos y medicamentos, en la red hospitalaria y ambulatoria del país, y los conflictos de trabajo del sector salud, se mantuvieron como una constante. De igual manera, los indicadores de morbilidad por enfermedades prevenibles no registraron descensos substanciales, por lo que parece, entre otros factores, que la inversión pública del sector salud no es suficiente y en algunos casos, la distribución de los recursos a los estados no satisface los requerimientos de salud en términos de equidad. De esta afirmación se hizo eco Pedro Aristimuño, secretario de Salud de la Alcaldía Metropolitana, quien opinó que la asignación presupuestaria del MSDS no se ajustó a las necesidades de las regiones. Por ejemplo, a la Alcaldía Metropolitana le asignaron 80,3 millardos de bolívares para atender a una población de 4.000.000 de habitantes, mientras que a Aragua le asignaron 67,5 millardos de bolívares para atender una población de 414.409 habitantes¹¹.

Otro problema a considerar es la ejecución parcial del presupuesto. Pese a las grandes necesidades de recursos, el presupuesto no se ejecuta en su totalidad. Así, en el año 2001 la ejecución de los gastos presupuestados fue del 67%¹².

Por otra parte, un indicador que merece especial mención, por la incidencia que tiene en el volumen del presupuesto de gastos del MSDS y de los estados, es el tipo de cambio nominal del país que, entre enero y septiembre de 2002 registró una depreciación de casi 100%. Para el 04.01.02, la tasa de cambio en dólares era de Bs. 759,00 y para el 30.09.02 fue de Bs. 1.474,00¹³. El sector salud presenta un índice de precios superior al índice general de precios señalado por el Banco Central de Venezuela (BCV). Los bienes de salud en su gran mayoría dependen de las importaciones, lo que tiene incidencia en los costos y gastos de salud. En este sentido, Juan Manuel Domínguez, presidente de la Cámara Venezolana de Farmacias, expresó que en Venezuela el 95% de las materias primas para la elaboración de los medicamentos son importadas y ante el alza del dólar, se generó un incremento en el precio de los medicamentos que oscila entre el 20% y 30%. Domínguez explicó que el principio activo, “*que es la sustancia que previene o cura la enfermedad, no es*

*nacional, ni para los medicamentos genéricos ni para el que tiene marca, por lo que el precio fluctúa de acuerdo al dólar*¹⁴.

Por su parte, el IVSS contó en 2002 con un presupuesto para el fondo de Asistencia Médica, de Bs. 496 millardos. En opinión de Edgar González, presidente de Instituto, el principal problema del desfinanciamiento que presenta el IVSS es la recaudación deficitaria. El dinero recaudado no sobrepasa los 1,5 millardos de bolívares por año, cuando se deberían recaudar entre 5 y 6 millardos¹⁵. En este sentido, se pronunció sobre algunos ilícitos encontrados, como la existencia de listas de personas fallecidas que aún cobran la pensión, lo que genera pérdidas de 4 millardos de bolívares; y empresas que descuentan la cuota a los trabajadores, sin entregar el aporte al IVSS. Así mismo, señaló que el 75% de las deudas contraídas con el IVSS corresponden al sector privado y el 25% al sector público¹⁶. Nelson Croce, economista y profesor de la Facultad de Medicina de la UCV, en un estudio sobre el “Régimen Contributivo y el Financiamiento del Sistema Público de Salud”, con base en cifras del IVSS, encontró que en el marco del desfinanciamiento progresivo del subsistema de salud del IVSS, hay una tendencia al descenso en el número de asegurados y en el número de consultas médicas ofrecidas, durante el período comprendido entre 1987 y 1997. Sobre el número de personas cotizantes, registró una disminución en la tasa promedio de 2 puntos, salvo en 1995 que por el contrario, hubo un aumento de 5 puntos. De igual manera, con respecto al número de consultas ofrecidas se detectó una disminución en términos progresivos. Así, en 1987 el número de consultas ofrecidas fue de 12,2 millones y 10 años después, en 1997, el número de consultas descendió a 3,2 millones. Croce consideró, dentro del análisis de estos resultados, factores como las modificaciones de la estructura del empleo, las políticas salariales, los esquemas en que se sustentan los aportes al sistema de seguridad social y su vinculación con el régimen fiscal¹⁷.

Panorama legislativo

Para el período anterior, la discusión y aprobación del proyecto de la LOS se encontraba bajo una *vacatio legis* que se extendió hasta diciembre de 2001. En enero de 2002, el proyecto de ley fue sometido a una nueva *vacatio* extendida hasta el 01.07.02. Debido a la falta de consenso en el Parlamento sobre el proyecto de Ley Marco de la Seguridad Social (tanto a lo interno de la fracción mayoritaria, Movimiento Quinta República, como entre las otras fracciones), se aprobó una tercera *vacatio legis*, postergando la discusión del proyecto de la LOS hasta diciembre de 2002. Esta mora legislativa imposibilita la definitiva regulación de la unificación de los sistemas de salud existentes en el país.

En la última versión del proyecto de ley de la LOS (23.01.02), Provea identifica como aspectos positivos, la coherencia de su articulado con el mandato constitucional y el esfuerzo en regular un sistema nacional de salud (SNS) de tipo integral. A manera de resumen, el proyecto de ley establece que: a) la salud es un derecho social fundamental relacionado con otros derechos como son la alimentación, un ambiente sano, vivienda, trabajo, educación y el acceso a los servicios básicos fundamentales, entre otros (Art. 1 y 2); b) el sector salud tiene carácter prioritario dentro de las políticas nacionales (Art. 4); c) los principios rectores del SNS son la universalidad, equidad, gratuidad, solidaridad, integración social, unidad del SNS, multiculturalidad y efectividad social (Art. 10); d) el SNS tiene como prioridad el carácter intersectorial (Arts. 17 y 20) y la integralidad de la atención de salud se mantiene como característica fundamental (Art. 42); e) las estrategias de promoción de la salud deben tener

perspectiva de género y con incidencia en los patrones epidemiológicos (Art. 44); f) el MSDS podrá pechar a las empresas aseguradoras y de medicina prepagada el 0,5% de las primas recaudadas por año, con el fin de que éstas creen y administren un fideicomiso que permita destinar esos fondos a actividades articuladas de educación y promoción de la salud (Art. 47); g) el SNS asume con carácter prioritario el desarrollo y ejecución de políticas a favor de la donación de órganos, tejidos y derivados; del manejo de la sangre y sus derivados; para la prevención y control de la violencia; para la prevención de accidentes viales; para una salud sexual y reproductiva responsable y en cumplimiento de los esquemas de vacunación vigentes (Arts. 49-54); h) la rehabilitación de la salud será con base comunitaria (Art. 62); i) tiene carácter prioritario el desarrollo y ejecución de una política en salud mental (Art. 64); j) en la organización funcional del SNS tienen acceso prioritario la red de atención primaria y la red de emergencias, mientras que la red de especialidades ambulatorias y la red hospitalaria son accesibles por medio de referencia médica (Art. 71); k) restringe el uso del tabaco y la promoción del tabaco y el alcohol (Arts. 104-108); l) el financiamiento del SNS es solidario e integrado por los presupuestos fiscales en salud, ingresos de los estados y municipios, contribuciones y recursos de los regímenes prestacionales del sistema, multas, remanentes de capital, resarcimiento de servicios prestados a beneficiarios de pólizas de seguros o servicios privados de salud, donaciones y cualquier otro recurso conforme ley (Art. 116); m) el sector salud tendrá carácter prioritario en la asignación de recursos del presupuesto anual de la nación (Art. 117); n) el SNS crea, a su vez, un sistema de información en salud con el objetivo de unificar los criterios de levantamiento de información e indicadores de la salud de la población venezolana y de la situación de asistencia a la salud del sector (Arts. 134 y 135) y; ñ) la regulación sobre la implementación de mecanismos y procesos de control y fiscalización de la prestación de los servicios de salud; de la producción, comercialización y calidad sanitaria de productos, sustancias y servicios de consumo a la salud; de la producción, comercialización y calidad de equipamientos e insumos médicos; de la incorporación de nuevas tecnologías en salud y de la autorización y acreditación de los establecimientos y servicios de salud públicos y privados. También, de la recertificación de los profesionales y técnicos de la salud que como propuesta permite la actualización de conocimientos y prácticas médicas de los profesionales y técnicos de la salud; pero, igualmente inquieta que tal responsabilidad sea competencia exclusiva del MSDS (órgano político del Ejecutivo Nacional), ignorándose la participación de instancias como la Academia de Medicina (Art. 15).

Con respecto a la participación comunitaria, se le considera esencial para garantizar el derecho a la salud, y se le reconoce, como un derecho constitucional que tienen todas las personas de intervenir y controlar, de manera autónoma e independiente, la formulación, planificación y regulación de las políticas, planes y acciones de salud, así como de participar en la evaluación de la gestión de los servicios y presupuestos de salud (Art. 30). No obstante, el proyecto de ley, si bien no excluye dentro de las modalidades de participación otras que puedan ser decididas por las comunidades, preocupa que la misma se quede sólo en el ámbito de la consulta y el monitoreo, sin que tenga una incidencia decisiva en el control de la actuación de los entes y órganos de salud, amén de que la cuota de participación para las comunidades está en minoría, frente a los actores institucionales. De manera que el proyecto de la LOS crea instancias de articulación ciudadana como: la Asamblea Nacional de Salud, con participación de un representante de la sociedad; el Comité Nacional de la Salud, con participación de 2 representantes de la sociedad; los Comités Estadales de Salud, con dos representantes de la sociedad y; las Asambleas Estadales, Municipales y Locales de Salud, que sí cuentan con una participación paritaria de las comunidades con respecto a la participación de las instituciones de salud. Las modalidades de rendición

de cuentas y revocatoria de mandato son para los representantes comunitarios (Art. 31), y no para los funcionarios públicos. Por otra parte, se crean los comités de calidad, de los usuarios en los hospitales y de arbitraje, donde la participación comunitaria se limita a la recepción y canalización de las denuncias de los usuarios de los establecimientos de salud y a la conciliación y búsqueda de soluciones de las denuncias que se presenten (Arts. 37-39). Para Provea, los modelos de participación propuestos descargan en las comunidades, responsabilidades atribuidas a órganos de la Administración Pública, como es la Defensoría del Pueblo. Además, la participación comunitaria en salud debe superar el ámbito de lo asistencial y tender al fortalecimiento de acciones con enfoque integral de la salud.

Por otra parte, el proyecto en análisis dedica un artículo a los derechos de las personas en el SNS (Art. 32), incluyendo el derecho a recibir atención de salud oportuna aún en situación de conflicto laboral. Preocupa que este artículo pueda ser interpretado como una restricción indebida al derecho a huelga u otros mecanismos de presión de los operadores de salud. El derecho a huelga es también un derecho constitucional, que en el caso del servicio público de salud está limitado por la garantía de los servicios mínimos indispensables, regulados y definidos en la Ley Orgánica del Trabajo (LOT), su reglamento y el Convenio 105 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT). En este sentido, si bien un conflicto laboral en el SNS nunca puede afectar el contenido mínimo del derecho a la salud, la atención que se brindará siempre será menor que en situación de normalidad. La atención de salud durante un conflicto laboral se define por las partes en conflicto y de acuerdo con los criterios médicos relativos a la atención de las emergencias en sectores vulnerables de la población¹⁸.

Del proceso de integración del SNS, el proyecto regula la creación de una Comisión Nacional de Integración y de las Comisiones Estadales de Integración, con el fin de facilitar la gestión del proceso. Así, contempla la integración de los establecimientos públicos de salud y aquellos que cuenten con financiamiento del Estado, incluyendo los dependientes del IVSS y del Instituto de Previsión y Asistencia Social del Ministerio de Educación (Ipsasme). Además, deben transferirse a la red pública de cada uno de los estados del país, los recursos humanos, tecnológicos, infraestructura y asignaciones financieras en el término de 4 años (disposiciones transitorias segunda, quinta y sexta del proyecto de ley).

Programas prioritarios del MSDS

El Modelo de Atención Integral (MAI) ha sido definido como uno de los ejes prioritarios del MSDS, el cual pretende garantizar un mejor servicio y permitir un tratamiento y diagnóstico oportuno de los problemas de salud. En el año 2001, el MSDS destinó 9,47% del presupuesto a la partida de atención integral en salud. Buena parte de ese presupuesto se destinó a la recuperación de la red ambulatoria, donde el MSDS identificó como logros alcanzados, el fortalecimiento y equipamiento de 1.012 ambulatorios distribuidos en el territorio nacional, lo que representó el 21,8% de la red (4.648). Así mismo, la rehabilitación de la estructura física de 368 ambulatorios¹⁹.

Con respecto a otro eje prioritario del MAI, relativo al diagnóstico y tratamiento oportuno de la salud, merece reconocimiento la propuesta que se quiere iniciar en Vargas, estado que fue seleccionado como proyecto piloto en el área de medicina preventiva. Pedro León Civira, director del Proyecto de Medicina Preventiva y Atención de Pacientes Crónicos, informó que el servicio de medicina preventiva pretende desarrollar tres modalidades de actuación. La primera consiste en consultas médicas domiciliarias; la segunda, en cuidados del hogar con medicina móvil, que incluya atención de enfermería y terapias de rehabilitación para pacientes recién operados o

enfermos crónicos; y la tercera, en servicios de laboratorio a domicilio²⁰. La gestión del proyecto recibió el apoyo de los médicos cubanos que se encuentran en el Edo. Vargas desde hace 2 años. Desde entonces, se formaron 253 promotores de salud con la finalidad de ejecutar los programas de prevención dirigidos a las comunidades²¹.

Cooperación Internacional

En el período anterior, se hizo referencia a la orientación dada a la cooperación internacional y en particular, a la firma del convenio entre MSDS, la Alcaldía Metropolitana y la Gobernación del Edo. Miranda con el Banco Mundial (BM). Así mismo, se hizo referencia al convenio español para favorecer la red de salud del área metropolitana y al convenio cubano²².

