

DERECHO A LA SALUD

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

Artículo 76 de la Constitución de la República de Venezuela de 1961

En términos generales, la situación de la salud en el presente período, se mantiene en condiciones similares a las señaladas en nuestro anterior Informe. El gobierno de Rafael Caldera culminó su gestión con un lamentable saldo, en el sentido de que sentó las bases de la reforma del sistema de salud que -como señalaba Provea en su oportunidad- apuntaba "... a la consolidación de un modelo discriminatorio de salud pública, del que están prácticamente ausentes las nociones de promoción y prevención de la salud, que se sustituyen por planteamientos de mercado, en que los principios del derecho, y por ende su vigencia, difícilmente pueden competir"¹. Los cambios más importantes habidos en este período se presentaron, a juicio de Provea, en el ámbito político, al marcarse una clara diferencia entre el discurso en materia de salud del gobierno anterior y el del actual. Sin embargo, más allá de algunas iniciativas adelantadas a nivel regional, no se produjeron cambios sustanciales en el marco regulatorio de la salud, así como tampoco se verificaron nuevas tendencias en cuestiones tan importantes como el presupuesto asignado al sector o el funcionamiento de los centros de salud. Deberá esperarse al próximo año para saber si las esperanzadoras declaraciones del nuevo gobierno en relación con el rescate de la concepción de la salud como derecho, se concretan en medidas específicas durante los próximos meses.

Políticas oficiales en materia de salud

Cuatro áreas de acción deben ser abordadas por las autoridades para garantizar la protección del derecho a la salud de la población. Estas son: promoción, prevención, atención y rehabilitación. Corresponde por tanto al Estado diseñar medidas y ejecutar políticas que las contemplen.

Promoción y Prevención

La acción estatal en materia de promoción y prevención de la salud, no ha sido especialmente fuerte como es lógico esperar en un sistema cuya columna vertebral es la atención curativa.

En lo que se refiere a acciones específicas de promoción, el accionar gubernamental ha sido errático, movido más por la coyuntura particular que por una concepción permanente de la promoción. Ciertamente hay una carencia de verdaderas estrategias que permitan promocionar la salud, privilegiándose por el contrario acciones de carácter coyuntural, a pesar de haberse demostrado hasta la saciedad que éstas no son efectivas en la lucha -por citar sólo un caso- de las enfermedades de alta propagación. Así, en el combate del dengue, es evidente que no bastan los operativos de limpieza o fumigaciones esporádicas. Un estudio realizado por el Dr. Héctor Núñez, profesor en la Escuela de Medicina de la Universidad Centro Occidental Lisandro Alvarado (UCLA), determinó "... que la principal herramienta para el combate de la enfermedad está basada en la educación de la población"², a través de la cual se logra un mayor conocimiento en puntos como cadena epidemiológica, diagnóstico, tratamiento, prevención y control del dengue. Asimismo, otra de las situaciones en la que se evidencia las consecuencias negativas de la falta de promoción de la salud, es en la propagación del VIH/Sida, enfermedad que ha registrado avances considerables en mujeres jóvenes, casadas y amas de casa, según informaciones de funcionarios del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). En el mismo sentido se pronunció Acción Ciudadana Contra el Sida (ACCSI), en su Informe Anual correspondiente a 1998: "*Lamentablemente el Estado venezolano, a través de MSAS/OPLSIDA, muy poco ha hecho al respecto, y durante el año*

1998 mucho menos: se planean campañas, se habla de recursos provenientes de la cooperación internacional para tales fines y todo se queda en el papel. Aparte de unos exiguos panfletos, plagados de errores e imprecisiones este año nuevamente el MSAS no pudo, no quiso desarrollar una campaña de prevención a escala nacional para disminuir la proliferación de VIH en nuestras comunidades"3.

Cabe resaltar en sentido contrario, una acción gubernamental tomada por el Ministerio de Educación, en el sentido de incorporar en los programas de la tercera etapa de educación básica contenidos para la educación alimenticia, con el objeto de instruir al alumno sobre aquellos alimentos que pueden ser contraproducentes a su salud.

Con respecto a la prevención de enfermedades, uno de los medios para lograrla en forma adecuada, es la aplicación masiva de vacunas contra enfermedades inmunoprevenibles. Los datos más recientes sobre campañas de vacunación provienen de la Memoria y Cuenta del Ministerio de Salud y Asistencia Social (MSAS) correspondiente a 1998. Según esta fuente, la aplicación de la vacuna antipoliomelítica mantiene metas aceptables; en relación con la triple, se subsanó la falla de producción habida en 1997, por lo que durante 1998 se cubrió la demanda total de esta vacuna. La vacuna contra la hepatitis B mantiene una cobertura limitada por razones de costos llegando sólo a *"...poblaciones de alto riesgo, profesionales o en focos epidémicos ubicados en los Estados Zulia, Barinas, Delta Amacuro y Amazonas"*4. La vacunación con BCG (antituberculosa), ha mantenido una cobertura de 80% en los últimos 8 años. Aún así, no ha habido un descenso considerable en la enfermedad, entre otras cosas debido al *"...deterioro de las condiciones socioeconómicas de la población con marginalidad, aumento de la transmisión de la infección, y pobre accesibilidad a los servicios"*5. El Director de Epidemiología del MSAS, aseguró que actualmente se hacen esfuerzos por incorporar las vacunas contra la meningitis y neumonía, así como la vacuna contra la hepatitis B, a través de un convenio con el gobierno cubano. *"A pesar de que sean más caras representan un compromiso ante el país. Pensamos que el próximo año ambas vacunas pueden ser incluidas en el esquema básico del ministerio"*6.

Con respecto a poblaciones vulnerables, durante el lapso cubierto por este Informe, los indígenas siguieron siendo víctimas mortales de enfermedades que bien podrían evitarse si se desarrollaran campañas de vacunaciones masivas, oportunas y sistemáticas contra enfermedades como el paludismo y la fiebre amarilla. El MSAS reconoce que durante 1998 se produjo un brote de fiebre amarilla en la etnia yanomami con casos de fallecimiento y el hecho fue recogido por la prensa nacional7.

La alta tasa de mortalidad por afecciones prevenibles y el incremento desmesurado de enfermedades como el VIH/Sida, evidencian la falta de programas preventivos. Por otro lado, el Centro de Investigaciones Económicas y Sociales (CIES), divulgó un informe diagnóstico sobre la situación del VIH/Sida en Venezuela. Entre las recomendaciones realizadas, vale la pena resaltar que *"...en Venezuela la prevención del sida exige esfuerzos que combatan las creencias erradas y motiven efectivamente a las personas a cambiar de conducta"*8, lo cual puede lograrse con campañas educativas de alcance masivo con la eficiencia necesaria, cosa que, es evidente aún no ha desarrollado el Estado venezolano. Por otra parte, autoridades del MSAS, estiman *"...que anualmente mueren en el país más de 1.300 mujeres a causa de cáncer de cuello uterino"*9 y el propio Ministerio en su Memoria y Cuenta ha reconocido que este tipo de cáncer ha tendido a aumentar.

Una correcta política de prevención pasa igualmente por el fortalecimiento y óptimo funcionamiento de la red ambulatoria. Durante el período que cubre este Informe, gran número de ambulatorios cerraron o disminuyeron sus actividades por diferentes causas, y en otros casos limitaron el acceso a gran parte de la población debido a las políticas privatizadoras. En algunos casos, las autoridades han aducido que existen ambulatorios subutilizados -es decir, no frecuentados por la población-, y en otros, que se trata de centros que por su ubicación (muy cercanos entre sí), resultan poco eficientes, por lo que se propone reubicarlos. En relación con el primer argumento, llama la atención que esto ocurra en un país en el que la atención ambulatoria es altamente requerida, lo que nos hace pensar que se trata más bien de una inadecuada promoción y divulgación de los servicios hacia las comunidades. El segundo

argumento crea un efecto perverso, pues lejos de reubicarlos, lo que suele suceder es que se recarga a otros ambulatorios, ampliándoles la cobertura, pero manteniéndoles el mismo presupuesto.

Como consecuencia de la aplicación de estos criterios, en Caracas, la Dirección General de Salud del Distrito Federal, en un programa de "Recuperación de la red ambulatoria", eliminó 30 ambulatorios argumentando la escasa capacidad resolutive de éstos y la poca asistencia a los mismos; sin embargo, el propio titular del Despacho admitió que la baja asistencia se debe "*...a la falta de confianza en el servicio (porque los ambulatorios están deteriorados)*"¹⁰. En la práctica, ocurrió un cierre definitivo de los ambulatorios, bajo el argumento de que "*es preferible tener 70 equipados que 93 mal dotados*"¹¹.

