

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

Durante el período anterior, identificamos como positivo, además del nuevo marco constitucional, el discurso estatal y la implementación de las políticas públicas que rescatan el enfoque integral de la salud. En correspondencia con esta tendencia, la Comisión Presidencial para la Reforma de la Seguridad Social presentó en el presente período el proyecto de Ley Orgánica de Salud. Este Proyecto de Ley regula el sistema unificado de salud pública y propone para ello el desarrollo de un modelo de atención integral, regido por los principios de universalidad, integralidad, eficacia, eficiencia y gratuidad. Igualmente resulta positivo, en este período, el aumento de la cobertura de los servicios de atención médica, como resultado, en buena medida, del compromiso oficial de eliminar progresivamente la práctica del cobro directo al paciente por los servicios de salud.

Sin embargo, aunque en términos generales las políticas públicas adelantadas son consistentes con los contenidos del derecho a la salud, éstas no han logrado revertir la crisis de la red pública de los centros de atención primaria y especializada, lo que incide negativamente en el pleno disfrute del derecho a una atención de salud oportuna, gratuita y de calidad.

En relación con los indicadores de morbilidad, en el período pasado destacamos la disminución de enfermedades infecciosas tales como dengue y cólera, al tiempo que se advertía sobre la negativa reforma de la Dirección de Malariología del Ministerio de Salud y Desarrollo Social (MSDN). En este período, sin embargo, se registró una alta tasa de casos de dengue (hasta la semana epidemiológica N° 39, desde el 22 al 29 de septiembre), que representa un aumento de más del 331% en comparación con los casos registrados para esa fecha en el año 2001. Lo que responde a una situación de vigilancia tardía y a la falta de coordinación entre las distintas entidades federales y el MSDN.

Por otra parte, un aspecto que merece especial atención es el relacionado con el funcionamiento del sistema nacional de información en salud, que presenta dificultades en el levantamiento y coordinación interinstitucional de la información, así como en mantener una base de datos actualizada. Para este período, la Memoria y Cuenta del MSDN, una vez más, se limita a presentar un informe descriptivo de la estructura organizativa del Ministerio, de los programas y políticas en salud, así como de las actividades realizadas en la gestión del año 2000. Este informe de gestión se caracteriza, además, por una ausencia de datos fundamentales como la cobertura de inmunización de la población, indicadores básicos sobre la situación de salud, sobre el seguimiento y evaluación de los programas desarrollados por el MSDN, o sobre el diagnóstico del funcionamiento de la red pública. Aún cuando se reconoce el esfuerzo en modernizar y actualizar los registros públicos mediante la creación de un sitio web de acceso universal, la mayoría de las secciones se encuentran en construcción desde el año 2000.

Medidas adoptadas por el Estado

Reestructuración del Ministerio de Salud

El MSDN continúa en proceso de reestructuración orgánica y funcional. Su composición interna fue de nuevo modificada, quedando integrada por el Despacho del Ministerio, los Vice-ministerios de Salud y de Desarrollo Social, las Direcciones Generales de Salud Poblacional, de Salud Ambiental y Contraloría Sanitaria, de Políticas y Planes, y de Evaluación y Control. Sus ejes de trabajo prioritarios son el fortalecimiento hospitalario, la red ambulatoria y de atención integral, las redes sociales (programas de desarrollo local), los programas prioritarios en salud (de atención a enfermedades transmisibles y no transmisibles, vigilancia ambiental y epidemiológica), los programas sociales (hogares y multihogares, dotación de uniformes escolares, dotación de alimentos como meriendas y comedores escolares, programa alimentario escolar, atención de madres y lactantes, comedores populares institucionales, atención a grupos de excluidos, programas de desarrollo local, programas de reactivación de la economía y proyectos cívico-militares para atacar la emergencia social), medicamentos y la tecnología².

La reorganización del MSDN obedece a que la estructura establecida en el año 1999 presentaba problemas de eficacia en los sistemas de salud y desarrollo social. Principalmente, porque la estructura anterior respondía a una organización de tipo burocrática. Lo que se pretende es una organización más flexible que pueda dar respuesta a los postulados de la Constitución de 1999 y a las necesidades de salud de la población vista desde una perspectiva integral³. Así, parece que la intención del MSDN es que su estructura funcione dentro de lineamientos más democráticos que permitan una mayor eficacia institucional.

La incorporación de María Urbaneja como nueva Ministra de Salud y Desarrollo Social en el año 2001, no parece alterar la línea política que venía implementando el Ministerio. Al respecto, Urbaneja señaló que "*Pasó a ser una ministra que sustituye a otro ministro de este gobierno, y por lo tanto no se trata de un cambio de política*"⁴. En relación con la atención integral, expresó: "*La salud y los problemas sociales son asuntos públicos, y por lo tanto deben ser respondidos con políticas públicas. El único que puede garantizar esto es un Estado que entienda qué debe ser una política integral*"⁵. Así, con la finalidad de implantar el modelo de atención integral y fortalecer la red ambulatoria, una de las medidas adoptadas por el MSDN fue la celebración de varios contratos de obras para la rehabilitación de 193 ambulatorios en 14 estados: Amazonas, Nueva Esparta, Sucre, Guárico, Aragua, Carabobo, Apure, Cojedes, Portuguesa, Yaracuy, Lara, Táchira, Mérida y Falcón⁶.

Según información del MSDN, en 16 estados se aplica el modelo de atención integral y, especialmente Aragua fue seleccionado como estado piloto de este modelo⁷. De una evaluación realizada por el Ministerio de la ejecución del modelo de atención integral en Aragua durante el año 2000, se evidencia un incremento de las actividades programáticas preventivas y una disminución por consultas de emergencia en los centros de mayor complejidad del estado⁸. Asimismo, otra medida adoptada fue el diseño de un plan de formación profesional en medicina familiar. Al respecto, Ada Vadilei, presidenta de la Sociedad de Medicina Familiar, señala que en el país hay alrededor de 1.000 profesionales con esta especialidad, siendo 20.000 la cifra ideal. Según Vadilei, aún cuando estos profesionales no podrían llegar a todos los hogares, debido a la inseguridad social, en las regiones del interior serían de gran ayuda⁹.

Por otra parte, sobre el proceso de unificación entre el Sistema Nacional de Salud y el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (Ivss), aún cuando se evidencia una mayor coordinación entre las redes de salud de ambas instituciones, Gilberto Rodríguez Ochoa, anterior Ministro de Salud y Desarrollo Social, señaló que "*hay un sistema de salud muy fragmentado. El ministerio está por su lado; el Seguro Social e Ivss, por otro. Es un desastre institucional que hay que unificar, por lo que estamos trabajando en la Ley Orgánica de la Salud*"¹⁰. Ahora bien, pese a que la reforma legislativa para una seguridad social integral ha sido declarada prioritaria en la agenda

legislativa del gobierno, ésta ha sido objeto de dos "*vacatio legis*" y hasta la fecha de cierre del presente informe, no se cuenta con un nuevo marco legislativo que establezca los términos de la unificación de los dos sistemas de salud que han regido en el país durante más de medio siglo.

Cambios legislativos

En el período anterior, se señaló la necesidad de adecuar el marco legislativo vigente en el sector salud, en función de los nuevos paradigmas consagrados en la Constitución de 1999. Una de las primeras reformas propuestas por el oficialismo fue la Ley Orgánica de Salud, además de la Ley del Ejercicio de la Medicina, los Reglamentos y Códigos Sanitarios¹¹. En aras de acelerar este proceso de adecuación normativa, el Ejecutivo Nacional creó en el año 2000 una Comisión Presidencial para la Reforma de la Seguridad Social. A pesar de que esta Comisión le presentó al presidente Hugo Chávez la propuesta legislativa en febrero del año 2001, recién en junio fue entregada a la Asamblea Nacional (AN). Para la fecha de cierre del período en estudio, su discusión y aprobación se encuentra bajo una "*vacatio legis*" que se extiende hasta diciembre del 2001, postergándose así la indefinición en la que se encuentra el sector.

En el proyecto legislativo del actual gobierno se contempla la creación del Sistema Público Nacional de Salud (Spns). Según la propuesta, el Spns estaría financiado solidariamente con aportes fiscales, contributivos, remanentes netos de capital y de otras fuentes, a fin de privilegiar los programas de Salud Pública prestados bajo el modelo de atención integral, que contarían con servicios de salud de acceso universal, brindados con calidad, eficacia, equidad y eficiencia¹².

Según el análisis realizado por Provea, sobre el proyecto de Ley Orgánica de Salud elaborado por la Subcomisión de Salud de la Comisión Presidencial para la Reforma de la Seguridad Social, esta propuesta legislativa, pretende desarrollar los postulados garantistas de la Constitución de 1999. Así, entre algunos de sus aspectos positivos se encuentran el desarrollo de la concepción integral de la salud (Art. 2); la consagración de la universalidad, equidad, solidaridad, gratuidad, participación, integralidad, calidad y eficiencia como principios rectores del sistema (Art. 6); la propuesta sobre elaboración de políticas, programas y proyectos de salud orientados a mejorar las condiciones de salud de la población y la eliminación de las desigualdades en salud, de acuerdo con las categorías de género, edad, ubicación geográfica, clase social, etnia, etc. (Art. 7); el rescate de la administración pública en su función rectora y gestora de los servicios públicos de salud (Art. 10); la implementación de modalidades de participación ciudadana en el diseño y evaluación de políticas, así como en el control social de la gestión pública en salud (Art. 12, 33, 34 y 36); el desarrollo del modelo de atención integral (Art. 41); el rescate de la educación sexual, reproductiva y familiar (Art. 50); la regulación de la donación de sangre (Art. 51); la estipulación de medidas necesarias para prevenir enfermedades, accidentes y discapacidades de cualquier naturaleza (Art. 55); el desarrollo de programas de saneamiento ambiental (Art. 76); la priorización de la atención psiquiátrica con base comunitaria (Art. 79); la posibilidad de que los establecimientos prestadores de servicios y programas de salud ofrezcan facilidades en su diseño y funcionamiento para la atención de las personas con discapacidades (Art. 82); la incorporación de políticas destinadas a garantizar el acceso universal de productos farmacéuticos eficaces y de calidad (Art. 101); la prohibición expresa del cobro directo al usuario (en dinero, especies o insumos) por los servicios prestados (Art. 11 y 35); la estimación del presupuesto nacional de salud considerando las características demográficas, epidemiológicas y socioeconómicas de la población, así como las situaciones propias de cada localidad (Art. 132); la regulación de la atención de emergencia sin discriminación de índole alguna (Art. 166,1)¹³.

Presupuesto Nacional en Salud

En opinión de María Helena Jaén, profesora del Centro de Políticas Públicas y Coordinadora de la Gerencia de Salud del Instituto de Estudios Superiores de Administración (IESA), consagrar en la Constitución a la salud como un derecho social fundamental, obligación del Estado, es un paso importante para la salud en el país. Pero también señala que aún falta mucho por hacer, y uno de los aspectos más afectados es el económico¹⁴. En Informes anteriores, nos hemos pronunciado sobre la necesidad de un aumento progresivo de la inversión pública en salud, ya que lo que Venezuela destina a este sector está muy por debajo de las necesidades nacionales. El presupuesto del MSDN para el año 1998, fue el 1,6% del producto interno bruto (PIB); en 1999, 1,29%; en el año 2000, 1,78%¹⁵; y en el año 2001, 1,33%, equiparándose este porcentaje al destinado 4 años atrás¹⁶. Además, ninguno de los montos señalados alcanza el 2% del PIB. Para este período, el MSDN cuenta con un presupuesto aprobado de Bs. 1.526,3 millardos, lo que representa el 12,6% de la inversión social y ésta es el 40% del presupuesto del año 2001¹⁷. Mientras que el sector privado, según señala María Helena Jaén, destina en salud el 4,7% del PIB y de ese porcentaje, el 80% cubre los servicios de prevención y atención médica de los sectores sociales con mayores ingresos, que es la minoría de la población¹⁸.

