

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 suscritos y ratificados por la República.

**Artículo 83 de la Constitución
de la República Bolivariana de Venezuela**

El derecho a la salud, durante 2012, continuó presentando situaciones preocupantes en medio de avances estatales para su garantía. Como elementos positivos se registra la presentación ante la Asamblea Nacional (AN) del Anteproyecto de Ley contra la Mala Praxis en Salud, el cual concibe el ejercicio de la medicina como la prestación de un servicio público, independientemente si el mismo se realiza en instituciones públicas o privadas.

En junio de 2012, el Tribunal Supremo de Justicia (TSJ) admitió una demanda de protección interpuesta por la Defensoría del Pueblo, ordenando la prohibición de los llamados implantes PIP, su retiro y reemplazo, así como el suministro de información a los y las afectadas. Acciones similares fueron tomadas contra los productos y tratamientos estéticos que no contaban con permiso sanitario.

Destaca la creación del Sistema Integral de Atención Médica de Urgencia (SIAMU) con el objetivo de prestar las 24 horas del día un servicio gratuito de traslado de pacientes en el Distrito Capital, extendiéndose a los estados Vargas y Miranda, contando para ello con 17 ambulancias. Otra iniciativa positiva fue la creación del Sistema Público Nacional de Atención y Tratamiento de las Adicciones (SNTA). En el interior del país se inauguraron nuevos Centros de Atención Integral (CDI), llegando al número 554 de los 600 programados desde 2004.

Un aspecto negativo del período lo constituye la mora de 12 años sin haber promulgado la Ley Orgánica de Salud. La Sala Constitucional del TSJ declaró sin lugar la acción judicial de omisión legislativa introducida por PROVEA y otras cuatro organizaciones de derechos humanos, que intentaba que el Poder Judicial ordenara a la AN

la promulgación de la ley. A esta situación se añade la descomposición institucional del Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS), siendo éste el rector y órgano responsable de garantizar la atención sanitaria en todo el territorio nacional.

El análisis de las tendencias en el período sugieren que el sistema sanitario de Venezuela adolece de una organización que responda de manera eficaz y oportuna a las necesidades de salud; la infraestructura es insuficiente y son amplios los déficits de servicios, camas y personal médico; frecuentemente fallan los procesos de abastecimiento de insumos y medicamentos; y son débiles los programas de vigilancia sanitaria y epidemiológica, por lo que la información es desactualizada y presenta altos niveles de subregistro. El Ejecutivo, en lugar de resolver los apremiantes problemas que subsisten en el sistema público de salud, ha preferido abrir cuotas de atención en el sector privado a través de negociaciones y la aplicación de medidas punitivas. Frente a esta situación la población se encuentra, por la vía de los hechos, ante una progresiva privatización de los servicios de salud en el país. Esto lo demostraría el hecho que el financiamiento privado en salud continúa siendo mayor que el público, como lo revelan los datos disponibles, así como a la expansión de los centros de salud privados debido a su alta demanda.

En 2012, las denuncias registradas en la base de datos de Provea sobre los problemas que enfrenta la población en los centros de salud, fueron cuatro veces más altas que en anterior. El número de denuncias pasó de 245 entre octubre 2010 y octubre 2011¹, a 1.074 entre enero y diciembre de 2012. De estas denuncias, 90% procedieron de los centros asistenciales públicos y 84% de los establecimientos hospitalarios.

1. Una proyección hasta diciembre 2011 a partir del promedio mensual de denuncias hubiese totalizado 326.

Medidas del Poder Legislativo

Sin Ley Orgánica de Salud

Han pasado 12 años sin haber promulgado la Ley Orgánica de Salud que dicta la Constitución, y en la cual deberían estar claramente establecidos los objetivos y la estructura de un sistema público nacional de salud, las normas que lo rigen, así como las garantías institucionales y judiciales sobre los bienes y servicios que deben satisfacer las necesidades de la población en materia sanitaria². El 22.07.09, PROVEA y otras cuatro organizaciones de derechos humanos introdujeron ante el Tribunal Supremo de Justicia (TSJ) una acción por omisión legislativa, la cual fue admitida diez meses después, el 03.06.11³. Un año más tarde, la Sala Constitucional del TSJ declaró sin lugar la acción judicial, cuyo objetivo era que el Poder Judicial ordenara a la AN la promulgación de la ley.