Con respecto a este último, a un año y siete meses de entrada en vigencia, 2.200 personas han sido beneficiadas²³. Para Julio Montes, embajador de Venezuela en Cuba, según los términos del convenio, Venezuela asume los costos del traslado aéreo y Cuba los costos de los gastos médicos, medicamentos, alimentación y alojamiento. Por su parte, Pedro Llerena, director del Centro Internacional "La Pradera" (donde se ofrece asistencia de rehabilitación y de postoperatorio), ubicado en Cuba, señaló que la principal razón que alegan los venezolanos para recibir asistencia de salud en Cuba es el elevado costo de los servicios de la asistencia de salud intervencionista y postoperatoria requerida, tanto en los centros públicos como privados. Llerena explicó que el 95% de las personas recibidas a través del convenio, son de bajo poder adquisitivo y los principales problemas de salud que presentan son cáncer, cardiopatías, quemaduras graves y traumatismos o lesiones de hueso. En este orden de ideas, Mirna Carrasquel y Gertrudiz Díaz, venezolanas beneficiadas por el Convenio, argumentaron que entre las razones por las cuales no fueron intervenidas en Venezuela está la imposibilidad financiera de cancelar los costos de las intervenciones quirúrgicas necesarias. Además, explicaron que el tiempo que requieren para ser incluidas en listas de espera y luego ser efectivamente intervenidas o recibir el tratamiento médico debido, se convierte en una fecha absolutamente incierta²⁴.

Para Provea la celebración de un convenio internacional, como es el caso del convenio con Cuba, que plantea el intercambio de servicios en salud, es válido de manera temporal en una realidad como la vigente, donde el sistema público de salud tiene más de 2 décadas en crisis, vulnerando el derecho de las personas a acceder a los servicios de salud de manera oportuna y de recibir una atención adecuada. Sin embargo, si bien es cierto que la red ambulatoria y hospitalaria del país presenta un deterioro en su infraestructura; que la mayoría de los equipos médicos están dañados o son obsoletos; que hay permanente escasez o carencia de medicamentos e insumos médico quirúrgicos, que el número de camas de hospitalización y terapia intensiva operativas no cubren la demanda regular de asistencia a la salud, y que hay una mayor concentración de médicos especialistas que generales, entre otros problemas; también es cierto que medidas como éstas, que significan un apoyo de tipo asistencial, deben tener un término finito o focalizado en servicios especializados que no sean de fácil acceso o difíciles de desarrollar en el país. Un escenario preferible es aquel que oriente la ayuda internacional hacia una mejoría estructural del sector público de salud como sería, por ejemplo, la recuperación de la red pública de atención primaria y especializada, la capacitación del recurso humano existente, la modernización de la asistencia a la salud, la adquisición de equipos y tecnología, acorde con los avances de la ciencia, y el impulso de los procesos de descentralización.

En este sentido, el convenio que pretende celebrar el BM con la Alcaldía Metropolitana de Caracas tiene como objetivo fortalecer la red de establecimientos de salud en el Área Metropolitana, consistente en la recuperación de 84 ambulatorios y 6 hospitales, por un monto de 30.000.000 dólares estadounidenses. El tiempo estimado de ejecución son 5 años, a partir de la firma del convenio. Según Patricio Márquez, coordinador del proyecto del ente multilateral, el proyecto está orientado en 5 áreas que comprenden el fortalecimiento de las redes, el desarrollo institucional, el desarrollo de estrategias para la prevención del VIH/Sida, apoyo al desarrollo de la legislación en materia de salud y por último, la administración y evaluación de proyectos. Márquez señaló que la prioridad es el fortalecimiento de la red ambulatoria desde el punto de vista clínico y gerencial²⁵.

Situación de Salud

Accesibilidad económica

A pesar del mandato constitucional sobre la gratuidad en la asistencia pública de salud, esta garantía no se ha cumplido a plenitud, debido a que persisten las condiciones que obstaculizan su plena vigencia. La continuidad de la crisis del sistema público de asistencia a la salud tiene como factores de incidencia, entre otros, un presupuesto deficiente, que no logra cubrir la demanda real que pesa sobre el sistema, y la persistencia de los problemas de gestión. El correlato de esto es el cobro de los servicios de salud como vía de recuperación de costos en centros públicos.

Durante el año 2001, la Defensoría del Pueblo registró un total de 493 denuncias por cobros indebidos en los servicios públicos de asistencia a la salud. De las cuales, 458 (244 de mujeres y 214 de hombres) correspondieron a denuncias individuales y 35 a grupos con patologías comunes²⁶. Hospitales como el “José María Vargas” (Edo. Vargas) que prestan servicios especializados como el de diálisis, han delegado en el paciente la compra de los catéteres, por un costo de Bs. 100.000 bolívares, frente a los problemas de suministro de los materiales médicos y quirúrgicos que enfrentan. Así mismo, a los casos que requieren diagnóstico por resonancia magnética y tomografía, le solicitan colaboración para los medicamentos y la realización del examen, por un costo que varía entre 5.000 y 12.000 bolívares. De manera que, las consultas médicas son los únicos servicios que con regularidad no son cobrados a los pacientes²⁷.

Por su parte, Igor Hernández, exdirector de Hospitales de la Alcaldía Metropolitana, se pronunció sobre la imposibilidad de eliminar los fondos de recuperación de costos en los centros asistenciales, aún cuando las instituciones tienen conocimiento de que dicho aporte no cubre más del 10% de los gastos. Según Hernández, la situación se hace cada vez más compleja cuando se dan experiencias como la encontrada en el hospital “José Gregorio Hernández” (Magallanes de Catia), donde el aporte económico por parte de los usuarios es el que permite la cancelación del sueldo de 17 empleados del laboratorio, 2 médicos y 3 radiólogos del área de tomografía²⁸.

Disponibilidad de centros de asistencia a la salud

El sector público de asistencia a la salud venezolano cuenta con 4.804 establecimientos ambulatorios, de los cuales 96% pertenecen al MSDS y 4% al IVSS. Con respecto a los centros hospitalarios, hay 296, de los cuales 214 dependen del MSDS y de las gobernaciones, 33 del IVSS, 13 del Instituto de Previsión Social de las Fuerzas Armadas (Ipsfa), 3 de Petróleos de Venezuela (Pdvs), 29 del Instituto Nacional de Geriátrica (Inager), 2 de las Empresas Básicas de Guayana (CVG), 1 de la

Alcaldía de Miranda y 1 de la Policía Metropolitana (Caracas). A su vez, el sector privado cuenta con 344 centros de atención especializada, de los cuales 315 son instituciones con carácter lucrativo y 29 son fundaciones sin fines de lucro.

Durante el año 2000 fueron censadas 40.675 camas en el ámbito público de salud, lo que equivalía a 17,6 camas por 10.000 habitantes y más del 50% se ubicaron entre el Distrito Capital y los estados más desarrollados²⁹. Estos datos revelaron una situación en la que Venezuela, a pesar de contar con una red pública ambulatoria y hospitalaria, que en cifras globales parecería suficiente, requiere de un nuevo planteamiento en relación con la clasificación y distribución inicial. En la actualidad nos encontramos con entidades federales como el Distrito Capital (190 centros asistenciales y 13.346 camas presupuestadas), Zulia (70 centros y 5.561 camas), Carabobo (41 centros y 2.553 camas) y Lara (41 centros y 2.116 camas) que concentran toda una gama de establecimientos de salud, con servicios de especialización médica; en contraste con estados como Amazonas (1 centro asistencial y 65 camas presupuestadas), Delta Amacuro (3 centros y 190 camas) y Cojedes (5 centros y 335 camas), que no logran garantizar ni siquiera el 1% del promedio de camas por 10.000 habitantes³⁰.

Por otra parte, la Sociedad Venezolana de Medicina Crítica (SVMC) señaló que hay estados como Guárico, que carecen de servicios de atención de cuidados intensivos y los estados que cuentan con algunas camas de terapia intensiva, funcionan por debajo de su capacidad, debido a la antigüedad de los equipos médicos. Situación que se registra en el Edo. Portuguesa, donde el hospital Central de Acarigua cerró el servicio de cuidados intensivos en marzo de 2002, debido a que todos los equipos médicos de la unidad se encontraban dañados. De igual manera, el hospital Universitario de Cumaná (Edo. Sucre), presenta problemas en el aire acondicionado de la unidad de terapia intensiva, desde hace 4 años, y la mayoría de los equipos están obsoletos³¹.

Yilda González de Maurell, coordinadora docente de la unidad de terapia intensiva pediátrica del hospital Universitario de Cumaná, informó que según cifras que maneja la SVMC, los cupos nacionales en las unidades de terapia intensiva no cubren más del 25% de la población que requiere de estos servicios. La casi totalidad de los equipos no reciben mantenimiento preventivo y en su gran mayoría, presentan un atraso de más de 15 años. Otro aspecto, referido por González de Maurell, es el relativo a la eliminación de las fundaciones privadas que mantenían el funcionamiento de estos servicios, sin que los órganos competentes asumieran el costo para mantenerlos debidamente. Ello ha derivado en que el criterio preferencial de acceso favorezca a quienes se encuentran en condición crítica, pero con posibilidades de recuperación³².

Por su parte, José Besso, presidente de la Federación Panamericana de las Sociedades Médicas de Medicina Crítica, explicó que las unidades de terapia intensiva no sólo deben estar debidamente equipadas, sino también, contar con personal médico y paramédico entrenado. Así, lo recomendable es 1 médico intensivista, por cada 2 camas y 1 enfermera especialista, por cama³³.

Otro dato importante de la situación de salud en el país, es la relación entre el número de profesionales y técnicos en la ciencia médica, por número de habitantes; también, el porcentaje de empleo, desempleo y subempleo de estos profesionales, en el sector público. Así, para 1999, el número de médicos por 10.000 habitantes se situó en 19,7, y en 7,9 para las enfermeras. Del total de médicos, 46,8% trabajaba a tiempo completo o parcial en el sector público (MSDS e IVSS). En 1998, 50,5% de los médicos

registrados eran especialistas y el 49,5% eran médicos generales. Así mismo, el 55% corresponde a médicos que trabajan en los estados con mayor ingreso³⁴.

Prevención de enfermedades

Cobertura de inmunizaciones

Según explicó María Urbaneja, ministra de Salud y Desarrollo Social, uno de los programas prioritarios del MSDS es la ampliación de inmunizaciones. De manera que para el año 2002 la inversión de este programa (Bs. 20 millardos) subió en 2,5 millardos de bolívares, en comparación con la inversión de Bs. 17,5 millardos de 2001³⁵. Urbaneja señaló que desde el año 2001 se incluyeron nuevas vacunas en el protocolo de inmunizaciones, como son las vacunas para la hepatitis B y para la meningitis³⁶. No obstante, las coberturas de las campañas de vacunación durante el año 2001 presentaron porcentajes por debajo de los estándares internacionales en Antipolio, Triple Viral, Triple Bacteriana, Antihepatitis B, Antiamarilla, Antihaemophilus Influenzae tipo B y Sarampión, ubicándose el rango de cumplimiento entre 24% y 80% y solamente en el caso del Sarampión se alcanzó una cobertura del 95%. Así, el porcentaje de cobertura fue para las vacunas de Antipoliomelítica 80% (3ra dosis en niños y niñas menores de 1 año); Triple Viral 60% (niños y niñas de 1 año); Triple Bacteriana 75% (niños y niñas de 1 año); Antihepatitis B 60% (niños y niñas menores de 1 año); la Antiamarilla 40% (niños y niñas de 1 año); la Antihaemophilus Influenzae B 24% (3ra dosis) y la Doble Viral para el Sarampión 95% (población infantil entre 1 y 4 años)³⁷. La Oficina Regional para las Américas de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en ocasión de la celebración del XLIII Consejo Directivo de la organización, emitió una Resolución (CD43.R1) donde insta a los Estados Miembros a adoptar medidas que respondan al compromiso de la erradicación de enfermedades prevenibles y a sostener programas nacionales de vacunación, con suministro de vacunas e inyecciones seguras, así como el mantenimiento de una cobertura de vacunación de por lo menos 95% para la vacuna Antipolio y Antisarampión.

Por su parte, Juan Félix García, Presidente de la Sociedad Venezolana de Pediatría, informó que durante el año 2001, el promedio de la cobertura nacional de inmunizaciones fue de 54%, es decir, 1 de cada 2 niños no tuvo completa su vacunación³⁸. En relación con este señalamiento, Renato Russo, responsable del Programa de Vacunación del MSDS, identifica como principal problema para cumplir con la meta del 95% de cobertura, la apatía de los usuarios de los servicios de salud *“porque la oferta de vacunación está presente todo el año”*³⁹. Sin embargo, si la apatía de las personas es un elemento relevante del poco éxito de las campañas de vacunación del MSDS, le corresponde a éste evaluar factores como el bajo impacto de sus campañas, los problemas de acceso a la información y posiblemente, las dificultades económicas de los sectores sociales para poder trasladarse a los centros de vacunación.

Entidad Federal	Cobertura alcanzada por inmunizaciones
Apure	niños < de 1 año Polio 93,4%. Triple 92,4%. BCG 94, 5%. Hepatitis B 59, 7%. Haemophilus 32,5%

Anzoátegui	niños < de 1 año BCG 70%
Amazonas	4.521 dosis (S/I sobre discriminación por vacunas)
Bolívar	BCG 65%. Antipolio 80%. Triple 91% Trivalente viral 95%
Carabobo	BCG 100%. Hepatitis B 126.345 dosis Antihemophilus tipo B 61.536 dosis
Cojedes	niños < de 1 año BCG 93% Antisarampión 95%
Delta Amacuro	61,65% de cobertura en 1 jornada de vacunación (S/I sobre discriminación por vacunas)
Mérida	población atendida Antipolio 75.624. Triple 3.781. Antisarampión 839. Toxoide Tetánico 1.500
Sucre	niños < de 1 año Triple 86%. Antipolio 88%. BCG 83% Hepatitis B 52%
Trujillo	BCG 98%
Zulia	3ra dosis Antipolio 72,9%. 3ra dosis de Triple 60,78%

Fuente: Elaboración propia con datos de la Memoria y Cuenta del MSDS 2001. Pág. 107-200.

