

## 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**

La mora legislativa en la aprobación de una nueva ley de salud que desarrolle los parámetros y lineamientos constitucionales data ya de 7 años. Es inconcebible que un gobierno que catalogó como prioritarios los derechos sociales, no cuente todavía con un marco legal que oriente la política y prácticas institucionales y ciudadanas, a los fines de garantizar y proteger este derecho.

Para este período se cuenta con un nuevo ministro, el teniente coronel Jesús Montilla. Con este nombramiento son 5 los cambios de cartera del ahora denominado Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS)<sup>1</sup> en los ocho años de gobierno del Presidente Chávez. Como hemos venido señalando, la rotación de ministros implicó cambios en el organigrama interno del ministerio y en la formulación de políticas. Asimismo, trajo cambios en la nómina interna que han tenido repercusiones sobre la continuidad de gestiones adelantadas, la implementación efectiva de las políticas y planes previamente definidos, como la concreción del nuevo Sistema Público Nacional de Salud (SPNS).

Nuevamente, el balance sobre este derecho da cuenta de una situación en salud no muy distante de las evaluaciones de períodos anteriores. La Misión Barrio Adentro (BA) representa el logro más importante. Sin embargo, como lo hemos venido advirtiendo, se construye en paralelo al sistema tradicional y sin un marco legal que regule la actuación institucional, con redes de salud que funcio-

nan por separado y con fallas en cuanto al control eficiente de la gestión de los bienes y servicios. La fragmentación no sólo ha sido institucional sino también financiera, en beneficio de BA con asignaciones extraordinarias muy superiores al presupuesto ordinario del ministerio. Por ejemplo, para el año 2005 la asignación que recibió BA por vía de presupuesto extraordinario fue de 2.43 billones de bolívares, lo que representó la mitad del presupuesto ordinario del MPPS (4,86 billones de bolívares). Adicionalmente, para este año el presupuesto del ministerio (4,42 billones de bolívares) revela un decrecimiento con respecto al 2006, cuando se contó con 5,01 billones de bolívares.

En consecuencia, el sistema sigue fragmentado y desarticulado, con fallas estructurales de funcionamiento que no han podido ser revertidas, afectándose las garantías de acceso universal y calidad de los servicios prestados por las redes tradicionales de asistencia a la salud. Para este período no fueron registradas en la prensa escrita denuncias por cobro indirecto y aunque se han reducido progresivamente las denuncias sobre fallas en el suministro regular de medicamentos e insumos quirúrgicos, camas de hospitalización insuficientes, déficit de personal médico y de enfermería, falta de equipos médicos, fallas en las edificaciones, condiciones de insalubridad como de inseguridad, persisten y generan situaciones de vulneración del derecho a la salud por falta de acceso a una atención oportuna y de calidad.

1. Hasta 1.961 el Ministerio con competencia en salud se llamó Ministerio de Sanidad y Asistencia a la Salud, regido bajo una concepción asistencialista y a través de la cual el Estado asumía la obligación de garantizar los servicios en la medida de sus posibilidades. A partir de 1999, se cambió esta concepción y con base en el postulado constitucional que concibe a la salud como un derecho social fundamental, se creó el Ministerio de Salud y Desarrollo Social, fusionándose el Ministerio con competencias en salud con el antiguo Ministerio de la Familia, la Comisión Nacional de la Mujer (CONAMU) y la Fundación Centro de Estudios Biológicos sobre el Crecimiento y Desarrollo de la Población Venezolana (Fundacredesa), a los fines de desarrollar un enfoque integral de la salud vinculado con las políticas de desarrollo social. Sin embargo, a finales del año 2006 este Ministerio fue nuevamente reformulado, retomándose competencias en materia de salud sin el componente de

Nuevamente, uno de los grupos más afectados sigue siendo el de mujeres en proceso de parto, quienes para conseguir cupo obstétrico regularmente son ‘ruleteadas’ por diferentes centros hasta que finalmente son asistidas.

Precisamente parte del gremio médico se hizo eco de la crisis asistencial que persiste. Pero en particular, de las condiciones laborales precarias que afectan sus derechos. El reclamo se hace por el derecho a salarios justos, visto que han pasado 4 años con salarios congelados. Para este período, precisamente el déficit de médicos especialistas revela una situación apremiante que responde a variedad de factores, pero no contar con condiciones laborales dignas, ciertamente ha propiciado una mayor migración de médicos hacia las grandes urbes y redes privadas. Como también, recientemente, hacia fuera de las fronteras venezolanas.

Sobre la prevención y promoción en salud preocupa que el sistema de registro y difusión de información sobre salud siga siendo tan deficitario, sin poder acceder -en muchos casos- a información veraz y actualizada. Por ejemplo, hasta el cierre de este informe el espacio web del MPPS publicó boletines epidemiológicos sólo hasta la semana 29 del 15 al 21.07.07, lo que no nos permitió contar con estadísticas más actualizadas sobre la prevalencia de dengue, malaria, fiebre amarilla, cólera, mortalidad materna e infantil.

Asimismo, las restricciones en el acceso a información oficial constatadas por Provea en la elaboración de este capítulo, además de

obstaculizar el ejercicio de contraloría social promovido institucionalmente, constituye una violación del propio derecho a la salud.

## **I. Medidas del Poder Ejecutivo**

Tal como se ha dicho, con el nombramiento del teniente coronel Jesús Montilla como nuevo ministro<sup>2</sup> son cinco los cambios ministeriales que se han dado durante la gestión de gobierno del Presidente Chávez. Provea ha señalado que esta rotación de ministros, entre otros factores, viene afectando la concreción del Sistema Público Nacional de Salud (SPNS), tanto como el avance de las políticas y planes definidos con base en los términos pautados en la Constitución de 1999.

Durante estos ocho años han sido además varias las fórmulas propuestas para definir la línea de acción y organización interna del ministerio, así como para la organización estructural de la red pública asistencial, revelándose también una falta de claridad institucional sobre el modelo de sistema que se quiere avanzar. Ciertamente, el balance de este derecho da cuenta de una situación en salud que lamentablemente no se ha traducido en cambios significativos con respecto a períodos anteriores, con un SPNS que sigue fragmentado y con debilidades institucionales para la coordinación, articulación y control eficiente de la gestión de los bienes y servicios que conforman las redes públicas existentes<sup>3</sup>.

### ***Presupuesto Público de Salud***

El equivalente del gasto público social como porcentaje del PIB sigue revelando una

desarrollo social.

2. Durante el periodo tres ministros fueron designados. A Francisco Armada le siguió el 04.01.07 Erick Rodríguez, quien fue sustituido en mayo de 2007 por el entonces titular del IVSS, coronel (Ej) Jesús Mantilla. Rodríguez habría sido relevado por el presidente Chávez por plantear a la prensa la eliminación de la producción de tabaco como actividad económica.
3. El Sistema Público Nacional de Salud se encuentra conformado por cuatro sistemas que operan en forma descoordinada y a veces, en paralelo. A saber: el sistema público asistencial, el sistema de Barrio Adentro, el sistema de aseguramientos (IVSS, INAGER, IPASME y FFAA) y el sistema privado de salud.

## Derecho a la Salud

tendencia al incremento sostenido que, para el año 2006, se ubicó en 13,6% con respecto a 11,6% en el año 2005, representando la mayor inversión social alcanzada durante el gobierno del Presidente Chávez. En tanto que el equivalente del gasto público en salud como porcentaje del gasto social mantiene una tendencia oscilante entre incrementos y reducciones que para el año 2006, representó una reducción al 13,3% con respecto al 14,2% durante el 2005.

**Cuadro N°1**

Gasto público social como % del PIB		Gasto público en salud como % del gasto público social	
Año	Porcentaje	Año	Porcentaje
1998	82	1998	16,6
1999	94	1999	15,4
2000	11,0	2000	12,4
2001	12,1	2001	12,6
2002	11,2	2002	14,7
2003	12,1	2003	12,6
2004	12,1	2004	13,3
2005	13,2	2005	12,8
2006	13,6	2006	13,3

Fuente: Sistema Integrado de Indicadores Sociales para Venezuela (Sisov). Tomado de [www.sisovmcd.gov.ve/indicadores](http://www.sisovmcd.gov.ve/indicadores)

Para este año 2007 el presupuesto aprobado para el MPPS fue de 4.42 billones de bolívares, lo que revela un descenso con respecto al año anterior, cuando el presupuesto fue de 5.01 billones de bolívares. Asimismo, aunque para el año 2007, no pudimos contar con información sobre el equivalente del gasto en salud como porcentaje del presupuesto nacional, durante el año 2006 se reveló un nuevo decrecimiento, evidenciándose una tendencia sostenida hacia la reducción del presupuesto que, en este caso, fue del 5,94% (2005) al 5,76% (2006). Igualmente, sigue llamando la atención que el equivalente del presupuesto ordinario del Ministerio como por-

centaje del Producto Interno Bruto (PIB) no logre superar el 2%, cuando debería revelar un incremento suficiente que permitiera por sí solo, el cumplimiento de los objetivos de universalidad, equidad y efectividad previstos para la puesta en funcionamiento del nuevo SPNS.