Sin la formalización de una ley, el Estado ignora los mandatos constitucionales dirigidos a resolver los problemas de rectoría, fragmentación, bajo desempeño, escaso financiamiento e inequidad del sistema público de salud. Además, la ausencia de una ley coloca a la población en general y a los grupos con necesidades de inmediata atención, en condiciones más vulnerables frente a las interpretaciones o manipulaciones que puede hacer

el Estado respecto a la manera de garantizar la protección del derecho a la salud; así como deja al Poder Judicial sin instrumentos jurídicos concretos para ejercer una tutela efectiva de este derecho. En su último informe publicado del año 2011, la Defensoría del Pueblo recomendó a la AN “impulsar para el 2012 el proyecto de Ley Orgánica de Salud”⁴, pero dicha recomendación no fue considerada por la AN durante este año.

La Subcomisión de Salud de la AN informó que será en 2013 cuando se discutirán la Ley de Salud y la Ley del Sistema Público Nacional de Salud, siguiendo los principios del artículo 84 de la Constitución, donde reza “...para garantizar el derecho a la salud, el Estado creará, ejercerá la rectoría y gestionará un sistema público nacional de salud, de carácter intersectorial, descentralizado y participativo, integrado al sistema de seguridad social, regido por los principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, integración social y solidaridad”⁵. No obstante, los representantes del Partido Socialista Unido de Venezuela (PSUV) en la Sub Comisión, descartaron la descentralización como uno de los principios constitucionales considerados, cuyo objetivo es reducir la inequidad del sistema y profundizar la participación social en las decisiones relacionadas con la salud⁵.

2. La disposición transitoria sexta de la Constitución estableció que la AN, en un lapso de dos años a partir de su instalación, debería legislar sobre todas las materias relacionadas con la Constitución, y el derecho a la salud es una de ellas.
3. Estas organizaciones fueron: PROVEA, Convite, Fundación Reflejos de Venezuela, Acción Solidaria (Accsol) y Acción Ciudadana Contra el Sida (Accsi). Provea, 07.06.10 [en línea] <<http://www.derechos.org/ve/proveaweb/?p=4340>>
4. Defensoría del Pueblo: Informe Anual 2011, pág. 121.
5. Oswaldo González: Comisión de Desarrollo Social legislará en salud, régimen de pensiones y consejos de trabajadores. AN. 28.02.13 [en línea] <<http://www.asambleanacional.gob.ve/noticia/show/id/192>>

Anteproyecto de Ley contra la Mala Praxis en Salud

En octubre de 2012, el diputado Juan Bautista Pérez presentó a la Subcomisión de Salud de la AN, el Anteproyecto de Ley contra la Mala Praxis en Salud, como consecuencia del “*incremento en las denuncias de la mala praxis médica en el país*”, atribuido en su exposición de motivos al “*mayor conocimiento del pueblo sobre sus derechos*”.

En su artículo 1, establece como objeto de la ley: desarrollar las “*normas que rijan la conducta que deben asumir todos los profesionales de la salud desde Instituciones Médicas y médicos (y otros profesionales de la salud como odontólogos, bioanalistas, radiólogos) hasta enfermeras y auxiliares⁶, que confluyan en la atención del paciente, a los fines de salvaguardar la integridad física y mental del mismo, así como garantizar la observancia de los procedimientos por profesionales de la salud, con fundamento en sus principios médicos, así como la tipificación de los delitos que se derivan de la mala praxis en salud y las sanciones que deberán aplicarse a quienes infrinjan estas disposiciones y cuyos actos, hechos u omisiones causen daño al paciente humano*”.

El anteproyecto concibe el ejercicio de la medicina como la prestación de un servicio público, independientemente de si éste se presta en instituciones públicas o privadas. Además, desarrolla los artículos del Código Orgánico Penal que son aplicables a la penalización de la mala praxis médica, entre ellos: los artículos 409 y 420, en los cuales se tipifica como delito la muerte de una o varias personas por “*impru-*

dencia o negligencia, impericia en el ejercicio de una profesión, arte o industria, o inobservancia de reglamentos, órdenes o instrucciones”, penado con prisión de seis meses a cinco años. Destaca que el Ministerio Público (MP) sería el órgano competente para conocer de las denuncias por mala praxis médica u otra circunstancia que produzca una lesión, muerte de un paciente o el menoscabado de sus derechos o intereses en los procesos jurisdiccionales, de acuerdo con la Constitución Nacional y la Ley Orgánica del MP.