La inexistencia de centros acondicionados para prestar los servicios de salud y el difícil acceso en otros, aunado a la tendencia privatizadora, son las causas fundamentales que condicionan la asistencia de los usuarios. Así, en el Edo. Amazonas, al igual que en el Edo. Delta Amacuro, sólo existe un hospital para atender a toda la población, que sobrepasa los 100.000 habitantes en cada una de esas entidades. En la población de Ureña, en el Edo. Táchira, el único ambulatorio urbano del Municipio amenazó con cerrar sus puertas ante la escasa asistencia. De acuerdo con una representante de la Junta sociosanitaria y del sub-director del referido centro, los habitantes no acudían debido a que "*...el transporte más cercano deja a la gente a 10 cuadras de distancia, lo cual representa un trecho relativamente largo cuando se camina bajo una temperatura por encima de 36 grados [por lo tanto] el personal tomó la iniciativa de ir personalmente a las comunidades y allí atender a la gente...*"¹². Por su parte, sectores del noreste de Maracaibo (Edo. Zulia), denunciaron el cierre de tres ambulatorios. La medida, tomada por la Dirección Regional de Salud del Edo. Zulia afectaría a más de 113.000 habitantes (entre los que se estiman 20.000 niños).

Por otro lado, una de las prácticas preventivas a la que recurren los entes oficiales responsables de la salud son los llamados operativos, cuya efectividad es cuestionada por profesionales de las ciencias médicas; tal es el caso del Colegio de Odontólogos Seccional Guayana, quien denunció que estos operativos son sólo soluciones transitorias que en la mayoría de los casos se realizan en sectores con altos índices de pobreza, "*donde después de realizados dejan a la población en la esperanza de una repetición en la atención a medias*"¹³. Por el contrario, cuando se trata de programas establecidos que cuentan con el apoyo para permanecer en el tiempo, se logran resultados exitosos. Una muestra de ello lo constituye el Programa de prevención de la transmisión vertical de VIH que se lleva a cabo en la Maternidad Concepción Palacios en Caracas. Según la pediatra encargada del programa, Dra. Marlene Carneiro, hasta el mes de mayo de 1999 habían sido tratadas, con óptimos resultados, 45 mujeres embarazadas afectadas con VIH-sida.

Atención y Rehabilitación

En Venezuela, la casi totalidad de los recursos y acciones gubernamentales en el área de la salud, se dirigen al sostenimiento de los 240 hospitales que existen en el país. Aún así, la prestación de los servicios curativos deja mucho que desear, estando caracterizada en los últimos años por un conjunto de elementos que la hacen precaria, a pesar de que existen condiciones (alto profesionalismo del personal médico y paramédico, buena formación académica, infraestructura existente, entre otras) para que dicha atención sea de calidad. Entre estos elementos destacan la ausencia de dotación (insumos, medicamentos y material médico-quirúrgico); la falta de mantenimiento tanto físico como de equipos y los presupuestos deficitarios y; el incumplimiento de compromisos contractuales y salariales para con el sector salud, situación que deriva en conflictos gremiales que, aún siendo reclamos justos, paralizan la regularidad de los servicios.

A finales de 1998, los principales centros de atención de salud en Caracas, vivieron una grave crisis que se prolongó por varios meses, producto de la falta de coordinación y la negligencia de las autoridades. En el hospital "*José María Vargas*" varios servicios se paralizaron ante la falta de insumos médicos, equipos y alimentación para los pacientes; al mismo tiempo, la emergencia del Hospital "*Pérez Carreño*" cerró sus puertas a causa de una mudanza interna.

Ambos hechos propiciaron, en otros centros de atención de la capital un verdadero caos, debido a que en cada uno de los hospitales mencionados se atienden más de 200 emergencias diariamente. El propio Director General de Salud de la Gobernación del Distrito Federal (DF) *"...señaló que estos hospitales debieron tomar sus previsiones y no cerrar totalmente las áreas, por que esto es un error"*¹⁴.

Durante el presente período, los conflictos y huelgas que afectaron las emergencias y la suspensión de los servicios en los centros asistenciales se incrementaron por varias razones. Los problemas en la atención de emergencias en los hospitales del DF volvieron a repetirse a causa de una indebida planificación en los trabajos de remodelación y acondicionamiento. En efecto, a mediados de 1999 el Plan Bolívar 2.000 inició labores en los hospitales de Lídice, Los Magallanes, Periférico de Catia y Periférico de Coche, haciendo que las emergencias de otros centros, como la del Hospital Vargas, colapsaran a causa de un aumento en la cantidad de pacientes.

Por otra parte, en el servicio de traumatología del Hospital Domingo Luciani, dependiente del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS) más de 20 pacientes tuvieron que esperar hospitalizados, durante más de un mes, por una intervención quirúrgica. Uno de los pacientes afirmó: *"Los médicos nos dicen que están dando curso a las intervenciones, pero que el servicio de anestesia las ha paralizado. Los de anestesia alegan que no hay quirófanos, a pesar de que la dirección ha presionado para que nos operen"*¹⁵. Cabe destacar que esta situación es ya recurrente en este hospital y llevó a Provea en el año 1999 a interponer dos Recursos de reconsideración a favor de veintiséis pacientes hospitalizados en la Sala de Neurocirugía con el objeto de lograr su atención.

Casos como el del Hospital Materno Infantil del Este (ubicado en la ciudad de Caracas, pero dependiente de la gobernación del Edo. Miranda) son paradigmáticos del accionar errático del Estado. A pesar de que en la Institución son atendidos *"...más de 300 partos mensuales, 900 pacientes en consulta externa, 5.500 emergencias pediátricas, 1.300 emergencias obstétricas, 100 esterilizaciones quirúrgicas..."*¹⁶, el Gobernador del estado, Enrique Mendoza, mantuvo la decisión de cerrar dicho centro debido a la falta de presupuesto adecuado y a la carencia de insumos médicos y suministros medicinales, en una medida que ataca las consecuencias, dejando intactas las causas, que es lo que le correspondería solucionar como representante local del Estado.

A esta situación se sumó la problemática de uno de los principales centros especializados que existe en la ciudad capital como es el Hospital Psiquiátrico de Caracas, en donde se *"...evidenció el abandono de las áreas de hospitalización, la presencia de pocos médicos atendiendo a los enfermos, contrastando con la gran cantidad de obreros (652) y enfermeras (172) que trabajan en el centro"*¹⁷. Otros dos centros de atención y rehabilitación mental que funcionan en la zona metropolitana, y que son de referencia nacional, también se vieron amenazados en su funcionamiento debido a la insuficiencia presupuestaria y otros problemas. Se trata de la Unidad Nacional de Psiquiatría "Doctor Jesús Mata de Gregorio" (en la urbanización Sebuacán) dependiente del IVSS, y el Centro de Salud Mental del Este (en el Peñón), dependiente de la Dirección Regional de Salud de la Gobernación del Edo. Miranda. Entre ambos, atienden aproximadamente a 300 personas¹⁸.

En el interior del país no fue muy diferente la situación. Uno de los casos paradigmáticos fue el del Hospital Periférico de Pariata en el Edo. Vargas, donde según el Jefe del Servicio de Emergencia de dicho Centro (Carlos Guédez), *"... es imposible garantizarle la vida a ningún paciente, ya que para atender casos como enfermedades cardíacas, asma, y accidentes cerebrovasculares [...] deben ser remitidos a otros centros asistenciales porque acá se carece de las condiciones mínimas para realizar un acto médico digno"*¹⁹. En el Hospital General de Higuero (Edo. Miranda), la sala de partos estuvo cerrada por varios meses, (las parturientas que allí acudían eran remitidas a otros centros hospitalarios); asimismo el quirófano ha estado fuera de servicio por más de diez años por falta de personal, falta de insumos y deterioro de los equipos médicos, aunque de acuerdo con Armando Fonseca, coordinador médico del hospital, parte de la crisis se debe a una mala distribución de los insumos, citando como ejemplo el caso de *"[el] ambulatorio de Morón [al que] llegaron 100 mangos de bisturí y una caja de sutura, pero*

paradójicamente en ese lugar no se hace ningún tipo de intervención quirúrgica"²⁰. En Barquisimeto (Edo. Lara), la muerte de 5 infantes ocurrida en las instalaciones del principal hospital de la ciudad a causa de una bacteria conocida como *Serratia*, hizo que algunos médicos de ese centro señalaran como causa de esta desgracia la contaminación del agua depositada en los tanques de suministro debido a que llevan más de tres años sin el debido tratamiento²¹.

La atención de enfermos afectados por situaciones particulares también estuvo perturbada por ausencia de condiciones para sus respectivos tratamientos.

Así, con respecto a los pacientes con quemaduras, una explosión ocurrida en Guarenas (Edo. Miranda) en el mes de octubre de 1998, puso en evidencia que el servicio de caumatología del hospital Jesús Yarena de Lídice, que se supone es la referencia para este tipo de casos de todos los hospitales del área metropolitana, no tiene capacidad de respuesta ya que no pudo atender debidamente a las víctimas de ese suceso. Es importante destacar que este servicio había sido inaugurado pocos meses antes por el Gobernador Abdón Vivas Terán. Al respecto, el Director del Servicio Unificado de Salud para ese momento, Dr. José León Uzcátegui admitió *"que los funcionarios de la Gobernación [...] estaban perfectamente conscientes de que no existían recursos suficientes para que este centro ofreciera los servicios para los que había sido creado"*²².