Presupuesto MSDN 1998-2001			
Años	Presupuesto en millardos de Bs.	% de PIB	% del presupuesto nacional
1998	752	1,60	SD
1999	767	1,29	5,51
2000	1.308	1,78	7
2001	1.526	1,33	8,50
2002*	2.130	-	10,00

*Estimaciones del MSDN.

Fuente: Elaboración propia con datos tomados de fuentes hemerográficas y cifras oficiales.

La descentralización

Otra medida adoptada por el MSDN ha sido la evaluación de 17 estados descentralizados del país, con el fin de identificar los principales problemas que han obstaculizado el proceso. El ente descentralizador identificó falta de apoderamiento en el proceso de descentralización, poco conocimiento del proceso, falta de personal técnico en salud, desarticulación entre salud y desarrollo poblacional, la doble estructura de salud, el financiamiento deficiente y una nómina elevada, entre los principales factores de obstaculización del proceso de descentralización¹⁹. Justamente, un aspecto destacado en el período anterior, fue el relativo a la necesidad de garantizar un presupuesto suficiente del MSDN para las regiones del interior del país. Esto, con el fin de satisfacer las necesidades de las regiones, frente a la dicotomía del discurso oficial que enfatiza la descentralización, pero no aumenta los presupuestos estatales²⁰. Situación que se mantiene, a excepción del Distrito Capital que presenta un mayor incremento en el presupuesto de 2001.

Según Guillermo Ortega, ex Secretario de Salud de la Alcaldía Metropolitana, es importante que se aclaren las reglas de asignación presupuestaria en aras de

instrumentar mecanismos más eficientes para la administración de los recursos²¹. En este sentido, su sucesor, Baldomero Vázquez, señaló que de los Bs. 129 millardos aprobados a la Alcaldía en el año 2001, para atender el servicio de salud de los habitantes del área metropolitana, Bs. 110 millardos son para el pago de nómina y el resto, debe ser racionalmente asignados a la compra de medicamentos y reparación de los 14 hospitales y 86 ambulatorios bajo su control. Según Vázquez, el monto estimado debería ser de Bs. 250 millardos, sobre la base de una población aproximada de 5.000.000 de personas y no de 2.500.000 como sucede actualmente, debido a que esta última cifra no refleja la población actual de los habitantes de la Gran Caracas que acuden a los centros de salud de esta dependencia. Así mismo, señala que la red hospitalaria del área metropolitana, pese a que cuenta con 3.251 camas para hospitalización y 79 pabellones, 31 se mantienen inactivos, de las 105 unidades de terapia intensiva, 31 están fuera de servicio²².

Cuadro comparativo de presupuestos estatales 1999-2001 (millones de bolívares)			
Estado	1.999	2.000	2.001
Distrito Capital	32.372,8	49.210,2	71.047,8
Anzoátegui	30.466,3	33.953,8	40.671,7
Apure	14.821,4	17.913,7	22.133,7
Aragua	32.294,9	36.299,1	44.843,4
Bolívar	28.000,2	31.245,7	39.843,3
Carabobo	38.610,6	40.033,8	49.274,4
Cojedes	SD	SD	1.502,9
Delta Amacuro	SD	SD	SD
Falcón	15.043,4	15.740,6	20.870,1
Guárico	SD	SD	1.593,5
Lara	27.525,2	32.520,9	41.698,3
Mérida	19.008,1	20.517,8	25.831,0
Miranda	23.536,9	32.116,6	41.361,4
Monagas	14.915,1	15.912,0	21.215,3
Nueva Esparta	7.940,3	9.006,4	12.591,1
Sucre	21.316,6	23.131,4	29.469,5
Táchira	20.959,9	20.738,1	28.306,1
Trujillo	20.817,2	22.920,9	31.025,6
Yaracuy	11.168,6	14.526,3	17.595,6
Zulia	43.650,9	47.641,7	59.134,

Fuente: Elaboración propia con datos de las Disposiciones Generales del Proyecto de Ley de Presupuesto para el Ejercicio Fiscal 2001. Págs. 5 y 6.

Cooperación internacional

Para este período, destaca como positivo, la orientación de la cooperación internacional hacia el fortalecimiento de la red ambulatoria y la capacitación del personal que allí labora. Así, el MSDN, la Alcaldía Metropolitana y la Gobernación del Edo. Miranda, firmaron un Convenio con el Banco Mundial (BM) por 60.000.000 \$, para fortalecer la red ambulatoria del Área Metropolitana de Caracas y del Edo. Miranda. Este convenio tiene como meta equipar a los ambulatorios, mejorar la infraestructura y capacitar a su personal por un lapso de 5 años²³. Otro convenio se firmó entre España y Venezuela con miras a favorecer la red de salud del Área Metropolitana de Caracas²⁴. Sin embargo, a pesar de la celebración de estos convenios, permanecen los mismos problemas de ejecución destacados en períodos anteriores. Ejemplo de ello es la presunta ejecución irregular del Convenio español, celebrado con la antigua Gobernación del Distrito Federal, ahora Alcaldía Metropolitana. Según señalamientos de Eduardo Mata, ex Director de Hospitales de la anterior Gobernación del Distrito Federal, debido a problemas de sobreprecio por el orden de los \$8.000.000²⁵ se paralizaron las negociaciones con dos empresas españolas.

Por otra parte, se aprobó el Convenio Integral de Cooperación entre Venezuela y Cuba. Mediante el mismo, se pretende un intercambio de servicios y suministro de tecnología y productos que permitan el apoyo del Programa de Desarrollo Económico y Social de la República Bolivariana de Venezuela. La cancelación de los bienes y servicios proporcionados por Cuba a Venezuela será de un valor equivalente al precio del mercado mundial, en petróleo y sus derivados. Pero además, Cuba ofrece a Venezuela los servicios médicos de especialistas y técnicos de salud, para la atención de personas donde no se disponga de ese personal, asumiendo Cuba, el pago de los honorarios profesionales y Venezuela, por su parte, los costos de alojamiento, alimentación y traslado interno²⁶. En oposición a este acuerdo, el gremio médico argumentó que en Venezuela existen suficientes médicos y que la importación de profesionales extranjeros, lejos de solucionar problemas, genera gastos adicionales al gobierno y no plantea soluciones estructurales. En este sentido, José Guerrero, Director del Hospital Universitario de Caracas, señaló que en Venezuela existen 59.097 profesionales registrados en el MSDN, de los cuales 46.094 (53% son especialistas, 42% no lo son y 5% son médicos generales) están aptos para 32.023 puestos de trabajo²⁷. De allí que el desempleo de los galenos esté en el orden del 12 %, según señala Fernando Bianco, Presidente del Colegio de Médicos²⁸.

Como contra argumentación, una de las razones alegadas por el Ejecutivo Nacional para justificar la firma de este Convenio, es que si bien el país cuenta con un número de médicos superior al recomendado por la Organización Mundial de la Salud (477 galenos por cada 1000 habitantes), en las zonas más alejadas de los centros urbanos importantes, como es el caso del Edo. Delta Amacuro o del Edo. Amazonas, los habitantes deben conformarse con 1 médico para varias decenas de miles de habitantes. Según explicó Miguel Requena, Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela, otra razón alegada por el sector oficial es que en el país hay más médicos especialistas que generales, cuando estos últimos, son los más necesitados, de acuerdo con el nuevo esquema de atención integral del MSDS²⁹.

Sobre el traslado de pacientes a centros de salud en Cuba, Miriam Morales, Directora de Salud Poblacional del MSDN, informó que hasta el mes de agosto de 2001, en 20 vuelos a Cuba se han trasladado 830 pacientes y 750 acompañantes. El 70% de lo que se destina se invierte en el paciente. Según Morales, esta atención no es gratuita, su equivalente son 35.000 barriles diarios de petróleo que deben ser suministrados por Venezuela. Sin embargo, Venezuela invierte fuera del Convenio aproximadamente Bs. 400.000 por paciente, distribuidos en los pasajes aéreos, traslados y movilización requerida³⁰. En opinión de Provea, la cooperación internacional es siempre plausible, y

por ello esperamos que este Convenio sirva para paliar situaciones que en lo inmediato el Estado venezolano no puede resolver, debido a la crisis institucional del sector salud. A la par que se recibe cooperación, el Estado, a través del MSDN debe buscar soluciones de tipo estructural, orientadas al fortalecimiento técnico e institucional de la red pública de atención a la salud, a la priorización de la reforma del pénsum de medicina y a la creación de condiciones de trabajo adecuadas en las zonas rurales para los profesionales graduados en el país.

Situación de Salud

Accesibilidad y Gratuidad sin recursos

La voluntad expresada desde el Ejecutivo de eliminar las prácticas implantadas en gestiones pasadas, consistentes en cobrar los servicios de salud fue uno de los aspectos positivos que destacamos en el Informe pasado. También, advertimos que en ausencia de una mayor inversión para el sector salud y de medidas de control sobre la distribución y administración de los recursos destinados a la gestión de la red ambulatoria y hospitalaria, existía el peligro de que la gratuidad no pudiera concretarse en medidas eficaces.

Ahora bien, aunque estos elementos limitantes persisten durante este período, se evidencia como positivo, un leve aumento de la cobertura de atención médica y entendemos que ello responde principalmente a las medidas adoptadas por el MSDN y el IVSS en relación con la prohibición de la práctica de cobrar a los usuarios por los servicios públicos de salud. Pedro Tovar, subdirector del "Hospital Clínico Universitario" de Caracas, afirmó que en dicho centro se ha producido un aumento en el número de pacientes. Según Tovar, *"Hace año y medio se operaban 500 y 600 pacientes, ahora se están operando 1.700; antes se atendían por emergencia 1.500 casos, ahora vemos 6.000 al mes. En promedio, 95% de las camas están ocupadas"*³¹. De igual manera, José Guerrero, director de este centro de salud, en ocasión de una entrevista que se le hiciera sobre el cobro a los pacientes por los servicios prestados, respondió que una de las barreras para el acceso a los servicios de salud es precisamente la económica: *"Por un lado, el cobro y por el otro, que no se provea lo necesario para el tratamiento"*³². En opinión de Guerrero, el presupuesto aprobado sigue siendo el mismo o casi el mismo, pero ha habido una mejor distribución. De los 36 millardos aprobados, 24 fueron para pago de nómina y el resto, más algo adicional, fue para atender la demanda del hospital³³.

Sin embargo, esta correcta política estatal confronta con la posición asumida por algunos galenos que siguen apoyando la tesis de mantener el cobro a los usuarios por los servicios prestados. Una de las razones alegadas es el presupuesto deficitario de los centros hospitalarios y ambulatorios. Según esta posición, los mecanismos de la autogestión han permitido mantener en funcionamiento -eficazmente- los servicios de atención médica. Al respecto, Oscar Beaujón, jefe del servicio de Oftalmología del Hospital "Francisco Antonio Rísquez", de la Parroquia San José, en Caracas, señaló que el 90% de los materiales y el mantenimiento de los equipos médicos del servicio se solventa con la colaboración de los pacientes³⁴. Así mismo, en opinión de Jesús Campos, director del Instituto Centro Occidental Hemato-Oncológico de Barquisimeto (Edo.Lara), la prohibición del IVSS de solicitarle colaboraciones a los pacientes, aunada a la falta de recursos financieros suficientes, son entre otras, las causales de la paralización del programa de trasplantes de médula ósea en este centro de salud³⁵.