Al respecto, el Servicio Autónomo de Contraloría Sanitaria (SACS) del MPPS, realizó durante 2012 actividades de inspección en clínicas privadas a fin de actualizar sus registros, renovar permisos y otros documentos legales. En esta tarea se detectó que 25% de las clínicas registradas en el MPPS no tenían sus documentos en regla. Otra irregularidad que se encontró fue la contratación de personal médico recién graduado, sin haber cumplido el artículo 8 de la Ley del Ejercicio de la Medicina, según el cual todo médico graduado debe realizar una pasantía de un año en ambulatorios públicos, para ejercer la profesión en un centro de salud público o privado. Por este motivo el SACS abrió procedimientos administrativos a 50 clínicas en 2011.

Medidas del Poder Judicial

Acción del Ministerio Público en casos de mala praxis

Durante 2012 continuaron las acciones del MP ante los casos de mala praxis, aunque todavía no existen cifras oficiales que per-

6. Destacado nuestro.

mitan evaluar su magnitud y tendencia⁷. Las denuncias publicadas en prensa indican un incremento asociado principalmente a casos de cirugía estética en comparación con años anteriores. Un caso en particular, en el cual el MP intervino con urgencia, fue el de la Magistrada del TSJ, Ninoska Queipo Briceño, quien falleció en octubre a causa de complicaciones después de haberse practicado una cirugía estética. Por este hecho, el MP imputó a cuatro médicos antes de finalizar el año por delitos de lesiones intencionales gravísimas y homicidio culposo⁸. A raíz de ello, el MP y el MPPS iniciaron una investigación que llevó a practicar 15 allanamientos en centros estéticos, en los cuales se decomisaron implantes mamarios sin el debido permiso sanitario⁹.

Sin embargo, desde hace cinco años los familiares de víctimas que integran el Comité de Observación del Servicio de Salud (COSS) vienen esperando sentencias de parte de los órganos judiciales en relación con varios casos de mala praxis en centros de salud públicos. Ante la diligente actuación del MP en el caso de la magistrada Queipo, estos familiares elaboraron un comunicado en el cual solicitaron al MP dar un trato igualitario y actuar con la debida celeridad en referencia a sus casos.

Este Comité también reconoció la relevancia de la Ley contra la Mala Praxis que discute la AN, pero observando que **“la mala praxis es un hecho que ocurre tanto en las instituciones públicas como privadas¹⁰ de nuestro país y lo cual consideramos importante sea tenido en cuenta a los fines de la elaboración de la ley que actualmente se discute”¹¹**.

Acción del MP por muertes de recién nacidos en hospitales

Durante 2012 también aumentó el número de recién nacidos fallecidos en los hospitales públicos. Fueron particularmente graves las muertes de varios neonatos en el Hospital General de Maracay (estado Aragua), el Hospital Central de San Cristóbal (estado Táchira) y la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera (estado Carabobo), que ameritó la acción de la AN y del MP en la realización de investigaciones y coordinar con el MPPS, la constitución de juntas interventoras en los hospitales. De ninguno de estos casos se han hecho público los resultados de las investigaciones, ni tampoco las sanciones a los responsables.

- En el Hospital de Maracay, fallecieron en pocos días 15 recién nacidos¹² con bajo peso al nacer¹³, por hacinamiento