Los enfermos de cáncer que acuden al Oncológico Luis Razetti de Caracas, de carácter público y único en el país en su especialidad, tuvieron que suspender sus tratamientos; autoridades del centro explicaron que más de 100 pacientes se vieron afectados porque los equipos de radiación se encuentran dañados, la mayoría de los equipos tienen más de 20 años de uso y muy poco mantenimiento. Este mismo Hospital presenta otras fallas tales como *"...filtraciones de aguas negras, el comedor está contaminado, mientras que en la morgue, debido al estado de la cava, los cadáveres se descomponen y también contaminan el ambiente"*²³.

Los enfermos renales también continuaron enfrentando problemas para poder efectuar sus tratamientos. En el Edo. Aragua se vieron en la necesidad de ejercer protestas callejeras ante la amenaza de muerte de 72 pacientes, por la falta de dotación de parte del IVSS del material necesario para las diálisis. En Caracas, según la denuncia del Diputado Edgar Silva, un ciudadano de nombre Elio CAMACHO falleció el 17.07.99 debido a que no había los insumos necesarios para su tratamiento²⁴.

Por otra parte, la política de medicamentos sigue enfrentando graves obstáculos como son la indisciplina y falta de controles por parte de las autoridades sanitarias en la adquisición y distribución de fármacos. De acuerdo con Francisco Griffin, Director General del Programa de Suministro de Medicamentos (SUMED), ni el MSAS ni el IVSS, son capaces de contabilizar sus gastos por este concepto, además de que dentro del mismo ministerio existen varias partidas para comprar medicamentos²⁵.

Dentro de los cuatro campos de acción antes mencionados, la rehabilitación tiende a tener la menor prioridad, cuestión que también encuentra su explicación en el carácter netamente curativo que tiene el sistema venezolano de atención a la salud. De esta manera, los programas de rehabilitación son especialmente vulnerables a los vaivenes económicos y no han logrado asentarse con un peso específico dentro de las políticas de salud del país. Por otra parte, la ausencia de estadísticas confiables acerca de la población que amerita algún tipo de rehabilitación, es de por sí un indicativo de esta poca prioridad.

El Informe *"La salud en las Américas"* de la Organización Panamericana de Salud (OPS), señala que según cifras del MSAS, el porcentaje de población que presenta algún tipo de discapacidad es cercano al 10% del total de la población venezolana; sin embargo, el mismo informe reconoce que uno de los principales problemas en este campo es la ausencia de registros estadísticos confiables. Existe dentro del Sistema Sanitario Nacional una estructura denominada Servicios de Medicina Física y Rehabilitación que atiende apenas al 2% de la población discapacitada del país. Además, según el MSAS, *"Los servicios especializados de rehabilitación [...] se ofrecen principalmente a la población asegurada, el resto depende de*

organizaciones no gubernamentales que reciben subsidios oficiales"²⁶. De esta manera, la posibilidad de generalizar la rehabilitación se ve mermada, por que la población asegurada es sólo un porcentaje de la población total.

Un modelo de atención discriminatorio

Una medida preocupante en relación con la prestación de los servicios curativos, fue la que dio a conocer la Dirección de Salud del DF a mediados de este año. Efectivamente, el Director General de este Despacho, Dr. Eduardo Mayorca Valerí, anunció la reactivación de los servicios hospitalarios del área metropolitana, a través de un plan que "reacondicionaría" algunas áreas de los centros asistenciales. Según su anuncio, el plan consistía en privatizar el 10% del total de las camas argumentando que el 40% de ellas no son utilizadas. De las 3.500 camas disponibles en los 14 hospitales dependientes de ese Despacho, se destinarían 350 para un "...*área de primera, y dejar el resto como área de segunda. La de primera tendrá televisor y cama para acompañante, para que los beneficiarios de seguros colectivos o Seguro Social reciba servicios de hotelería*"¹. La concepción discriminatoria que este funcionario pretende implantar en los centros de atención, se expresó en las siguientes declaraciones: "*Es como un avión que tiene primera clase y turista. Yo deseo inaugurar en los hospitales la primera clase, pero si voy en turista igualmente estoy bien atendido. Eso no lo considero discriminatorio, ni vejatorio, ni nada ¿Entonces los aviones son discriminatorios?*"². La propuesta se materializó en la repotenciación de cuatro hospitales en la zona metropolitana de Caracas. Lo más preocupante de todo es que para ejecutar este plan se utilizaron recursos por un monto de Bs. 6 millardos asignados por el gobierno nacional, para mejorar no la atención médica, sino el confort de unos pocos que son, los que a fin de cuentas pueden beneficiarse, por contar con una póliza de seguro, en desmedro de la mayoría de la población. A esto hay que añadir que el personal médico y enfermero se dividirá en dos turnos diarios: en uno se cumplirán las actividades "*cotidianas*" de los hospitales y en el otro, quienes atienden a los pacientes asegurados podrán percibir ingresos extras provenientes de los pagos de los seguros.

1. El Nacional, 02.09.99, pág. C-1.

2. Ídem.

Accesibilidad de los servicios asistenciales

Un hecho que está afectando gravemente la prestación de los servicios curativos de salud y generando exclusión, es la pérdida del carácter gratuito que deben tener los servicios públicos de salud. Esta práctica se ha generalizado de una manera tan agresiva, que prácticamente no existe hospital, ambulatorio o medicatura donde no se le *exija* a las personas un pago determinado para poder ser atendidos, a través de las denominadas Oficinas de Recuperación de Costos (ORC). Al punto que en el Edo. Zulia, la Dirección Regional de Salud elaboró y aprobó un *Manual de Normas y Procedimientos* por el cual deberán regirse las ORC. No obstante, Lenis García, Directora de Planificación y Presupuesto, señaló que la "*...recuperación de costos no significa PRIVATIZACIÓN, ni sustitución del presupuesto ordinario con ingresos provenientes de éstas; así como tampoco trata de evadir la responsabilidad del Gobierno de financiar los servicios públicos de salud*"²⁷.

En el Edo. Lara, el Director Regional de Salud, Eleazar García, admitió en una interpelación efectuada por el Parlamento Regional que en "*El Hospital Central Antonio María Pineda se está cobrando o se está solicitando colaboración para las operaciones electivas y para otros tipos de procedimientos quirúrgicos, y en general para las consultas especializadas*"²⁸. El

mencionado funcionario justificó el pago de estos servicios en el hecho de que, ante la crisis económica, la única alternativa para mantener en funcionamiento los hospitales es cobrarle a los pacientes. Según el Director del mencionado hospital, Leo Acosta, *"...la salud no puede ser gratuita, por lo menos en este momento. Eso que dicen los políticos no es posible. Es una utopía pensar en una medicina gratuita y decirlo es irresponsable"*²⁹.

Funcionarios del Distrito Sanitario de Colón (Edo. Táchira), presentaron la experiencia de recuperación de costos que han implementado en el hospital "Ernesto Segundo Paolini" de la mencionada población, "como modelo de eficiencia y de atención". Al decir de las autoridades sanitarias, el éxito se debe a las formas estrictas de controlar el consumo interno de material médico quirúrgico: *"El material [despachado desde el depósito hasta una farmacia que funciona en la emergencia] es entregado contado a la enfermera jefe de cada guardia quien al final de la jornada [...] cuenta lo gastado durante la misma y lo anota en el libro de control..."*³⁰. Sin embargo, en dicha aseveración se oculta que tal ahorro proviene de que el personal *exige* a los familiares de los pacientes la compra de los medicamentos para sus tratamientos, llegando al extremo de extenderles certificaciones a los familiares que manifiestan no tener dinero, para que lo pidan al público y así poder comprar lo requerido.

Otra experiencia dada a conocer como "*modelo exitoso*" de administración es el caso del Ambulatorio de Montaña Alta en el Edo. Miranda, el cual es manejado por una Asociación Civil creada para tal fin. Directivos de esta organización llaman a esta experiencia "*cogestión*", y esgrimen como mérito que son ellos los responsables *"...de contratar personal [...] administrar y comprar los insumos y pasar los informes epidemiológicos [...]. Se presta a la comunidad un servicio de primera por el que se paga un módico precio"*³¹. Estas prácticas crean confusión y son muy peligrosas pues llevan a las comunidades a asumir funciones que no son de su competencia y para las que, por tanto, no tienen los recursos ni la experticia requerida.

El modelo implantado desde hace varios años en el Edo. Aragua siempre fue presentado como "*exitoso*" a pesar de estar fundado en la recuperación de costos. Sin embargo, a finales de 1998, la Directiva del Colegio de Médicos de esa entidad federal fijó su posición sobre este proceso, al que calificaron de "*privatizador*", manifestando que la salud debe mantenerse "*gratuita y de buena calidad*". De acuerdo con una carta pública dirigida al Presidente Chávez, el Frente Constituyente por la Salud y la Vida del Estado Aragua estimó que el 85% de los *"...aragüeños no tienen acceso a los servicios de salud, por las políticas privatizadoras..."*³².