Por el contrario, el equivalente del presupuesto extraordinario en salud como porcentaje del PIB revela una tendencia de crecimiento acelerado, marcando diferencias significa-

**Cuadro N° 2**

### Presupuesto del MPPS (2000-2007)

Año	Presupuesto ordinario en billones de Bs.	% del Presupuesto nacional	% del Presupuesto ordinario como PIB	% del Presupuesto ordinario y extraordinario como PIB
2000	143	6,09	1,32	1,80
2001	172	6,16	1,49	2,17
2002	209	6,61	1,61	2,63
2003	264	6,36	1,53	3,47
2004	391	6,46	1,33	5,56
2005	486	5,94	1,85	9,17
2006	501	5,76	1,75	7,71
2007	442	-	-	-

Fuente: Elaboración con cifras de: OPS/OMS: Barrio Adentro: Derecho a la salud e inclusión social en Venezuela. Pág. 15

tivas y en detrimento del equivalente del presupuesto ordinario. Diferencias que se hacen más evidentes a partir del año 2003. Por ejemplo, durante el 2005 esa diferencia fue de 7,32 puntos porcentuales. Mientras que el equivalente del presupuesto extraordinario como PIB se ubicó en 9,17% en el 2005 y 7,71% para el 2006; el equivalente del presupuesto ordinario fue sólo del 1,85% y 1,75% respectivamente<sup>4</sup>. Aunque valoramos como positivo el incremento significativo que representa la

4. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD: Barrio Adentro: Derecho a la salud e inclusión social en Venezuela. Julio 2006. Pág. 15.

Cuadro N° 3

Años	Presupuesto del MPPS		Presupuesto para Misión BA		Presupuesto para Misión Milagro	
	Presupuesto ordinario (billones de bolívares)	Presupuesto ordinario del MPPS (millones de bolívares)	Presupuesto extraordinario PDVSA, FONDEN y otras fuentes (millones y billones de bolívares)	Presupuesto ordinario del MPPS (millones de bolívares)	Presupuesto extraordinario: PDVSA, FONDEN y otras fuentes (millones de bolívares)	
2000	1,43					
2001	1,72					
2002	2,09					
2003	2,64		122.021			
2004	3,91	671.532	519.000			
2005	4,86	475.965	243		4500	
2006	5,01	226.538	113	3600	1500	

Fuente: OPS/OMS: Barrio Adentro: Derecho a la salud e inclusión social en Venezuela. Pág. 15

asignación de recursos por vía de presupuesto extraordinario, se revelan disparidades importantes con respecto a la asignación de recursos por vía ordinaria que, ciertamente deberían ser revertidas. No obstante, estas disparidades se ven reproducidas en la asignación de recursos para la Misión BA. Por ejemplo, para el año 2005, mientras que la asignación a BA por vía del presupuesto del MPPS fue de 475.965 millones de bolívares, por vía del presupuesto extraordinario<sup>5</sup>, fue de 2.43 billones de bolívares<sup>6</sup>. Precisamente, la mitad del presupuesto ordinario del ministerio para ese año.

Por último, debemos señalar que aunque no logramos tener acceso a la información oficial sobre la asignación y distribución de los recursos a las entidades federales, la tendencia ha sido la de mantener una situación

de disparidad en detrimento de los estados descentralizados frente a los que se encuentran todavía centralizados (Amazonas, Barinas, Cojedes, Delta Amacuro, Guárico, Portuguesa y Vargas). En situación similar se encuentra la distribución de recursos dentro del MPPS, manteniéndose una relación de inequidad que sigue revelando una carga presupuestaria no ajustada al crecimiento burocrático que presenta la institucionalidad sanitaria, como tampoco a las necesidades de funcionamiento del SPNS que se quiere concretar.

**Misión Barrio Adentro**

La Misión BA aunque apunta hacia una transformación social e institucional que valoramos en positivo para la construcción del nuevo SPNS<sup>7</sup>, viene desarrollándose en para-

5. El presupuesto extraordinario del MPPS ha estado conformado por los excedentes de la empresa Petróleos de Venezuela (PDVSA) y por las reservas internacionales del Fondo de Desarrollo Nacional (FONDEN).
6. Ídem.
7. La Misión Barrio Adentro fue impulsada en el año 2003 desde la Presidencia de la República, con apoyo del Ministerio con competencia en salud, Ministerio del Trabajo, Ministerio de Energía y Minas, de la empresa nacional de petróleo de Venezuela (PDVSA) y especialmente, con el apoyo técnico cubano en el marco del Convenio de cooperación bilateral entre la República de Cuba y la República de Venezuela. Planteada junto con otras misiones como una política de inclusión social, Barrio Adentro se convirtió en el eje central del nuevo Sistema Público Nacional de Salud que se viene adelantando. Además de ser un modelo prestacional cercano a los habitantes de barrio y orientado hacia los sectores sociales más excluidos, con servicios de atención primaria de salud ampliados y ofrecidos en forma gratuita y, con especial cuidado en el trato humano; pretende el rescate de la participación protagónica de las comunidades organizadas en actividades de prevención y promoción de salud y calidad de vida, incluidas actividades de contraloría social en salud.

lelo al sistema público asistencial y de aseguramiento existentes (redes del Instituto Venezolano del Seguro Social -Ivss-, Instituto Nacional de Geriátrica -Inager-, Instituto de Previsión Social del Magisterio -Ipsasme- y Fuerzas Armadas Nacionales -Fan-). Contrario a los fines previstos, tal situación no permite avanzar hacia la construcción del Sistema Único de Salud (SUS); por el contrario, permite una mayor fragmentación institucional y financiera, como también de crecimiento burocrático del sector.

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), hasta julio de 2006 se construyeron 1.612 módulos, quedando todavía la construcción de 4.618. Sin embargo, hasta agosto del 2007, las cifras publicadas en el espacio web del MPPS dan cuenta de 2.708 módulos construidos. Lamentablemente, ninguna de estas cifras revela el cumplimiento de la meta prevista para el año 2004 (8.573). Asimismo, cabe añadir que la falta de cumplimiento de dicha meta implica además que de los 23.793 profesionales de la salud que trabajan para BA (15.486 profesionales de la medicina) deben seguir viviendo y trabajando en casas de familia facilitadas por las comunidades<sup>8</sup>. En tal sentido, preocupa que el cumplimiento de la meta prevista para el año 2004 no alcance ni siquiera el 20% previsto.

Aunque las cifras revelan algunos avances en la expansión de BA I, se vienen dando con mucha lentitud. Aunado a esta situación Provea confirmó en entrevista celebrada con la Dra. Maritzela Bermúdez, coordinadora de BAI de la Alcaldía Metropolitana de Caracas,

que varios de los módulos construidos en el área metropolitana se encuentran cerrados, debido a problemas con el sistema de drenaje y tuberías<sup>9</sup>. Esta situación fue también corroborada con denuncias publicadas en medios de prensa escrita.

Sin haberse cumplido con las metas previstas para BA I, en el año 2005 se inició la construcción de los Centros de Diagnóstico Integral (CDI), junto a los Centros de Alta Tecnología (CAT) y Salas de Rehabilitación Integral (SRI), creados con la intención de brindar apoyo a los CDI. Para Provea la expansión de BA es valorada como positiva. No obstante, creemos que el proceso ha sido muy atropellado y como fue señalado antes, desarrollado en paralelo al sistema público tradicional, lo que no ha permitido mejorar la coordinación y articulación del Sistema, mucho menos contribuir a la conformación del SUS.

Con respecto a los espacios de participación desarrollados en torno a BA, vale decir que los comités de salud se han convertido en la forma legítima de organización de las comunidades. Hasta junio de 2006 las cifras oficiales dan cuenta de 8.951 comités de salud elegidos en asambleas populares y certificados por las autoridades locales y parroquiales, incluida la certificación exigida por el MPPS<sup>10</sup>. No obstante, inquieta que esta forma de organización haya sido validada más para asuntos de gestión de los módulos, y menos para ejercer contraloría ciudadana en torno a dicha gestión. Adicionalmente, según el recién conformado Observatorio Comunitario por el Derecho a la Salud<sup>11</sup>, las activida-

8. OPS: Op.Cit. Pág. 33.

9. Entrevista concedida por Maritzela Bermúdez, Coordinadora de Barrio Adentro I de la Alcaldía Metropolitana, a Provea el 14.05.07.