En este mismo orden de ideas, José Vicente Rangel, Ministro de la Defensa, expresó que los centros especializados de atención médica de la red militar pretenden ampliar sus servicios a la población en general, pero bajo la modalidad del cobro a los usuarios no militares. La política de recuperación de costos bajo la modalidad del cobro de los servicios, según expresó Rangel, ha permitido recaudar más de Bs. 3.000.000.000, que han sido invertidos en la infraestructura del nosocomio castrense³⁶. Declaraciones como ésta no sólo demuestran que aún se mantiene el cobro directo al paciente como

práctica, sino también la incoherencia en el gabinete ministerial, siendo el propio Ministro de la Defensa quien promueve una práctica proscrita por el Poder Ejecutivo. Contrario a estos argumentos a favor del cobro por los servicios prestados, el MSDN como ente central de las políticas de salud, debe aumentar la inversión en el sector y ejercer un mayor control de la distribución presupuestaria, para así garantizar, entre otros aspectos, la gratuidad de los servicios de salud en cumplimiento del mandato constitucional.

Prevención y tratamiento de enfermedades

Atención Integral

En el marco del Modelo de Atención Integral (MAI), el MSDN identifica dentro de los logros alcanzados, por una parte, la creación de una Comisión Especial del MAI para vigilar el cumplimiento de los objetivos de promoción, prevención, atención y rehabilitación. Por otra, responder a las necesidades de grupos específicos; incorporar a las comunidades en el proceso y crear una base automatizada de registro de datos básicos que permita un sistema actualizado de información en salud. Así mismo, también se destacan los esfuerzos en fortalecer la red ambulatoria, la puesta en práctica de la eliminación de las citas médicas previas y la incorporación de cambios en el diseño curricular del pre-grado de medicina³⁷.

Sobre la participación comunitaria, se evidencia un apoyo institucional en lo que se ha denominado la "municipalización de los ambulatorios". Con ello, se pretende la entrega a las comunidades de los ambulatorios, especialmente los rurales. Así, Enrique Mendoza, Gobernador del Edo. Miranda, ha procedido a la entrega de varios ambulatorios rurales a sus comunidades. Esto ha ocurrido en los ambulatorios "Almirante Brión", municipio Zamora, parroquia Araira, del cual dependen 22 caseríos; el "Chuspita"; el de la Colonia Tovar, municipio El Jarillo, y en el Edo. Vargas está la experiencia del ambulatorio La Peñita³⁸. En períodos anteriores expresamos inquietud en relación con este tipo de propuestas, en especial cuando el alcance del término "*entrega de los ambulatorios*" no queda claro. Así la participación comunitaria puede que se limite solo a la gestión y administración de los servicios de atención a la salud, sin que se incluyan fines de control y evaluación del funcionamiento de la red con incidencia cierta en la mejora de los programas y políticas públicas.

Entre los principales problemas que afectan a las comunidades alejadas de los centros urbanos, está justamente la prestación de servicios de atención médica, en los cuales la jornada laboral se restringe a unas pocas horas al día. Margarita Guerecuco, miembro de la Junta Parroquial "Raúl Cuenca" y Sixto Perozo, residente del sector Zipayare (Edo. Falcón), señalaron que el ambulatorio "El Corozo" en la zona rural de Bachaquero (Edo. Falcón), labora sólo durante 6 horas, dejando sin servicios médicos a los vecinos durante el resto del día. Aunado a este problema, los denunciantes señalan que el mal estado de las vías y la poca vigilancia, dificulta el traslado de los enfermos al hospital más cercano³⁹. Otro ambulatorio con problemas graves es el de la parroquia Zuata (Edo. Aragua) que si bien labora durante 24 horas, presenta serios daños en su infraestructura y tiene que atender una población aproximada de 30.000 habitantes de los sectores Mamón Mijao, Bello Monte I y II, Prados de María, el Castaño I, II y III, además de otros 10 sectores. No obstante, el ambulatorio está a punto de desplomarse con paredes, pisos y techos agrietados, y solo con 10 pacientes en la emergencia, el centro se colapsa. Además, los equipos médicos no cuentan con mantenimiento y el tanque de agua no tiene tapa, lo que permite su frecuente contaminación⁴⁰. Por su parte, el ambulatorio "Dr. Humberto Fernández Morán" en Macarao (Distrito Metropolitano), pese a que fue inaugurado en diciembre de 1999 por el Presidente Hugo Chávez, para julio del año 2001, presentaba graves problemas en su funcionamiento. Todavía no se ha podido estrenar el quirófano ni la sala de rayos X, debido a problemas en la acometida eléctrica. En el Informe elaborado por la Dirección de Salud de la Alcaldía Metropolitana, se señala que la Oficina de Proyectos Especiales de la Presidencia de la República, decidió equipar al centro sin tomar en

cuenta los parámetros del diseño estructural. Actualmente, una de las 2 salas de emergencia está sin funcionar y el cuarto de servicios generales presenta filtraciones graves. Adicionalmente, de los 131 empleados, 78 no tienen ningún tipo de contratos de trabajo elaborado⁴¹.

Inmunizaciones

Mediante la ratificación de la Estrategia de Salud para Todos para el año 2000 (SPT/2000), Venezuela asumió como meta la cobertura del 100% en las vacunas Triple, Antipolio, Antisarampión y BCG⁴². Aunque en el año 2000 esa meta no fue alcanzada en el ámbito nacional, sí se logró en algunos estados con una ampliación de los programas de vacunación. Para el actual período, la Memoria y Cuenta del MSDN no señala el porcentaje nacional de inmunización básica registrada. Sin embargo, la prensa reseñó la realización de una jornada de vacunación durante el mes de julio contra la poliomielitis, la triple, hepatitis B y la Aemofilus Influenza tipo B que protege contra la meningitis. Para ello se habilitaron 10.000 puestos en las regiones del interior del país para atender a una población de 2.800.000 niños y en Caracas se dispuso de 650 puestos para una población de 175.000 niños menores de 5 años⁴³.

Por otra parte, Alberto Reverón Quintana, Secretario Ejecutivo de la Sociedad Venezolana de Puericultura y Pediatría, señaló que pese a que el MSDN actualmente cuenta con un nuevo esquema de vacunación que incluye una mayor cantidad de vacunas (como son la dosis contra la hepatitis A, varicela y Aemofilus), este esquema no es de distribución nacional, por razones presupuestarias⁴⁴.

Adicionalmente, la falta de controles en la distribución y tiempo de uso de vacunas y medicamentos, así como la falta de un sistema de información actualizada sobre los requerimientos específicos de las distintas regiones, son entre otros, algunos factores de incidencia en la pérdida injustificada de productos médicos. Ejemplo de esta situación, es el Hospital General El Tigre (Edo. Anzoátegui), en donde personal de la Alcaldía señaló que en el mes de noviembre de 2000, fueron encontrados lotes de vacunas y medicamentos, incluyendo antibióticos, soluciones médicas, anticonceptivos, complementos vitamínicos para madres y niños e insumos médicos almacenados en un depósito de este centro de salud con fecha de vencimiento para el año 1999⁴⁵.

Tratamiento de enfermedades

Mujeres con cáncer de cuello uterino. Pese a que los tumores de los órganos genitales y de tejidos femeninos afines son la segunda causa de mortalidad de la población venezolana, según cifras registradas en los años 1997, 1998 y 1999⁴⁶, y la primera causa de mortalidad de la población femenina, el diagnóstico y tratamiento precoz tiene enormes obstáculos. Entre los principales está la falta de regularidad de las mujeres en acudir a las consultas médicas y el costo que implica el examen de citología. Según reseña la prensa, el carácter gratuito de las jornadas de despistaje de cáncer de cuello uterino, realizadas por la Alcaldía Metropolitana, fue el principal elemento de éxito de estas jornadas. Las mujeres que acudieron a realizarse los exámenes requeridos, provenientes de las parroquias de El Recreo, Sucre, Macarao y El Valle, afirmaron que no pueden costear los Bs. 13.000 que les cobran los laboratorios por la citología. Entre tanto, la tasa de mortalidad estimada para el año 2000 es de 54,6 por 100.000 habitantes, que en comparación con la de 1999 presenta una reducción de 4,7 puntos. Aún así, esta tasa sigue siendo sumamente elevada para el promedio estimado en el continente americano que es de 18 por 100.000 habitantes⁴⁷.

Personas que viven con VIH/Sida. En opinión de Edgar Carrasco, Coordinador de la organización Acción Ciudadana contra el Sida (Accsi), con larga trayectoria en la promoción y defensa de los derechos humanos de las personas que viven con VIH/Sida, resulta preocupante que, el MSDN todavía no cuente con datos actualizados sobre la población afectada, que incluyan, además de los casos de Sida, a las

personas que viven con el virus, así como la tasa de mortalidad y de morbilidad por enfermedades asociadas. Según funcionarios del Programa Nacional de Sida e Infecciones de Transmisión Sexual (PNS), el subregistro de casos se estima en un 70%⁴⁸. Así, mientras el MSDN entre enero de 1982 y diciembre de 1999, ha contabilizado en el país 8.047 casos de Sida, con una mayor incidencia en los estados Nueva Esparta, Aragua, Mérida, Bolívar, Monagas, Táchira, Anzoátegui, Carabobo, Zulia y Distrito Capital, el Informe Global sobre la Epidemia de VIH/Sida, elaborado por el Programa Conjunto de Naciones Unidas para el Sida (Onusida), revela que en Venezuela hay un estimado para el año 2000 de 62.000 personas con VIH/Sida, de las cuales 61.000 corresponden a la población masculina adulta, 9.200 a la población femenina y 580 a niños y niñas, con una mortalidad estimada de 2.000 personas⁴⁹.

Frente a esta realidad oculta, la escasa partida presupuestaria asignada a la prevención del VIH/Sida es otro aspecto a considerar. Según Carrasco, existe un desbalance entre lo que se invierte en medicamentos y lo que se invierte en prevención, monto éste que no supera el 6% del presupuesto asignado al PNS. En este mismo orden de ideas, José Antonio Suárez, jefe de la Unidad de Sida del Hospital de Niños "J.M. de los Ríos", explica que Venezuela es el único país de la región que no tiene un programa centinela (proyecto de vigilancia sobre la cantidad de personas infectadas por edad, sexo o región)⁵⁰.

Con respecto a las vías de transmisión sexual, Antonio Ríos, infectólogo del Hospital Vargas de Caracas, expresa que el grupo de homosexuales se mantiene en el primer lugar como sector vulnerable con 2.101 casos notificados y en segundo lugar, la población heterosexual que alcanza la cifra 1.605 casos⁵¹. Así mismo, según la data epidemiológica del 24.08.99, el número de casos por transfusiones es de 51; por consumo de drogas por vía endovenosa es de 101 y por transmisión vertical (de madre a hijo) es de 15852.

Sobre el tratamiento médico, Alberto Nieves, miembro de Accsi y de la Red Venezolana de Gente Positiva, que agrupa a personas activistas que viven con el VIH, reconoce que aún cuando en el MSDN persisten problemas en la entrega oportuna y adecuada de los medicamentos retrovirales, debido a la falta de compras planificadas, hay una mejoría considerable en la entrega de estos medicamentos en casos de atención de emergencia. Sin embargo, con respecto al IVSS, Nieves explica pese a la descentralización la entrega de los medicamentos a excepción del Edo. Zulia, persiste una situación de retardo en la entrega del tratamiento medicamentoso⁵³.