Por su parte la Dra. Eva Rodríguez, representante de la dirección de Salud de la Alcaldía Metropolitana, coincide con el argumento presentado por García, pero reconoce las debilidades del MSDS con respecto a las obligaciones de promoción y educación en salud. Refiriéndose al Sarampión, Rodríguez señaló que *“se ha expandido porque tenemos población no vacunada contra la enfermedad”*⁴⁰. Luego de un silencio epidemiológico que duró varios años, la enfermedad se propagó, porque no se alcanzaron los niveles óptimos de vacunación en niños con edades comprendidas entre 1 a 4 años. Según Rodríguez, a pesar de que el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) del MSDS, siempre incluía la vacuna contra el sarampión, no es si no hasta el brote del año 2001 cuando el MSDS asume una campaña más agresiva para erradicar y prevenir la enfermedad⁴¹. De conformidad con lo expresado por Rodríguez, al cierre de este período, con un total de 2.383 casos reportados hasta la semana epidemiológica 38 (15-21 de septiembre de 2002), se evidencia un esfuerzo mayor del MSDS y de las autoridades sanitarias regionales para prevenir la enfermedad a través de las campañas de inmunización. Hasta la semana 38 se habían vacunado 13.290.080 personas⁴².

Una medida que dio cuenta de la voluntad política del MSDS, en aras de fortalecer el Plan Nacional de Inmunizaciones, es el inicio de las edificaciones para una nueva planta de fabricación de vacunas del Instituto Nacional de Higiene (INH), adscrito al MSDS. Esta acción tiene como fin aumentar la producción nacional de vacunas, en respuesta a una realidad institucional donde la producción de vacunas no cubre la demanda derivada del crecimiento poblacional del país. Se espera la culminación de las obras para el año 2004. Actualmente, el INH produce 5 millones de dosis de toxoide tetánico y 2 millones de la triple o DPT por año y cada lote contiene 700.000 vacunas, que requieren un tiempo de elaboración de 8 meses⁴³.

Condiciones sanitario ambientales

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), Venezuela tiene una vigilancia sanitaria-ambiental incipiente, debido a la poca capacidad de investigación en los laboratorios y al poco recurso humano capacitado. Ello, a pesar de contar con recursos hídricos abundantes (superior al billón de m³) y volúmenes aprovechables de aguas superficiales estimados en 93.000 millones de m³ y de 22.312 millones de m³ en aguas subterráneas. Para el año 2000, la cobertura de agua potable fue de 84% con áreas no cubiertas focalizadas en las zonas rurales, indígenas y urbanas no consolidadas⁴⁴. Con respecto a la calidad del agua, Venezuela cuenta con 125 plantas de potabilización, que según el criterio de la OPS son insuficientes, ante la creciente densidad poblacional que desborda la capacidad de las mismas y ante una deficiente vigilancia y control del servicio, especialmente en zonas rurales. De las aguas servidas, para el año 2000, el porcentaje de cobertura de estos servicios se ubicó en 73%, concentrándose el déficit en las zonas rurales, indígenas y urbanas no consolidadas, y del total de aguas servidas (76 m³/seg) sólo recibían tratamiento el 10%. En 1999, el porcentaje de aguas no potabilizadas alcanzó un promedio del 62%⁴⁵. En resumen, Venezuela no ha logrado reducir la brecha social en la cobertura de agua potable y aguas servidas, entre las áreas urbanas con mayor desarrollo y las áreas rurales, urbanas no consolidadas e indígenas, con menor densidad poblacional y mayores índices de pobreza. Lo cual tiene incidencia en la persistencia y focalización de las enfermedades gastrointestinales en la población infantil perteneciente a familias en condiciones de pobreza. El Edo. Amazonas es un ejemplo de ello: con una extensión de tierras que abarca el 20% del territorio nacional, con una densidad poblacional de 0,54 hab/Km² y con 55,7% de población rural, sólo el 39,7% de la población dispone de agua potable y de medios sanitarios para la disposición de excretas. Con base en la relación entre la cobertura y calidad del agua e indicadores de morbilidad, por diarrea, precisamente, Amazonas se encuentra entre las principales causas de muerte infantil, la enteritis y las diarreas. Así, en una media de 23 niños y niñas al mes, 4 de cada 10 mueren por diarreas y 3 de cada 10 por desnutrición⁴⁶. En situación similar se encuentran las 80 comunidades indígenas localizadas en el Municipio Cedeño, al noroeste del Edo. Bolívar, donde se generan numerosos casos de enfermedades gastrointestinales, debido a la contaminación de las aguas del río "Los Pijiguaos". En este sentido, el concejal indígena José Rafael Camejo denunció que mueren, cada mes, un aproximado de 3 niños indígenas, como consecuencia de la contaminación general; y que los casos de diarrea infantil se presentan de forma endémica, en un número entre 5 y 8 enfermos semanales, sin que esta situación sea registrada por el organismo de salud regional⁴⁷.

El balance que presentó el MSDS sobre las principales causas de mortalidad infantil entre 1999 y 2001, no dista de la realidad señalada. Según éste, las enfermedades diarreicas se ubican en segundo lugar. Si bien hay una tendencia al descenso en

relación con las cifras de muertes reportadas durante los años 1999 (1.055), 2000 (933) y 2001 (848); las enfermedades gastrointestinales, conjuntamente con las respiratorias agudas, se mantienen como las dos principales causas de mortalidad infantil en el país⁴⁸. Al cierre de este Informe, los estados con mayor incidencia parasitaria fueron Amazonas, Sucre, Bolívar y Delta Amacuro⁴⁹.

Con respecto a la cobertura y calidad del agua, hay otro problema que afecta al sector salud, como son las fuentes de suministro y tratamiento del agua en los establecimientos de asistencia a la salud del país. El número de hospitales y ambulatorios que tienen tratamiento completo del agua es minoría. A partir de una muestra tomada por Provea de diferentes centros de asistencia de salud en 10 estados (Apure, Anzoátegui, Lara, Cojedes, Barinas, Falcón, Portuguesa, Miranda, Nueva Esparta y Trujillo), y con base en datos suministrados por las direcciones Regionales de Salud respectivas, se constató que las fuentes de agua de la mayoría de los centros ambulatorios de las referidas entidades son distintas al suministro por acueducto, y que un porcentaje importante no se le garantiza el tratamiento del agua⁵⁰.

Pese a que la cobertura y control de calidad en el suministro nacional del agua presenta serios problemas, hay algunas iniciativas aisladas que merecen un reconocimiento, como la culminación de la rehabilitación del tramo Oricao-Shangrillá, de la aducción Maya-Picure, en el Edo. Vargas, consistente en 800 metros de tubería, que permitirá el suministro del 80% del agua que consume dicha entidad⁵¹. También, la recuperación en el Edo. Falcón de 2 lagunas para la purificación de las aguas servidas, proveniente de la ciudad de Coro, que antes eran arrojadas sin tratamiento alguno a las quebradas cercanas y al mar⁵².

Sin embargo, un problema que persiste y que tiene especial incidencia en las condiciones sanitario ambientales es el relativo a las irregularidades que, con frecuencia, se dan en el tratamiento y disposición final de los desechos sólidos hospitalarios. En este sentido, en marzo de 2002, el concejal del Cabildo Metropolitano Richard Peñalver, se pronunció ante la falta de control y de mecanismos adecuados para quemar y eliminar los 20.338 kilos de desechos sólidos que producen diariamente los hospitales de Caracas, y sobre la incidencia negativa, debido a este déficit, que tienen en los indicadores de morbilidad por enfermedades respiratorias, cutáneas y cardíacas de las personas que mantienen contacto con estos desperdicios⁵³. Aun cuando el Área Metropolitana de Caracas cuenta con 8 hornos crematorios para desechos sólidos hospitalarios, la mayoría están dañados. A saber, los ubicados en los hospitales Psiquiátrico de Caracas, "Jesús Yerena" (Lídice), "José Gregorio Hernández", los Magallanes de Catia, "José Ignacio Baldó" (Algodonal), el Materno Infantil de Caricuao y la Unidad Crematoria Principal de Caracas, ubicada en Coche⁵⁴.

A casi un año de la entrada en vigencia de la Ley sobre Sustancias, Materiales y Desechos Peligrosos (LSMDP) persisten los problemas denunciados por el edil del Cabildo Metropolitano en la red hospitalaria del Área Metropolitana. La LSMDP regula el carácter obligatorio de las medidas de seguridad en el manejo y destrucción de los desechos provenientes de los establecimientos de salud, refiriéndose de manera expresa a los restos humanos, desechos infecciosos, patológicos, biológicos, químicos, radiactivos, restos de animales y materiales putrescibles, con inclusión de los medicamentos vencidos⁵⁵. Recientemente, en septiembre de 2002, la concejal Wendy González, presentó un informe ante el Consejo Municipal del Edo. Vargas, en el que se hace referencia a 6 establecimientos de salud de esa entidad federal (los hospitales "Martín Vega", "Ezequiel Zamora", "Raúl Perdomo Hurtado", "Eudoro González", el

Periférico de Pariata y el ambulatorio “Alfredo Machado”, en Catia La Mar) que utilizan los recipientes de la basura común, para el depósito de restos humanos y orgánicos. El informe señala que esa situación ocurre también con los materiales desechables como las vendas, inyectadoras e instrumentos quirúrgicos que constituyen desechos infecto-contagiosos y son recolectados por los camiones recolectores de basura, sin que se tomen las medidas de protección y aislamiento que requieren. En opinión de González, el principal peligro radica en que al ser compactados con los desechos de la basura común y ser depositados en los rellenos sanitarios se crean ambientes propicios para la propagación de infecciones y gérmenes en las poblaciones cercanas⁵⁶. El informe dio a conocer también las irregularidades encontradas en el destino de los medicamentos vencidos en el Periférico de Pariata, donde se dejan los frascos de medicamentos vencidos en bolsas de basura común y éstos terminan en los vertederos de basura, donde se ha constatado que las personas indigentes los toman y revenden. Así, el único hospital en La Guaira con un incinerador en buen estado es el “José María Vargas”⁵⁷.

Tratamiento de enfermedades

Personas que viven con VIH/Sida

Vale resaltar positivamente el esfuerzo realizado por las autoridades del MSDS, a través del Programa Nacional de SIDA (PNS), en cuanto a retomar la realización y seguimiento del registro epidemiológico del Virus de Inmunodeficiencia Adquirida y/o Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH/Sida). El PNS inició el registro en los 8 estados con mayor incidencia (Distrito Capital, Mérida, Aragua, Carabobo, Zulia, Monagas, Bolívar y Nueva Esparta). En diciembre de 2001, se registraron 16.000 casos, de los cuales 6.000 fueron de VIH y 10.000 de Sida. Para septiembre de 2002, el subregistro estimado fue del 70% y para el 2001 de 90%⁵⁸. De acuerdo con el Informe Global sobre la Epidemia del VIH/Sida, elaborado por el Programa Sida de la organización de Naciones Unidas (Onusida), en Venezuela el estimado para el año 2000 era de 62.000 personas con VIH/Sida, de las cuales 61.000 correspondían a la población masculina adulta, 9.200 a la población femenina y 580 a niños y niñas, con una mortalidad estimada de 2.000 personas⁵⁹. A inicios del año 2002, se registró un incremento en los casos de VIH/Sida en el Edo. Carabobo, tal como lo demostró un informe realizado por el Departamento Epidemiológico del Instituto de Salud del Estado Carabobo (Insalud). En este sentido, Carmen García, jefa de Epidemiología de Insalud, explicó que durante el primer cuatrimestre de 2002, se registraron 258 casos, lo que significó un aumento del 95% con respecto a los 132 casos registrados en 2001. Así mismo, Insalud registró 435 contagios, de los cuales 4 son pacientes menores de 10 años. Esto equivale a una tasa de 0,83 por cada 100.000 habitantes⁶⁰. El Edo. Vargas también registró un incremento en los casos de personas contagiadas por el virus. Según el informe estadístico de la Dirección Regional de Salud, para septiembre de 2002 se reportaron 58 casos, 8 más en comparación con los 50 registrados para septiembre de 2001. Mario Romero, jefe de Enfermedades de Transmisión Sexual y Sida de la Dirección de Salud de Vargas, explicó que aunque “*no se descarta un incremento numérico, la cantidad registrada también pudiera considerarse el resultado de una intensificación en las campañas de control que vienen desarrollando los organismos*”⁶¹.

Con respecto a la población infantil afectada por el VIH/Sida, el 90% de los casos ocurre en menores de 4 años, según información suministrada por el presidente de la Sociedad Venezolana de Enfermedades Infecciosas, José Antonio Suárez. Afirmó que

en la Unidad de VIH/Sida del Hospital de Niños “J.M. de los Ríos” se atienden mensualmente a unos 180 pacientes activos (que presentan patología) en donde se les aplica un tratamiento similar al recibido por los adultos. Suárez expresó que en los últimos 10 años la enfermedad se incrementó entre la población infantil en el Distrito Capital, Carabobo, Monagas, Zulia y Nueva Esparta⁶².

Un avance notorio en cuanto a la prevención del VIH/Sida, es el financiamiento por parte del Ejecutivo Nacional, a través del MSDS, de 33 proyectos elaborados por varias organizaciones no gubernamentales (ONG) del país, dirigidos a la prevención de los grupos de riesgo que incluye a las trabajadoras sexuales, grupos homosexuales, personas privadas de libertad y adolescentes en estado vulnerable. Según Alberto Nieves, miembro de Accsi y de la Red Venezolana de Gente Positiva, *“el llamado a las ONG por parte del MSDS significó un cambio en las políticas públicas por parte del Estado, permitió el fortalecimiento del trabajo realizado por algunas ONG dedicadas a la prevención del VIH/Sida y contribuyó a fortalecer la respuesta del sector comunitario”*⁶³. Nieves calificó como un éxito el desarrollo de los proyectos, pese a que hubo recortes en el presupuesto inicial. Para el año 2003, el MSDS decidió dar continuidad a este programa e incrementar el presupuesto.