10. OPS: Op Cit. Pág. 39.

11. El Observatorio Comunitario de Salud está conformado por organizaciones de desarrollo, de derechos humanos y académicas con trabajo en el campo del derecho a la salud. Se creó con el fin de observar la situación del derecho a la atención de salud en Venezuela, con base en el marco internacional de los Derechos Humanos. Para lo cual fueron creados equipos de monitoreo locales integrados por organizaciones locales y voluntarios comunitarios que llevaron adelante muchas de las entrevistas y encuestas realizadas.

des de los Comités de Salud se han venido debilitando como consecuencia de tres aspectos. A saber: la constitución de los Comités de Salud como única forma de organización comunitaria válida para tratar los asuntos de salud ante las autoridades y sus propias comunidades, de cara a una limitada incidencia. Asimismo, la transferencia de responsabilidades públicas propias de la autoridad local o del Ministerio a los Comités de Salud, junto al hecho de haberse creado una dinámica diaria con horarios prefijados para la realización de las actividades de los consultorios sin que ello haya implicado alguna retribución. Para el Observatorio, los Comités de Salud se revelan como un espacio de participación convocado desde el Estado donde las deficiencias institucionales se han venido cubriendo por el voluntarismo de las comunidades, limitándose la práctica de autonomía necesaria para el desarrollo de espacios de contraloría social que apunten a ser efectivos en la incidencia y exigencia del disfrute pleno del derecho a la salud<sup>12</sup>.

### ***Misión Milagro***

La Misión Milagro, creada para dar respuesta a las necesidades acumuladas de tratamiento quirúrgico en patologías oftalmológicas, da cuenta de 176.000 pacientes intervenidos en Cuba entre julio de 2004 y marzo de 2006. Asimismo, hasta marzo de 2006 fueron registradas 11.022 intervenciones realizadas en Venezuela. De las cuales 2.694 fueron a pacientes provenientes de América Latina<sup>13</sup>.

### ***Regulación de tarifas en los centros privados de salud***

Una medida que ha resultado bastante controversial aunque válida, en virtud de la

obligación a cargo del Estado de ejercer control de precios en beneficio de los usuarios de los servicios privados de salud, ha sido la regulación de las tarifas establecidas por los servicios médicos en las clínicas privadas u otros servicios afines. La norma propuesta busca controlar el establecimiento de costos unitarios para los procedimientos médicos más recurrentes. Así como la clasificación de las clínicas privadas dependiendo de los servicios que presten como de la tecnología aplicada, facturación de medicamentos requeridos por los pacientes, establecimiento de una banda de precios para los honorarios profesionales fundamentados en la experiencia del médico, procedimiento médico y tecnología aplicada. Otra medida considerada por esta norma ha sido la eliminación del cobro por acompañante, de lencería, derecho de admisión, derecho de anestesia y recuperación, junto a la activación de una contraloría social ejercida por los Consejos Comunales. A las compañías aseguradoras se les exige la eliminación de la práctica de requerir una clave como condición para el ingreso de la emergencia, bastando la Cédula de Identidad<sup>14</sup>. En opinión de Douglas León Natera, presidente de la Federación Médica Venezolana (FMV), esta medida lo que busca es tapar la crisis hospitalaria. Para Natera la regularización de los honorarios profesionales atenta más bien contra la Ley del Ejercicio de la Medicina, ya que esta regulación pretende ser establecida por el Presidente de la República y el Ministerio del Poder Popular para las Industrias Ligeras y Comercio (Milco), cuando es una medida que por Ley corresponde ser discutida entre la FMV y el MPPS. Igualmente cuestiona que sostiene que además de la regulación de los servicios privados, sería importante ejercer un

12. Observatorio Comunitario de Salud: Informe sobre el Derecho de Salud en Venezuela 2007. Pág. 118.

13. OPS: Op. Cit. Pág.65.

14. Raquel Vargas: El Siglo, 23.08.07, pág. A-2.

mayor control sobre el gasto público del sector salud<sup>15</sup>. Para Natera, el alza de los precios hay que estudiarla con base en las políticas fiscales, monetarias y cambiarias ejercidas por el gobierno. En opinión contraria, José Vielma Mora, superintendente Nacional Aduanero y Tributario, señala que la medida de regulación de precios evitará el crecimiento inflacionario y que ciertamente, el cobro de honorarios profesionales de los médicos ha resultado excesivo. De las evaluaciones realizadas se encontró además que de 297 galenos, 103 fueron sujeto de sanción por evasión de impuestos<sup>16</sup>.

## II. Medidas del Poder Legislativo

### *Proyecto de Ley de Salud*

Para este período de estudio la mora de la Asamblea Nacional (AN) en promulgar la Ley de Salud alcanza ya los siete años. Resulta inconcebible que pasado 8 años desde que se promulgó la Constitución de 1999 no se cuente todavía con un marco legislativo que permita el desarrollo de los postulados constitucionales previstos en torno al derecho a la salud, así como la definición de los parámetros base para la formulación del nuevo SPNS. Esta situación revela un incumplimiento del Estado venezolano en adoptar las medidas legislativas necesarias para avanzar hacia el respeto, protección y garantía del derecho humano a la salud. Ciertamente, se ha creado un vacío legal que termina por afectar las garantías que aseguran el disfrute pleno del derecho a la salud, además de postergar la ocasión para la unificación del Sistema. Provea ha venido presentando en los últimos cinco años las distintas versiones de proyectos de

leyes discutidas en la Subcomisión de Salud, Higiene y Seguridad Industrial de la Comisión de Asuntos Sociales de la AN. No presentaremos en esta oportunidad análisis sobre la posible nueva versión de proyecto de Ley, en virtud de no haber podido tener acceso a la misma<sup>17</sup>.

### *Ley de personas con incapacidades*

En noviembre de 2006 fue sancionada por la AN una nueva Ley para Personas con Discapacidad, publicada en Gaceta Oficial N°38.598 de fecha 05.01.07<sup>18</sup>. Dispone como su objeto, el desarrollo integral de las personas con discapacidad, la participación solidaria de la sociedad y la familia, las acciones de los órganos y entes públicos nacionales, estatales y municipales, como de los entes privados nacionales y organizaciones sociales, a los fines de contribuir en torno a la planificación, coordinación e integración de las políticas públicas destinadas a prevenir la discapacidad, promover, proteger y garantizar el respeto a la dignidad humana. Así como también a la recuperación de oportunidades, inclusión e integración social, derecho al trabajo y a condiciones laborales satisfactorias, seguridad social, educación, cultura y deporte.

Reconocemos como positivo que el objeto de la Ley plantee una concepción integral acerca de la incapacidad, reconozca a las personas con incapacidades como titulares de derechos y contemple la participación como un espacio de organización e intervención protagónica en el diseño, monitoreo y evaluación de las políticas públicas que puedan ser desarrolladas en torno a esta materia. En cuanto al ámbito de su aplicación, también

15. Douglas León Natera citado en: Raquel Vargas. Ídem.

16. José Vielma Mora citado en: Raquel Vargas. Ídem.

17. Ver PROVEA: Informe Anual. Octubre 2005-Septiembre 2006. Derecho a la Salud. Págs. 167-169.

18. Publicada en Gaceta Oficial N° 38.598 el 05.01.07.



encontramos positivo que la ley ampare a todas las personas con discapacidad, nacionales y extranjeras que residan en el país.

Con base en los principios, como corresponsabilidad, participación, solidaridad, igualdad y respeto a la dignidad humana, plantea que las personas con discapacidad tienen el derecho a una atención integral que les garantice una mejor calidad de vida. Especialmente, en relación con el derecho a la salud dispone que el Ministerio con competencia en salud deberá contar con condiciones técnicas y capacidad para la formación del personal calificado y especialistas en clasificación y métodos para la validación de la condición de incapacidad, así como recomendaciones sobre la organización y funcionamiento del Sistema Nacional de Atención Integral a la Discapacidad u otros entes responsables de esa atención integral. En materia de rehabilitación a la salud queda claro que el Estado asume responsabilidades en garantizar servicios de rehabilitación integral en salud, a través del desarrollo de una red de centros y servicios de rehabilitación de corta y larga estancia que cuenten con personal idóneo, presupuesto adecuado y recursos materiales.