En el Centro Materno Infantil Joel Valencia Parparcen (en Petare, Caracas), las mujeres que acuden a dar a luz no sólo deben cancelar los partos, cesáreas y otros servicios, sino que también deben cancelar para que les sea entregado el correspondiente certificado de nacimiento de sus hijos, instrumento necesario para la inscripción en el Registro Civil. De acuerdo a varias denuncias, la cantidad exigida, que oscila entre Bs. 5.000 y Bs. 25.000, dependiendo del año de nacimiento, "*corresponde [a] los gastos generados por el parto*"³³.

Por su parte, el 20.04.99, la GDF anunció que *"...prontamente se va a dictar un decreto donde se establece que ningún ciudadano en la ciudad capital va a cancelar por un servicio médico en las instituciones adscritas a la Gobernación del DF"*³⁴. En efecto, el Decreto fue publicado el 27 de abril, pero contrariamente a lo anunciado en un principio, se trató de una medida que reglamentaba el Funcionamiento de los Servicios de Atención a la Salud en los centros dependientes de ese Despacho, y lejos de ofrecer un marco favorable para la gratuidad de los servicios, ofrece un sustento legal a las colaboraciones establecidas en hospitales y ambulatorios³⁵.

La campaña oficial a favor de la privatización de los servicios de salud a través de "*las colaboraciones*" ha sido tan agresiva, que ha logrado que una parte de la sociedad se incline a favor de esta tendencia. Una encuesta realizada por la Escuela de Trabajo Social de la Universidad Central de Venezuela (UCV), en un universo de 1.991 personas en el área metropolitana, arrojó que el 43% acepta o está parcialmente de acuerdo con la privatización de la salud; lo que llama la atención de esta medición, es que más del 50% de los encuestados son cotizantes del Seguro Social, lo cual denota el grado de confusión y desconocimiento de los beneficios del sistema de seguridad social. Otra encuesta practicada en la Ciudad

Hospitalaria Enrique Tejera en Valencia (Edo. Carabobo), arrojó que un 77% de los consultados afirmó estar dispuesto a contribuir económicamente con la institución, mientras que el restante 23% se negó rotundamente a cancelar por los servicios de salud alegando que se trata de un servicio público³⁶. Si bien no existen estudios precisos sobre el porcentaje de población que está quedando excluida de los servicios de atención por la imposibilidad de cancelarlos, todo parece indicar que a estos centros de salud está llegando mayormente la empobrecida clase media, que conserva aún una pequeña capacidad de pago, mientras que la población en situación de pobreza ha quedado, de plano, excluida.

Papel del Estado: la obligación de adoptar medidas

La posibilidad de cumplir con las metas de promoción, prevención, atención y rehabilitación, pasa por contar con un conjunto de condiciones que las propicien y para lo cual el Estado debe tomar medidas concretas. Durante el período que cubre este Informe, se pusieron en práctica un conjunto de medidas en diferentes instancias que arrojan luces sobre el nivel de cumplimiento de los compromisos adquiridos por el Estado venezolano en la garantía de este derecho.

Entre las medidas políticas de mayor importancia ocurridas durante el período en estudio, cabe mencionar el proceso de descentralización administrativa y la reestructuración de los organismos encargados de la salud (MSAS e IVSS), el cambio en las autoridades de las dependencias sanitarias de más alto nivel como consecuencia de iniciarse un nuevo período constitucional, y por último, el desarrollo del proceso constituyente.

Reforma del sector y descentralización

Con respecto a la reestructuración del MSAS, las nuevas autoridades eliminaron varias dependencias y fusionaron otras, argumentando que resulta injustificable que dos o más instituciones se dediquen a una misma función, tal y como ocurría con el Programa Alimentario Materno Infantil (PAMI) y el Instituto Nacional de Nutrición (INN). Igualmente, se concretó la meta de fusionar el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social con el de Familia, creándose el nuevo Ministerio de Salud y Desarrollo Social (MSDS). De acuerdo con las nuevas autoridades, esta unión no sólo pretende introducir cambios en el funcionamiento, sino también llevar la salud a la comunidad, obtener mayores recursos y unificar los servicios ambulatorios y hospitalarios.

En un Foro sobre la Salud en la Constituyente realizado en Caracas el 25.08.99, la viceministra, Dra. Ana Elisa Osorio, presentó la propuesta de reforma que el equipo liderizado por el Ministro Rodríguez Ochoa hace para el sector salud. De acuerdo con esta propuesta, la transferencia efectiva de los ambulatorios a las direcciones de salud de los estados concluiría en el año 2005, mientras que paralelamente se elevaría a un 10% la asignación del presupuesto nacional a la salud, garantizando a todos el derecho a la atención gratuita.

En relación con los servicios de salud prestados por el IVSS, la situación estuvo signada por la incertidumbre. Desde octubre de 1998 se dieron a conocer los balances positivos que afirmaban la viabilidad de recuperación del IVSS y la paralización del proceso liquidador; sin embargo, las autoridades regionales continuaban exigiendo el traspaso de los ambulatorios y hospitales que por disposición legal debía efectuarse durante 1999. Para el nuevo Ministro de Salud, la transferencia de los establecimientos del Seguro Social a las direcciones regionales de salud optimizará este servicio, ya que permitirá que haya una sola rectoría para fijar los lineamientos políticos, un mejor control de gestión y planificación adecuada, que el financiamiento sea uno sólo y que no haya discriminación entre los venezolanos cotizantes y no cotizantes³⁷.

El proceso descentralizador de las funciones y recursos de la salud pública tuvo un avance prudente, según el ex Ministro de Sanidad Félix Oletta, que permitió la incorporación de tres nuevas entidades federales (Yaracuy, Apure y Distrito Federal), sumando 17 los estados descentralizados mientras que en los restantes se firmaron convenios de cogestión, a excepción de los estados Amazonas y Delta Amacuro. Sin embargo, de acuerdo con un estudio

realizado por la Comisión de Salud del Senado en 1999, todos los directores regionales admitieron que el proceso descentralizador se encuentra paralizado e inconcluso.

La opinión del nuevo gobierno no se hizo esperar. Así, la Comisión de Enlace nombrada para preparar un informe al nuevo gobierno, señaló que la descentralización ha sido llevada de manera muy improvisada y desordenada. Luis Fuenmayor Toro, coordinador de la referida comisión, manifestó que el "*ministerio (de Salud) ha perdido su carácter rector, su liderazgo en materia de salud, lo cual es muy grave porque estamos prácticamente sin cabeza ni dirección en salud pública*" y recomendó la revisión del proceso, lo que implica rescatar lo que nunca ha debido salir: "*...las normas y políticas de salud, y las tareas de evaluación, supervisión y contraloría sanitaria*"³⁸.

Otro de los problemas que ha enfrentado el proceso descentralizador ha sido la falta de coordinación entre los niveles centrales y regionales. Por ejemplo, en el Edo. Táchira, el Gobernador Sergio Calderón, decidió nombrar nuevos encargados para la Unidad Ejecutora del Proyecto Salud, organismo creado por el Ministerio del ramo a través de un convenio con el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) para el fortalecimiento y modernización del sector salud. La decisión del gobernante regional hecha de manera unilateral, obviando consultar al Ministro de Salud como corresponde, sustituyó a un médico en salud pública por un Ingeniero en Producción Animal³⁹.

Otra medida tomada por las nuevas autoridades de salud, fue la inclusión de los militares en los planes, en particular en la gestión de los hospitales a través de lo que se denominó "Plan Bolívar 2000". Esta medida, si bien ha permitido brindar una atención más eficaz y "poner al día" las intervenciones quirúrgicas, también causa preocupación. Por un lado, por su carácter puntual que no garantiza la continuidad de los logros y por otro, porque implica una suerte de militarización de los centros de salud (al igual que ha ocurrido en otras instituciones estatales), que no es deseable ni lógico como modelo permanente. Efectivamente, para el Ministro Rodríguez Ochoa sólo se trató de "*...la concreción de una necesidad que tenemos los venezolanos de que las Fuerzas Armadas se incorporen a reconstruir a nuestro país que está tan gravemente golpeado en todos los sentidos*"⁴⁰. Sin embargo, esta práctica fue inmediatamente secundada por algunos mandatarios regionales desde una perspectiva autoritaria que fácilmente puede devenir en el irrespeto a otros derechos. Por ejemplo, el Gobernador del Edo. Lara, Orlando Fernández, nombró como Director del principal centro asistencial de Barquisimeto a un Coronel (r) de la GN, quien dirigía la Escuela de Policías del mencionado estado; reconociendo públicamente que el mencionado funcionario militar "*...dos meses antes de asumir el cargo ya realizaba labores de inteligencia dentro del hospital y efectuaba reuniones 'clandestinas' con trabajadores 'honestos', para detectar las irregularidades que se cometen dentro de ese inmenso edificio que cuenta con 17 salidas*"⁴¹. El Gobernador aseguró que en un mes ya se verían los resultados, "*se van a acabar los robos de medicamentos, de equipos médicos, de cabalgamiento de horarios, el cobro sin trabajar. Se elige a un militar no por su probidad, que está implícita, sino por su autoridad*"⁴².