Por otra parte, una medida que merece reconocimiento a favor del MSDN y del IVSS, es la ampliación de la cobertura a todas las personas sin discriminación alguna. En el período anterior se decía que el PNS, en su primera etapa, garantizaba una cobertura limitada a los grupos identificados como prioritarios. A saber, niños y niñas, mujeres embarazadas, infectados por transfusiones o uso de hemoderivados en centros públicos, personal de salud infectados en accidentes laborales y personas amparadas por sentencias judiciales decididas a su favor⁵⁴. Para el período actual, tanto el MSDN como el IVSS, están garantizando el tratamiento médico a más de 8.000 personas sin discriminación de ninguna índole (MSDN 4.800 personas y el IVSS 3.700). Así mismo, otro logro alcanzado ha sido la incorporación de tratamientos para enfermedades oportunistas y el suministro del protocolo por Sarcoma de Kaposi (para alteraciones en la piel) que anteriormente no eran garantizados por el Programa de Sefar-Sumed para entrega de medicamentos del MSDS⁵⁵.

Estos logros responden a las exitosas sentencias obtenidas de los tribunales nacionales a favor de los derechos de las personas que viven con VIH/Sida. En este período se incluye una sentencia que Tribunal Supremo de Justicia (TSJ), la Sala Constitucional, en abril de 2001. En este caso, la Sala ordenó al IVSS garantizarle a las personas que viven con VIH la realización de las requeridas evaluaciones de carga viral, necesarias para determinar el avance del virus en el organismo, así como el conteo linfocitario que precisan estos pacientes para determinar el número de las

células de defensa del cuerpo y de plaquetas. Adicionalmente, el IVSS debe garantizar el suministro de todos los medicamentos necesarios para el tratamiento de las enfermedades oportunistas que atacan a los seropositivos⁵⁶. Sin embargo, Juan Luis Prieto, coordinador del Comité de Positivos ante el IVSS, denunció que esa institución no estaba cumpliendo en julio de 2001 con el fallo judicial, ya que el IVSS previamente había firmado convenios con algunos laboratorios que les cobran a los pacientes la realización de estos exámenes⁵⁷.

Cardiopatías congénitas. Los niños con cardiopatías congénitas nacen con enfermedades o defectos cardíacos que en la mayoría de los casos se ponen de manifiesto poco después del nacimiento. En el país existen pocos centros hospitalarios que atienden estos casos. A saber, el Hospital de Niños "J.M. de los Ríos", Fundacardin (Caracas), Ascardio (Edo.Lara), el Hospital Central (Edo. Mérida) y el Hospital Universitario (Edo. Zulia). Anualmente, entre 500 y 650 niños nacen con estas cardiopatías y deben ser intervenidos en un tiempo relativamente corto. Sin embargo, el tiempo de espera para ser intervenidos quirúrgicamente en los centros hospitalarios del país, puede llegar a ser, en el mejor de los casos, meses y en el peor, años.

Según un análisis elaborado por las organizaciones Centros Comunitarios de Aprendizaje (Cecodap) y Provea, en el mes de julio de 2001, sobre la lista de niños cardiopatas en espera de intervenciones quirúrgicas en el Hospital de Niños "J.M. de los Ríos", se evidencia que: 1) Del análisis de una muestra de 207 niños, niñas y adolescentes con cardiopatías congénitas, el promedio de tiempo de espera para la intervención fue de 30 meses (2 años y 6 meses), siendo el mínimo tiempo de espera 5 meses y el máximo 99 meses (8 años y 2 meses). 2) Sobre el promedio de la edad cronológica de los niños, se encontró que de una muestra de 492, el 41% corresponde a las edades comprendidas entre 1 a 4 años; el 26% a edades comprendidas entre 4 a 8 años; el 17% a edades entre 8 a 12 años; el 10% a edades comprendidas entre 0 a 1 año y el 6% a edades comprendidas entre 12 a 21 años. En consecuencia, sobre la base de un total de 492 niños, niñas y adolescentes con cardiopatías congénitas, sólo 49 (10%) están dentro del límite cronológico promedio (1 año) para ser intervenidos quirúrgicamente, bajo riesgo y posibilidad de verdaderas mejoras en su condición de salud. Según Jorge Prieto, jefe del servicio de Cirugía Cardiovascular y de Tórax del Hospital de Niños, es necesario que las intervenciones quirúrgicas para las cardiopatías congénitas se realicen antes del año: *"Aproximadamente un tercio de los niños nacidos con cardiopatías congénitas llegan a ser críticamente enfermos durante el primer año de vida o aún morir de no recibir tratamiento quirúrgico adecuado, con el agravante de que defectos cardíacos congénitos críticos no corregidos condicionan el desarrollo de daños orgánicos secundarios progresivos e irreversibles fundamentalmente al corazón, pulmones y sistema nervioso central"*⁵⁸.

Ejemplo de ello es el caso de Manuel OLIVEIRA, uno de los miles de niños que engrosan estas estadísticas. A Manuel se le diagnosticó una cardiopatía congénita a los 5 días de nacido. Sin embargo, fue intervenido quirúrgicamente 2 años después y actualmente presenta problema con sus riñones⁵⁹. Además, las tasas de mortalidad pre-operatoria (5 a 6 niños mueren por semana) y post-operatoria (2 niños por semana) resultan ser muy elevadas, entre otras causas, por el deterioro de las condiciones de salud, producto a su vez del tiempo prolongado de espera para ser intervenidos quirúrgicamente⁶⁰.

En junio de 2000, las organizaciones no gubernamentales Cecodap, Accsi y Provea interpusieron ante la Sala IV de Juicio del Tribunal de Niños y Adolescentes, una Acción de Protección a favor de los niños con cardiopatías congénitas atendidos en el Hospital de Niños "JM de los Ríos". La acción de protección se realizó en contra la extinta Gobernación del Distrito Federal, hoy Alcaldía Metropolitana, por ser el órgano de adscripción de este hospital, bajo el alegato de amenaza de violación del derecho a la vida y violación del derecho a la salud. La acumulación alarmante de pacientes con diagnóstico y recomendación profesional para recibir tratamiento quirúrgico y el tiempo de espera para recibir dicho tratamiento, fueron los hechos invocados. La decisión judicial ordenó a la Alcaldía Metropolitana la dotación del área quirúrgica del hospital y

la instalación permanente de una mesa de diálogo, en aras de que las partes involucradas llegaran a acuerdos que permitieran restablecer los derechos vulnerados⁶¹. Dentro de los acuerdos de cumplimiento obligatorio logrados por las partes podemos citar: a) el aumento del turno quirúrgico de 2 a 5 y 7 por semana; b) la contratación de personal de enfermería para el Servicio de Cirugía Cardiovascular; c) el diseño de un presupuesto suficiente para el 2002, con inclusión de cargos nuevos para médicos especialistas y personal técnico necesario; d) la adquisición de equipos médicos para los servicios de Cardiología y Cirugía Cardiovascular, e) remodelación de la infraestructura física; f) adquisición de 3 equipos de computadoras para mantener una data actualizada de los casos; g) instalación de una nueva acometida eléctrica y adquisición de nuevos ascensores para el hospital; h) y finalmente, la celebración de convenios interinstitucionales con el Ivss y el Msds⁶².

Salud mental. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), 43% de los países no dispone de política alguna para salud mental, 40% no tiene programas específicos, 30% carece de legislación al respecto y 42% gasta menos de 1% del presupuesto sanitario en la salud mental⁶³. En Venezuela, el MSDN no incluye la salud mental dentro de los programas prioritarios, no hay legislación que la regule de manera específica y el presupuesto del Ministerio ni siquiera tiene una partida para la misma⁶⁴.

Las condiciones en que funcionan los centros públicos de salud mental merecen una atención especial. Reflejo de ello es la situación vivida por los pacientes del Hospital Psiquiátrico de Maturín (Edo. Monagas). En octubre de 2000, los pacientes allí recluidos pasaron 3 días sin suministro de alimentos debido a la condición de morosidad de Fundasalud con la empresa contratada para prestar ese servicio, según la denuncia de Santos García, delegado del sindicato asistencial del hospital⁶⁵. Una situación similar se presenta en el Hospital Psiquiátrico de Caracas, donde no están hospitalizando a pacientes con trastornos mentales agudos, debido a la falta de cupo⁶⁶. Este centro asistencial no cuenta con un área de emergencia, debido a que el Fondo Único Social (FUS) inició unas remodelaciones que fueron suspendidas en octubre de 2000. Así mismo, el servicio de hospitalización de mujeres fármaco-dependientes se encuentra suspendido y según Nelson Henríquez, jefe de la emergencia, la capacidad de atención se limita a 12 pacientes. Por su parte, Iris Rojas, ex-Directora del hospital, señaló que de las camas presupuestadas, 30 están inservibles y 90 permanecen ocupadas por los pacientes damnificados del Psiquiátrico de Anare, destruido durante la tragedia de Vargas, con lo cual tan sólo cuentan con 20 camas disponibles, lo que ha generado una lista cada vez mayor de personas que esperan por ser hospitalizadas⁶⁷. Además, con una capacidad para 200 pacientes, se mantiene con un ingreso mensual de Bs. 12.000.000, lo que es deficiente para cubrir los costos que se derivan de una cama día por paciente, del funcionamiento del centro y del pago de nómina de empleados, personal administrativo y obreros. Según estimaciones ofrecidas por la Sociedad Venezolana de Psiquiatría, un paciente psiquiátrico le cuesta al Estado Bs. 39.000 por día, de los cuales 34.000 se invierten en gastos de nómina y sólo los 5.000 restantes en atención médica. En este orden de ideas, la OMS establece que los países deben contar con 1 cama psiquiátrica por cada 24.000 habitantes. En consecuencia, estimando a la población venezolana en 24.000.000 de habitantes, se requerirían unas 1.150 camas para alcanzar el estándar recomendado. Venezuela no cuenta ni con el 70% de esa cifra. Según la Sociedad Venezolana de Psiquiatría, el déficit de camas ronda el 30%⁶⁸.

La OMS ha señalado que aproximadamente 1% de la población sufre algún tipo de problema mental que requiere atención médica. Según Lionel Muñoz Coll, médico psiquiatra, en el país existen más de 300.000 neuróticos y 285.678 esquizofrénicos (28,4% en población menor de 12 años, 11,61% en adolescentes y 52,57% en adultos)⁶⁹. En opinión de José Brito, ex-Director del Psiquiátrico de Caracas, "*Calculamos que en el área metropolitana con una población estimada de 4 millones aproximadamente, 4 mil deben presentar trastornos como esquizofrenia, psicosis orgánica, depresión, farmacodependencia o alcoholismo*"⁷⁰. Razón más que suficiente como para que se fortalezca este centro de salud, ya que en el área metropolitana, según señala Brito, no hay otras alternativas, a excepción de los Servicios de

Psiquiatría de los hospitales generales como el Universitario, Magallanes, Vargas y el Militar, que cuentan con pocas camas para este tipo de pacientes⁷¹.