### III. Medidas del Poder Judicial

En este período destaca como importante una decisión de la Sala Constitucional del Tribunal Supremo de Justicia (TSJ) del 15.02.07, con ponencia de la magistrada Carmen Zuleta de Merchán. Desde una perspectiva de género se reinterpreta el artículo 44.1 de la Constitución que dispone que la libertad personal es un derecho inviolable, salvo que exista una orden judicial de captura o en caso de que la persona sea sorprendida *in fraganti*. Con base

en la interpretación solicitada, la Sala dispuso que el testimonio de una mujer víctima de malos tratos, abusos y violencia doméstica, bastará para que los cuerpos policiales puedan proceder a arrestar al agresor sin necesidad de una orden judicial. Cabe añadir, sin que ello atente contra las competencias del Ministerio Público y de los cuerpos policiales para recabar las pruebas necesarias que permitan demostrar que las afirmaciones de la afectada sean ciertas o no<sup>19</sup>. Valoramos como positiva esta decisión en virtud de considerar que la violencia intrafamiliar es un ámbito de la salud pública que no cuenta con medidas efectivas que aseguren la protección de la mujer como grupo especialmente vulnerable ante este flagelo. A manera de ilustrar la situación, en el año 2006, fueron recibidas 10.000 denuncias de violencia doméstica. Ello, asumiendo que sólo el 10% las mujeres maltratadas denuncian<sup>20</sup>.

Para llegar a tal decisión la Sala se plantea varias interrogantes. A saber, ¿Cómo se articula la flagrancia en delitos de género, para que los órganos policiales puedan detener a las personas y ponerlos a disposición del Ministerio Público sin transgredir ese precepto constitucional? ¿Cuál es la definición de flagrancia desde la perspectiva de los delitos vinculados a la violencia doméstica? ¿Cómo se armoniza el texto constitucional sin menoscabar el derecho de las mujeres víctimas de violencia doméstica al estar protegidas como grupo vulnerable? ¿Cuándo se estará ante una situación de flagrancia en los delitos de género? ¿En qué supuestos los órganos receptores de denuncias procederían a requerir una orden judicial para ejecutar la medida cautelar? ¿Cuándo estarían ante un hecho fla-

19. La interpretación de la Sala Constitucional debe aplicarla el Estado con mucha cautela para evitar un manejo excesivamente discrecional que afecte la violación del derecho a la libertad personal mediante arrestos indiscriminados.

20. Gabriela Ramírez: *La prensa*, 10.01.07, pág. 12.

grante que justifique la detención preventiva?

A los fines de dar respuesta a esas interrogantes el fallo parte por hacer una distinción entre delito flagrante y la aprehensión *in fraganti*, para luego realizar observaciones a la argumentación clásica que alega que sólo se le puede asegurar protección efectiva a las mujeres, por medio de medidas cautelares de protección, como la detención del agresor cuando es sorprendido *in fraganti*. Ahora bien, en virtud de que esa previsión ha sido vista desde la óptica del agresor que pretende el derecho a la libertad personal estipulado en el artículo 44 de la Constitución, plantea que desde la óptica de la mujer víctima, se puede invocar también el derecho a la vida libre de violencia con fundamento en los artículos 55 y 22.1 de la Constitución. Se concluye que el núcleo del asunto radica en la ponderación que merecen los valores protegidos constitucionalmente a la mujer víctima y al agresor. En consecuencia, para que una medida de protección a favor de la mujer víctima de la violencia de género, sea efectiva y, a su vez, se le garantice al agresor o sospechoso de la agresión, garantía de su derecho a la inviolabilidad de la libertad personal, esa medida deberá hacerse en apego a los requisitos que para determinar la flagrancia instrumenta el ordenamiento jurídico. Pero siempre con una visión real de las dificultades probatorias que aparejan los delitos de género<sup>21</sup>.

Aunque fue una decisión que en su momento llegó a ser cuestionada, incluso por

otros magistrados del TSJ, esta interpretación constitucional aparece recogida en el texto de la Ley Orgánica sobre el Derecho de la Mujer a una vida libre de violencia, en la que se amplía el concepto de flagrancia.

#### **IV. Sistema Público de Asistencia a la Salud**

##### ***Disponibilidad de bienes, servicios y establecimientos***

Las redes de asistencia a la salud pública y de aseguramiento existentes dan cuenta de 4.618 establecimientos ambulatorios (2.865 rurales I, 863 rurales II, 693 urbano I, 154 urbano II y 43 urbano III) y 214 centros hospitalarios (118 tipo I, 44 tipo II, 31 tipo III y 21 tipo IV) distribuidos en todo el territorio nacional. De éstos, corresponden a la red pública asistencial 3.934 ambulatorios (85,18%) y 178 hospitales (83,17%). Cabe agregar que de esos 178 centros hospitalarios, los 43 más grande representan una disponibilidad de 12.250 camas hospitalarias (59% del total de camas que hay) y 261 quirófanos (47% del total existente)<sup>22</sup>. Por su parte, BA ha contribuido a la extensión de esta red con la construcción de nuevos establecimientos. A saber, 2.708 Consultorios Populares (CP)<sup>23</sup>, 139 Centros de Diagnóstico Integral (CDI), de los cuales 40 cuentan con quirófano, 151 Salas de Rehabilitación Integral (SRI), 6 Centros de Alta Tecnología (CAT) y 10 Clínicas Populares (CP)<sup>24</sup>. Esta expansión ha permitido—según datos del Banco Central de Venezuela— que un aproximado del 60% de los sectores populares se

21. TRIBUNAL SUPREMO DE JUSTICIA: Sala Constitucional. S. del 15.02.07. Exp. 06-0873.

22. Jorge Díaz Polanco citado en: Thamara Nieves: *Los pobres utilizan tres veces más los hospitales que Barrio Adentro*. *El Mundo*, 07.05.07, pág. 9.

23. Hemos presentado la cifra de Consultorios Populares construidos (2.708) que aparece publicada en el espacio web del Ministerio del Poder Popular para la Salud, por considerarla más reciente. No obstante, según declaraciones del propio Ministro Montilla, hay 2.113 consultorios y, según el Informe de la OPS se señala que hasta julio de 2006 se habían construido 1.612.

24. OPS: Op Cit. Pág. 52.

haya beneficiado con el uso de estos bienes y servicios. En ese orden, los resultados del estudio realizado por el Observatorio Comunitario por el Derecho a la Salud revelan que los módulos de BA I estuvieron disponibles para un 89,7% de las familias entrevistadas. En tanto que los hospitales públicos sólo para un 30% y los ambulatorios tradicionales para un 34,6%<sup>25</sup>.

Ciertamente, aunque BA representa una extensión significativa de las redes públicas tradicionales de asistencia a la salud, persisten problemas estructurales aún no resueltos que terminan afectando la capacidad de respuesta institucional. Por ende, la garantía de acceso universal a los bienes y servicios públicos de salud. Entre esos problemas, se encuentra la distribución geográfica de los mismos, ya que los hospitales con mayor nivel de tecnología y especialización se encuentran concentrados en las grandes urbes que además cuentan con los mayores índices de desarrollo humano, en detrimento de los territorios menos desarrollados y zonas rurales.

Según datos del propio ministerio, hasta septiembre de 2005, los hospitales tipo IV<sup>26</sup> de la red pública de salud se encontraban concentrados en dos de las entidades federales que presentan mayores índices de desarrollo humano, el Distrito Federal (6) y Zulia (3). En tanto que estados con mucho menor desarrollo, como Amazonas y Apure no cuentan en su territorio con centros hospitalarios adscri-

tos a esta red de asistencia a la salud<sup>27</sup>. Esta situación se ve reproducida también en el sector privado de la salud, donde el Distrito Capital concentra el 33,48% de las infraestructuras existentes, seguido por Zulia (9,41%), Lara (6,56%), Carabobo (6,35%) y Anzoátegui (5,25%). De cara a estados como Amazonas y Vargas, donde no cuentan con establecimientos privados<sup>28</sup>.

En el período pasado advertimos sobre la falta de información relacionada con la ubicación de los módulos nuevos y demás establecimientos construidos para BA, lo que nos permitiría conocer si hay mejoras frente a las inequidades existentes en torno a la disponibilidad de los bienes y servicios de salud ubicados en las zonas urbanas con mayor desarrollo, de cara a las zonas de más difícil acceso, incluidas las zonas rurales.

Otro problema vinculado con la capacidad de respuesta de las redes existentes se refiere al número de camas de hospitalización y de cuidados intensivos que están operativas<sup>29</sup>. Un ejemplo ilustrativo es el hospital general de Apure, construido en 1987, con una capacidad de 800 camas de hospitalización, contando en el presente tan sólo con una capacidad presupuestada para 100. Igual ocurre con la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), la cual ha visto reducida la capacidad instalada de 4 a 1 cama<sup>30</sup>. Para este período nuevamente no pudimos contar con datos distintos a los referidos en períodos anterior-

25. Observatorio Comunitario de Salud. Op. Cit. Pág. 101.

26. Los hospitales tipo IV son centros de consulta especializada y atención de emergencia, con disponibilidad para más de 300 camas de hospitalización. Operan como centros hospitalarios docentes además de prestar los servicios que ofrecen los demás hospitales. La capacidad de atención está prevista para más de 100.000 habitantes.