En relación con la entrega de medicamentos antirretrovirales (ARV) y contra infecciones oportunistas a personas con VIH, en el 2001, el MSDS a través del Programa Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida e Infecciones de Transmisión Sexual (SIDA/ITS) entregó de manera gratuita medicamentos a 6.500 personas⁶⁴. Por su parte, el IVSS hizo entrega de medicamentos ARV a 3.000 personas⁶⁵. Para este período, el suministro de los ARV ha presentado algunos problemas. En este sentido, la Red Venezolana de Gente Positiva denunció, el 21.06.02, que el inventario de medicamentos del MSDS cubriría sólo los meses de julio y agosto. Nieves explicó que, los pasos administrativos que debe seguir el MSDS (desde presentar requisición a la industria hasta la distribución de la terapia) se tardan entre 45 y 60 días. *“Si los trámites se agilizan, las compras pueden estar listas en 30 días. Pero lo cierto es que debieron comenzar hace más de un mes. La última se hizo el año pasado, y pasaron de 2 a 3 meses para que la industria farmacéutica entregara los medicamentos”*⁶⁶. Nieves agregó que la escasez de medicamentos afectó directamente a las personas con VIH/Sida de los Edos. Aragua, Carabobo y Anzoátegui.

Un tema que gana terreno dentro de las políticas públicas de salud es el de la maternidad en la mujer seropositiva. Actualmente, existen terapias profilácticas, como el protocolo 076 (tratamiento con el medicamento antirretroviral AZT por 26 semanas), el cual reduce la transmisión del VIH de la madre al bebé⁶⁷. Para el año 2001, el MSDS realizó el tratamiento a 360 mujeres embarazadas seropositivas, evitando el contagio por vía vertical (bebés nacidos con VIH de madres VIH+), en el 100% de los casos atendidos⁶⁸.

En relación con la práctica laboral de someter al trabajador o aspirante de un cargo a la realización de la prueba de detección del VIH, luego de varias denuncias realizadas por miembros de Accsi ante la Defensoría del Pueblo, esta institución se pronunció sobre el carácter ilegal de la misma. La Defensoría señaló que la realización de la prueba médica se convierte en una condición ilegal para el ingreso o permanencia a los cargos de trabajo y además, cuando se hace sin el consentimiento expreso de la persona, discrimina y genera exclusión por la condición de salud⁶⁹. Así mismo, la Defensoría se pronunció sobre el deber ético de los bioanalistas de abstenerse de entregar los

resultados de la prueba a una persona distinta a la identificada como solicitante de la prueba⁷⁰.

Salud Mental

En el ámbito de las políticas oficiales, la atención a la salud mental en Venezuela mantiene un carácter secundario dentro del sistema de salud. Esta situación se evidencia en el deterioro que presenta la mayoría de los establecimientos de atención psiquiátrica y el cierre de algunos de los servicios que allí se prestan. Las condiciones higiénicas, el deterioro en la infraestructura, la falta de medicamentos e insumos y de personal capacitado, son comunes a la mayoría de los centros de atención psiquiátrica. Esta situación genera condiciones infrahumanas para el tratamiento adecuado del paciente, quien en muchas ocasiones ve vulnerados sus derechos más elementales. La inexistencia de leyes y normativas en materia de salud mental o discapacidad en general, no contribuye al avance y garantía del derecho a la salud, de todas las personas con discapacidad mental, lo que incluye a sus familiares.

En Venezuela existen 12 hospitales psiquiátricos públicos y 9 privados que son contratados mediante la modalidad de pago por cama, por el MSDS y el IVSS⁷¹. El número de camas operativas en los hospitales psiquiátricos públicos alcanza la cifra de 1.784, las cuales resultan insuficientes para cubrir la demanda de estos servicios. Actualmente no existe un registro de la población de pacientes que padecen algún tipo de discapacidad mental. Hasta 1996, la División de Higiene Mental del Ministerio de Salud y Desarrollo Social, recibió un registro de los pacientes atendidos por las consultas externas de los ambulatorios, lo que permitía acceder a una cifra aproximada.

La falta de presupuesto y la inequidad de su distribución afecta la capacidad de los centros de atención psiquiátrica. El director del hospital Psiquiátrico de Caracas, Dr. Edgar Alexis Ocanto, informó que en este centro *“existen 200 camas presupuestadas con un promedio de hospitalización de 145 pacientes, en virtud de las deficiencias presupuestarias, que no permite la ocupación total de las mismas. El hospital, entre todos los servicios tiene un índice promedio de ocupación de 70 %. El promedio de permanencia de los pacientes es de forma normativa de 3 meses, pero realmente de un año [...] Administrativamente, la situación es la siguiente: el presupuesto anual de funcionamiento es de 4 millardos, de los cuales, 3 millardos lo consume la nomina del personal, 1 millardo para equipamiento y mantenimiento”*⁷².

En opinión de la Dra. Asia Villegas Poljak, defensora adjunta de la Defensoría Delegada Especial en Servicios Públicos, *“el colapso de los centros psiquiátricos del país obedece a varias razones; por un lado, la carencia del servicio de atención psiquiátrica dentro de la red de atención primaria genera sobrecargas en los centros psiquiátricos, los cuales están diseñados para atender a pacientes con enfermedades crónicas. El traslado de los pacientes reclusos en el Hospital Psiquiátrico de Anare, luego de que éste sufriera daños irreparables producto del deslave sufrido en el estado Vargas en 1999, colapsó los hospitales Psiquiátrico de Caracas y Mental del Este (El Peñón), debido a que éstos no tienen familiares que se ocupen de ellos y al ocupar casi la totalidad de las camas, restringieron las posibilidades de nuevos ingresos”*⁷³.

La deshumanización del paciente, por prácticas, tales como, la reclusión en pequeñas áreas oscuras, similares a las celdas de castigo utilizada en las cárceles, también denunciadas como inhumanas, el despojo de artículos personales; inducción a comer con las manos; carencia de actividades recreativas, son entre otras, las prácticas que

aún persisten en algunos centros de hospitalización. En este sentido, Villegas agregó que *“muchas veces el paciente internado en establecimientos de larga estancia es animalizado, carece de atención especializada y de equipos adecuados para su tratamiento. Estos centros no cuentan con programas de reinserción, lo que disminuye las posibilidades de que una persona, que fue hospitalizada en un centro de atención psiquiátrica, pueda integrarse al núcleo familiar y a sus comunidades. Es necesario que el Estado promueva prácticas inclusivas que beneficien a éstas personas, tal como lo hizo el Consejo Municipal de Calabozo, quien dictó una ordenanza, que obliga a la contratación del 1% de las nóminas, a personas que padecen trastornos mentales”*⁷⁴.

Con respecto a las enfermedades relacionadas con el consumo de drogas y alcohol, la OMS estima en el informe del 2001 que alrededor de 450.000.000 personas, en Venezuela, sufren de trastornos mentales o neurológicos o problemas psicosociales relacionados con el abuso del alcohol y drogas⁷⁵. En Venezuela, según el Anuario Estadístico 2000, elaborado por la Comisión Nacional Contra el Uso Ilícito de Drogas (Conacuid), el 85,61% de la población infanto-juvenil consumidora se inició en las drogas entre los 10 y 19 años de edad. A su vez, el grupo de mayor consumo, es el que se encuentra entre 15 y 29 años. El sexo masculino predomina con 92%, sobre el femenino con apenas 8%⁷⁶.

Con respecto a la droga de inicio, tanto para la población masculina como la femenina, la marihuana presentó para el año 2001, un promedio de consumo del 30% y 40% respectivamente, en la torta de drogas más consumidas. La droga que causó mayor impacto para la población consumidora, de ambos sexos, fue el crack, con un promedio de consumo de 57% y 49,6%, en edades comprendidas entre los 15 y los 24 años. Del total de pacientes consumidores de crack, 44,53%, manifestó consumirla diariamente vía respiratoria (a través de la inhalación de vapores generados al fundir los cristales del crack). Por último, se encuentran la cocaína con 46% y la marihuana con 9% entre las drogas de mayor consumo en general⁷⁷.

El impacto que genera el consumo de fármacos y alcohol en la salud pública, no es tratado como un asunto prioritario para las autoridades del MSDS, tal como lo demuestra la falta de centros públicos de atención para pacientes que requieren tratamiento. En el Área Metropolitana, sólo la Unidad de Atención de Farmacodependientes (UDAF) del hospital Psiquiátrico de Caracas, con sólo 20 camas operativas, cuenta con un programa de atención en este campo. Otras instituciones privadas, como la Fundación José Felix Ribas y el Centro de Rehabilitación de Drogas del Junquito, no se dan abasto ante la creciente demanda de la población.

Durante el año 2000, la Fundación José Felix Ribas atendió un total de 40.461 personas, mientras que en el 2001, fueron atendidas 80.115, lo que representó un incremento del 98% en la atención⁷⁸.

Para Villegas, *“la dependencia producida por el consumo de drogas o alcohol, no es asumida, por muchos profesionales, como un problema de salud pública. La enfermedad es vista con prejuicios; quien es drogadicto es delincuente, quien es alcohólico es un vago. Esto genera que en los centros psiquiátricos no se le dé prioridad a la hospitalización de pacientes farmacodependientes o alcohólicos, pese a ser la principal demanda nacional en relación con otras enfermedades mentales”*⁷⁹. La discriminación contra la mujer, que requiere de atención médica psiquiátrica, existente en las políticas públicas de salud, es otro factor que llama la atención. En este sentido, Villegas señaló que *“aún cuando no existen cifras exactas sobre el número de*

personas que padecen de esta enfermedad, es bien conocido el hecho de que, un número importante de mujeres presentan farmacodependencia y alcoholismo; sin embargo, no existe un programa dirigido a la atención de esta población. En los centros de atención psiquiátrica se destina un número inferior de camas de hospitalización para la población femenina. Un ejemplo de ello es la Unidad de Atención de Farmacodependientes del hospital Psiquiátrico de Caracas, del total de camas, sólo 4 se destinan para la hospitalización de mujeres”⁸⁰.

Por otra parte, los accidentes viales, las muertes por cirrosis hepática y los suicidios, muchas veces solapan enfermedades de origen fármacodependiente o de alcoholismo. El número de suicidios registrados durante el año 2000 (1.100), muestra un incremento en comparación con los registrados en 1.999 (874). Los estados en donde se registraron mayor índice de suicidios son Zulia (184), Miranda (84), Anzoátegui (76) y Carabobo (75)⁸¹.

Niños con cardiopatías congénitas

Las anomalías congénitas, entre las que se ubican las cardiopatías congénitas, son una de las principales causas de mortalidad neonatal (neonatos de 28 días) e infantil (niños y niñas de 1 año) y la 5ª causa de morbilidad infantil en el país⁸². Las cardiopatías congénitas pueden ser diagnosticadas durante el embarazo, pero en la mayoría de los casos se manifiestan después del nacimiento. Los establecimientos de salud especializados son el hospital de niños “J.M. de los Ríos” (Caracas), Fundacardin del hospital militar (Caracas), el hospital San Juan de Dios (Caracas), Ascardio (Edo. Lara), el hospital universitario de Mérida (Edo. Mérida) y el hospital universitario del Zulia (Edo. Zulia)⁸³.

Las organizaciones Centros Comunitarios de Aprendizaje (Cecodap) y Provea, desde julio de 2001 y a la fecha de cierre de este Informe, participan en una mesa de diálogo sobre la situación de los niños y niñas con cardiopatías congénitas, atendidos en el hospital de niños “J.M. de los Ríos” y bajo la coordinación de la Defensoría del Pueblo. Ello, debido a una acción de protección interpuesta en junio de 2000, a favor del derecho a la salud y la vida de la población infantil con cardiopatías congénitas del hospital de niños. Del cumplimiento de los compromisos asumidos por la Alcaldía Metropolitana (ente rector del hospital) y el MSDS, para con los niños y niñas con cardiopatías congénitas del hospital de niños “J.M. de los Ríos” y las organizaciones accionantes, se identifican algunos logros y preocupaciones. Dentro de los logros, se encuentran: el equipamiento de un quirófano para las cirugías cardiovasculares; la incorporación en nómina de un grupo de enfermeras para el servicio de cirugía cardiovascular; la contratación por unidades de trabajo de anestesiólogos y perfusionistas al servicio, lo que en conjunto, permitió el aumento de 2 a 5 cupos por semana de las intervenciones quirúrgicas por cardiopatías congénitas; la eliminación de la práctica del cobro directo al paciente por concepto de insumos (bandeja quirúrgica); la adquisición de nuevos equipos para la unidad de terapia intensiva del servicio de cirugía cardiovascular; la dotación de equipos de computación para los servicios de cirugía cardiovascular, cardiología e historias médicas del hospital, lo que ha permitido mantener actualizadas las listas de niños diagnosticados y en espera de intervenciones, los reportes de información de ambos servicios y mantenerse en red con el MSDS; la realización de trabajos de ingeniería eléctrica en el hospital; la adquisición de equipos nuevos para el servicio de cardiología dentro de los que está el de hemodinamia (equipo dañado desde más de 8 años); la remodelación parcial del área de hospitalización y cirugía general y del servicio de cardiología. Entre las preocupaciones se identifican el incumplimiento reiterado de los lapsos acordados en la

mesa de diálogo para la culminación de obras de construcción en el hospital, tanto por la Alcaldía Metropolitana como por el MSDS, lo que afectó particularmente al servicio de cardiología, y para octubre de 2002 se mantiene trabajando en condiciones de hacinamiento y sin posibilidad de instalar el equipo de hemodinamia, que llegó al hospital en marzo de 2002. En este sentido, la Dra. María Goveia, jefa del servicio de cardiología, denunció que desde enero hasta septiembre de 2002, a 256 cardiópatas, con diagnóstico sencillo de la lista de niños (aproximadamente 600), se les hubiera podido practicar el cateterismo terapéutico⁸⁴. Otro motivo de preocupación lo constituye la mora en la adquisición e instalación de 8 ascensores nuevos para el hospital y en la firma del convenio entre la Alcaldía Metropolitana y el Servicio de Suministro de Medicamentos (Sefar-Sumed) del MSDS. Estos factores inciden en que el aumento progresivo de cupos quirúrgicos, hasta llegar a la meta de 7, no se haya concretado.