7. A través de una solicitud de PROVEA en 2008, se conoció que hasta esa fecha el Ministerio Público investigaba 627 casos por presunta mala praxis médica a nivel nacional, siendo los estados con más casos: Distrito Capital con 197, Yaracuy con 69, Carabobo 51, Táchira 47, Zulia con 38, Bolívar 33 y Mérida con 28.
8. *Imputados 4 médicos por muerte de magistrada Queipo*. El Carabobeño, 11.12.12 [en línea] <<http://www.elcarabobeno.com/portada/articulo/47762/imputados-4-mdicos-por-muerte-de-magistrada-queipo->>
9. *Ministerio Público realizará 15 allanamientos a centros estéticos*. El Universal, 26.11.12 [en línea] <<http://www.eluniversal.com/nacional-y-politica/121126/ministerio-publico-realizara-15-allanamientos-a-centros-esteticos>>
10. Subrayado nuestro.
11. Comité de Observación del Servicio de Salud (COSS) [en línea] <<http://cossvenezuela.blogspot.com/se>>
12. *Denuncian muerte de siete neonatos en el HCM*. El Araguense, 05.02.12 [en línea] <<http://www.elaraguense.com.ve/region/articulo/15950/denuncian-muerte-de-siete-neonatos-en-el-hcm>>
13. *Suben a 15 bebés fallecidos en Hospital de Maracay*. Últimas Noticias, 10.02.12 [en línea] <<http://www.ultimas-noticias.com.ve/noticias/ciudad/salud/suben-a-15-bebes-fallecidos-en-hospital-de-maracay.aspx>>

y contaminación bacteriana¹⁴. El Centro Comunitario del Aprendizaje por los Derechos de los Niños y la Adolescencia (Cecodap) exigió a todos los entes involucrados investigar las muertes y sancionar a los responsables, así como garantizar el derecho a la vida y el desarrollo integral de todos los niños que aún continuaban hospitalizados¹⁵.

- En el Hospital Central de San Cristóbal, fallecieron durante un fin de semana 14 neonatos por derrames pulmonares y paros respiratorios en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal. Los familiares denunciaron el hecho al MP por sospechar la posibilidad de una contaminación bacteriana¹⁶. El Director del hospital manifestó que entre los meses de enero y mayo¹⁷ fallecieron 113 neonatos, 50% por falta de controles médicos de las madres, 52% por bajo peso al nacer, y 25% por ser hijos de

madres adolescentes o mujeres con embarazos riesgosos¹⁸.

- En la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera (CHET), el cual fue re-centralizado por el Ejecutivo en 2009¹⁹, los diputados del Consejo legislativo del estado Carabobo y varias madres denunciaron ante el MP la muerte de 119 neonatos entre los meses de enero y abril de 2012. Las causas fueron atribuidas a la contaminación bacteriana en la Unidad de Cuidados Intensivos y en el área de Pediatría, y también a las condiciones de insalubridad del centro asistencial. El Ministerio realizó la investigación de los casos²⁰ y el MPPS nombró una junta interventora por tres meses²¹. El Director del hospital reconoció la muerte de 14 neonatos y de otros 16 contaminados con bacterias²². Las madres solicitaron el establecimiento de responsabilidades civiles, penales y administrativas²³.

14. Erika Guillén/Pedro Pablo Peñaloza: *AN investigará la muerte de 11 bebés en hospital de Maracay*. El Universal. Regiones, 08.02.12.
15. Cecodap: *Responsables de muertes de 13 recién nacidos deben ser sancionados*. El Carabobeño, 10.02.12 [en línea] <<http://www.el-carabobeno.com/impreso/articulo/6998/cecodap-responsables-de-muertes-de-13-recien-nacidos-deben-ser-sancionados>>
16. Mariana Duque/Florantonia Singer: *Investigan muertes de otros 14 neonatos en Táchira*. Últimas Noticias, 10.02.12 [en línea] <<http://www.ultimasnoticias.com.ve/noticias/ciudad/salud/investigacion-muertes-de-otros-14-neonatos-en-tachira.aspx>>
17. *Denuncian muerte de 4 recién nacidos en Hospital de San Cristóbal*. El Universal, 25.06.12 [en línea] <<http://caracas.eluniversal.com/nacional-y-politica/120625/denuncian-muerte-de-4-recien-nacidos-en-hospital-de-san-cristobal>>
18. Daniel Suárez: *Aseguran que muerte de 4 neonatos en Táchira no fue culpa de los médicos*. Últimas Noticias, 27.06.12, pág. 4.
19. Mariana Rodríguez: *Gobierno ordenó intervención del Hospital Central de Valencia*. El Universal, 23.04.12 [en línea] <<http://internacional.eluniversal.com/nacional-y-politica/120423/gobierno-ordeno-intervencion-del-hospital-central-de-valencia>>
20. Mariana Ágreda Armas: *MinSalud intervino Hospital Central de Valencia por muerte de neonatos*. El Carabobeño, 09.02.12, pág. D-1.
21. *Min-Salud intervino la Ciudad Hospitalaria Enrique Tejera*. Correo del Orinoco, 24.04.12, pág. 9.
22. María Gabriela Pérez: *Familiares denuncian contaminación por bacterias en pediatría de la Chet*. Notitarde, 02.08.12, pág. 2.
23. Mariana Rodríguez: *Denuncian muerte de 119 neonatos en Hospital de Valencia*. El Universal, 14.04.12 [en línea] <<http://www.eluniversal.com/nacional-y-politica/120414/denuncian-muerte-de-119-neonatos-en-hospital-de-valencia>>