27. Observatorio Comunitario de Salud. Op Cit. Pág. 109.

28. JAEN Maria Helena: Costo de la Salud en Venezuela. Gasto y Sostenibilidad Financiera del Sistema de Salud. Políticas Públicas. Ediciones Iesa. 2006.

29. Según las estadísticas de la Alcaldía del Distrito Metropolitano de Caracas correspondientes al año 2003, los 13 hospitales bajo su adscripción, daban cuenta de una capacidad arquitectónica de 3.859 camas de hospitalización, de cara a una capacidad presupuestaria de sólo 3.271.

30. Oswald Luna: Clausuran quirófanos y reducen áreas médicas en hospital de Apure: El Nacional, 11.12.06, pág. B-4.

res<sup>31</sup>. No obstante, las denuncias reportadas en prensa nacional siguen dando cuenta de que éste es un problema no resuelto que en parte, responde a presupuestos deficitarios que terminan por afectar el buen funcionamiento de las redes tradicionales.

Igualmente, el número de profesionales de la salud sigue siendo otro factor de obstáculo. Aunque la tasa referencial en que se ubica Venezuela (2,3 médicos por cada 1.000 habitantes) supera el estándar dispuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS) de 1 médico por cada 1.000 habitantes, hay una situación de déficit en algunas de las ramas y especializaciones de las ciencias de la salud. Así como también concentración de profesionales de la medicina con grados de especialización trabajando en las grandes urbes y en los centros privados. Según los resultados del estudio realizado por el Observatorio Comunitario por el Derecho a la Salud, más del 50% del personal de salud entrevistado confirmó que los centros donde trabajan no cuentan con las capacidades para atender adecuadamente al número de personas que diariamente acuden para atención médica y/o quirúrgica<sup>32</sup>. En ese sentido, los datos revelaron que el mayor déficit se concentra en médicos(as) internistas, especialistas, epidemiólogos y auxiliares de enfermería<sup>33</sup>.

En Venezuela el promedio de nuevos graduandos en medicina es de aproximadamente 2.000<sup>34</sup>. Este grupo de nuevos profesionales, junto a los ingresados en programas de postgrado, viene cubriendo los déficits de cargos que hay en muchos de los centros hospitalarios del país. Igualmente, permite cubrir los déficits que hay en los centros ambulatorios localizados en zonas urbanas y rurales de más difícil acceso<sup>35</sup>. Según declaraciones del capitán Freddy Prato, director del hospital universitario “José María Vargas”, en San Cristóbal (Edo. Táchira), la falta de galenos se debe a los bajos salarios que ofrece el sector público de la salud, obligándolos a trasladarse a otros centros de salud donde los sueldos compensan el trabajo. Según Prato, “*actualmente un médico interno gana 850.000 bolívares y el residente 870.000 bolívares*”<sup>36</sup>.

En la red de BA, la situación sigue siendo excepcional ya que los servicios están siendo prestados en su gran mayoría por profesionales de la salud de nacionalidad cubana. En tal sentido, reconocemos como positivos los avances alcanzados en el desarrollo de una política de formación de nuevos profesionales de la salud venezolanos que progresivamente sustituyan al personal cubano. En abril de este año se graduaron 1.013 nuevos especialistas en Medicina General Integral<sup>37</sup>. Sólo

31. Según el Ministerio con competencia en salud, en el país hay disponibilidad de 40.675 camas en el ámbito público, a razón de 17,6 camas por 10.000 habitantes. En tanto que el estándar establecido por la OMS es de 40 camas por 10.000 habitantes. Vale advertir que esta cifra revela sólo el número de camas arquitectónicas que hay, más no el número de camas de hospitalización que están operativas. Por su parte, el número de camas de Cuidados Intensivos (UCI) revela también una reducción de disponibilidad, que tampoco permite cumplir con los parámetros internacionales que estiman que el total de camas presupuestadas para las UCI deben estar entre el 5% y el 8%.
32. Observatorio Comunitario por el Derecho a la Salud. Op. Cit. Pág. 102.
33. En Venezuela hay en promedio 1 enfermera por cada 40 pacientes hospitalizados, mientras que las normas de la Organización Mundial de la Salud señalan que debe haber una por cada 8 pacientes.
34. OPS/OMS: Op. Cit. Pág. 73.
35. El artículo 8 de la Ley del Ejercicio de la Medicina impone a los y las estudiantes de medicina, una vez terminado el período académico, el deber de prestar servicio social a la colectividad por el período de un año previo al acto de grado.
36. Freddy Prato citado en: Eleonora Delgado: *Déficit de médicos afecta al hospital central de San Cristóbal. El Nacional*, 21.11.06, pág. B-19.
37. Aida Cheriti: *De Frente*, 26.05.07, pág. 7.

de esta manera será posible asegurar la sostenibilidad institucional de BA.

**Cuadro N°4  
Recurso humano de Barrio Adentro**

	Cubano	Venezolanos
Médicos/as	20975	6074
Odontólogos/as	3069	1345
Enfermeros/as	466	2609
Optometristas	1447	0
Electromédicos	167	0
Otras categorías	967	1011
Total General	27.090	11.039

Fuente: OPS-OMS: Estrategia de Cooperación de Cooperación OPS-OMS con Venezuela 2006 - 2008.

**Accesibilidad y Calidad**

Vinculado a la accesibilidad y calidad de los bienes y servicios públicos de salud destacan como factor de incidencia, las condiciones de funcionamiento de las redes de asistencia a la salud. Para este período sigue siendo una constante los problemas relacionados con insuficiencia de medicamentos, suministro deficitario y/o irregular de insumos básicos y medico-quirúrgicos, fallas en la infraestructura de los establecimientos, déficit de camas de hospitalización, obstétricas y de las UCI, déficit de personal de salud, particularmente de médicos especialistas y del personal de enfermería. Asimismo, la inseguridad en los centros hospitalarios y ambulatorios, incluidos los módulos de BA, sigue apareciendo en denuncias publicadas en los medios de prensa escrita nacionales. Nuevamente, uno de los grupos más afectados sigue siendo el de mujeres en proceso de parto, quienes para conseguir cupo obstétrico regularmente deben acudir a diferentes centros hasta que finalmente son asistidas. Lo que ciertamente impacta en forma negativa -en más de un caso- la salud de la madre y/o del neonato. Para este período fueron registradas 14 denuncias relacionadas con déficit de

camas obstétricas que implican el “ruleteo” de un centro a otro. Aunque para este período no se registraron denuncias por cobro indirecto, ciertamente los problemas denunciados en torno al déficit de medicamentos e insumos repercute en el acceso universal de las personas a los centros públicos de asistencia a la salud. Asimismo, las denuncias sobre déficit de camas, déficit de personal médico y de enfermería termina por afectar la garantía de acceso universal a los servicios. Igualmente ocurre con las denuncias relacionadas con problemas en las edificaciones, fallas en equipos médicos, insalubridad en las instalaciones que en muchos casos generan vulneración del derecho a una atención oportuna y de calidad. Para este período se contabilizó un total de 119 denuncias vinculadas con los problemas antes referidos, destacándose el déficit de personal de salud (30), déficit de camas de hospitalización (24), problemas de insalubridad en las instalaciones (24) y déficit de insumos médico-quirúrgicos (22). Estas cifras reflejan la persistencia de una crisis en el funcionamiento de las redes tradicionales, pese la asignación de recursos destinados a su recuperación progresiva. En cuanto a BA, preocupa que se empiecen a revelar denuncias relacionadas con el cierre de módulos construidos para BA I, reducción de horarios de atención, tanto como problemas de inseguridad ciudadana.

Conflictos laborales y demandas vecinales relacionadas con la asistencia a la salud

En el presente período, la base datos de Provea cuantificó 93 acciones de protesta del sector salud. La mayoría de las acciones de protesta fue organizada por grupos vecinales (79), es decir 84,94% del total registrado. Otros actores que se expresaron a través de la protesta fueron los trabajadores (as) del sector salud (personal médico, de enfermería y admi-

nistrativo). Las protestas aumentaron el 207% respecto de las 45 registradas durante el lapso anterior.