En resumen, los resultados alcanzados no pueden definirse como negativos, porque en efecto hay logros muy significativos, como son la realización de 154 intervenciones quirúrgicas, desde octubre de 2001 hasta junio 2002, superando así el promedio de 60-70 intervenciones anuales de los años pasados⁸⁵. Esto implica una mejoría del 120% en la capacidad de intervención. La tasa de mortalidad por cardiopatías congénitas, registrada en el Servicio de Emergencias del hospital, durante el año 2002, fue de 2 por mes, en comparación con el promedio de 2 muertes por semana denunciado en el año 2001 (8 por mes)⁸⁶.

Hasta el mes de septiembre de 2002, se hospitalizaron en el Servicio de Emergencia del hospital, 88 niños cardiópatas, de los cuales murieron 20, es decir, el 23%. La tasa de mortalidad que registra el servicio responde a casos de niños con y sin historias médicas en el hospital, de manera que, no podría establecerse una relación directa entre el descenso de la tasa de mortalidad en emergencias del hospital con el aumento de intervenciones quirúrgicas en el servicio de cirugía cardiovascular, porque no todas las muertes ocurridas son previo diagnóstico y tratamiento asistido en el hospital. Según la Dra. Thais Cani, médica adjunto del Servicio de Emergencias del hospital, las causas de estas muertes son muy variadas, desde complicaciones propias cuando se trata de cardiopatías complejas hasta problemas por el funcionamiento del hospital, tales como la falta de insumos médicos, pabellón contaminado o por ejemplo, que no haya en ese momento equipo médico o técnico completo para realizar la intervención de emergencia⁸⁷.

Relación de la tasa de morbilidad y mortalidad con la procedencia de los niños cardiópatas en el hospital de niños "J.M. de los Ríos".

Morbilidad	Mortalidad
34% Dtto. Capital	35% Dtto. Capital
36% Miranda	39% Miranda
30% otros estados	24% otros estados

Fuente: Cifras registradas en el servicio de emergencias del Hospital de Niños "JM de los Ríos" en el período 1997-2001. Caracas, 2002.

El cuadro anterior permite identificar un problema de tipo estructural que presenta el hospital de niños "J.M. de los Ríos". Aun cuando es un centro dependiente de la Alcaldía Metropolitana, es calificado como centro de referencia nacional (donde acuden pacientes infantiles procedentes de distintas partes de Venezuela); y los servicios de

cardiología y cirugía cardiovascular integran una de las tantas áreas de especialización que presta el hospital. Particularmente, el porcentaje de niños cardiopatas procedentes del Edo. Miranda sobrepasa a la población infantil procedente del Distrito Capital. Esta situación tiende a mermar el presupuesto asignado al hospital, porque debe atender población infantil no cubierta por la Alcaldía Metropolitana, ente que financia los gastos de este establecimiento de salud sin que se reciba apoyo financiero de las otras entidades federales y en especial, del estado Miranda.

Mujeres con cáncer de cuello uterino

La cifra de muertes por cáncer de cuello uterino registradas desde enero hasta octubre de 2002, fue de 1.770, lo que la ubica como la segunda causa de muerte en la población femenina del país. Pese a que la cifra no es alentadora, vale resaltar como positiva la información aportada por la directora de Salud Poblacional del MSDS, Mirian Morales, quien destacó que el MSDS está dotando a la red primaria de atención de equipos médicos adecuados para detectar la enfermedad, capacitando al personal médico y de enfermeras, y garantizando la gratuidad del examen citológico, a fin de intensificar el programa dirigido a detectar condiciones precancerosas que a su vez, permitan dar tratamiento oportuno⁸⁸.

Sin embargo, en opinión de Provea, a fin de alcanzar una mayor cobertura, el MSDS debe intensificar campañas de prevención entre las mujeres que conforman el grupo de mayor riesgo (procedencia de clases socioeconómicas medias y bajas), debido a que, por desconocimiento y dificultad de acceso a los centros, éstas no acuden a los servicios preventivos.

Personas con hemofilia

Según la Asociación Venezolana para la Hemofilia (AVH), en el país existen 1.167 casos registrados de Hemofilia tipo A y B, de los cuales 63% corresponden a población infantil⁸⁹. El IVSS cubre el 40% de la población afectada, mientras que el 60% restante (conformado por personas no aseguradas), reciben los factores VIII y IX por parte del MSDS⁹⁰. El retardo en el suministro de estos factores y demás medicamentos que requieren para su tratamiento, es el principal problema que enfrentan, porque cualquier retardo, afecta gravemente la condición de salud de estas personas.

El 31.10.01, un grupo de personas que padecen cuagulopatías congénitas, acompañadas de representantes de la Asociación Venezolana para la Hemofilia y Cecodap, en un primer encuentro con la Dra. Mirian Morales, directora de Salud Poblacional, solicitaron en defensa de su derecho a la salud que se les garantizara de manera oportuna el suministro de los hemoderivados a más de 600 personas que son tratadas en el Centro Nacional de Hemofilia, del Banco Municipal de Sangre. En esa ocasión, los medicamentos les fueron suministrados, pero 11 meses después se produjo un nuevo desabastecimiento⁹¹.

Por su parte, en julio de 2002, el IVSS dejó de suministrar los factores de coagulación a los centros de salud. La presidenta de AVH, Antonia Luque de Garrido, denunció que ante la falta de medicamentos acudieron directamente a los laboratorios dispensadores, sin obtener resultado alguno. En este sentido, señaló: *“no quieren despachar ni un medicamento más, ya que la deuda que tiene el Gobierno con ellos es de años y ya no creen en promesas”*⁹². A la ausencia del Factor VIII se suma la inexistencia de crío y plasma (componentes de la sangre), con los cuales subsisten los

pacientes cuando no obtienen las medicinas. A esta situación se suma la crisis que atraviesa el Banco de Sangre por la carencia de insumos, lo que impide realizar despistajes de VIH y hepatitis a la sangre donada. Según Garrido, *“El pasado martes hubo que desechar 32 bolsas de plaquetas porque no había reactivos para hacer las pruebas de despistaje”*⁹³.

De nuevo, el 23.07.02 las personas con hemofilia y sus familiares, acompañadas de representantes de la AVH, de médicos y de Cecodap se vieron en la necesidad de realizar una concentración a las puertas del Banco de Sangre, ubicado en las adyacencias del hospital “José María Vargas”, para exigir a las autoridades del MSDS, de la Alcaldía Metropolitana y del IVSS, el cumplimiento del suministro de medicamentos para los pacientes con cuagulopatías congénitas⁹⁴.

Al cierre de este informe, el IVSS interrumpió el proceso de licitaciones con los laboratorios, produciendo de nuevo un retardo en la entrega de los factores. En este caso, el MSDS suplió la entrega de medicamentos⁹⁵.

Personas que requieren trasplantes

Entre enero y septiembre de 2002, 158 personas pudieron recibir un trasplante de riñón, incrementándose el número de pacientes intervenidos en relación con el año 2001 (145 trasplantes)⁹⁶.

Desde 1999, la Organización Nacional de Trasplantes de Venezuela (ONTV) estableció una red de 19 coordinadores hospitalarios de trasplantes, que funciona en los centros autorizados por el MSDS. El mecanismo consiste en que las unidades de cuidados intensivos de los centros de salud avisan a la ONTV en el momento en que se certifica la muerte cerebral de alguno de sus pacientes. La organización acude al centro hospitalario y verifica si efectivamente es un posible donante. Posteriormente, se notifica a la familia sobre la posibilidad de donar los órganos de esa persona. Una vez que todos los pasos resulten positivos, se escoge al receptor según dos características. A saber, la compatibilidad de tejidos y tiempo de espera. La prioridad la tienen las personas que lleva mayor tiempo esperando y la población infantil.

En febrero de 2001, el MSDS adoptó como medida de importancia, la creación de un fideicomiso de 1,5 millones de bolívares, lo que contribuyó con el incremento progresivo de los trasplantes. El 89% del total de trasplantes fueron realizados en centros públicos de salud, sin costo alguno para el paciente. De esta manera, el fideicomiso cubre los gastos del paciente en su totalidad, incluyendo aquellos exámenes que deben realizarse en centros privados, ya que no existen los equipos adecuados para realizarlos dentro del sistema público⁹⁷.

Entre los problemas que enfrentan los pacientes que esperan por un trasplante, se encuentra la carencia de camas en las unidades de terapia intensiva (UTI) y el tiempo de espera debido a la falta de donantes. Actualmente, el 30% de camas de las UTI, pertenecientes a la red hospitalaria del Área Metropolitana, se encuentran inoperantes por diferentes causas⁹⁸.

Con respecto a los donantes, en Venezuela la tasa de donaciones efectivas es de 4 por cada millón de habitantes. Antes de poner en práctica el sistema de red, la tasa era aún menor, 1 por cada millón de habitantes. Según Silvira, *“Pese a que hemos logrado aumentar la tasa, todavía sigue siendo muy baja en comparación con otros países. Es necesario que se produzca una modificación en la ley sobre el área, que establezca el*

*consentimiento presunto, es decir, que todas las personas seríamos donantes a menos que manifestemos lo contrario*⁹⁹.

El incremento de los trasplantes, y el resguardo de la garantía de gratuidad es un logro que merece reconocimiento. No obstante, debe incrementarse la accesibilidad para las personas que padecen enfermedades terminales del riñón en el interior del país. Según datos de la ONTV, 90% de los trasplantes se realizaron en el Área Metropolitana, debido a la dificultad que tienen los pacientes del interior para trasladar a Caracas las muestras que son indispensables para el tratamiento. Además, la falta de conocimiento sobre la posibilidad del trasplante es una barrera que debe ser eliminada con campañas educativas sobre la materia.

Salud materno infantil y salud sexual reproductiva

El Instituto Nacional de Estadística (INE), en el año 2000, registró una tasa de nacimientos vivos de 544.416, incrementándose con respecto a 1.999, cuando se registró un total de 527.888. Del total de nacimientos en el país, el 95% se realiza en centros públicos de salud¹⁰⁰. La mortalidad materna por complicaciones relacionadas con el embarazo acusó un registro de 654 decesos durante 2001, siendo la principal causa complicaciones en el parto y puerperio en el grupo de mujeres entre 25 y 44 años. Esta cifra, muestra un aumento en relación con las muertes asociadas al embarazo durante el año 2000, cuando se cuantificaron 288 casos. La cuantificación de decesos asociados al parto en el año 2000 sólo incluyó los casos de muerte a causa de parto y puerperio. Así, la comparación, entre un año y otro, registra un aumento de 39 decesos en el año 2001.

Causas de muerte materna. Año 2001					
Mortalidad por grupos de edad					
Causa	Grupos etáreo				Total
	5-14	15-24	25-44	45-64	
Embarazo, parto y puerperio	2	104	217	4	327
Embarazo terminado en aborto	S/C	14	26	1	41
Otras muertes obstetricias directas	2	74	163	2	241
Muertes obstetricias indirectas	S/C	14	27	1	42
Restos de embarazo, parto y puerperio	S/C	2	1	S/C	3
Totales	4	208	434	8	654

Fuente: Elaboración propia con datos de la Memoria y Cuenta del MSDS 2001.

En relación con la mortalidad infantil asociada al parto, 5.276 niños menores de un año murieron a causa de afecciones originadas en el período perinatal. Esta cifra corresponde al año 2000, porque al cierre de este Informe no existen datos actualizados que permitan realizar comparación con otros períodos¹⁰¹. A inicios del año 2001, el MSDS implementó el suministro de medicamentos para tratamiento de los recién nacidos prematuros en 11 hospitales del país, lo que logró reducir en 10% la mortalidad por inmadurez pulmonar en recién nacidos prematuros¹⁰².

La desnutrición se presenta como un importante factor de riesgo en perjuicio de la salud materno infantil. Según estadísticas elaboradas por el INE, durante el año 2001 se registraron 895 ingresos hospitalarios pediátricos con desnutrición grave en todo el país¹⁰³. Los estados que reportaron mayores ingresos hospitalarios por esta causa fueron Trujillo (83), Barinas (83), Portuguesa (70), Aragua (65) y el Distrito Metropolitano (64). Cabe destacar que, el mayor porcentaje de niños menores de 1 año hospitalizados por desnutrición grave lo presentó el Edo. Barinas, con 46 casos.

Ingresos hospitalarios por desnutrición infantil. Año 2001						
Grupo etáreo/ indicador	Grupo etáreo					Total
	<1	1	2a6	7a10	11a12	
Trujillo	34	20	18	10	1	83
Barinas	46	17	11	5	4	83
Portuguesa	28	27	11	3	1	70
Aragua	23	17	16	7	2	65
Dto. Capital	35	13	11	4	1	64

Fuente: Instituto Nacional de Estadística.

A juzgar por el testimonio del Dr. Wilfredo Barrios, las estadísticas del INE muestran un importante subregistro: en el año 2002, el servicio de emergencia pediátrica del hospital General de Guatire-Guarenas "Eugenio D'Bellard", recibe cada semana entre 20 y 30 niños desnutridos provenientes de Barlovento, Río Chico, Caucagua e Higuerote (poblados del Edo. Miranda). Una cifra superior (aproximadamente 969 niños al año) a la registrada por el INE en todo el país. El Dr. Barrios, médico del servicio de pediatría, describe la situación "*Llegan unos bebés pequeñitos que se nota que tuvieron desnutrición desde el vientre de la madre y vienen arrastrando graves problemas de salud [...] Aquí hacemos un gran esfuerzo y mejoramos la condición de esos niños que llegan de Barlovento. Los dejamos hospitalizados hasta recuperarlos. Lo peor es que al mes regresan con el mismo cuadro o sin signos vitales, pues al salir de aquí vuelven a la pobreza*"¹⁰⁴.