En relación con el consumo de drogas, Mildred Camero, Presidenta de la Comisión Nacional contra el Uso Ilícito de las Drogas (Conacuid), ha señalado que la edad promedio de iniciación de los jóvenes con las drogas en Venezuela son los 10 años, y la mayor prevalencia se registra entre los 15 y 24 años (62,7%). Camero señala que Venezuela no tiene una idea precisa sobre la magnitud del problema del consumo de drogas. Los únicos indicadores disponibles provienen de los centros de atención que suelen tratar a individuos de pocos recursos, mientras que la clase más privilegiada acude a centros privados en el país y en el exterior. Para el año 2002, según informó Camero, comenzará el primer estudio epidemiológico sobre el consumo de drogas en el país⁷².

Según las estadísticas de la Conacuid, la piedra de *crack* fue la droga más usada en el año 2000 (7.593 adictos conocidos y 2.948 nuevos consumidores) con un 38,8% de preferencia. Jesús Rodríguez, toxicólogo del Observatorio de Drogas de Conacuid, señala que esta droga es producida en el país, lo que reduce substancialmente los costos frente a otras. En el rango de edad promedio (entre 15-24 años), se estima que 9 de cada 10 consumidores son hombres, 6 de cada 10 están desempleados, 4 de cada 10 se iniciaron con la marihuana; 73% de los jóvenes que la consumen nunca han recibido tratamiento médico; 72% se droga a diario o varias veces al día y sólo 10% pide ayuda especializada. Según Rodríguez, la segunda droga más usada es la cocaína o perico (2.321 consumidores registrados), la tercera es el éxtasis (659 usuarios registrados), la cuarta es la marihuana, a las que siguen el basuco y otras⁷³.

Adicionalmente, Alexis Ocanto, director del Hospital Psiquiátrico de Caracas, señala que aún cuando el consumo de drogas es un problema de salud pública, al fármacodependiente se le trata como a un delincuente y no como a un enfermo. En efecto, la respuesta oficial para hacerle frente al problema de la fármacodependencia ha sido deficiente. Higor Hernández, director de Hospitales de la Alcaldía Metropolitana, señala que existe un déficit tanto de comunidades terapéuticas para el tratamiento de la fármacodependencia, como de camas de emergencia. Ejemplo de esta situación es la emergencia del Hospital Psiquiátrico de Caracas que está actualmente cerrada y los centros como la Unidad de Atención de Fármacodependientes (UDAF) de este hospital (20 camas), el Centro de Rehabilitación de Uso de Drogas del Junquito y la Fundación José Félix Rivas, que no se dan abasto para atender los pacientes que llegan⁷⁴.

Asistencia a la salud

En este período se registraron 64 denuncias por mal funcionamiento o por atención médica inadecuada en los centros de atención a la salud: 50 en hospitales y 14 en ambulatorios. Entre las causas señaladas se encuentran nuevamente: a) la falta de insumos y medicamentos; b) equipos médicos sin mantenimiento y/u obsoletos; c) problemas en la infraestructura; d) insuficiencia de personal, especialmente médicos rurales y personal de enfermería; e) presupuesto deficitario; f) horario de atención médica escaso; g) desbalance entre la demanda diaria y la capacidad de respuesta de estos centros.

No obstante, se reconoce como aspecto importante, el esfuerzo del MSDN en la recuperación progresiva de la red asistencial. En opinión de Miriam Morales, Directora de Salud Poblacional del MSDN, el país cuenta con una infraestructura hospitalaria y ambulatoria suficiente como para satisfacer las necesidades de la población. Existen cerca de 5.000 ambulatorios y 400 hospitales especializados en todo el territorio nacional. Según Morales, el problema se centra en que la gente satura los hospitales con consultas que pueden ser realizadas en los ambulatorios. De allí que el MSDN asuma como eje prioritario el fortalecimiento de las redes ambulatorias y hospitalarias del país. Por ello, está adquiriendo equipos médicos nuevos para la dotación de 47

hospitales con recursos provenientes del Plan Extraordinario de Inversiones (PEI) y de los fondos del presupuesto ordinario de las distintas gobernaciones. Y con una inversión de Bs17 millar-dos, se han rehabilitado 50 ambulatorios y se espera recuperar otros 503 para finales del año 200175.

Pese que estas medidas pretenden mejorar las condiciones de atención médica en algunos de los centros que integran la red pública de salud, el deterioro prolongado de la infraestructura física, los equipos obsoletos y la falta de recursos e insumos médicos en el resto de los centros, afectan la respuesta de la red a las necesidades de salud de la población. Así mismo, el crecimiento demográfico del país, especialmente en las áreas urbanas, es otra causal adicional del colapso permanente de la red pública de salud. Hospitales diseñados para prestar servicios a comunidades con una densidad poblacional específica, y por ello con una capacidad limitada de camas, deben prestar servicios (desde la atención primaria hasta la especializada) en edificaciones deterioradas y sin suficiente capacidad. Si bien el MSDN cuenta con 21 hospitales tipo IV, 18 tipo III, 34 tipo II y 108 tipo I, según Miriam Morales, Directora de Salud Poblacional, debe cambiarse en algunos casos su clasificación, permitiendo que hospitales tipo I pasen ahora a ser tipo III o IV76.

Red hospitalaria

Para este período, los hospitales tipo IV destacan como los principales afectados de la red hospitalaria del país. Así, aunque la red de los 13 hospitales dependientes de la Alcaldía Metropolitana cuenta con 84 quirófanos, menos de la mitad están en funcionamiento. Ejemplo de ello es el Hospital de Niños "J.M. de los Ríos" que con capacidad arquitectónica para 8 quirófanos, tiene sólo 3 ó 4 en funcionamiento77. Igualmente, en la Maternidad Concepción Palacios, debido al programa de recuperación de hospitales; en el mes de abril tenía 2 pisos inhabilitados y los quirófanos funcionaban en 50% de su capacidad78.

Por su parte, Abraham Somoza, jefe de la Unidad de Transplante de Médula Ósea del Hospital "Enrique Tejera" en Valencia (Edo. Carabobo) señala que hay una lista de espera por trasplantes de 30 pacientes. Adicional-mente, se registra un déficit de enfermeras graduadas y auxiliares, así como de médicos hematólogos, a lo cual se suma la falta de un presupuesto adecuado. Según Somoza, la capacidad actual es de 10 operaciones por año, pero de cubrirse esas necesidades, se podrían garantizar entre 20 y 30 operaciones79.

En Caracas, el único centro de atención hospitalaria que cuenta con un servicio de Caumatología para la atención de personas que sufran quemaduras graves, es el Hospital de Lídice -centro de referencia nacional-, que con una capacidad de 22 camas colapsa con frecuencia, debido a la demanda diaria de 4 a 5 camas80.

José Guerrero, director del Hospital Universitario de Caracas, señala que "*Uno de los problemas que hay es que estamos dando respuesta a una población que no fue calculada*"81. Según Guerrero, el hospital cuenta con 35 especialidades médicas y con una capacidad de 1.200 camas. Sin embargo, debido al elevado número de emergencias (300) que a diario atiende el centro, existe un déficit en los recursos para atender a las personas hospitalizadas. De igual manera, el hospital "José Francisco Torrealba" en Altigracia de Orituco (Edo. Guárico) no escapa de la realidad descrita. Construido hace 50 años para atender una población de 10.000 habitantes, hoy atiende a más de 100.000 personas. Los equipos del hospital son obsoletos y muchos están dañados. El servicio de obstetricia cuenta con 18 camas, pero atiende un promedio de 36 parturientas, las cuales deben compartir de a dos cama y comida. Además, atiende pacientes provenientes de los estados Aragua, Anzoátegui y Miranda82.

Como resultado de esta situación de crisis hospitalaria, el cierre de servicios de atención de salud se ha convertido en un patrón, ya registrado en períodos anteriores. Ejemplo de ello son el Hospital "Victorino Santaella" en los Teques (Edo. Miranda) que

suspendió los servicios quirúrgicos por falta de camillas, debido a que fueron utilizadas para hospitalizar a las personas atendidas por el servicio de emergencia⁸³. De igual manera, se suspendieron las consultas externas en el Hospital de Coche, debido a la falta de insumos y medicamentos, y los exámenes de hematología por falta de reactivos⁸⁴. Situación similar es la del Hospital "Pedro Gómez Rolingson" de Puerto Píritu (Edo. Anzoátegui) que suspendió sus servicios por falta de insumos médicos, así como por el mal estado de las instalaciones y el deterioro de los equipos médicos⁸⁵. Los centros de salud de Temblador y Barrancas del Orinoco, Municipio Sotillo (Edo. Monagas) están limitados en la atención de casos de paludismo por no contar con los medicamentos e insumos necesarios⁸⁶.

Durante este período no se registraron muertes por falta de atención de emergencia, como ocurrió en el período pasado, pero la prensa reseñó 5 muertes por falta de atención adecuada. El caso más emblemático es el de Brandon Alexander COVA MARCANO de 7 meses de edad, quien murió el 10.02.01, en el Hospital de Niños "J.M. de los Ríos", por no habersele diagnosticado a tiempo una peritonitis. Según denuncian sus familiares, ingresó al hospital a las 4:00 p.m. y a las 5:45 p.m. fue remitido al Hospital Vargas. De allí, nuevamente lo trasladan al Hospital de Niños para ser intervenido por presentar peritonitis. La autopsia confirmó la muerte a causa de una peritonitis⁸⁷.

Por último, un aspecto que requiere de un señalamiento especial es la situación de desnutrición intrahospitalaria (grado de desnutrición en personas hospitalizadas). Según un estudio realizado por la Sociedad Venezolana de Nutrición Parenteral y Enteral, en los hospitales Universitario de Caracas y Militar, sobre un estudio de 200 pacientes, se encontró que 48% de los enfermos dados de alta presentaban algún grado de desnutrición y 17% desnutrición severa. En este sentido, según Gertrudis Adrianza de Baptista, presidenta de esta sociedad, la mayoría de los centros de salud no toman en cuenta el estado de nutrición de los pacientes⁸⁸. Por su parte, Yajaira Cerezo, nutricionista adscrita a la Unidad de Cirugía del Hospital General del Sur (Edo. Zulia), señala que debido a las deficiencias presupuestarias de la institución, el suministro de alimentos por parte de los proveedores se reduce, afectándose la calidad y cantidad de los alimentos de los pacientes. De igual manera, según estudios del Sistema de Vigilancia Alimentaria (Sisvan) del Instituto Nacional de Nutrición (INN), en los hospitales centinelas del país se registra una tendencia de bajo peso en los recién nacidos, que oscila entre 5,1% y 12,8% del total de nacimientos. En los estados Lara, Aragua, Mérida, Zulia, Falcón y Carabobo, para 1998, las cifras superaban el 10%, mientras que en la Maternidad Concepción Palacios (Caracas) se ubicó entre 12,4% y 14,4%, para los años 1998 y 1999. Con base en los datos del referido estudio, del total de ingresos hospitalarios pediátricos los casos de grados graves de desnutrición oscilan entre 1% y 4%, con mayores porcentajes en los estados Guárico, Portuguesa, Nueva Esparta, Trujillo y Bolívar. El grupo etario más afectado es el de los niños menores de 2 años de edad en más de un 70%⁸⁹.