Vale destacar que entre las demandas asociadas al derecho a la salud, el 69% de ellas están relacionadas con un servicio de agua más adecuado; otras fueron por atención médica oportuna y por mejoras en la infraestructuras de los servicios de salud.

Sobre las condiciones laborales de los trabajadores del sector salud, al igual que años anteriores, el principal conflicto se relacionó con mejoras de los salarios. El gremio médico de varios hospitales del área metropolitana (el Jesús Yerena mejor conocido como Lídice, José Vargas conocido como el Vargas, el José Ignacio Baldó conocido como el Algodonal, junto a la maternidad Concepción Palacios) se declaró en conflicto laboral ante la congelación de su escala salarial desde hace más de cuatro años, exigiéndose la celebración de una nueva contratación colectiva que asegure un aumento no inferior a 100 unidades tributarias, lo que equivale a un sueldo mínimo de 3.700.000 bolívares. Según declaraciones de Douglas León Natera, presidente de la FMV se pretenden realizar 45 asambleas generales a los fines de decretar un conflicto nacional<sup>38</sup>. Frente al mismo, el Ministro Montilla declaró estar dispuesto a presentarle al gremio la propuesta de una nueva escala salarial<sup>39</sup>.

## V. Promoción y prevención en salud

La política de promoción y prevención en salud debe en principio orientar el desarrollo de los programas y acciones de información y educación en salud, así como de prevención de los factores de riesgo. El control de las enfermedades infecciosas más comunes (afec-

ciones respiratorias y diarreas), así como de las endemo-epidémicas emergentes, como cólera, dengue, malaria y fiebre amarilla, va a requerir entonces de la implementación de acciones interinstitucionales e intersectoriales que permitan abordajes integrales en salud, donde los colectivos y ciudadanía en general estén más informados y mejor orientados en torno a la prevención de enfermedades. En tal sentido reconocemos como una medida valiosa, la formación de promotores(as) de salud que se viene dando en el marco de la Misión BA. Desde marzo de 2004 hasta mayo de 2006 se han realizado 4 talleres nacionales para su formación, junto a la creación de clubes de grupos específicos y actividades de promoción de la salud (clubes de embarazadas, lactantes, adolescentes y de adultos mayores)<sup>40</sup>. Igualmente, resulta positiva la ampliación de puntos de vacunación gratuitos a través de la red de BA. A partir del año 2005 fueron abiertos 630 vacunatorios y se esperaba para finales del 2006 contar con 1.881, para un total de 5.800 en todo el país<sup>41</sup>. No obstante, aunque desconocemos cuál es la cobertura nacional de inmunizaciones durante este período, hasta el año 2005 las cifras dan cuenta de una cobertura inferior al 95%, contando además con coberturas inferiores al 90% en varias de las inmunizaciones.

En este orden de ideas, preocupa que los sistemas de registro de información y vigilancia en promoción de la salud sigan presentando debilidades importantes, no pudiendo contar -en muchos casos- con datos actuales y veraces. Lo que ciertamente afecta en forma negativa las actividades de monitoreo y control en salud. A la fecha de cierre de este Informe el espacio web del MPPS ha publicado los

38. Douglas León Natera citado en: Mabel Sarmiento Garmendia. *Últimas Noticias*, 18.09.07, pág. 3.

39. Ídem.

40. OPS/OMS: Op. Cit. Págs. 91-100.

41. Ídem. Pág. 61.

boletines epidemiológicos hasta la semana 29 del 15 al 21 de julio de 2007, lo que no permite contar con información epidemiológica más actualizada.

**Malaria**

<b>Cuadro 5 Casos de Malaria (2000-2007)</b>	
Años	Acumulado de casos
2000	30.234
2001	22.803
2002	29.337
2003	31.186
2004	46.244
2006	36.595
2007	25.143(*)

**Fuente:** Elaboración propia con datos del MPPS, tomados de los boletines epidemiológicos.

(\*) Registro acumulado hasta la semana epidemiológica 29 del 15-21.07.07. Este boletín epidemiológico es el último publicado en espacio web del MPPS para la fecha de cierre de este Informe.

Al cierre del año 2006 el número de casos de malaria fue de 36.595, lo que revela una posible tendencia al descenso a partir del año 2005, cuando se constató también un decrecimiento a 45.328 casos con respecto al año anterior (46.244)<sup>42</sup>. No obstante, Bolívar, Amazonas y Sucre siguen siendo las entidades federales con mayor incidencia parasitaria en el país, siendo Bolívar el estado con mayores índices de incidencia, seguido por Amazonas y Sucre. Hasta la semana epidemiológica número 29 del 15 al 21.07.07<sup>43</sup> se han registrado 25.143 casos, representando un incremento del 28% con respecto al período homólogo anterior, cuando fueron reportados 19.099 casos. Bolívar y Amazonas reportaron el 92,7% de la casuística nacional. El sexo y grupo

etéreo que resulta más afectado es el masculino entre 20 y 29 años de edad<sup>44</sup>.

**Dengue**

<b>Cuadro 6 Casos de Dengue (2000-2007)</b>	
Años	Acumulado de casos
2000	21.101
2001	83.180
2002	37.676
2003	26.996
2004	30.693
2005	42.199
2006	42.029
2007	28.119(*)

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

(\*) Registro acumulado hasta la semana epidemiológica 29 del 15 al 21.07.07

El igual que la malaria, al cierre del año 2006, con 42.029 casos, el Dengue registró un leve descenso de los casos con respecto al 2005, cuando fueron reportados 42.217 casos. La tasa de morbilidad acumulada fue de 158,1 por 100.000 habitantes, incluidos 2.690 casos de dengue hemorrágico. De estos casos hubo 3 decesos. Las entidades federales que reportan el mayor índice de incidencia fueron, en orden de prevalencia, Zulia, Lara, Miranda, Aragua, Mérida y Táchira<sup>45</sup>. Para el 2007, hasta la semana epidemiológica 29 había un acumulado de 28.119 casos, de los cuales 7,8% (2.207 casos) fueron dengue hemorrágico. Estas cifras revelan un incremento de casos con respecto a la semana correspondiente del año anterior (24.447). Zulia sigue siendo el estado con mayor incidencia, seguido de Lara y Aragua. El grupo étereo más afectado es la

42. MPPS: Alerta. Boletín Epidemiológico N° 52. Período del 24 al 30 de Diciembre de 2006. Caracas. 2006.  
 43. Para este año sólo pudimos contar con los boletines epidemiológicos publicados hasta la semana N°. 29 correspondiente al mes de julio, por no estar disponibles en el espacio web del Ministerio los correspondientes a los meses de agosto y cierre del mes de septiembre.  
 44. MPPS: Alerta. Boletín epidemiológico No. 29. Período del 15 al 21 de Julio de 2007. Caracas 2007.  
 45. MPPS. Alerta. Boletín Epidemiológico N° 52. Op. Cit.

población neonatal menor de un año y la población infantil entre 5 y 9 años<sup>46</sup>.

### ***Cólera***

Persiste el silencio epidemiológico para casos de cólera.

### ***Fiebre Amarilla***

Al cierre del año 2006 no fueron confirmados casos de fiebre amarilla. Aunque fueron registrados 294 casos como sospechosos no hubo ninguna confirmación, por lo que pareciera haberse controlado la epidemia reportada durante el período 2002-2003.

### ***Sarampión***

En el año 2006 fueron reportados nuevamente brotes de sarampión, llegándose a confirmar 93 casos hasta la semana epidemiológica de 24 al 30 de diciembre. Los casos confirmados corresponden a los estados Miranda (41), Carabobo (29), Distrito Capital (4), Nueva Esparta (4), Zulia (3) y Guárico (12)<sup>47</sup>.

### ***Tuberculosis***

Para este período no pudimos contar con información oficial que nos permita dar seguimiento a la situación de incidencia nacional de la tuberculosis, así como la situación de los grupos más vulnerables frente a la enfermedad.

## **VI. Salud materna, sexual y reproductiva e infantil**

### ***Salud sexual y reproductiva***

La mortalidad materna<sup>48</sup> sigue siendo un problema de salud en la política nacional. Para el año 2005 se revela una tasa mantenida con

respecto al 2004 (59,9 por cada 100.000 nacidos vivos registrados (NVR), pero que tiende al ascenso con respecto al año 2003 (57,8). Según la OPS, Venezuela en el año 2004 fue ubicada muy por debajo de países como Canadá (3,8), Chile (7,8) y Costa Rica (30,5), pero por encima de países como Bolivia (230) y Haití (523). No obstante, estados como Delta Amacuro (228,6), Guárico (108,2) y Yaracuy (105,1) presentan tasas cercanas a Bolivia.