Como un elemento para intentar paliar esta situación, el MSDS mantuvo entre sus prioridades la promoción de la lactancia materna y la creación de los Bancos de Leche Humana que permiten la atención de bebés prematuros y de bajo peso. Betty Arciniegas, Coordinadora del Programa de Lactancia Materna, informó que el MSDS instalará próximamente 13 bancos de leche humana en los Edos. Guárico, Bolívar,

Zulia, Mérida, Distrito Capital, Apure, Carabobo, Miranda, Lara, Monagas y Sucre “*para disminuir los índices de mortalidad infantil*”¹⁰⁵.

Situación de asistencia a la salud

Red hospitalaria

La carencia de insumos médico-quirúrgicos, la falta de medicamentos, el deterioro de equipos médicos y algunos problemas de infraestructura se presentan como patrón común en la condiciones de operatividad de los hospitales tipo III y tipo IV, que integran la red pública hospitalaria del país¹⁰⁶.

Durante el lapso que abarca este Informe, se registraron un total 364 denuncias sobre problemas de funcionamiento en 58 hospitales. Cifra que representa el 25% del total de hospitales tipo VI, III y II.

Los problemas de presupuesto que afectan a la totalidad de los centros de salud pública y la inequidad de su distribución, según se observa en la Ley de Presupuesto para el Ejercicio Fiscal de 2002 (70% dirigido al pago de nómina), obstaculizan la superación de estas fallas¹⁰⁷.

Condiciones de operatividad en los centros hospitalarios, según denuncias reseñadas	
Problemas reportados	Número de denuncias
Falta de material medico quirúrgico	74
Falta de medicamentos	64
Problemas de Infraestructura en algunas áreas o servicios	52
Falta de equipos médicos o equipos obsoletos	42
Falta de camas o hacinamiento	34
Fallas en el aire acondicionado	23
Falta de camas en la Unidades de Terapia Intensiva	18
Cierre de servicios	14
Insalubridad	11
Inseguridad	11
Falta de personal médico	9
Aguas servidas	7
Falta de personal de enfermería	5

Fuente: Archivo hemerográfico de Provea. Elaboración propia.

Otro factor importante se refiere a la saturación de los servicios en los hospitales tipo III y IV. En este sentido la Dra. Mirian Morales, Directora de Salud Poblacional del MSDS, explicó que “*Pese a que existen 5.254 ambulatorios, urbanos y rurales en todo el país, las personas acuden directamente a los centros hospitalarios tipo IV, ocasionando saturación*”¹⁰⁸. Morales agregó “*Esta situación se debe a que muchos ambulatorios estuvieron cerrados por tiempo prolongado, su personal no cumplía con los horarios*”

*establecidos y por eso la gente prefería acudir a los hospitales. Se acostumbraron a resolver sus problemas directamente en los hospitales*¹⁰⁹. La Dra. Morales anunció que el plan de acción para este año estará destinado a disminuir el flujo de pacientes en los hospitales, para lo cual se reforzará la red ambulatoria. Comentó que actualmente los hospitales están saturados de emergencias que no son tales, las cuales bien podrían ser resueltas en cualquier ambulatorio. El secretario de salud de la Alcaldía Mayor, Pedro Aristimuño, coincidió con la Dra. Morales al señalar que *“la red de atención primaria debe cubrir y resolver adecuadamente entre 70 y 80% de las consultas que actualmente son atendidas en los grandes hospitales”*¹¹⁰. Igualmente, Aristimuño y Morales, coincidieron al afirmar que el descongestionamiento generaría una notable mejoría en la prestación de servicios de la red hospitalaria.

Mientras ello no ocurre, numerosos centros de salud ejemplifican la crisis actual que persiste en la red. Tal es el caso del hospital Universitario de Caracas (Distrito Metropolitano) el cual tuvo que reducir el número de intervenciones debido a la carencia de insumos médico quirúrgicos. La institución pasó de realizar 60 cirugías al día a no más de 10. El cálculo de personas que esperan por ser operadas se encuentra entre 150 y 200 mensualmente, según informó personal médico de este hospital¹¹¹.

Igual característica presenta el hospital “Francisco Antonio Rísquez”, ubicado en la parroquia San José de Caracas. El Dr. Rómulo Guevara, presidente de la Sociedad Médica de ese hospital, describió así la situación: *“Los servicios han colapsado, los espacios destinados para laboratorios de radiología y anatomía patológica están abandonados, de cuatro quirófanos, sólo funciona uno y parcialmente, hay insuficiencia de personal médico y paramédico, hay filtraciones de aguas blancas y negras, los ascensores no sirven, los baños están totalmente deteriorados, no hay suficientes ambulancias ni medicamentos”*¹¹². El Dr. Guevara agregó que más de 400 pacientes dejan de ser atendidos mensualmente por la crisis que atraviesa el hospital. El interior del país no escapa a esta situación. Tal es el caso del hospital “Dr. Luis Razetti” de Barcelona (Edo. Anzoátegui), cuyo equipo de radioterapia no funciona y, debido a su antigüedad, ya no admite nuevas reparaciones. Este centro cuenta con un albergue para 30 personas que padecen cáncer, las cuales necesitan tratamiento radioactivo. La imposibilidad de comprar un nuevo equipo, debido a la falta de recursos, no permite que se continúe proporcionando atención a las 30 personas que se encuentran alojadas en el albergue y a toda la población flotante que recibe tratamiento de radioterapia sin necesidad de hospitalización¹¹³.

Motivado por las denuncias sobre la precariedad de los servicios de salud, la FMV interpuso el 05.09.02 ante la Sala Constitucional del Tribunal Supremo de Justicia (TSJ), una acción de amparo constitucional contra el MSDS y el IVSS, por la amenaza de violación de los derechos a la vida y a la salud de todas las personas usuarias de los servicios de salud hospitalarios del país. Se invocó la violación de los artículos 83, 84 y 85 de la Constitución ante la conducta omisiva, por parte del MSDS y del IVSS, en garantizar la dotación oportuna de los insumos y equipos médicos, acondicionamiento de los establecimientos de salud y demás elementos necesarios para garantizar una prestación eficiente del servicio. A los fines de comprobar dicha situación, la FMV anexó a la acción interpuesta copia de inspecciones realizadas por dicho ente en 12 hospitales de los Edos. Anzoátegui, Barinas, Carabobo, Cojedes, Delta Amacuro, Falcón, Miranda y Lara donde, se constató la carencia de insumos médicos, equipos y fallas en la estructura física¹¹⁴.

Atención médica

En oposición al período anterior, cuando no se registraron muertes por falta de atención médica, durante el presente lapso se registraron 14 muertes de neonatos durante el mes de enero de 2002. Esta alarmante cifra fue denunciada por el director del IVSS-Yagua (Edo. Carabobo) quien explicó que *“los neonatos han perecido en la emergencia del hospital Ángel Larralde a consecuencia de ser remitidos tardíamente por las autoridades de la Maternidad del Sur, quienes no atienden a las madres parturientas si no cancelan 300.000 bolívares por parte. Al llegar al Ángel Larralde ya es demasiado tarde para salvar la vida de los neonatos”*¹¹⁵. Dado que la atención obstétrica es un componente básico del derecho a la asistencia de salud, y por estar directamente vinculado con el derecho a la vida, se hace necesario que el Estado garantice la atención inmediata y gratuita de la mujer parturienta, así como de las emergencias.

Con respecto a las muertes ocurridas por atención inadecuada, se registraron 7 denuncias reseñadas en prensa. Destaca como caso emblemático el del niño Renny Adalberto, MERCEDES APONTE, quien murió el 12.01.02, en el hospital “Elías Toro”, ubicado en la parroquia 23 de Enero (Caracas). Los familiares denunciaron que el niño ingresó al hospital “José María Vargas” de La Guaira (Edo. Vargas) presentando un fuerte dolor de estómago, pero sólo le aplicaron un calmante y lo dejaron en observación, a pesar del malestar que presentaba. Transcurridas 6 horas, los médicos de guardia observaron que se trataba de algo grave y le dijeron a los padres que no estaban en capacidad de atenderlo, por lo que lo remitieron al “Elías Toro”, en donde murió a los 10 minutos de su ingreso, a consecuencia de una peritonitis¹¹⁶. Llama la atención que de 7 muertes registradas, 4 correspondieron a casos de peritonitis no diagnosticados o con diagnósticos errados, según demuestran las denuncias reseñadas.

Disponibilidad de Recursos

Para el año 2002, el presupuesto aprobado a los centros hospitalarios del país sufrió un recorte en comparación con el presupuesto aprobado el año anterior, según denunciaron los directores del Hospital “José María Vargas” (Caracas) y “José Ignacio Baldó” (Caracas), lo que incide directamente en el cumplimiento del derecho a la salud. El déficit presupuestario y las fallas en la gerencia afectan a la mayoría de los centros de salud del país. En el caso del hospital “José Ignacio Baldó” el presupuesto anual fue reducido, aproximadamente en 144.000.000 de bolívares, lo que equivale a 12.000.000 de bolívares mensuales. Luis Tovar, director del hospital “José Ignacio Baldó” señaló que esta situación afecta especialmente a los pacientes con VIH/Sida, puesto que de las 24 camas destinadas exclusivamente a la atención de estas personas, sólo 17 quedarán habilitadas debido al recorte en el presupuesto¹¹⁷.

Similar situación presenta el hospital periférico “Ricardo Baquero González”, ubicado en la parroquia Catia (Caracas), cuyo presupuesto se redujo en Bs. 200 millones del año 2001 al 2002, generando un incremento en el número de personas en lista de espera, que deben someterse a operaciones que no son consideradas emergencias. Luis Sosa, director del centro hospitalario considera que; *“entre 10 a 15 pacientes mensualmente quedan rezagados”*. Sosa indicó que el déficit presupuestario, aunque no ha mermado la existencia de material médico-quirúrgico, afectó sobre todo la compra de medicamentos, por lo que la mayor parte debe ser adquirida por los propios pacientes o sus familiares¹¹⁸.

Pese al esfuerzo realizado por el MSDS en dotar y refraccionar los ambulatorios, éstos no escapan al déficit presupuestario y por tanto de los problemas que ello genera. En este sentido, el ambulatorio San Mateo, ubicado en el municipio Libertad (Edo.

Cojedes) presenta serias dificultades debido a la falta de recursos, según expresó el Dr. Carmelo Virgala. *“Debemos cambiar el techo pues presenta filtraciones, el pozo séptico colapsa cada vez que llueve, no tenemos ambulancia, las pocetas de los baños están dañadas y no disponemos de ducha para bajar la fiebre de los niños. Por si fuera poco y sin deseo de caer en redundancias, necesitamos insumos y equipos, al menos 2 tensiómetros, 2 equipos de ORL e incubadoras”*¹¹⁹.

Infraestructura y políticas de mantenimiento

Pese al deterioro progresivo de la infraestructura de la red hospitalaria y ambulatoria venezolana, Mirian Morales, directora de Salud Poblacional del MSDS, explicó que el MSDS adelantó labores en reclasificación, dotación y recuperación de la red ambulatoria y se estima que para el año 2003 se concluyan estas propuestas¹²⁰. Morales explicó que la red del nivel primario de atención a la salud requiere de una nueva clasificación porque se dan situaciones donde los ambulatorios tipo I asumen casos que exceden sus posibilidades. Además, señaló que al haber un mejor equipamiento de los ambulatorios se logrará descongestionar la red hospitalaria¹²¹.

Ahora bien, mientras se ejecuta el programa de fortalecimiento de la red ambulatoria, la infraestructura hospitalaria de mayor capacidad (tipo III y IV) presenta problemas sin solventar. Según datos obtenidos por la prensa nacional, 52 hospitales presentan problemas de infraestructura¹²². En este sentido, la Dra. Morales explicó que *“el MSDS está equipando 47 hospitales dependientes del MSDS, 25 hospitales con recursos provenientes del Plan Extraordinario de Inversiones (PEI) y 22 con fondos del presupuesto ordinario del ente gubernamental, que para este año destinó alrededor del 12% del total a mejorar la red hospitalaria y la dotación médico quirúrgica”*¹²³. A la fecha de cierre de este Informe, no se contó con información oficial sobre el número de hospitales rehabilitados físicamente, por lo que se hace imposible evaluar el alcance de esta medida.

La capacidad de resolución de la red es deficiente, las listas de espera para cirugías electivas y atención ambulatoria especializada continúan siendo extensas y es frecuente la insuficiencia o carencia de insumos esenciales para la atención de las personas. Del mismo modo, tal como señaláramos en el período anterior, buena parte de los equipos médicos que existen en hospitales y ambulatorios se encuentran en mal estado por falta de mantenimiento o en desuso por antigüedad¹²⁴.

Un caso extremo es el hospital “Pérez de León”, adscrito a la Alcaldía Metropolitana, el cual en octubre de 2001, debió cerrar varios servicios debido a la carencia de insumos y la falta de equipos especializados. El Dr. Luis Azpurúa, médico adjunto de pediatría de este hospital, explicó que *“Desde agosto [de 2001] a la fecha han muerto 3 niños por no contar con un área de terapia intensiva en pediatría, a los cuáles se unen los 5 decesos infantiles del año anterior, todos por escasez de materiales para atenderlos”*¹²⁵.

Conflictos laborales y repercusión sobre la asistencia de salud

Durante este período, se registraron 124 acciones de protesta del sector salud, de las cuales 73 implicaron la suspensión de los servicios de salud.