Asignación de recursos

La deficiente asignación presupuestaria, aunada al injusto reparto y un indebido manejo a los recursos económicos, continuaron siendo los elementos más significativos que han influido en la situación descrita en este capítulo. En su Memoria y Cuenta de 1998, el propio Ministro Félix Oletta, reconoce que entre los grandes obstáculos para el logro de las metas en salud están "*... las importantes carencias de recursos fiscales que limitaron nuevamente la asignación de un presupuesto deficitario (46%) del monto solicitado, y que representa sólo el 1,6% del PIB; la crisis económica derivada de la reducción de ingresos petroleros, que obligó a tres recortes de la asignación presupuestaria de 1998, por un monto superior a 53 millones de bolívares para el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, que alcanzó al 7,3% del presupuesto originalmente aprobado, situación que afectó la extensión y cobertura de algunos programas sociales y de la transferencia de recursos a los Estados*"⁴³. A este grave déficit se suma la alta dispersión y fragmentación del financiamiento de salud. Pasqualina Curccio, investigadora del Proyecto Salud, señala al hacer referencia a las múltiples fuentes de financiamiento de la salud, que el caso más emblemático es el propio Despacho de Salud, "*...el cual además de ser*

el organismo público que por su naturaleza es el encargado de la prestación de la salud, sus trabajadores cuentan con una cobertura proveniente del pago de las cotizaciones obligatorias al Seguro Social, con una partida presupuestaria que les garantiza la contratación de una póliza de Hospitalización, Cirugía y Maternidad, y adicionalmente con el Servicio Médico creado especial y únicamente para los empleados y obreros del Ministerio. Sin considerar las pólizas de seguro de salud contratadas individualmente por cada uno de los trabajadores"44.

Un claro ejemplo de la gravedad de la situación financiera de la salud, lo recogieron miembros del equipo del programa de gobierno del candidato presidencial Luis Alfaro Ucero, quienes publicaron unas cifras reveladoras que nos permiten entender en parte la crisis del sector salud: *"En 1980 la salud pública contaba con un presupuesto de 1,5 millardos de dólares para atender 11 millones de usuarios del sistema; 18 años después sólo se cuenta con 1,1 millardos para atender el doble de hospitalizaciones, el triple de consultas preventivas y casi 10 veces más las consultas curativas. En otras palabras tenemos casi un 30% menos de dinero, para atender el doble de la población. Un médico en 1980 ganaba cerca de 7 mil bolívares, que equivalía a 1.627 dólares; hoy 18 años más tarde, el mismo médico gana menos que lo que ganaba un obrero recién contratado en 1980"45.*

Antes de entregar el Despacho de Salud, el Ministro Oletta reconoció que durante 1998 de los Bs.1.380 millardos estimados, sólo les fueron entregados 800. Para 1999 la estimación fue de Bs. 826 millardos, lo que representa un déficit de más de Bs. 550 millardos, aproximadamente 40%46. Entre las áreas más afectadas se encuentra la Dirección de Epidemiología, que requerirá para la compra de algunas vacunas Bs. 360.000.000. A pesar del déficit, ya en marzo de 1999 el MSAS mediante Resolución S6-0101 daba cuenta de una reducción de más de Bs. 70 millardos del presupuesto. En definitiva, el presupuesto reconducido para 1999 fue de Bs. 755.936.000, significando apenas el 1,29% del Producto Interno Bruto (PIB).

De acuerdo con María Helena Jaén, ex Gerente General del Proyecto Salud, para 1995 el Estado venezolano apenas invertía 64,9 US \$ por persona al año. Por otra parte, diagnósticos efectuados por este Proyecto, dan cuenta que de cada 10 bolívares, 8 son destinados a gastos de personal, de los cuales 52% son obreros, 27,6% empleados administrativos y apenas un 17,9% son profesionales y técnicos47.

Por su parte, la red asistencial del DF, así como la aplicación de diversos programas de prevención sanitaria, fue afectada debido a la reducción presupuestaria de Bs. 50 millardos; de los Bs. 98.000.000.000 que habían sido estimados, sólo le fueron aprobados Bs. 48 millardos (19 por parte de la Gobernación y 29 por el MSAS)48.

Los Directores Regionales de Salud de otras 13 entidades denunciaron ante la Comisión de Salud del Senado las deficiencias presupuestarias para 1999. *"Lara apuntó un déficit de 12,6 millardos (debido al cual sólo podrían mantener el funcionamiento hasta el mes de septiembre). Sucre cuenta con insuficiencias del orden de los 16 mil millones, Bolívar 11,8 y Mérida señaló una cifra de 16,7 millardos (incluidas las deudas de años anteriores). En los casos de Guárico, Falcón y Miranda el presupuesto presenta recortes de 12 millardos cada uno, mientras Aragua y Yaracuy, 8 y 6 mil millones, respectivamente"49.* En el caso del Edo. Táchira, la asignación asciende a los 37.000.000.000 representando un déficit mayor a los Bs.10 millardos50.

Desde 1980 hasta 1999 la asignación para el sector salud se redujo de un 14 a sólo un 6% del presupuesto Nacional. Por esta situación, autoridades del nuevo despacho de Salud aseguraron que el Gobierno Nacional decidió incrementar esta participación y para el año 2000 aspiran a que les sean asignados entre 2,6 y 2,9 billones de bolívares, lo cual representa el 13% del presupuesto nacional.

Administración de los recursos

El irregular manejo de los fondos públicos destinados al sector salud siguió siendo denunciado durante los últimos meses, cuando miembros de la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados notificaron ante el representante del Ministerio Público el sobreprecio en un 80% de las facturaciones para la adquisición de equipos médicos destinados a dotar a varios centros

asistenciales; transacción realizada por la Fundación de Infraestructura Médico Asistencial de Salud Pública (FIMA) por el orden de Bs. 5.000.000.000. Por cierto, el FIMA recibió durante 1998 *"más de 30 mil millones de bolívares destinados para atender 32 mil equipos médicos y electromecánicos"*⁵¹. Hacia el mes de abril de 1999 el nuevo encargado de FIMA, Humberto Trejo, daba cuenta de que los equipos médicos no recibían el correcto mantenimiento preventivo debido a que esa entidad les adeuda a las empresas contratistas Bs.12 millardos⁵².

Por otra parte, el médico y ex-Rector de la UCV, Luis Fuenmayor Toro, advirtió sobre las irregularidades en que incurrieron las autoridades del MSAS en la adquisición de un lote de sales de rehidratación destinadas al tratamiento de diarreas en niños menores de 5 años. De acuerdo con el denunciante, el certificado de producto farmacéutico *"expedido en Alemania, claramente señala que el producto 'no ha sido autorizado para su uso' en aquel país porque 'es solamente para uso en países en vías de desarrollo'"*⁵³. Esta situación se repitió con la compra de medicamentos por una cantidad de un millón de dólares.

Finalmente, la sustracción de insumos y equipos médicos en los hospitales ha seguido afectando el uso eficaz y oportuno de los recursos. Mientras que la GDF incluía en su presupuesto para 1999 la cantidad de Bs.600.000.000 para el funcionamiento del servicio de Caumatología del hospital Jesús Yerena de Lídice (Caracas) y las operaciones electivas tuvieron que suspenderse por falta de equipos e insumos médicos en el quirófano, el Departamento de Seguridad del Servicio Unificado de Salud (Susalud), hizo un hallazgo en los sobretechos del mencionado hospital encontrando escondidos 50 pares de guantes, 20 cajas de material preoperatorio, un aparato de laparotomía, un equipo para leer radiografías, una fuente de poder, máquinas de calefacción y una caja con 100 tubos para muestras de sangre⁵⁴.

Medidas legislativas

En el mes de septiembre de 1998 entró en vigencia la Ley Orgánica de Salud (LOS)⁵⁵, instrumento jurídico que derogó la Ley de Sanidad Nacional de 1938 y la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud de 1987. Esta Ley estableció un nuevo marco legal en lo que tiene que ver con la organización, funcionamiento, financiamiento y control de la prestación de los servicios de salud. Asimismo fue creada otra normativa sobre la materia referida al Subsistema de Salud (LSSS). Esta Ley fue aprobada por el Presidente Caldera mediante la Ley Habilitante en octubre de 1998⁵⁶, y prevista su entrada en vigencia para el 2000, según su artículo 177.

Respecto a la normativa del Subsistema de Salud, se trata de un instrumento polémico que desde su discusión en el Congreso ya despertó suspcia. Una de ellas fue protagonizada por Aristides Hospedales, ex Presidente de la Sub-Comisión de Seguridad Social de la Cámara Baja, quien fue acusado por el parlamentario Carlos Eduardo Febres *"...de haber incluido modificaciones de manera inconsulta en el proyecto de Salud que el Congreso envió al Ejecutivo, como parte del paquete de ocho leyes que conforman la Habilitante [con la] finalidad de favorecer a las compañías administradoras de seguros"*⁵⁷.