El MPPS identifica como principales causas vinculadas a la mortalidad materna factores biológicos, como: edema, proteinuria y trastornos hipertensivos en el embarazo, parto y puerperio (28,6%); otras afecciones obstétricas no clasificadas (22,6%); complicaciones en el trabajo de parto y alumbramiento (17,3%); embarazos terminados en aborto (13,8%); complicaciones principales en el puerperio (10,1%); atención materna relacionada con el feto y la cavidad amniótica (6%) u otros trastornos maternos (1,6%). Sin embargo, entran en conjunción otros factores más relacionados con el acceso y funcionamiento de las redes de asistencia a la salud. A manera de ejemplo se identifican: la baja cobertura de atención prenatal, la falta de accesibilidad y calidad de los servicios, la baja calidad de atención y la falta de capacidad resolutoria de las emergencias obstétricas, entre otros, la alta incidencia de cesáreas a nivel público, aunque sigan siendo mayores a nivel privado<sup>49</sup>. La base de datos de Provea reveló 18 denuncias por deficiencias en la atención a la mujer parturienta en hospitales públicos del país.

Un grupo altamente vulnerable a los riesgos de mortalidad materna es la población fe-

46. MPPS: Alerta. Boletín Epidemiológico N° 29. Op. Cit.

47. MPPS: Ídem

48. La mortalidad materna se entiende como la muerte de una mujer durante el embarazo o dentro de los 42 días siguientes a su terminación, por cualquier causa condicionada o agravada por el embarazo, sin considerar la edad gestacional.

49. MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA PLANIFICACION Y DESARROLLO: Fundación Escuela de Gerencia Social: La Mortalidad Materna en Venezuela. Caracas 2006.



menina adolescente, siendo la causa principal de muerte en jóvenes entre 15 y 20 años, las complicaciones relacionadas con el parto, junto a la práctica de abortos en condiciones de riesgo<sup>50</sup>. Dentro de este grupo, las mujeres indígenas representan un subgrupo de mayor riesgo, por contar con un patrón de comportamiento reproductivo de maternidad temprana<sup>51</sup>. Precisamente estados como Delta Amacuro y Amazonas que cuentan con mayor población indígena mantienen una incidencia elevada de muertes maternas. En especial, Delta Amacuro, da cuenta de la mayor incidencia de muertes maternas en el país. Ahora bien, no menos ciertas son las condiciones de pobreza y calidad de vida que hay en esa entidad territorial, determinantes significativos de la prevalencia de mortalidad materna.

<b>Cuadro N°7 Mortalidad materna</b>	
<b>Años</b>	<b>Tasa por 100.000 NVR</b>
1994	69,9
1995	66,3
1996	60,4
1997	59,6
1998	51,0
1999	59,3
2000	60,1
2001	67,2
2002	68,0
2003	57,7
2004	54,7
2005	59,9

Fuente: Anuario de Mortalidad. MPPS.

Para el año 2006, con base en la información que aporta el boletín epidemiológico del MPPS, hasta la semana 52 (última semana epidemiológica de ese año) el acumulado de casos fue de 363, lo que representó un incremento con respecto al cierre del año anterior, cuando fueron registradas 244 muertes. Las entidades federales que presentaron mayor incidencia fueron: Zulia (58), Carabobo (39), Táchira (30), Trujillo (23) y Bolívar (23)<sup>52</sup>. Para este año 2007, hasta la semana epidemiológica número 29 el acumulado de casos fue de 120, lo que representa un descenso con respecto a la misma semana del año 2005 (218)<sup>53</sup>. Igualmente, habrá que esperar el cierre epidemiológico del año en curso para evaluar los resultados definitivos.

El desarrollo de políticas de planificación familiar y de salud sexual y reproductiva adecuadas para hacer frente a la situación revelada se ha convertido en un imperativo del Ministerio. Los proyectos “Madre” y “Educación de la Sexualidad, Salud Reproductiva y Equidad de Género”, ambos del MPPS, pretenden precisamente un abordaje más integral del problema, dirigidos tanto a las comunidades como a las redes de bienes y servicios de salud. Debemos esperar por los logros previstos a los fines de evaluar su pertinencia y efectividad.

### **Salud Infantil**

Para el año 2005 la tasa de mortalidad infantil fue de 15,5 por 1.000 NVR<sup>54</sup>, lo que revela una tendencia sostenida al descenso con respecto al 2004 y 2003, cuando las tasas re-

50. MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA PLANIFICACION Y DESARROLLO: Fundación Escuela de Gerencia Social: *Embarazo en Adolescentes*. Caracas 2006.

51. Ídem.

52. MPPS: *Alerta. Boletín Epidemiológico N° 52*. Op. Cit.

53. MPPS: *Alerta. Boletín Epidemiológico N° 29*. Op. Cit.

54. Nacidos Vivos Registrados.

**Cuadro N°8**  
**Cuadro comparativo entre 2005-2006**  
**según entidad federal**

Estados	Acumulado hasta la semana N° 52	
	2006	2007
Distrito Capital	17	6
Amazonas	3	0
Anzoátegui	20	29
Apure	9	1
Aragua	22	16
Barinas	3	3
Bolívar	23	18
Carabobo	39	21
Cojedes	8	4
Delta Amacuro	5	9
Falcón	15	6
Guárico	7	14
Lara	6	10
Mérida	13	3
Miranda	6	8
Monagas	10	6
Nueva Esparta	3	5
Portuguesa	18	16
Sucre	4	8
Táchira	30	212
Trujillo	23	8
Vargas	19	1
Yaracuy	4	13
Zulia	58	17
<b>Venezuela</b>	<b>363</b>	<b>244</b>

Fuentes: Boletín Epidemiológico No. 52 del MPPS. Año 2006.

gistradas fueron de 17,5 y 18,5, respectivamente. Igual viene ocurriendo con las tasas de mortalidad neonatal y post-neonatal.

No obstante, al cierre del año 2006, el acumulado de casos registrados en el Boletín epidemiológico del MPPS, da cuenta de un

55. MPPS: Alerta. Boletín Epidemiológico N° 52. Op. Cit.

56. MPPS: Alerta. Boletín Epidemiológico N° 29. Op. Cit.

57. Dra. Rosalinda Prieto citada en: Vanessa Davies: 12% de los bebés venezolanos nacen antes de las 37 semanas. *El Nacional*. 22.02.07, pág. B-14.

**Cuadro N°6**

Mortalidad Infantil		Mortalidad neonatal		Mortalidad post-neonatal	
Año	Tasa	Año	Tasa	Año	Tasa
2000	17,7	2000	11,5	2000	6,2
2001	17,7	2001	11,0	2001	6,6
2002	18,2	2002	11,9	2002	6,2
2003	18,5	2003	11,2	2003	7,3
2004	17,5	2004	11,6	2004	5,9
2005	15,5	2005	10,8	2005	4,7

Fuente: Ministerio de Salud. Dirección General de Epidemiología. Dirección de Información Social y estadísticas.

incremento de muertes con respecto al año 2005, cuando fueron registradas 5.084; mientras que en el 2006, 6.104. Las entidades federales con mayores casos fueron: Distrito Capital (876), Zulia (725), Bolívar (688), Lara (368) y Aragua (338)<sup>55</sup>. Por el contrario, para el 2007, hasta la semana 29 el acumulado de casos revela un descenso de muertes infantiles (2.874) con respecto al año 2006, cuando fueron registradas para esa semana 3.691<sup>56</sup>.

Como factores de incidencia distintos a anomalías propias del neonato, se identifican: la falta de control prenatal, condiciones socioeconómicas difíciles, embarazo adolescente, problemas nutricionales, entre otros. En Venezuela, aproximadamente el 12% de los bebés nacen antes de las 37 semanas de gestación, este es el límite entre lo que se define como “normal” y “antes de tiempo”. Según la Dra. Rosalinda Prieto, jefa de la Unidad de Cuidado Intensivo de neonatales del Hospital Pérez Carreño, los bebés con 28 ó 30 semanas de gestación tienen entre 60% y 80% de probabilidad de sobrevivencia, mientras que los que tienen menos de 27 semanas cuentan con menos posibilidades de sobrevivir<sup>57</sup>. Otro

factor asociado a la mortalidad infantil se refiere a las condiciones de atención médica durante el parto. Según la base de datos de Provea el conocido ‘ruleteo’ de mujeres gestantes sigue siendo un problema sin soluciones alcanzadas que pone en riesgo la salud de la madre y en consecuencia, la salud del neonato.