Acción del TSJ en el caso de las prótesis PIP

En el campo estético se presentó otra situación de riesgo para 16 mil mujeres venezolanas con prótesis de mamas de la marca PIP francesa (Poly Implant Prothèse, en sus siglas en inglés) luego que en diciembre de 2011 Francia emitiera una alerta sanitaria debido a sus condiciones defectuosas. La Ministra de la Salud, Eugenia Sader, explicó que las prótesis habían tenido permiso sanitario hasta 2010, fecha hasta la cual se vendieron unas 33 mil en el país²⁴.

Unas 2 mil mujeres afectadas crearon su propia fundación a fin de unirse a la demanda internacional contra la empresa fabricante y solicitaron a la AN la remoción y sustitución gratuita de las prótesis en Venezuela para los casos más urgentes²⁵. Al mismo tiempo, con apoyo de la Alianza Nacional de Consumidores y Usuarios (ANAUCO) se trabajaron estrategias para lograr la sustitución de los implantes con aseguradoras y clínicas privadas²⁶.

Por su parte, en junio de 2012, el TSJ admitió una demanda de protección de derechos e intereses colectivos interpuesta por la Defensoría del Pueblo y ordenó: a) la prohibición de colocar implantes PIP, así como de cualquier otro no autorizado por el MPPS; b) el retiro y

reemplazo de las prótesis a las aseguradoras, médicos cirujanos y clínicas privadas²⁷; c) el suministro de información a las pacientes sobre la marca de implantes mamarios colocados a la Sociedad Venezolana de Cirugía Plástica y Reconstructiva; d) la realización de chequeos y exámenes gratuitos a las clínicas privadas; y e) al MPSS, el registro de quienes portan prótesis mamarias marca PIP y la elaboración de protocolos y procedimientos para las personas y los médicos cirujanos. El MPPS procedió en los últimos meses del año a censar a las personas afectadas²⁸ y tomó la medida de programar cirugías en el Hospital Clínico Universitario para las que estuvieran en situación de riesgo o sin recursos para sustituir los implantes²⁹.

Medidas del Poder Ejecutivo

Atención paliativa a los problemas de los hospitales públicos

El MPPS, como lo ha hecho en los últimos años, dirigió sus políticas “*a impulsar y consolidar la nueva institucionalidad del Sistema Público Nacional de Salud basado en Barrio Adentro como eje integrador*”³⁰. Esta política contrasta con la extrema debilidad de los hospitales y ambulatorios públicos, que constituyen la principal red de atención del sistema sanitario, y con la suspensión de actividades en más del 50% de los módulos de atención

24. Florantonia Singer: *33 mil implantes PIP se vendieron en el país*. Últimas Noticias, 13.01.12 [en línea] <<http://www.ultimasnoticias.com.ve/noticias/ciudad/salud/33-mil-implantes-pip-se-vendieron-en-el-pais.aspx>>
25. Florantonia Singer: *Caso de prótesis PIP se discutirá en AN*. Últimas Noticias, 25.01.12, pág. 2.1.
26. Florantonia Singer: *Anauco propone plan para cambio de prótesis PIP*. Últimas Noticias, 29.02.12 [en línea] <<http://www.ultimasnoticias.com.ve/noticias/ciudad/salud/anauco-propone-plan-para-cambio-de-protesis-pip.aspx>>
27. TSJ [en línea] <<http://www.tsj.gov.ve/informacion/notasdeprensa/notasdeprensa.asp?codigo=9360>>
28. Florantonia Singer: *En 15 días podrían comenzar cirugías de cambio de PIP*. Últimas Noticias, 25.07.12 [en línea] <<http://www.ultimasnoticias.com.ve/noticias/ciudad/salud/en-15-dias-podrian-comenzar-cirugias-de-cambio-de-.aspx>>
29. *El Clínico evaluará a mujeres con lolas chimbas*. Últimas Noticias, 24.03.12, pág. 2.
30. Ministerio del Poder Popular para la Salud. Memoria y Cuenta 2011. Pág. 13.