Las demandas principales se orientaron al cumplimiento de los compromisos laborales y a la dotación de insumos para los centros hospitalarios y ambulatorios. Una de estas protestas fue desarrollada por los galenos adscritos a la Secretaría de Salud de la Alcaldía Metropolitana, quienes decretaron un conflicto médico el 31.10.01, ante el incumplimiento de las cláusulas de la convención colectiva firmada en junio pasado. El director del Colegio Médico de Caracas (CMC), Fernando Bianco, recalcó que el conflicto fue planteado con la Alcaldía Metropolitana y por tanto, éste era el responsable ante el gremio. Sin embargo, el alcalde metropolitano, Alfredo Peña, negó su responsabilidad en el pago de los pasivos laborales y anunció que el Ministerio de Finanzas era el ente responsable en saldar las deudas¹²⁶. Ante las dificultades para la resolución conciliatoria del conflicto, los trabajadores adscritos a esta entidad anunciaron una serie de paros escalonados y la convocatoria para una “hora cero” en los 14 hospitales y 86 ambulatorios dependientes de la Alcaldía Metropolitana de Caracas¹²⁷. Vencidas las 120 horas de anunciado el conflicto, los médicos capitalinos se declararon en huelga general y cumplieron con la paralización de todos los servicios a excepción de las estrictas emergencias. Según Pedro Aristimuño, secretario de Salud del Distrito Metropolitano, el saldo de 65 días de conflicto laboral fue de 14.575 personas que no pudieron ser atendidas en consultas externas. Además, se impidió la hospitalización de 16.484 personas afectadas por enfermedades no graves y se suspendieron 3.048 intervenciones quirúrgicas electivas¹²⁸.

Por otra parte, la calificación por parte del CMC de la atención de “estrictas emergencias” como servicios mínimos indispensables¹²⁹, ocasionó la interposición por parte de la Defensoría del Pueblo, el 01.03.02, de una acción de Amparo Constitucional, a fin de garantizar la atención de los servicios mínimos indispensables de las personas que acudieran a los centros de salud. En este sentido, se le solicitó al TSJ se pronunciara sobre el ente responsable de cancelar los pasivos laborales exigidos, ordenara a los representantes sindicales del gremio médico cumplir con el ordenamiento jurídico vigente y finalmente, pronunciarse sobre la fijación de los servicios mínimos indispensables¹³⁰. La decisión fue declarada parcialmente con lugar, pero aclaró que el ente responsable de cancelar los pasivos solicitados era la Alcaldía Metropolitana y sobre los servicios mínimos indispensables, ordenó que en situaciones similares, las partes en conflicto debían cumplir con el procedimiento de fijación establecido por vía de ley¹³¹. Con base en esta experiencia y por motivo de otro conflicto laboral, ésta vez entre la FMV y el MSDS, las partes en conflicto, el 25.02.02 procedieron a la fijación conjunta de los servicios mínimos indispensables. Esta es una experiencia única en el país, ya que la práctica regular en los conflictos de trabajo del sector salud ha sido la de garantizar sólo la atención de las estrictas emergencias, fijada de manera individual y arbitraria por el gremio médico en conflicto, vulnerándose los términos y pautas establecidas por ley. De tal manera, se incluyeron dentro de los servicios mínimos indispensables a ser garantizados, los servicios de emergencia de adultos, pediátricos y obstétricos; la evaluación diaria de estos pacientes; la atención del paciente oncológico; nefrópata agudo o crónico; el funcionamiento de las unidades de cuidados intensivos para personas quemadas, para el postoperatorio de cirugías, incluyendo las cardiovasculares; el tratamiento de diálisis; los cuidados intermedios; el funcionamiento de las unidades neonatales; de las unidades de cuidados intermedio obstétricos; y de las unidades de tomografía y resonancia magnética¹³².

En resumen, el incumplimiento de las cláusulas contractuales, la ausencia de insumos médico-quirúrgicos, medicamentos y equipamiento de hospitales generó un año sumamente conflictivo dentro del sector salud. El 22.09.02, la FMV decretó la “Hora 25”, la cual contempla la hospitalización de todo paciente que lo requiriera y en el caso de personas a las que no les podía garantizar la atención médica de manera oportuna,

se procedería al levantamiento de un acta, por parte del médico, del paciente y testigos, que hicieran constar las carencias de equipos, material médico-quirúrgico y medicamentos necesarios para su atención integral. Así mismo, incluye el cierre de ambulatorios que no cuentan con servicio de emergencias, en cuyo caso los médicos permanecerían en sus respectivos colegios gremiales cumpliendo horario. El nuevo método de lucha en conflicto de trabajo tiene por objeto poner en evidencia la falta de insumos y la precariedad de la infraestructura de servicios médicos de los hospitales y ambulatorios dependientes IVSS y del MSDS. *“La hora 25 no tiene fecha determinada de culminación, sino que se extenderá hasta que el Ministerio de Salud entregue la dotación de hospitales”*, comentó Douglas León Natera, presidente de la FMV¹³³. Por su parte, María Urbaneja, titular del MSDS, rechazó el nuevo método de lucha de la FMV porque *“atenta fundamentalmente, contra el carácter misión y objetivos de los servicios públicos, que es deberse a la gente y garantizar derechos”*¹³⁴.

Indicadores de morbilidad

Según la Dra. Eva Rodríguez, directora del Distrito Metropolitano N° 3, de la Dirección de Salud de la Alcaldía Metropolitana, *“a pesar de la situación de fragilidad, que en términos de las infecciosas transmisibles vive nuestro país, no nos encontramos en una situación de crisis [...] La situación debe ser de alerta, porque nos estamos debilitando cada día mas, pero aun podemos controlarlo”*¹³⁵. Este diagnóstico tiene su correlato en los indicadores que se presentan a continuación. Mientras se reportan avances en cuanto al control del dengue y el cólera, ocurre lo contrario en relación con la malaria y el sarampión; al tiempo que la ausencia de un sistema confiable de monitoreo impide evaluar avances o retrocesos en la ocurrencia de diarreas y contagios de tuberculosis.

Malaria

En opinión de George Alleyne, director de la OPS, erradicar la malaria de los países en desarrollo es casi imposible. No obstante, afirma que se deben priorizar estrategias de promoción de salud que puedan disminuir las posibilidades de morbilidad¹³⁶. Lamentablemente, el balance de la situación venezolana no responde a una disminución de los indicadores de morbilidad por malaria. Según el boletín epidemiológico del MSDS, hasta la semana N° 38 (desde el 15 al 21 de septiembre de 2002) se registró un acumulado de 23.491 casos, incrementándose un 30% en relación con los 16.522 casos reportados para la misma fecha del año 2001. Las entidades federales más afectadas por la malaria fueron; Sucre (14.469), Bolívar (4.950) y Amazonas (2.798)¹³⁷.

En este momento Venezuela se encuentra en estado de epidemia, por la alta incidencia reflejada en el Edo. Sucre. Alfredo Noda, investigador del Laboratorio para Estudios sobre Malaria, organismo adscrito al Instituto de Medicina Tropical de la UCV, explicó que esta enfermedad está muy relacionada con las condiciones climatológicas *“Los fenómenos como el del Niño tienen influencia en los picos observados de malaria y todos van relacionados en los factores que pueden aumentar el número de los mosquitos”*¹³⁸. Noda explicó en el caso preciso del Edo. Sucre que *“cuando los criaderos naturales, las lagunas de la región de agua de lluvia, merman gracias a la alta evaporación y pocas precipitaciones, entonces disminuye la cría del mosquito. Pero en el lugar queda latente una de las formas evolutivas del insecto que se reactiva cuando hay nuevamente condiciones favorables y vuelve haber una explosión de cría del mosquito”*¹³⁹.

Casos de morbilidad por dengue

Años 1998-2002

1998	37.586
1999	26.606
2000	19.823
2001	58.597
2002	30.170

(hasta el 29.09.02)

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

Cólera

En oposición al período anterior, cuando se registraron 74 casos cólera¹⁴⁰, en este período, hasta la semana epidemiológica N° 39, las autoridades del MSDS no reportaron ningún caso. Sin embargo el cólera sigue sujeto a vigilancia epidemiológica especial¹⁴¹.

Dengue

Para este período, se registró un total acumulado hasta la semana epidemiológica N° 38, de 30.170 casos, lo que representa una disminución de 28.427 casos (48,5%) en relación con los 58.597 casos registrados para la semana N° 39 del año 2001¹⁴². Según la Dra. Rodríguez, el dengue presenta 4 variedades de serotipos: el tipo I llegó a Venezuela hace 10 años, el tipo II llegó entre 1991 y 1992. Entre 1993 y 1994 se presentó una combinación entre el I y el II. En 1998 apareció el dengue IV y finalmente, en 2001 apareció el dengue III. El dengue III representó un alarma epidémico, pues de todos los tipos, éste se presenta como el más severo. Su presencia ocasionó una respuesta más intensa en la población, que aún se mantenía virgen a este serotipo. El repunte evidenciado a principios del año 2002, fue el rezago de esa crisis de 2001 y se debió a condiciones climatológicas desfavorables, que contribuyeron al desarrollo del mosquito "Aedes aegypti". Según Rodríguez, "una vez que fue superada esa crisis y

con un alto porcentaje de población inmunizada, la tendencia es a que disminuya considerablemente en los próximos años¹⁴³. Por su parte, el director de la Contraloría Sanitaria del MSDS, Francisco Armada, indicó que el 31.09.02 se aplicó una jornada denominada "Día D" contra el dengue, la cual *"implica un cambio en la estrategia oficial, que durante mucho tiempo se centró en la atención a los enfermos y en el combate del insecto adulto mediante la fumigación, para dirigirla hacia la eliminación de los criaderos del patas blancas"*¹⁴⁴. Armada agregó que aún cuando en una semana del año 2002 se reportaron 729 pacientes, la mortalidad por esta enfermedad se ha reducido a cero hasta septiembre de 2002¹⁴⁵.

Casos de morbilidad por dengue. Años 1998-2002	
1.998	37.586
1.999	26.606
2.000	19.823
2.001	58.597
2.002 (hasta el 29.09.02)	30.170

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

Tuberculosis

En el período anterior se observó un incremento en el número de casos de tuberculosis detectados. No obstante, los informes epidemiológicos del MSDS, no reflejan esta situación. Según la Dra. Eva Rodríguez, *"en este momento existe un incremento de tuberculosis asociado al SIDA"*, pero lamentablemente no se cuenta con datos oficiales que permitan realizar comparaciones con respecto a períodos anteriores. Según el coordinador de los servicios de Salud del Edo. Vargas, Gilberto Pérez Arteaga, para el mes de julio de 2002, se confirmaron 39 casos de tuberculosis en esa entidad¹⁴⁶. Por su parte, la Dra. Marisela Azócar, epidemióloga del Instituto de Salud del Edo. Anzoátegui (Saludanz), indicó que en el Edo. Anzoátegui, igualmente para el mes de julio, se detectaron 6 casos, de los cuales hubo dos fallecidos¹⁴⁷. En los sectores La Cumbre y La Quinta pertenecientes al Distrito Metropolitano, también se detectó un brote de tuberculosis. Para el 15.07.02 se habían reportado 15 casos los que estaban siendo atendidos en el hospital "José Domingo Baldó" (El Algodonal, Caracas)¹⁴⁸.

Sarampión

Según la OPS, Venezuela es, desde principios del año 2002, el único país de América con epidemia de sarampión, acumulando el 98% del total de casos registrados en la región. De acuerdo a las estadísticas del Reporte Epidemiológico Semanal del MSDS, correspondiente a la semana N° 38, 2.383 casos han sido reportados, concentrándose el 92% de los mismos en los Edos. Falcón y Zulia¹⁴⁹. En relación con el brote de sarampión, Luis Echezuría, epidemiólogo pediatra y profesor en la Facultad de Medicina de la UCV expresó que *"Tenemos la triste experiencia de vivir esta epidemia por fallas en la prevención, no se vacunó adecuadamente a los niños y como nadie tiene resistencia natural al sarampión, cuando el virus llegó se produjo un gran número de casos"*¹⁵⁰.

Diarrea

En Venezuela se estiman que ocurren 1,32 millones de episodios anuales de diarrea, con una media de 2,2 episodios por niño y año. Según la OPS, en los últimos años, las diarreas representaron en el país la novena causa de muerte en la población en general y la segunda causa de mortalidad en menores de 4 años¹⁵¹. Para el año 2000, 2.141 niños menores de un año murieron por enfermedades gastrointestinales¹⁵², y aún cuando no contamos con estadísticas actualizadas, la persistencia de las causas que generan esta enfermedad, (insalubridad, carencia de agua potable, falta de control sanitario en los expendios de comida) hacen presumir que no hubo un cambio significativo. Así lo demuestra el Edo. Anzoátegui, en donde, según la jefa regional de epidemiología, Omaira Gudiño, sólo en la semana comprendida entre el 12 y 18 de mayo de 2002, los servicios de emergencia hospitalarios y rurales, reportaron 1.082 casos de diarrea, 40% de los cuales se registraron en niños menores de 5 años¹⁵³. Gudiño señaló que *“la presencia de mil casos de diarrea semanales, lógicamente nos tiene muy preocupados pues refleja una situación grave en el ámbito de la salud pública regional”*¹⁵⁴.

1. ONU, Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales: Observación General 14. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud. 2000 (E/C12/2000/4, CESCR). Párrafo 12, inciso IV.
2. Tomado de <http://www.resven.com>. Abril 2002.
3. Entrevista a Jorge Díaz Polanco, Coordinador del Proyecto Resven del Centro de Estudios del Desarrollo, Universidad Central de Venezuela. Caracas, junio 2002.
4. El Nacional, 17.05.02, C-2.
5. El Universal, 13.11.02, Pág. 2-10.
6. Ver: PROVEA: Informe Anual octubre 2000-septiembre 2001. Caracas 2001. Pág. 103.
7. Ley del Presupuesto para el Ejercicio Fiscal 2002. Gaceta Oficial N° 5.562 Extraordinaria del 24.12.01.
8. Entrevista a la Dra. Mirian Morales, directora de Salud Poblacional del MSDS. Caracas, 26.04.02.
9. Tal Cual, 18.07.02, Pág. 11.
10. Ver PROVEA: Informe Anual octubre 2000- septiembre 2001. Caracas 2001. Pág. 104.
11. Últimas Noticias, 11.05.02, Pág. 6.
12. Ley del Presupuesto para el Ejercicio Fiscal 2002. Caracas, 2002.
13. Tomado de <http://www.bcv.org.ve>. Septiembre 2002.
14. Tal Cual, 24.05.02, Pág. 17.
15. El Nacional, 09.01.02, Pág. C-1.
16. El Nacional, 01.02.02, Pág. C-2.
17. CENDES, MSDS, IESA, Corpo Salud Aragua y CIIDC: “La Reforma de Salud de Venezuela”: El Régimen Contributivo y el Financiamiento del Sistema Público de Salud. Caracas, 2001. Págs. 166 - 167.
18. Ver en este capítulo el título Situación de Asistencia a la Salud: Conflictos Laborales.