### VII. Control y tratamiento de enfermedades

#### *Personas que viven con VIH/Sida*

Los datos oficiales señalan que entre 1982 y 2006 se han reportado 63.000 casos del Virus de Inmunodeficiencia Humana (IVH) y el número de personas que reciben terapia con antiretrovirales, suministrada por el Estado, es de 18.243. En tanto que para el Programa de Naciones Unidas sobre VIH/Sida (Onusida) el estimado de casos en el país está en el orden de 200.000 a 400.000 personas infectadas<sup>58</sup>. Según Daisy Matos, coordinadora del Programa Nacional de VIH/Sida del MPPS, para el 2006, el Programa contó con un presupuesto de 100 millardos de bolívares, de los cuales el 90% fue invertido en atención a las personas que viven con VIH, quedando un 10% restante para el desarrollo de actividades de promoción y prevención. Matos reconoce que ciertamente es una proporción desigual donde la distribución de recursos debería estar en una relación de pares del 50%. En cuanto a la prevención, señala que el ministerio ha venido ejecutando proyectos de prevención en VIH, a través de organizaciones no gubernamentales (ONG) que tienen trabajo en el área, alcanzándose la ejecución de 48

proyectos dirigidos a grupos específicos (travestis, hombres que tienen relaciones con hombres, mujeres amas de casa, profesionales y jóvenes). Los hombres que tienen relaciones con hombres siguen siendo el grupo más afectado, aunque en informes anteriores hemos advertido que las mujeres vienen representando el grupo que revela el crecimiento más acelerado<sup>59</sup>. Las personas privadas de libertad son otro grupo en situación de vulnerabilidad, con un estimado de 180 internos viviendo con VIH que lamentablemente, no cuentan con una asistencia médica adecuada. En un estudio realizado por Ángela Posada y Eddy Salazar, del Departamento de Apoyo al Recluso de la Universidad Central de Venezuela, se señala que en la mayoría de los penales hay en promedio 1% de internos que viven con VIH y en otros centros de reclusión esa proporción llega a ascender hasta el 4%<sup>60</sup>. Otro grupo que se encuentra en situación especialmente vulnerable es la población infantil que vive en las calles, 223 revelaron un diagnóstico positivo. De ese total, 24 están recibiendo tratamiento antiretroviral y se encuentran en centros de rehabilitación de la Misión Negra Hipólita<sup>61</sup>.

El mayor riesgo de transmisión sigue siendo por vía sexual, en tanto que la transmisión por uso de drogas endovenosas representa un problema menor para el país<sup>62</sup>.

Por último, una situación que no ha sido seriamente abordada con políticas eficaces ha sido el tema del estigma y discriminación que persiste en espacios y prácticas laborales, en la atención recibida en los propios centros de

58. Daisy Matos citada en: *Sólo 10% del presupuesto se destina a evitar contagio*. *El Nacional*, 01.12.06.

59. Ídem.

60. Feliciano Reyna citado en: María Alejandra Monagas: *180 presos con VIH en cárceles de Venezuela*. *Últimas Noticias*, 04.11.06, pág. 30.

61. Mabel Sarmiento Garmendia: *224 niños con sida andaban sin rumbo por las calles*. *Últimas Noticias*, 14.12.06, pág. 2

62. Daisy Matos. Op. Cit.

asistencia a la salud y en la política restrictiva que aplican las compañías aseguradoras. Esta situación ha generado la práctica de falsificar las pruebas de serología por parte de personas que viven con VIH/sida<sup>63</sup>, a los fines de poder acceder a los servicios quirúrgicos y para acceder a cargos laborales. Según un estudio realizado por la Red de Gente Positiva (RGP) se encontró que en una muestra de 115 personas seropositivas de 17 entidades federales del país, más del 55% contaban con ingresos inferiores a los 880.000 bolívares, cuando la Canasta Básica Normativa (CBN), para junio 2007 estuvo estimada en 1.022.831 bolívares<sup>64</sup>. Aún cuando se trató de una población en edad productiva (31-45 años), 18% no tenía trabajo y 18% laboraba por cuenta propia. En opinión de Welter Villegas, coordinador general del estudio y secretario de la RGP, la gente teme buscar empleo porque le van a exigir la prueba de VIH/Sida. Señala que aunque es una práctica ilegal, el examen es todavía exigido como requisito de ingreso en empresas e instituciones. Con respecto al trato en establecimientos de salud, los resultados revelan que el 79% de los entrevistados está a gusto con el trato recibido por los equipos médicos especializados. Pero sostienen que no hay suficientes especialistas en VIH en las regiones donde habitan<sup>65</sup>.

Respecto a discriminación, el TSJ declaró el 03.07.07 sin lugar una apelación interpues-

ta por las ONG Compromiso y Combate contra el VIH/sida (Comvih) y Acción Solidaria (Accsi) que buscaba dejar sin efecto una decisión de la Superintendencia de Seguros, el ente regulador en la materia, que autoriza a las compañías a liberarse de dar cobertura a las personas portadoras o enfermas con VIH/Sida.

Personas que viven con enfermedades mentales

En el país no se cuenta con estadísticas sobre prevalencia de enfermedades de salud mental actualizadas. Precisamente la falta de estadísticas reales afecta el desarrollo de políticas y planes que sean efectivos en el abordaje de las situaciones existentes. Según Ronald Sánchez, profesional de la medicina especializado en Psiquiatría, el MPPS ha avanzado en el desarrollo de instrumentos metodológicos para el registro de información estadística, pero ciertamente presenta un déficit de información en salud mental que sigue siendo un problema importante a los fines de contar con cifras de prevalencia que estén actualizadas y no basada en puras estimaciones<sup>66</sup>. Nos encontramos además con una cultura y práctica de estigmatización hacia estas personas, que ha propiciado trato indigno en los establecimientos públicos de asistencia a la salud especializada en el área de la psiquiatría<sup>67</sup>. Ciertamente no es concebible que estos establecimientos respondan todavía a una concepción manicomial. El deterioro en que

63. Janette Yépez Palencia: *Pacientes que viven con VIH falsifican pruebas de salud para recibir atención médica*. *Panorama*, 11.12.06, pág. 1-3.

64. La Canasta Básica Normativa comprende el costo de los alimentos suficientes para cubrir necesidades nutricionales de una familia de 5 personas, y el costo de los productos y servicios que cubren un conjunto de necesidades básicas no alimentarias. A diferencia de las cifras oficiales, estimaciones privadas consideran que la Canasta Básica Normativa se eleva a 2.049.300 Bolívares.

65. Welter Villegas citado en: Vanesa Davies: *Recomiendan mejorar el acceso a medicamentos antirretrovirales*. *El Nacional*, 24.02.07, pág. B-15.

66. Entrevista realizada a Ronald Sánchez el 20.08.07.

67. La red sanitaria en el país cuenta con 12 hospitales psiquiátricos dentro de la red pública y con 9 en el sector privado. Cabe añadir que estos 9 hospitales son a su vez contratados por parte del Ministerio de Salud e Instituto Venezolano del Seguro Social por concepto de pago de cama hospitalaria, lo que revela el déficit de camas en el sector público de salud.

se encuentran, junto al déficit de profesionales de psiquiatría, las carencias que hay en cuanto al acceso a medicamentos de nuevas generaciones y la ausencia de políticas de reinserción social implementadas en dichos centros, revela ciertamente el abandono en que se encuentra este grupo poblacional. Un ejemplo es el centro psiquiátrico creado para cubrir a la población de la Costa Oriental del Lago (Edo. Zulia), el cual presenta déficit de profesionales de la psiquiatría y las instalaciones ostentan un deterioro importante. Sólo hay tres psiquiatras que deben atender en promedio 25 consultas diarias y 500 al mes<sup>68</sup>. En ese sentido, la Sociedad Venezolana de Psiquiatría (SVP) rescata como medida importante el anteproyecto de Ley de Salud Mental que se pretende aprobar por vía de Ley Habilitante. Para Néstor Macías, presidente de la SVP, la ley precisamente busca el fortalecimiento de los derechos de las personas que viven con enfermedades mentales, como también el desarrollo de una política de salud mental integral, asequible, con base comunitaria y que sea cercana al paciente y a sus familiares. Para lo cual advierte sobre la necesidad imperante de elaborar un diagnóstico que permita contar con cifras reales sobre el número de camas de hospitalización destinadas a las personas con estas enfermedades y el número de profesionales de la salud especializados en el área. Como también, poder contar con estadísticas sobre la incidencia y prevalencia real de las enfermedades mentales en el país<sup>69</sup>.

68. Marielys Zambrano Lozada: *Urge la remodelación del único recinto psiquiátrico de la COL*. *Panorama*, 22.01.07, pág. 1-9.

69. Néstor Macías citado en: Lorena Ferreira: *Enfermos mentales son estigmatizados en el país*. *Últimas Noticias*, 10.09.07, pág. 4