Corrupción en la salud

Los presuntos ilícitos de carácter administrativo y penal en las gestiones de salud, ya sea por disposición indebida del patrimonio público o por falta de controles administrativos, inciden adicionalmente en la calidad de los servicios públicos de atención médica. En este lapso se han hecho públicas 3 denuncias de corrupción en la gestión de centros de atención hospitalaria. Así, Rubén Pereira, miembro del sindicato del Hospital "Pérez de León" de Petare (Edo. Miranda) denunció irregularidades en ese centro, entre las que destacan el incremento de 35% en los precios unitarios de los insumos médicos; contratos de mantenimiento que nunca se efectuaron; y equipos desmantelados en depósitos del Hospital, con el objetivo de justificar nuevas compras⁹⁰. De igual manera, la gestión de Grüber Odreman, ex-gobernador del Distrito Federal, actual Alcaldía Metropolitana, fue denunciada por la adquisición de insumos y equipos médicos que presentaron sobreprecios entre 40% y 300%. También se denunció la creación de empresas que facturaron productos fuera de su línea de comercio o que no cumplieron con el mínimo de garantías en los contratos suscritos, y

entre otras irregularidades, se observó el pago indebido a personal que no laboraba en la Gobernación. Según Guillermo Ortega, ex-Secretario de Salud de la Alcaldía Metropolitana, el informe de la Contraloría General de la República establece el déficit de la Alcaldía -proyectado hasta finales del año 2000- en Bs. 150 millardos, de los cuales 45 corresponden al sector salud y de esa cifra, 43 son de la nómina. Ortega señala que muchas de las compras de material médico quirúrgico se hicieron sin criterio técnico. Así, se adquirieron insumos innecesarios que corren el riesgo de vencerse en los almacenes y los equipos médicos se compraron a empresas que no brindan el servicio especializado de garantía y mantenimiento⁹¹.

De la investigación realizada a la gestión de Grüber Odremán, por la Comisión Técnica del Cabildo Metropolitano de Caracas, en mayo de 2001, se determinó que se invirtieron fondos públicos sin tomar en cuenta un debido rigor de las estimaciones presupuestarias. El monto de las irregularidades encontradas asciende a Bs.16.210.218.503,75. Además, se señala la ausencia de un registro contable en determinadas operaciones financieras y, bajo la figura de un Decreto de Emergencia, se comprometió patrimonio público, mediante la contratación de empresas para la remodelación de infraestructura hospitalaria en los hospitales "Dr. Leopoldo Manrique Terrero", "Dr. Ricardo Baquero González", "Dr. Jesús Yarena" y "Dr. José Gregorio Hernández". Así mismo, se determinó evasión fiscal y una práctica de fraccionamiento del pago de los contratistas, así como pagos por bienes y servicios que no correspondían al decreto N° 144 que establece inicialmente la emergencia en salud⁹³.

Sobrepagos en adquisición de equipos médicos por Gobernación del Dto. Federal		
	Costo propuesto	Costo real
Bomba de infusión	3.493.000	1.482.300
Mesa quirúrgica	9.509.806	9.099.675
Electrocardiógrafo	2.671.320	1.451.250
Procesadora de placas	17.148.471	12.251.250
Desfibrilador	5.276.442	3.611.250
Maq. de anestesia	27.510.917	17.034.975
RX Portátil	34.279.575	19.864.575
Ecocardiógrafo	244.541.484	94.127.400
Ecosonógrafo	32.489.082	10.374.000
Autoclave	59.414.410	36.450.000

Fuente: Alcaldía Mayor/Dirección de Salud⁹²

Disponibilidad de recursos

Sin ignorar realidades como la mala gestión y la corrupción en los hospitales, el presupuesto deficitario es otro factor de incidencia negativa en la calidad y cantidad de los servicios públicos de la atención médica. Un buen ejemplo es el hospital "José Antonio Serres" de Maturín (Edo. Monagas), que presta sus servicios con un presupuesto de Bs. 6.000.000 mensuales para atender un promedio de 6.000 personas

en el área de emergencia y 2.000 consultas en especialidades de medicina interna, cirugía, gineco-obstetricia, cardiología, endocrinología, dermatología, odontología y otras especialidades. Ramón Rodríguez, Director del Hospital, señaló que a pesar de ser un centro que presta servicios de atención de emergencia, no cuenta con una ambulancia, tampoco con sala de parto, no tiene suficientes camas, ni servicio de comedor; mucho menos, servicio de lavandería, aún cuando desarrollan un plan quirúrgico que atiende 70 casos mensuales de cirugías electivas⁹⁴.

En 1999, el Hospital Psiquiátrico de Caracas solicitó un presupuesto de Bs. 408.249.779, de los cuales le fueron adjudicados Bs. 152.249.779, lo que representa un déficit de Bs. 256.000.000⁹⁵. Por su parte, Guillermo Veitía, Director del Hospital Vargas informó a la Alcaldía Metropolitana de Caracas sobre la necesidad de la aprobación de Bs. 34 millardos para el año 2001. No obstante, el presupuesto adjudicado fue de Bs. 19 millardos, lo que representa un déficit de 15 millardos⁹⁶. Situación similar presenta el Oncológico Luis Razetti, en Caracas, que después de las lluvias de diciembre de 1999 presenta serios problemas en su infraestructura. De 60.000 consultas y 3.500 operaciones registradas en 1999, éstas se redujeron a 40.000 y 1.500 respectivamente, en el año 2000. Con un presupuesto aprobado de Bs. 110.000.000 mensuales, el Oncológico debe seguir funcionando a medias con 2 de los 5 quirófanos que tiene, usando 2 de las 4 máquinas de anestesia, ya que las otras 2 requieren reparación⁹⁷.

Infraestructura y políticas de mantenimiento

En atención a la crisis de la red de hospitales y ambulatorios del país, en el período anterior se reconoció la labor de la extinta Gobernación del Distrito Federal en la recuperación de la infraestructura de los hospitales "José Gregorio Hernández", Magallanes de Catia, los Periféricos de Catia y Coche y el hospital de Lídice⁹⁸. Para este período, se identifica como positiva, la inversión presupuestaria por parte del MSDN y de las distintas entidades federales, para recuperar la infraestructura de la red ambulatoria de los estados Falcón (4), Amazonas (9), Nueva Esparta (26), Sucre (16), Guárico (17), Aragua (23), Carabobo (9), Apure (12), Cojedes (19), Portuguesa (26), Yaracuy (5), Lara (7), Táchira (13) y Mérida (7)⁹⁹.

Ahora bien, no se puede afirmar lo mismo respecto a los equipos médicos con que están dotados estos centros de salud. En opinión de Eleazar Colmenares, presidente de la Asociación Venezolana de Distribuidores de Equipos Médicos, muchos de los equipos que existen en los hospitales y ambulatorios del país corresponden a compras realizadas hace unos 30 ó 40 años. La mayoría de estos equipos están dañados y los que funcionan no pueden satisfacer los requerimientos de la medicina moderna¹⁰⁰. Ejemplo de ello es el servicio de Cardiología del Hospital de Niños "J.M. de los Ríos" que presta sus servicios sin contar con un equipo de Hemodinamia o Cateterismo, porque está dañado desde hace más de 8 años sin que pueda ser reparado. Como resultado de una acción judicial, el MSDN ordenó la adquisición, instalación y mantenimiento del equipo¹⁰¹.

Conflictos laborales y repercusión sobre la asistencia de salud

Durante este período, se registraron 71 conflictos laborales, de los cuales 36 implicaron la suspensión de los servicios de salud (atención a la salud y registros epidemiológicos). Ejemplo de ello fue el anuncio de la Federación Médica Venezolana (FMV) que en noviembre del año 2000, debido a la falta de cancelación de los compromisos laborales asumidos entre el MSDN y la FMV, anunció como medida de presión que no sería procesada debidamente la información epidemiológica, así como los reportes de morbilidad y mortalidad, por parte de los galenos¹⁰². Posteriormente, en abril del año 2001, el personal obrero y técnico de los Hospitales Periférico de Catia, Maternidad Concepción Palacios, J.M. de los Ríos y demás centros dependientes de la Alcaldía Metropolitana, se declararon en paro laboral hasta tanto no se les cancelara los pasivos laborales adeudados desde enero de 2001, así como el reconocimiento de

su estabilidad y antigüedad laboral por los años de servicio prestados a la extinta Gobernación del Distrito Federal¹⁰³. Así mismo, el paro del Hospital Pérez de León (Edo. Miranda) con paralización de todos los servicios menos el de emergencias, por la falta de cancelación de deudas laborales¹⁰⁴.

Saneamiento Ambiental

El abastecimiento y la calidad del agua son indicadores importantes de la salud pública. En este sentido, según un informe del Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) del año 2000, Venezuela tiene una cobertura de agua potable de 88% en áreas urbanas, de las cuales 29% reciben los servicios de agua potable de manera intermitente. Las áreas rurales cuentan con sistemas de abastecimiento hasta el 58%¹⁰⁵. En relación con estos indicadores, la morbilidad por diarreas y otras enfermedades intestinales en niños con edades entre 1 y 4 años durante el año 2000 alcanza la cifra de 8.000 por 100.000 habitantes, y aún cuando esta tasa representa un descenso en comparación con el año 1999, de 10.000 por 100.000 habitantes, ésta sigue siendo elevada. Los estados más afectados son Yaracuy, Delta Amacuro, Amazonas, Aragua, Cojedes y Falcón con tasas que sobrepasan la cifra de 1.500 por 100.000 habitantes entre 1 y 4 años de edad¹⁰⁶. Ejemplo de esta situación es el estado de alarma suscitado en Lagunillas, municipio Sucre (Edo. Mérida) debido a que la comunidad recientemente averiguó que las aguas negras provenientes del Centro Penitenciario de Los Andes desembocan en el terreno donde se encuentra la tubería de aguas blancas que los surte. Así, los vecinos informaron sobre la falta de funcionamiento de la planta de tratamiento de agua potable y de las erupciones y problemas de la piel que presentan los niños de la comunidad¹⁰⁷.

Para este período, la prensa reseñó 5 denuncias por falta de suministro de agua potable en centros de salud, especialmente en ambulatorios rurales.

Indicadores de morbilidad y mortalidad

Según informe de UNICEF sobre el Estado Mundial de la Infancia 2001, Venezuela ocupa el puesto 119 del total de 187 países, de acuerdo a la tasa de mortalidad registrada en niños menores de 5 años durante el año 2000, que acusó un descenso en la tasa de 25 a 23 por 1.000 nacidos vivos¹⁰⁸. De igual manera, se registra un descenso en la tasa promedio de mortalidad infantil de 1 punto entre 1999 y 2000 (de 21 a 20 por 1.000 nacidos vivos). Sin embargo, pese a esta leve mejoría persisten factores de incidencia de la morbilidad y mortalidad infantil relacionados con la iniquidad, en términos de condiciones sociales y de cobertura de los servicios de atención. A saber, la desnutrición, las prácticas inadecuadas en el manejo de agua y la insuficiente cobertura de inmunización de enfermedades propias de la infancia. De una encuesta realizada en hogares venezolanos en el año 1998, en relación con la cobertura de inmunizaciones, se evidencia que en hogares donde habitan niños menores de 6 años, de cada 10 hogares, 9 se reportan con niños inmunizados; mientras que en los hogares de extrema pobreza, la relación varía de 9 a 8 hogares con inmunizaciones. Así mismo, en relación con la atención médica, se evidencia que aproximadamente 850.000 niños no son llevados al control médico (38% de los niños en pobreza extrema y 22% de niños no pobres)¹⁰⁹.

Adicionalmente, preocupa el porcentaje de niños que presentan bajo peso al nacer (la tasa promedio es de 5% y Venezuela se ubicó en el 9% durante el año 2000)¹¹⁰. Por su parte, Francisco Larreal, epidemiólogo y funcionario del MSDN, señala que las condiciones de pobreza en que vive buena parte de la población venezolana, permiten que las principales causas de consulta en los hospitales y ambulatorios del país sigan siendo las enfermedades infecciosas y parasitarias. Según el MSDN, durante el año 2000, las principales causas de morbilidad identificadas fueron: síndromes virales (6,07%), asma (4,46%) y diarreas (4,37%). Además, Larreal señala que factores tales como condiciones ambientales, salubridad inadecuada, migraciones, patrones de comportamiento y desarrollo de las ciudades, tienen incidencia en la tendencia al

repunte de enfermedades emergentes y reemergentes como el sida, la malaria, el cólera y el dengue¹¹¹.