Aprobado el proyecto, los desacuerdos aumentaron; en el Edo. Aragua, por ejemplo, el gremio médico manifestó su inconformidad por considerar *"...que atenta contra el derecho a la salud de los venezolanos, toda vez que conduce a la privatización de tan indispensable servicio público, con lo que quienes resultan más perjudicados son los sectores sociales de menos recursos económicos"*⁵⁸. Este pronunciamiento fue secundado por el resto de los médicos, odontólogos, psiquiatras y radiólogos, quienes reunidos en un evento denominado *Precongreso Constituyente hacia la Salud Social*, decidieron solicitar la derogación de la LSSS. Entre las objeciones aludidas destacan las siguientes: a) consideran que el sistema de seguridad social no es equitativo ni justo, b) arrebató al paciente y a su médico la capacidad de decidir la forma, naturaleza y extensión de los cuidados médicos, c) elimina la reserva y confidencialidad de la historia médica, y d) liquida al Seguro Social⁵⁹.

La Comisión de Enlace nombrada por el Presidente electo para analizar los asuntos de salud y seguridad social también se sumó al rechazo a la nueva normativa en salud, al considerar que la LSSS *"...fue aprobada con la intención de privatizar los hospitales con las administradoras de*

riesgo, y manejar fondos públicos de manera privada"⁶⁰, idea totalmente compartida por el Ministro de Salud quien además conversó con el Ministro del Trabajo para revisar urgentemente la LSSS porque a su juicio "*Casi toda la Ley hay que cambiarla. Su concepción es totalmente privatizadora. [...] abre totalmente el campo a los capitales transnacionales para que instauren aquí sistemas de administradoras de fondos o construyan clínicas. Eso discrimina totalmente a los venezolanos*"⁶¹.

Justiciabilidad

Las reformas de la salud no han incluido medidas que concreten la justiciabilidad del derecho a la salud, por lo que se continúa sin mecanismos específicos para exigir la reparación de su violación. En este sentido, las distintas acciones emprendidas por quienes han ejercido actuaciones de defensa, siguen basadas en las acciones de amparo. En especial cabe señalar los amparos introducidos por Accsi, en busca de la debida protección a las personas seropositivas. Basándose en los precedentes sentados por la sentencia de fecha 20 de enero de 1998 en la que se ordenaba al Ministerio de la Defensa la entrega de medicamentos para un grupo de efectivos alistados en las Fuerzas Armadas, Accsi solicitó explícitamente que "... se extiendan los beneficios reconocidos a todos los ciudadanos que viven en Venezuela con VIH/Sida, que requieran tratamiento prescrito por los especialistas médicos, sin verse en la imperiosa necesidad de recurrir constantemente a la vía del amparo constitucional." Sin embargo, la sentencia de la CSJ de fecha 14 de julio de 1998, negó esta petición aduciendo que se trataba de situaciones diferentes, con lo que desconocía el reconocimiento expreso a los intereses difusos.

Además, estas decisiones no siempre son acatadas. En el mes de noviembre de 1998, Accsi denunció el desacato por parte del MSAS de la sentencia dictada por la Corte Suprema de Justicia (CSJ) en agosto de ese mismo año, por medio de la cual se le imponía al mencionado ministerio la obligación de entregar medicamentos antirretrovirales a un grupo de 23 personas portadoras de VIH/Sida. Accsi denunció que "*Mientras el MSAS se atrasa con el acatamiento, 3 de estos enfermos han fallecido y los otros viven gracias a los donativos de algunas instituciones*"⁶². Por otra parte, las autoridades afectadas por la medida judicial tienden a descalificar este tipo de acciones como fue el caso de Héctor Dávila, Secretario de Gobierno del DF, quien calificó una de estas acciones como de "*falsa y ardid publicitario*"⁶³.

Sin embargo, la constancia de las acciones judiciales de ACCSI en defensa de los derechos de las personas seropositivas dieron finalmente sus frutos en 1999 cuando la CSJ se pronunció a favor en otra acción de amparo introducida el 05.04.99. Lo destacable del fallo de la CSJ, consiste en que, más allá de declarar con lugar la acción de amparo solicitada, extiende sus efectos a otras personas que no se presentaron como agraviadas⁶⁴.

Participación y salud

Entre las medidas que debe adoptar el Estado para proteger el derecho a la salud de su población, se encuentra la de garantizar la participación de la comunidad en la planificación, decisión y control de la gestión en salud. Sin embargo, en la mayoría de los casos, la participación ciudadana en materia de salud se ha limitado a la constitución de fundaciones. La proliferación de estas figuras jurídicas ha sido tal, que en el mes de octubre se llevaron a cabo las "*IV Jornadas de Experiencias Exitosas en Gestión de Salud Pública*". La empresa privada (organizadora de este evento) presentó ante la opinión pública el trabajo de estas fundaciones, como "*una alternativa frecuente a la crisis asistencial*"⁶⁵. Sin embargo, la realidad demuestra que el éxito real de estas fundaciones se circunscribe casi exclusivamente a la recaudación y administración de los recursos obtenidos por los sistemas de *recuperación de costos*, que favorecen la actitud de las autoridades gubernamentales de traspasar su responsabilidad a la llamada sociedad civil.

Dentro de las políticas asumidas por la nueva administración del DF, es importante resaltar la decisión de seleccionar a los directivos de los hospitales dependientes de ese Despacho, a través de un *referéndum* con la participación del personal obrero, de enfermería y médico en cada uno de ellos, acción que se llevó a cabo en varios de los centros hospitalarios.

Lamentablemente las autoridades no han tenido la misma actitud con las comunidades y organizaciones de base. Por el contrario, han venido "*cercenando la participación comunitaria*", según denuncias de la organización Catienses por la Salud66.

Situación de la salud

Salud Física

Las últimas cifras brindadas por la Dirección de Epidemiología y Análisis Estratégico del Ministerio de Salud y Desarrollo Social, muestran un mejoramiento sostenido en los indicadores más generales del estado de salud física de la población. Según esta fuente, la tendencia entre los años 1993 y 1997 es la siguiente:

Indicador (tasa de mortalidad)	Años				
	1993	1994	1995	1996	1997
General (1)	4,5	4,6	4,5	4,5	4,3
Infantil (2)	23,7	24,6	23,5	23,9	21,4
Neonatal (2)	14,7	14,0	13,4	13,7	13,0
Post-neonatal (2)	9,0	10,6	10,1	10,2	8,5
Materna (2)	62,8	69,3	65,7	60,4	59,6
1-4 años (3)	1,6	1,3	1,1	1,3	1,1
Esperanza de vida al nacer	71,8	72,0	72,2	72,4	72,6

(1) Tasa por 1.000 habitantes. (2) Tasa por 1.000 Nacidos Vivos. (3) Tasa por 100.000 del Grupo.

Estas cifras coinciden con las ofrecidas por la OPS en su Informe "*La salud en las Américas*" con la salvedad de que este organismo calcula un porcentaje de subregistro que ubica a la mortalidad infantil en 27,4 por 1.000 nacidos vivos.

Por su parte, la tasa de mortalidad por enfermedades infecciosas muestra el siguiente comportamiento para 1997 (últimas cifras brindadas por el Ministerio de Salud y Desarrollo Social):

Tuberculosis	5,8
Tosferina	0,3
Hepatitis	1,2
Sida	8,6
Malaria	0,4
Chagas	6,0

Sepsis	5,2
Neumonías	11,6

En relación con la morbilidad, la situación muestra por el contrario, características preocupantes que, de no atenderse, pueden revertir en un plazo muy corto, las tendencias evidenciadas en los indicadores generales antes mencionados. La transmisión de enfermedades infecciosas se hace cada vez más grave, según la opinión de algunos expertos, dado que las endemias o enfermedades que habitualmente tienen un período muy próximo de frecuencia, se propagan cada vez más llegando a convertirse en un problema grave de salud pública⁶⁷.

Aparte de las diarreas, las enfermedades que muestran un preocupante índice son indudablemente la malaria, el dengue y el VIH/sida.

Según la OPS, "*... la transmisión de la malaria abarca 23% de la superficie del país [...] y afecta a 713.394 habitantes*"⁶⁸. Para la semana epidemiológica N° 37 de 1999 (12 al 18 de septiembre), se reportaron 386 casos para un acumulado en los primeros nueve meses del año de 13.212 casos, situación calificada de seguridad según el Boletín Epidemiológico "*Alerta*", del MSAS correspondiente a esa fecha. Las comunidades indígenas son las poblaciones más afectadas. Se reportaron más de 2.000 casos de paludismo en esta población, durante los primeros siete meses de 1999.