19. MINISTERIO DE SALUD Y DESARROLLO SOCIAL: Memoria y Cuenta 2001. Caracas 2002. Pág. 76.
20. Últimas Noticias, 17.03.02, Pág. 22.
21. El Nacional, 17.12.01, Pág. A-9.
22. Ver PROVEA: Informe Anual octubre 2000-septiembre 2001. Caracas 2001. Pág. 105.
23. El Nacional, 10.07.02, Pág. C-2.
24. El Nacional, 24.10.01, Pág. C-1.
25. Últimas Noticias, 27.06.02, Pág. 6.
26. Panorama, 30.05.02, Pág. 1-12.
27. Tal Cual, 24.05.02, Pág. 17.
28. El Nacional, 26.10.01, Pág. C-2.
29. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD - ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD: Informe Preliminar de la Situación de Salud en Venezuela. 2000. Tomado de <http://www.ops/ops.org.ve>. Se utilizan datos de la OPS porque las cifras suministradas por el MSDS corresponden a 1998.
30. MINISTERIO DE SALUD Y DESARROLLO SOCIAL: Cifras de centros asistenciales y camas presupuestadas por entidades federales. Caracas, 1998. Mimeo.
31. El Nacional, 12.03.02, Pág. C-2.
32. Ídem.
33. Ídem. Ver anexos.
34. OPS-OMS. Op. Cit.
35. El Nacional, 03.03.02, Pág. C-5.
36. MSDS: Memoria y Cuenta 2001. Op. Cit. Pág. 56.
37. Ídem.
38. El Nacional, 20.10.01, Pág. C-2.
39. Tomado de <http://www.el-nacional.com>. 03.04.02.
40. Entrevista a Eva Rodríguez, directora del Distrito Metropolitana N°3 de la Secretaría de Salud de la Alcaldía Metropolitana. Caracas, 07.10.02.
41. Entrevista a Eva Rodríguez. Op. Cit. En el año 2001 Venezuela tuvo el 99% del total de casos de sarampión reportados en América Latina, según señaló Gina Tambini, Coordinadora del Programa Ampliado de Inmunizaciones de la OPS. Tomado de <http://www.gestion.com.pe>. 02.06.02.
42. MINISTERIO DE SALUD Y DESARROLLO SOCIAL: Alerta. Boletín Epidemiológico. N° 38. Caracas 2002.
43. El Nacional, 16.05.02, Pág. C-1.
44. OPS - OMS. Op. Cit.
45. Ídem.

46. UNICEF: Información tomada de <http://www.unicef.org/venezuela/cuerpo-areas.htm>. 01.10.02.
47. Tomado de <http://www.el-nacional.com>. Abril 2002.
48. MSDS. Memoria y Cuenta 2001. Op. Cit. Pág. 292.
49. MINISTERIO DE SALUD Y DESARROLLO SOCIAL: Alerta. Boletín Epidemiológico. No. 37. Caracas 2002.
50. Ver cuadro anexos.
51. Tal Cual, 27.08.02, Pág. 7.
52. Últimas Noticias, 25.01.02, Pág. 6.
53. El Nacional, 12.03.02, Pág. C-2.
54. Ídem.
55. Ver Asamblea Nacional: Ley N° 55. Ley sobre Sustancias, Materiales y desechos Peligrosos. Gaceta Oficial N° 5.554 del 13.11.01.
56. Últimas Noticias .06.09.02, Pág. 23.
57. Últimas Noticias. 06.09.02, Pág. 23.
58. Entrevista a Alberto Nieves, miembro de la organización Acción Ciudadana Contra el Sida (Accsi) y miembro de la Red Venezolana de Gente Positiva. Caracas, 11.10.01.
59. ACCIÓN CIUDADANA CONTRA EL SIDA: Informe Parcial del 2000 sobre la Situación de Derechos Humanos y VIH/Sida en Venezuela. Caracas, 2001. Mimeo.
60. El Nacional, 21.05.02, Pág. C-2.
61. Últimas Noticias, 31.08.02, Pág. 20.
62. Últimas Noticias, 21.10.01, Pág. 6.
63. Entrevista a Alberto Nieves. Op. Cit.
64. MSDS. Memoria y Cuenta 2001. Op. Cit. Pág. 59.
65. Entrevista a Alberto Nieves. Op. Cit.
66. El Nacional, 21.06.02, Pág. C-1.
67. GENTE POSITIVA. Boletín N° 2, Febrero-Abril 2002. Pág. 7.
68. Ídem.
69. Últimas Noticias, 31.01.02, Pág. 4.
70. Ídem.
71. Ver cuadro anexos.
72. DEFENSORIA DEL PUEBLO: Defensoría Delegada Especial con Competencia Nacional en la Materia de Servicios Públicos: Asesoría realizada por la Defensoría Delegada de Caracas, en referencia al cierre del servicio de emergencia del Hospital Psiquiátrico de Caracas. Caracas, agosto 2001. Mimeo.

73. Entrevista a Asia Villegas Poljak, Defensora Adjunta Adscrita a la Defensoría Especial con Competencia Nacional en el Área de Servicios Públicos. Caracas, 02.10.02.
74. Ídem.
75. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD: Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud Mental: Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Tomado de <http://www.who.int/whr/2001/main/sp>. 01.10.02.
76. Comisión Nacional Contra el Uso Ilícito de Drogas: Estadística Relacionada con el Consumo de Drogas Proveniente de los Establecimientos de Tratamiento y Rehabilitación. Caracas, enero 2002. Página 8 y 9.
77. Ídem.
78. MSDS: Memoria y Cuenta 2001. Op. Cit. Pág. 305.
79. Entrevista a Asia Villegas Poljak. Op. Cit.
80. Ídem.
81. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. Informe Suicidios Registrados según entidad federal 1996-2000. Información suministrada vía electrónica por el Servicio de Atención al Usuario del INE, Caracas 30.09.02.
82. Tomado de <http://www.msds.gov.ve>. 30.09.02.
83. Ver PROVEA: Informe Anual octubre 2000- septiembre 2001. Caracas 2001. Pág.112.
84. Entrevista a la Dra. María Goveia, jefa del Servicio de Cardiología del hospital de Niños "J.M. de los Ríos". Caracas 08.10.02. En la realización de la entrevista se contó con la presencia de Cecodap.
85. La información suministrada en este aparte fue obtenida por la participación de Provea en la mesa de diálogo que se sigue en relación con este caso.
86. Ver PROVEA: Informe Anual octubre 2000-septiembre 2001. Op. Cit.
87. Entrevista a la Dra. Thais Cani, médica adjunta al Servicio de Emergencias del hospital de niños "J.M. de los Ríos". Caracas, 08.10.02. En la realización de la entrevista se contó con la presencia de Cecodap.
88. Entrevista a la Dra. Mirian Morales, Directora de Salud Poblacional del MSDS, Caracas, 26.04.02.
89. Últimas Noticias, 24.06.02, Pág. 8.
90. Los factores VII y IX son componentes sanguíneos que sirven para restaurar la capacidad de coagulación del paciente hemofílico.
91. Cecodap. Sistematización de actividades relacionadas con la defensa al derecho a la salud de las personas hemofílicas. Caracas 2002. Mimeo.
92. Últimas Noticias, 12.07.02. Pág. 6.
93. Ídem.
94. El Universal, 24.07.02, Pág. 4-4.
95. CECODAP: Sistematización de actividades relacionadas con la defensa al derecho a la salud de las personas hemofílicas. Caracas, 2002. Mimeo.
96. Entrevista al Dr. Homero Silvira, Coordinador de Transplante de la Organización Nacional de Trasplantes de Venezuela (ONTV). Caracas, 25.09.02.
97. Ídem.

98. Ver recuadro del subtítulo "Disponibilidad de Centros Asistenciales a la Salud", en este mismo capítulo.
99. Entrevista al Dr. Homero Sivira. Op. Cit.
100. Ver PROVEA: Informe Anual octubre 2000 - septiembre 2001. Caracas, noviembre 2001. Pág. 125.
101. MSDS: Mortalidad registrada en Venezuela durante el año 2000, especificada por grupos de causas, sexo y grupos de edad. Tomado de <http://www.msds.gov.ve>. 28.09.02.
102. MSDS. Memoria y Cuenta 2001. Op. Cit. Págs. 55 y 56.
103. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. Porcentaje de Ingresos Hospitalarios Pediátricos con Desnutrición Grave, Distribuidos por Edad y Entidad Federal. Caracas 2002. Información suministrada por el Servicio de Atención al Usuario del INE. Caracas 30.09.02.
104. Últimas Noticias, 20.08.02, Pág. 26.
105. Últimas Noticias, 07.02.02, Pág. 6.
106. Según clasificación del MSDS, los centros de salud tipo I prestan servicios básicos del nivel primario y secundario de medicina, cirugía, gineco-obstetricia y pediatría, tienen una capacidad entre 20 y 60 camas, ubicados en poblaciones de hasta 20.000 habitantes con un área de influencia de 60.000 habitantes. Los hospitales tipo II ofrecen servicios de cardiología, psiquiatría, dermatología y traumatología con una capacidad entre 60 y 150 camas, ubicados en un área de influencia entre 60.000 y 100.000 habitantes. Los tipo III prestan atención integral en los tres niveles clínicos, con una capacidad entre 150 y 300 camas y están ubicados en poblaciones mayores de 60.000 habitantes con un área de influencia de 400.000 habitantes. Los tipo IV prestan atención médica integral en todos los niveles, con una capacidad de 300 camas o más y cubren una población mayor de 100.000 habitantes con un área de influencia superior a 1.000.000 de habitantes.
107. Ley de Presupuesto para el Ejercicio Fiscal 2002, tomado de <http://www.ocepre.ve>.
108. Entrevista a Mirian Morales, directora del Salud Poblacional del MSDS. Caracas 26.04.02.
109. Ídem.
110. Tomado de <http://www.eud.com>, el 24.05.02.
111. El Nacional, 07.05.02, Pág. C-3.
112. Últimas Noticias, 31.10.01, Pág. 4.
113. La Prensa, 27.07.02, Pág. 3.
114. TRIBUNAL SUPREMO DE JUSTICIA: Sala Constitucional. Expediente N° 10.683 del 05.09.02.
115. El Siglo, 01.02.02, pág.B-17.
116. El Puerto, 25.01.02, Pág. 23.
117. El Nacional, 09.01.02, Pág. C-1.
118. Ídem.
119. Impacto, 14.03.02, Pág. 7.
120. Entrevista la Dra. Mirian Morales. Op. Cit.
121. Ídem.
122. Ver cuadro del subtítulo Red Hospitalaria.

123. Tomado de <http://www.eluniversal.com>. el 25.05.02.
124. Ver PROVEA: Informe Anual octubre 2000-septiembre 2001. Caracas, 2001. Pág. 120.
125. Últimas Noticias, 10.10.01, Pág. 10.
126. El Globo, 11.11.01, Pág. 7.
127. El Universal, 26.01.02, Pág. 4-2.
128. El Nacional, 19.01.02, Pág. C-2.
129. De conformidad con la Ley Orgánica del Trabajo, su respectivo reglamento y el Convenio 105 de la Organización Internacional del trabajo (OIT), los servicios mínimos indispensables son aquellos servicios para la salud de la población que aún declarado un conflicto laboral, su prestación no debe ser interrumpida.
130. El Universal, 02.03.02, Pág. 4-2.
131. Tomado de <http://www.tsj.gov.ve>. Exp. N° 02-0313.
132. Revisión realizada por Provea del expediente administrativo que reposa en la Inspectoría Nacional del Trabajo sobre el conflicto laboral entre la FMV y el MSDS. Marzo 2002.
133. El Nacional, 25.09.02, Pág. C-2.
134. Ídem.
135. Entrevista a Eva Rodríguez, directora de Distrito Epidemiológico N° 3 de la Secretaria de Salud del Distrito Federal. Caracas, 07.10.02.
136. El Nacional, 12.02.02, Pág. C-1.
137. MINISTERIO DE SALUD Y DESARROLLO SOCIAL: Alerta Boletín Epidemiológico N° 38. Caracas 2002.
138. Últimas Noticias, 25.08.02, Pág. 14.
139. Ídem.
140. Ver PROVEA: Informe Anual octubre 2000-septiembre 2001. Caracas, 2001. Pág. 123.
141. MSDS: Alerta Boletín Epidemiológico N° 38. Op. Cit.
142. Ídem.
143. Entrevista a Eva Rodríguez. Op. Cit.
144. El Nacional 31.09.02, Pág. C-2.
145. Ídem.
146. El Nacional, 27.07.02, Pág. C-2.
147. Tomado de <http://elnorte.com.ve>, el 11.10.02.
148. Tal Cual, 15.07.02, Pág. 4.
149. MSDS: Alerta Boletín Epidemiológico N° 38. Op. Cit.
150. El Nacional, 04.06.02, Pág. C-3.

151. OPS-OMS. Op. Cit.
152. MSDS. Anuario Epidemiológico 2.000. Tomado de <http://www.msds.gov.ve>. 04.10.02.
153. El Nacional, 29.05.02, Pág. C-2.
154. Ídem.