Malaria

Para este período, se registró una disminución de 8.042 casos, lo que representa 33,3% menos de los 24.564 reportados para esta misma fecha en el año 2000. Hasta la semana N° 39 (del 23 al 29 de septiembre de 2001) se reportaron 16.522 casos con especial incidencia en los estados Sucre (6.545), Bolívar (3.934) y Amazonas (4.721)¹¹². El grupo humano más vulnerable a la enfermedad sigue siendo la población yanomami, con 4.721 casos en el Edo. Amazonas, lo que representa un aumento de 254 en comparación con los 4.467 reportados para esta misma fecha en el año 2000 .

Ahora bien, como aspecto positivo, el MSDN, a través del Programa Sefar-Sumed, ha asumido dentro de su política apoyar a la industria farmacéutica nacional, la cual está produciendo el 60% de los medicamentos antimaláricos, lo que permite la reducción de costos y mayor cobertura¹¹³.

Cólera

Aunque el cólera sigue estando bajo vigilancia epidemiológica del MSDN, se registra una tendencia al descenso de los casos. Sólo en la semana N° 8 (del 18 al 29 de Febrero de 2001) se reportaron 74 casos en el estado Sucre y esta situación se mantiene en equilibrio hasta el cierre del período en estudio¹¹⁴. En comparación con los 141 casos reportados en el período de estudio anterior, en el presente se registró una disminución de 67 casos¹¹⁵.

Casos de cólera años 1997-2001	
Año	Número de casos
1997	2.389
1998	313
1999	386
2000	141
2001	74

Fuente: Elaboración propia con datos oficiales.

Dengue

Durante este período, el repunte más importante de casos por enfermedades endémicas lo constituye el dengue, con una declaratoria de epidemia nacional. Hasta la semana N° 39 se registraron 58.597 casos (8 muertes), que en comparación con esa misma semana del año 2000, registran un aumento de 44.988 casos adicionales. Las entidades federales más afectadas han sido Miranda, Distrito Metropolitano, Lara, Guárico, Aragua, Barinas, Mérida, Monagas, Zulia, Táchira y Bolívar¹¹⁶.

En 1994, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) advirtió sobre el peligro de reinserción en Venezuela del serotipo de dengue 3 (uno de los cuatro virus que causa el dengue). Según las autoridades nacionales, el 60% de los contagios reportados en el

año 2001, ha sido producido por ese serotipo. En efecto, María Urbaneja, Ministra de Salud y Desarrollo Social, señaló que hay tres factores involucrados en el aumento de casos. A saber, la extensión de la temporada de sequía que obligó a las comunidades a mantener agua almacenada; el ingreso del serotipo 3; y por último, el inicio de la temporada de lluvia¹¹⁷. Sin embargo, en opinión de Marco Fidel Suárez, experto en vectores de la OPS, el aumento del número de contagios por dengue en el país, es producto de diagnósticos tardíos y marcos asistenciales inadecuados, como son las agresiones al ambiente con insecticidas que además de eliminar los zancudos, destruyen a sus depredadores naturales. En este sentido, señaló que las autoridades venezolanas no han tenido las políticas más adecuadas para enfrentar el problema¹¹⁸.

Por otra parte, como factores que también pueden haber incidido en esta problemática, está el desmantelamiento, en 1999, de la Dirección General Sectorial de Malariología y Saneamiento Ambiental del MSDN, sin una sustitución que en lo inmediato centralizara la información y estableciera prioridades. Por añadidura, en el año 2000, se eliminó el Proyecto de Control de Enfermedades Endémicas, firmado entre Venezuela y el Banco Mundial (BM), para fortalecer la lucha contra 13 enfermedades endémicas. Entre ellas: dengue, paludismo, fiebre amarilla, cólera y parasitosis intestinales¹¹⁹. Por su parte, Eva Rodríguez, Subsecretaria de Salud de la Alcaldía Metropolitana, señala como elemento adicional, la falta de coordinación entre las distintas entidades federales y el MSDN, lo que en su opinión, ha incidido en el poco alcance logrado a pesar de los esfuerzos realizados para enfrentar el aumento alarmante de brotes de dengue en el país¹²⁰. Así, en el Área Metropolitana de Caracas se registraron hasta la semana 39 un total de 10.179 casos, de los cuales 1.890 corresponden al dengue hemorrágico (2 muertes), lo que representa un aumento del 95,3%, en comparación con los 471 casos reportados en la misma semana 39 para el año 2000¹²¹.

Casos de morbilidad por Dengue	
año 1997-2001	
Año	Número de casos
1997	33.717
1998	37.586
1999	26.606
2000	19.823
2001 (hasta el 29 de Sept.)	58.597

Fuente: Elaboración propia con datos de fuentes oficiales

Con la idea de prevenir y controlar nuevas situaciones de alarma y/o de epidemia como la decretada durante el año 2001 por dengue, el MSDN y los Ministerios de Salud de Bolivia, Ecuador, Perú y Cuba firmaron la "Carta de Guayaquil" en junio de 2001. El objetivo del acuerdo suscrito es fortalecer la cooperación técnica para la gestión y concertación de alianzas intra e interinstitucionales en vigilancia en salud, en atención médica, en acciones de comunicación social, en educación en salud y en promoción de acciones para el mejoramiento del saneamiento ambiental¹²².

Neumonía

Para el primer semestre del año 2001, se registró un aumento de casos de neumonía en todo el país. El reporte oficial registra más de 35 mil casos y 250 defunciones por esta enfermedad. Los grupos más afectados son niños menores de 9 años y adultos

mayores de 75, provenientes de los estratos sociales D y E. Ello, de conformidad con las estadísticas correspondientes al mes de junio de la Dirección de Vigilancia Nacional Epidemiológica del MSDN. Según los casos reportados de niños en los centros ambulatorios y en las emergencias de centros hospitalarios, 20% corresponden a niños menores de 1 año, 32% a niños entre 1 a 4 años y 48% a niños de 5 años o más. Adicionalmente, esta enfermedad se ubica como causa de mortalidad en el puesto 11 entre las 25 principales causas de muerte identificadas en el país¹²³.

Tuberculosis

La Tuberculosis es una enfermedad que había sido prácticamente erradicada, pero a partir de la década de los noventa, se viene registrado un mayor número de casos. No obstante, los informes epidemiológicos del MSDN, no informan sobre la situación en el ámbito nacional. La entidad territorial más afectada es Delta Amacuro, con un aumento progresivo anual. En efecto, el número de personas reportadas en esta entidad territorial con síntomas respiratorios fue en 1997, de 831; en 1998, de 799; en 1999, de 1.631 y en el año 2000, de 1936. Así mismo, el número de bacilíferos reportados fue, en 1997, 44; en 1998, 40; en 1999, 63 y en el año 2000, 87124.

Sarna

La sarna es una enfermedad que se asocia a las condiciones precarias de vida. En este sentido, Noelba López, Directora de Epidemiología del MSDN, señala que la escabiosis o sarna, aunque no es una enfermedad de reporte obligatorio, presenta un aumento considerable desde 1996. En el año 2000, se reportaron 100.000 casos de sarna, siendo los estados más afectados Amazonas, Distrito Metropolitano, Miranda, Sucre, Zulia y Nueva Esparta. Así mismo, Eva Rodríguez, Sub-Secretaria de Salud de la Alcaldía Metropolitana, señaló que durante el primer semestre del año 2001, se registró un incremento de casos en el Municipio Libertador de 51,5%, en relación con las cifras registradas en ese primer semestre del año 2000¹²⁵.

Salud materno infantil

De la totalidad de nacimientos en el país, el 95% se realizan en centros públicos de salud y las cifras de enfermedades previsibles y muertes evitables ligadas al embarazo, parto y puerperio se señalan como elevadas, según información aportada en el marco del Taller de Elaboración del Plan de Acción en Salud Sexual y Reproductiva, organizado por el MSDN, en noviembre de 2000¹²⁶. Por su parte, la OPS señala que entre 1993 y 1995 la mortalidad por complicaciones relacionadas con el embarazo en el grupo de mujeres entre 15 a 49 años es de 6,8 % por 10.000 nacidos vivos y las principales causas de muerte identificadas son hipertensión en el embarazo, parto y puerperio (28,5%), hemorragia anteparto y placenta previa (14,2%) y aborto no especificado (13,6%)¹²⁷. Adicionalmente, cifras conservadoras revelan que 26 fallecimientos ocurren por mes como consecuencia del estado de gravidez. Además, las cifras que 4 mujeres mueren a diario por cáncer de útero. De los 30 niños menores de 1 año que murieron en 1999, el 50% falleció por causas previsibles y 40% no tenía acceso ni siquiera a los servicios básicos¹²⁸. No obstante, en contraposición a estos datos, cifras oficiales revelan una tendencia al descenso en las tasas de mortalidad infantil y materna en el período 1995-2000.

Año	Muertes infantiles	Tasa	Muertes Maternas	Tasa
------------	---------------------------	-------------	-------------------------	-------------

1995	12.346	23,7	345	66,3
1996	11.913	23,9	301	60,4
1997	11.069	21,4	308	59,6
1998	10.721	21,4	256	51,0
1999	10.108	19,1	313	59,3
2000	9.027	17,1	288	54,6

Fuente: MSDS. Dirección de Información Social y Estadística. Mortalidad 1995-2000. Tasa por 1.000 nacidos vivos

Las autoridades sanitarias del país, a pesar de tener entre sus obligaciones la mejora de la calidad y el uso de la información demográfica sobre la situación de salud y de servicios, con la finalidad de permitir un diagnóstico actualizado de la situación - especialmente la de salud reproductiva-, no cuentan con un sistema de información idóneo. En la mayoría de los casos, las cifras oficiales presentan un atraso de 2 y 3 años con un sub-registro que varía permanentemente¹²⁹. Un estudio realizado por la Universidad del Zulia, con el fin de determinar el porcentaje de sub-registro de la mortalidad materna en el Municipio Maracaibo (Edo. Zulia), entre los años 1993 y 1997, reveló que de los 177 casos de mortalidad materna registrados en los Departamentos de Historias Médicas de 5 hospitales de Maracaibo, sólo 126 estaban codificados en los archivos epidemiológicos, presentando un subregistro de 28,81%. Así, en 1995, el subregistro llegó a 46,42% con una tendencia en descenso para los años siguientes¹³⁰. Resulta injustificable que siendo elevada la tasa de mortalidad materna en nuestro país, aún con la tendencia al descenso registrada oficialmente, las autoridades gubernamentales no lleven estadísticas actualizadas en aras de adoptar las medidas para reducirla. Sin embargo, como medida positiva a ejecutar por el MSDN está la propuesta de creación de comités de prevención y control de la mortalidad materno infantil en diferentes estados, para así desarrollar planes operativos que tengan como meta la reducción de la tasa de mortalidad materno infantil. Además, se pretende desarrollar experiencias pilotos en los estados Portuguesa, Aragua y Carabobo en donde se han creado -con apoyo del MSDN- hogares o casas comunales para la atención integral a la mujer embarazada¹³¹.