En el período en estudio, el repunte más importante en enfermedades infecciosas ha sido el dengue. De acuerdo con Rafael Borges, Director de Epidemiología del MSAS, las cifras definitivas para el año 1998 a nivel nacional fueron de 37.153 casos, para un total de 43 personas muertas por esta causa⁶⁹. Según la Memoria y Cuenta del MSAS, los casos de dengue registrados en 1998 fueron 37.586 y superaron en un 12% los habidos en 1997, con lo cual esta enfermedad continúa manteniendo un patrón endémico. En la misma semana epidemiológica (N° 37 de 1999, del 12 al 18 de septiembre) se muestra un acumulado 20.937 casos, representando un promedio de más de 2.500 por mes, situación que se califica de alarma. El dengue hemorrágico presenta un acumulado de 1.832 casos con 10 defunciones, con lo cual Venezuela se convierte en el país de la región con mayor incidencia de este tipo de dengue.

En lo que respecta al VIH/Sida, las fallas en los registros oficiales hacen que las cifras manejadas no se correspondan con la realidad, por lo que no se conoce a ciencia cierta la realidad de la epidemia del VIH/Sida. Para las autoridades sanitarias, el número de casos en el país no sobrepasa los 10.000, mientras que organismos internacionales como la OMS estimó para 1997 en 80.000 los casos seropositivos en Venezuela. En un documento del año 1998 denominado el "*VIH/Sida en Venezuela, Análisis de Situación y Recomendaciones*" y citado por Accsi en su informe anual, la OPLSIDA señala: "*La tasa de casos de SIDA por millón de habitantes se ha incrementado de 4,32 en 1986 a 50,89 en 1994. Se pudiera estimar que el número de seropositivos en Venezuela está entre 50 mil y 100 mil personas. Otros organismos nacionales estiman entre 250 mil y 500 mil, el número de seropositivos en el país*"⁷⁰.

Por su parte, el cólera experimentó un importante descenso del orden del 86,9% durante 1998, en el que se registraron en el país 313 casos en contraposición con los 2.389 registrados en 1997. De estos 313 casos, 6 culminaron en fallecimientos, de los cuales 247 casos y 5 muertes ocurrieron en el Edo. Delta Amacuro, lo que es un indicativo del precario alcance que tienen las medidas de prevención en esa entidad federal. Para la semana epidemiológica N° 37, existe un acumulado de 166 casos de cólera con 3 fallecimientos, habiendo sido desplazado el Estado Delta Amacuro por el Edo. Sucre con mayor número de casos.

En relación con la tuberculosis, durante los primeros cuatro meses de 1999 se reportaron 1.124 casos en todo el país. La encargada del Programa Tuberculosis del DF, Beatriz de Fernández,

informó acerca de la tendencia ascendente que presenta esta enfermedad en el DF; de acuerdo con la funcionaria, factores socioeconómicos como "*el hacinamiento en los hogares, la mala alimentación y la miseria son favorables para el desarrollo de la enfermedad*"⁷¹, que afecta a más de 5.000 personas por año.

Autoridades del Fondo Nacional de Investigaciones Agropecuarias (Fonaiap), aseguraron que durante 1998 se produjo un aumento de los casos de leptopirosis en personas que habitan zonas urbanas. Esta afección es transmitida principalmente por roedores, lo que podría estar indicando un importante deterioro de las condiciones de salubridad pública.

Casos de rabia, neumonía y tétanos neonatal también se presentaron en diferentes partes del país. En el Edo. Zulia se dio un caso de rabia humana resultando una joven muerta, en la misma entidad federal. Para la última semana de agosto, se registraron más de 12.000 casos de neumonía, siendo fatales 30 de ellos.

Entre los sectores más vulnerables a este tipo de enfermedades, destacan los pueblos y comunidades indígenas, donde la salud es mucho más precaria puesto que en esas comunidades prácticamente no existen centros de atención, y la promoción y prevención no son aspectos prioritarios. Las cifras de morbilidad y mortalidad ofrecidas por el MSAS, muestran por ejemplo, cómo el llamado eje Orinoco-Apure, asiento de numerosas etnias y comunidades indígenas y zona de difícil acceso geográfico, presenta las tasas más elevadas, en relación con el número de habitantes.

Los Yanomami en el Edo. Amazonas, continuaron siendo azotados por afecciones prevenibles como la fiebre amarilla, gastroenteritis, disentería, malaria, leptopirosis y oncocercosis, entre otras. La situación epidemiológica de los Warao en el Edo. Delta Amacuro, también fue bastante delicada durante el lapso que comprende el presente Informe, donde enfermedades como el dengue y el cólera se hicieron endémicas provocando muchas muertes. Cabe destacar que el presupuesto anual asignado por el MSAS al funcionamiento de los servicios de salud en este estado es de apenas 7.000.000 de bolívares, monto igual al costo de un motor fuera de borda, principal medio de transporte en la zona. En la Sierra de Perijá, los Yukpa también padecieron ante la falta de una debida asistencia médica. En el mes de marzo de 1999, en la comunidad del Tokuko se presentó un brote de dengue. De igual manera denunciaron que no cuentan con personal médico que los atiendan permanente, dependiendo de un médico del hospital de Machiques que va a la comunidad dos veces por semana⁷².

Salud Mental

La salud mental de la población venezolana se ha visto especialmente afectada en los últimos años como consecuencia de la enorme crisis social y económica que se extiende por más de una década. Efectivamente, la situación de pobreza y el grave deterioro económico experimentado por nuestro país han contribuido a que la cantidad de personas que acuden a la consulta psiquiátrica-neurológica sea cada vez mayor, llegando a estimar en más de 81.000 los venezolanos, con edades comprendidas entre 20 y 54 años que podrían sufrir de neurosis depresiva. Sin embargo, este número no representa con mucho, el grueso de la población que padece algún tipo de trastorno mental, pues de los 3.300.000 de personas que en Venezuela viven en condiciones de pobreza extrema, "*... un elevado porcentaje de este grupo humano padece trastornos mentales y no tienen ni los recursos ni el apoyo familiar necesario para enfrentar sus males*"⁷³. En Caracas, por ejemplo, de acuerdo con los reportes psiquiátricos y psicológicos, se incrementaron los trastornos fóbicos de la ansiedad y la esquizofrenia, alteraciones de la personalidad y de la identidad de género motivadas, en muchos casos, por la contaminación sónica, la anarquía de la ciudad y la crisis económica. Esta situación tiende a ser más grave debido a la cultura colectiva que estigmatiza al enfermo mental y tiende a excluirlo de su grupo familiar y social.

En el ámbito de las políticas oficiales, la atención a la salud mental en Venezuela ha tenido, a través de los años, un carácter secundario dentro del sistema de salud, como se evidencia en el hecho de que tanto la infraestructura como los servicios con que cuenta el Estado para atender estas afecciones enfrentan serios problemas, algunos de los cuales han sido

denunciados por mucho tiempo sin que se hayan tomado medidas para corregirlos. Estos problemas son principalmente el abandono en el que se encuentran los centros de reclusión de enfermos mentales y las propias condiciones a las que son sometidos pacientes en tratamiento que, en muchos casos, vulneran seriamente sus derechos más elementales.

En el país existen 9 institutos privados financiados por el Estado donde se atienden a 1.770 enfermos mentales, que generalmente presentan trastornos como esquizofrenia, enfermedad maniaco-depresiva y epilepsia. Estos centros, además de resultar insuficientes para la cantidad de enfermos mentales que los requieren, han sufrido una situación deficitaria permanente. En 1997 la asignación oficial llegó con 12 meses de retraso y en 1998 la partida que sostiene a estos institutos ni siquiera fue incluida en el presupuesto, por lo cual se introdujo un Recurso de Amparo ante la CSJ para que el Ministerio de Sanidad desembolsara el dinero correspondiente. Estos hechos permiten pensar que existe una intencionada acción estatal dirigida a abandonar paulatinamente la atención a la salud mental en casos agudos que ameritan internamiento.

Por otra parte, la asignación presupuestaria por individuo que otorga el MSAS es deficitaria en un 61,7% ya que para prestar un servicio psiquiátrico básico se necesita diariamente una asignación de Bs. 6.000, y el Ministerio de Sanidad otorga, solamente, Bs. 2.300, cantidad que además se ha mantenido sin modificar en los últimos tres años⁷⁴.

Estos hechos demuestran que *"Las políticas aplicadas por el Ministerio de Sanidad, han marginado la asistencia psiquiátrica en Venezuela y sobre todo a los pacientes crónicos"*⁷⁵ como lo señalara Marina Sánchez, administradora del Instituto de Rehabilitación *"Raúl Castillo"* ubicado en el Edo. Táchira.