1. MINISTERIO DE SALUD Y DESARROLLO SOCIAL: Alerta. Boletín Epidemiológico. N° 37, 2001.

2. MINISTERIO DE SALUD Y DESARROLLO SOCIAL: Memoria y Cuenta 2000. Caracas, 2001. Págs. 40-49.

3. Ídem.

4. El Nacional, 06.03.01, pág.C-2.

5. Ídem.

6. Tomado de de la página web: www.msds.gov.ve.

7. El Modelo de Atención Integral del MSDS pretende rescatar la visión integral en la prestación de salud priorizando las actividades de prevención de enfermedades, medicina anticipatoria, participación comunitaria y transversalidad entre los ministerios.

8. MINISTERIO DE SALUD Y DESARROLLO SOCIAL: Memoria y Cuenta 2000. Op. Cit. Págs. 35 y 37.

9. El Universal, 28.06.01, Pág. 4-6.
10. El Nacional, 11.01.01, Pág. C-2.
11. PROVEA: Informe Anual Octubre 1999-Septiembre 2000. Caracas, 2000. Pág. 183.
12. El Universal, 26.10.00, Pág. 6.
13. Para un análisis más detallado de este proyecto de ley, consultar el capítulo sobre el Derecho a la Seguridad Social, en este mismo Informe.
14. El Universal, 17.06.01, Pág. 2-2.
15. Ver PROVEA: Informe Anual octubre 1998-septiembre 2000. Caracas, 2000. Pág. 179.
16. JAÉN, María Elena: El Sistema de Salud en Venezuela: Desafíos. IESA-PNUD. Caracas 2001, Pág. 95.
17. Quinto Día, 20.10.00, Pág. 3.
18. El Universal, 17.06.01, Pág. 2-2.
19. MINISTERIO DE SALUD Y DESARROLLO SOCIAL: Memoria y Cuenta 2000. Op. Cit. Pág. 33-34.
20. Ver PROVEA: Informe Anual octubre 1999-septiembre 2000. Caracas, 2000. Pág. 178.
21. El Nacional, 10.12.00, Pág. E-9.
22. Últimas Noticias, 16.08.01, Pág. 5.
23. El Nacional, 22.05.01, Pág. C-3.
24. Últimas Noticias, 19.12.00, Pág. 5.
25. El Nacional, 19.12.00, Pág. C-2.
26. Ley Aprobatoria del Convenio Integral de Cooperación entre la República de Cuba y la República Bolivariana de Venezuela. Caracas. 2001.
27. El Nacional, 10.03.01, Pág. C-4.
28. Quinto Día, 03.11.00, Pág. 37.
29. El Nacional, 07.11.00, Pág. C-2.
30. El Nacional, 23.08.01, Pág. C-3.
31. El Nacional, 19.10.00, Pág. C-2.
32. El Nacional, 14.03.01, Pág. C-2.
33. Ídem.
34. El Universal, 13.10.00, Pág. 4-2.
35. El Nacional, 05.10.00, Pág. C-4.
36. El Universal, 02.03.01, Pág. 1-6.
37. MINISTERIO DE SALUD Y DESARROLLO SOCIAL: Memoria y Cuenta 2000. Op. Cit. Pág. 34.
38. El Universal, 08.09.01, Pág. 1-6.

39. El Siglo, 14.08.01, Pág. 2.1.
40. Ídem.
41. El Universal, 31.07.01, Pág. 1-2.
42. Ver PROVEA: Informe Anual octubre 1996 - septiembre 1997. Caracas, 1997. Pág. 152.
43. El Universal, 02.07.01, Pág. 6.
44. El Universal, 18.04.01, Pág. 4-4.
45. El Norte, 30.11.00, Pág. 7.
46. MINISTERIO DE SALUD Y DESARROLLO SOCIAL: Memoria y Cuenta 2000. Op. Cit. Pág. 183.
47. MINISTERIO DE SALUD Y DESARROLLO SOCIAL: Memoria y Cuenta 2000. Ob. Cit. Pág. 184.
48. Edgar Carrasco, en entrevista concedida a Provea el 17.09.01.
49. ACCION CIUDADANA CONTRA EL SIDA: Informe Parcial de 2000 sobre la Situación de Derechos Humanos y VIH/Sida en Venezuela. Caracas, 2001, s/p.
50. El Globo, 01.04.01, Pág. 10.
51. El Nacional, 29.11.00, Pág. C-1.
52. ACCION CIUDADANA CONTRA EL SIDA. Op. Cit. s/p.
53. Alberto Nieves, en entrevista concedida a Provea, el 17.09.01.
54. Ver PROVEA: Informe Anual octubre de 1999-septiembre de 2000. Caracas, 2000. Pág. 188.
55. Ídem.
56. Información tomada de la página web: [www. tsj.gov.ve](http://www.tsj.gov.ve).
57. El Nacional, 26.06.01, Pág. C-3.
58. JORGE PRIETO: Informe técnico sobre la Situación de Niños con Cardiopatías Congénitas en el Hospital de Niños "J.M. de los Ríos". Caracas 2001.
59. Últimas Noticias; 08.12.00, Pág. 6.
60. El Nacional, 08.12.00, Pág. C-2.
61. Participaron en la mesa de diálogo, coordinada por la Defensoría del Pueblo, representantes de las tres organizaciones accionantes, de la Dirección de Salud de la Alcaldía Metropolitana, de la Dirección y de los Servicios de Cardiología y Cirugía Cardiovascular del Hospital, de la Dirección de Salud Poblacional, del Proyecto Salud y del Proyecto Sefar-Sumed del MSDS, de la Contraloría Metropolitana, del Cabildo Metropolitano, del Consejo Nacional de los Derechos del Niño, del Ministerio Público y del IVSS.
62. TRIBUNAL DE NIÑOS Y ADOLESCENTES: Sala IV de Juicio, Edif. de Pajaritos, Expediente N° 3174.
63. El Nacional, 29.03.01, Pág. C-3.
64. REPUBLICA DE VENEZUELA: Ley de Presupuesto para el ejercicio fiscal 2001. Caracas 2001.
65. El Oriental, 11.10.00, Pág.38.
66. El Universal, 04.11.00, Pág. 4-1.
67. Ídem.

68. El Mundo, 06.11.00, Pág. 12.
69. Últimas Noticias, 05.04.01, Pág. 10.
70. El Nacional, 16.05.01, Pág. C-3.
71. Ídem.
72. El Nacional, 29.08.01, Pág. D-2.
73. El Nacional, 03.10.01, Pág. C-1.
74. Ídem.
75. El Universal, 07.09.01, Pág. 1-8.
76. 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 mil 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 y cubren una población mayor de 100.000 habitantes con un área de influencia superior a 1.000.000 de habitantes.
77. EL Nacional, 11.04.01, Pág. C-2.
78. Ídem.
79. Tal Cual, 27.10.00, Pág. 4.
80. El Nacional, 02.02.01, Pág. C-3.
81. El Globo, 16.05.01, Pág. 10.
82. Últimas Noticias, 30.07.01, Pág. 28.
83. La Región, 13.03.01, Pág. 19.
84. El Nacional, 26.04.01, Pág. C-3.
85. La Prensa, 06.04.01, Pág. 10.
86. El Sol de Maturín, 03.05.01, Pág. 20.
87. Últimas Noticias, 17.02.01, Pág. 10.
88. El Nacional, 18.11.00, Pág. C-4.
89. INSTITUTO NACIONAL DE NUTRICION. Dirección Ejecutiva de la Oficina SISVAN: Estudio sobre la situación nutricional en Venezuela. Caracas, 2001.
90. Así es la Noticia, 07.10.00, Pág.3.
91. El Nacional, 23.11.00, Pág. C-3.
92. El Universal, 23.11.00, Pág. 4-1.
93. ALCALDÍA METROPOLITANA: Informe de la Comisión Técnica del Cabildo Metropolitano de Caracas sobre la gestión de la Gobernación del Distrito Federal. Caracas, mayo 2001.
94. La Prensa, 27.10.00, Pág. 9.

95. El Universal, 07.03.01, Pág. 4-1.
96. Tal Cual, 14.03.01, Pág. 12.
97. Tal Cual, 19.03.01, Pág. 9.
98. Ver PROVEA: Informe Anual octubre 1999-septiembre 2000. Caracas, 2000. Pág. 194.
99. Información tomada de la página web del MSDN: www.msds.gov.ve/contratos.
100. Últimas Noticias, 26.08.01, Pág. 4.
101. Entrevista concedida a Provea por María Goveia, Jefe del Servicio de Cardiología del Hospital de Niños J.M. de los Ríos. Caracas, 25.02.01.
102. El Nacional, 04.11.00, Pág. C-2.
103. El Nacional, 27.04.01, Pág. C-2.
104. Últimas Noticias, 17.08.01, Pág. 4.
105. UNICEF y ORGANIZACIÓN MUNDUAL DE LA SALUD: Evaluación de los Servicios de Agua Potable y Saneamiento 2000 en las Américas. 2000.
106. MINISTERIO DE SALUD Y DESARROLLO SOCIAL. Dirección de Vigilancia Epidemiológica: Morbilidad por diarreas de 5 años y más en Venezuela. Caracas 2000.
107. La Frontera, 16.02.01, Pág. 8-C.
108. El Universal, 14.12.00, Pág. 4-7.
109. OFICINA CENTRAL DE ESTADISTICA E INFORMATICA-PNUD: Informe sobre Desarrollo Humano en Venezuela. Caminos para superar la pobreza. Caracas, 2000. Pág. 65.
110. El Universal, 14.12.00, Pág. 4-7.
111. El Universal, 11.09.01, Pág. 1-6.
112. MINISTERIO DE SALUD Y DESARROLLO SOCIAL: Alerta. Boletín Epidemiológico. N°39. Caracas 2001.
113. Últimas Noticias, 21.07.01, Pág. 9.
114. MINISTERIO DE SALUD Y DESARROLLO SOCIAL: Alerta. Boletín epidemiológico. N° 8. Caracas, 2001.
115. Ver PROVEA: Informe Anual octubre 2000-septiembre 2001. Caracas, 2000. Pág. 200.
116. MINISTERIO DE SALUD Y DESARROLLO SOCIAL: Alerta. Boletín Epidemiológico. Nos. 34-39. Caracas, 2001.
117. El Nacional, 23.08.01, Pág. C-2.
118. El Mundo, 01.09.01, Pág. 18.
119. El Nacional, 01.09.01, Pág. A-9.
120. El Nacional, 24.08.01, Pág. C-2.
121. MINISTERIO DE SALUD Y DESARROLLO SOCIAL: Alerta. Boletín Epidemiológico. N°39. Caracas, 2001.
122. MINISTERIO DE SALUD Y DESARROLLO SOCIAL: Alerta. Boletín Epidemiológico. N° 5. Caracas, 2001.
123. Tal Cual, 02.07.01, Pág. 12.

124. Información aportada en el Seminario Técnico Administrativo: Evaluación de la evolución del tratamiento anti-tuberculoso en Delta Amacuro. Tucupita, 2001.

125. Diario 2001, 11.09.01, Pág. 10.

126. El Universal, 22.11.00, Pág. 4-9.

127. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD: Venezuela: Perfiles básicos de salud de países. Resúmenes 1999. Pág. 5.

128. El Universal, 22.11.00, Pág. 4-9.

129. El subregistro estimado de mortalidad por la OPS en 1999 es de 3,7%.

130. Revista de Obstetricia y Ginecología venezolana 2000: Sub-registro de Mortalidad Materna en el Municipio Maracaibo, 60 (3). Pág. 175-178.

131. Últimas Noticias, 12.02.01, Pág. 6.