Salud Ocupacional

Otro aspecto que no ha sido objeto de atención adecuada por parte del Estado, a pesar de contar con una normativa específica para ello, es la situación de la salud ocupacional. Los hechos que más frecuentemente afectan la salud del trabajador, pudieran prevenirse y controlarse si existiera una actitud vigilante por parte de los organismos estatales encargados de hacer cumplir los mecanismos de protección previstos en la ley de la salud de los trabajadores. En Ciudad Bolívar (Edo. Bolívar), 176 trabajadores de la Dirección de Malariología del MSAS, denunciaron la política iniciada por esa institución, la cual consiste en recurrir a la figura del trabajador eventual, contratando a personal para realizar las labores de fumigación prescindiendo de los servicios de los trabajadores fijos. Esta práctica ha sido aplicada luego de que varios trabajadores resultaron víctimas de intoxicación debido a la constante manipulación de insecticidas, de modo que ahora, con la contratación eventual, *"...quien se intoxica y su salud colapsa, sale a morir sin ninguna seguridad social que le respalde al menos un tratamiento, por cuanto al no poder cumplir con la labor por motivo de salud, lo despiden con el salario correspondiente a su última semana de trabajo y sin más ningún beneficio"*⁷⁶.

Paradójicamente, en la mayoría de los centros médicos asistenciales del país (privados y públicos), también se suceden hechos que exponen a constantes riesgos la vida del personal que en ellos labora, por imprevisión e inobservancia de la legislación en materia de mantenimiento de instalaciones y estructuras y, tratamiento y manejo de desechos y materiales altamente contaminantes. Un caso que demuestra la irresponsabilidad en el manejo de este tipo de material, lo constituye el hallazgo realizado en uno de los sótanos del hospital *"Luis Razetti"* de Barcelona (Edo. Anzoátegui) de dos cápsulas radiactivas abandonadas por más de 10 años. De acuerdo con entendidos en la materia, la médula ósea y la piel del personal que labora en el mencionado centro de salud pueden sufrir trastornos a mediano y largo plazo como consecuencia de la radioactividad⁷⁷.

Saneamiento Ambiental

Los indicadores que permiten medir la situación de saneamiento ambiental en el país se refieren a la cobertura de la red de cloacas y acueductos, así como de los programas que adelantan las autoridades para tratar los desechos sólidos y evitar la contaminación.

Según el ya referido Informe de la OPS, para 1997 *"... 80% de las comunidades urbanas disponen de servicio de agua potable por conexión directa y el 20% restante, ubicado en zonas marginales, recibe agua potable por medio de camiones cisterna o pilas públicas"*⁷⁸.

Las políticas de saneamiento se ven afectadas negativamente como consecuencia del enorme déficit habitacional⁷⁹ y las pésimas condiciones en las que se encuentran gran número de ellas ubicadas en las zonas urbanas, que padecen fundamentalmente de una inadecuada dotación de servicios. Por ejemplo, en el Municipio San Francisco de Maracaibo (Edo. Zulia), *"La situación más grave lo constituye la inexistencia de red de cloacas, existiendo más de mil viviendas que no tienen una disposición para depositar las excretas, realizándose a través de pozos sépticos que en un 70% ya están colapsados"*⁸⁰. Por su parte, habitantes del barrio La Grama de Antímamo (Caracas), estuvieron amenazados ante el riesgo epidemiológico producido por el *"...colapso del desarenador provocando el desbordamiento de aguas negras que corren por toda la vía pública..."*⁸¹ situación que se presenta por la falta de un indebido mantenimiento en el colector de aguas negras.

Por su parte, *"en las zonas rurales aún existe insuficiencia de cobertura de redes de acueductos y en algunos casos no se cuenta con plantas para el tratamiento del agua que se abastece"*⁸².

Aún cuando existen disposiciones para controlar el uso inadecuado de plaguicidas, se suceden hechos que indican que dicha regulación no se aplica. En el Edo. Lara, el Instituto Universitario Experimental Andrés Bello, advirtió sobre la utilización indiscriminada de plaguicidas y otros compuestos químicos que amenazan la salud de los larenses, y alertó a los municipios y los despachos de Sanidad y Ambiente para ejercer mayor vigilancia y fiscalización a las casas que expenden estos insumos⁸³.

1. PROVEA: Informe Anual octubre 1997- septiembre 1998. Caracas, 1998. Pág. 138.

2. El Impulso, 11.03.99, pág. C-1.

3. ACCSI: III Informe Anual Situación de derechos Humanos y VIH/SIDA. Caracas, 1998. Pág. 45.

4. MINISTERIO DE SANIDAD Y ASISTENCIA SOCIAL: Memoria y Cuenta, 1998. Pág. IX.

5. Ídem. Pág. X.

6. El Impulso, 01.09.99, pág. C-7.

7. Últimas Noticias, 15.11.98.

8. El Universal, 08.03.99, pág. 1-2.

9. El Universal, 12.04.99, pág. 4.

10. El Universal, 21.05.99. Pág. 4-1.

11. Ídem.

12. La Nación, 17.11.98. Pág. D-2.

13. Correo del Caroní, 07.03.99, pág. A-4.

14. El Nacional, 24.10.98. pág. C-2.
15. Últimas Noticias, 17.10.98. Pág. 10.
16. Últimas Noticias, 17.08.99, pág. 58.
17. El Universal, 31.08.99, pág. 4-1.
18. El Universal, 01.09.99. Pág. 4-1.
19. Últimas Noticias, 17.10.98, pág. 10.
20. El Nacional, 14.01.99, pág. C-2.
21. El Impulso, 01.09.99, pág. C-9.
22. El Nacional, 15.10.98, pág. C-2.
23. Últimas Noticias, 04.12.98, pág. 20.
24. El Nacional, 20.07.99, pág. C-2.
25. El Universal, 26.01.99, pág. 1-14.
26. MINISTERIO DE SANIDAD Y ASISTENCIA SOCIAL. Op.Cit. Pág. XI.
27. La Columna, 03.02.99, Separata.
28. El Impulso, 22.10.98, pág. 7-C.
29. El Impulso, 13.07.99, pág. C-6.
30. La Nación, 10.11.98, pág. B-10.
31. El Universal, 30.11.98, pág. 4-12.
32. El Nacional, 23.01.99, pág. E-3.
33. El Nacional, 24.11.98, pág. C-2.
34. El Nacional, 20.04.99, pág. 4-1.
35. Artículo 22.- El costo de la atención médica será facturado y registrado a cada paciente, con el propósito de facilitar controles de gastos y concientizar a la ciudadanía sobre el costo de la misma. Cuando la atención médica sea prestada a una persona asegurada, que tenga algún tipo de cobertura de riesgo compartido, ésta se imputará al respectivo ente público o privado, para fines de la recuperación del gasto derivado de la prestación de servicio.
36. El Carabobeño, 13.10.98, pág. D-15.
37. El Siglo, 11.03.99, pág. A-3.
38. Ídem.
39. La Nación, 18.02.99, pág. B-1.
40. El Globo, 18.01.99, pág. 4-12.
41. El Nacional, 28.02.99, pág. H-7.
42. Idem.
43. MINISTERIO DE SANIDAD Y ASISTENCIA SOCIAL. Op. Cit. Pág. III.

44. CURCIO, Pascualina: Análisis del Financiamiento de la Salud en Venezuela. Caracas. 1999. Mimeo.
45. El Nacional, 14.10.98, pág. A-5.
46. El Nacional, 01.12.98, pág. C-3.
47. El Nacional, 12.01.99, pág. C-1.
48. El Universal, 23.03.99, pág. 4-19.
49. El Universal, 29.04.99, pág. 2.1.
50. La Nación, 11.03.99.
51. El Nuevo País, 03.11.98, pág. 22.
52. El Nacional, 10.04.99, pág. C-2.
53. El Universal, 01.02.99, pág. 2-1.
54. El Globo, 29.05.99, pág. 10.
55. Gaceta Oficial de la República N° 5.263 Extraordinario del 17.09.98.
56. Gaceta Oficial de la República N° 36.568 del 27.10.98.
57. Economía Hoy, 08.10.98, pág. 4.
58. Últimas Noticias, 19.12.98, pág. 6.
59. El Nacional, 06.01.99, pág. C-2.
60. El Universal, 31.01.99, pág. 1-22.
61. El Universal, 20.02.99, pág. 1-15.
62. El Nacional, 19.11.98, pág. C-2.
63. El Diario de Caracas, 02.09.99, pág. 14.
64. Ver Capítulo Derecho a la justicia.
65. El Universal, 10.10.98, pág. 4-2.
66. El Universal, 21.05.99, pág. 4-1.
67. Ver anexo N° 7
68. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD: La Salud en las Américas. Volumen II.1998. Pág.574.
69. Últimas Noticias, 05.01.99, pág. 14.
70. ACCSI. Op. Cit. Pág. 14.
71. Últimas Noticias, 09.12.98, pág. 19.
72. Ver Capítulo sobre Derechos de los pueblos indios.
73. El Nacional, 08.03.99, pág. D-4.
74. El Nacional, 08.03.99, pág. D-4.

75. El Nacional, 08.03.99, pág. D-4.
76. Correo del Caroní, 05.01.99, pág. C-1.
77. Últimas Noticias, 02.08.99, pág. 47.
78. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD: Op. Cit. Pág. 581.
79. Ver capítulo sobre el Derecho a la vivienda.
80. Panorama, 25.02.99.
81. Últimas Noticias, 22.11.98, pág. 4.
82. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD: Op. Cit. Pág.581.
83. El Impulso, 14.12.98, pág. D-5.