primaria de la Misión Barrio Adentro desde 2009. Frente al declive de la atención sanitaria en el país, durante 2012 las autoridades sanitarias se ocuparon de hacer diligencias para atender las necesidades más urgentes de los hospitales³¹, sin lograr impactos en los problemas estructurales del sector.

Este año, el MPPS entregó nuevamente recursos extra presupuestarios a 156 hospitales, para intentar solventar el déficit de financiamiento público en materia de salud. Informó también que continuaban efectuándose reuniones trimestrales con los directores de hospitales, a fin de “mantener la rectoría y el control de los centros de salud”, lo cual evidencia la ausencia de un sistema nacional público de salud, que funcionen de manera integrada, coordinada y descentralizada, como lo dicta la Constitución³². El MPPS abrió también nuevos servicios en varios hospitales de Caracas³³, pero crecieron de manera alarmante las denuncias por falta de insumos y déficit de médicos. Además, las conversaciones iniciadas en 2011 con organizaciones de la base médica de los hospitales públicos no continuaron este año. Se había acordado mantener una Mesa de Diálogo con participación de representantes del Ejecutivo y de las Socieda-

des Médicas, para trabajar en la solución de los problemas de infraestructura y dotación médica-quirúrgica, seguridad hospitalaria, déficit de recursos humanos, deudas, salarios y homologaciones del personal, contratación colectiva y elecciones gremiales³⁴.

Hacia el interior del país se inauguraron nuevos Centros de Atención Integral (CDI), llegando al número 554 de los 600 programados desde 2004, Centros de Alta Tecnología (CAT) y Salas de Rehabilitación Integral (SRI); estos centros pertenecen a la Misión Barrio Adentro. A pesar de ello, la poca eficacia, calidad y transparencia que existe en la red de Barrio Adentro es denunciada en el último informe de gestión de la Contraloría General de la República que determinó que 1.235 obras de CDI, las cuales comenzaron a construirse entre 2005 y 2009, se paralizaron por retrasos en la entrega de recursos y fallas de control interno en la adjudicación y supervisión de las obras³⁵. La meta del MPPS para 2012 era acelerar la terminación de 17 hospitales cuyas obras comenzaron en el 2006, usando material prefabricado comprado a una empresa turca. De acuerdo con el Ministerio, 10 de estos hospitales tenían un avance superior a 70%.

31. PROVEA: Situación de los Derechos Humanos en Venezuela. Informe Anual octubre 2010-septiembre 2011. Capítulo Derecho a la salud.
32. *MPPS entregó recursos a 156 centros de salud de todo el territorio nacional*. MPPS, 28.05.12 [en línea] <http://www.mpps.gov.ve/index.php?option=com_content&view=article&id=1512:mpps-entrego-recursos-a-156-centros-de-salud-de-todo-el-territorio-nacional&catid=1:ultimas-noticias&Itemid=18>
33. Destacan: un nuevo servicio materno-fetal en la Maternidad Concepción Palacios, el área de nefrología del Hospital Vargas, la Unidad de Terapia Intensiva en el Hospital Miguel Pérez Carreño, el servicio de ginecología del Complejo Hospitalario Dr. José Ignacio Baldó “El Algodonal” y una Unidad de Urgencias en el Hospital de Niños Dr. J. M. de Los Ríos. El IVSS también inauguró una nueva área de hospitalización en el Hospital Domingo Luciani de El Llanito.
34. PROVEA, Informe Anual 2010-2011.
35. Pedro Pablo Peñaloza: *1.235 obras de Barrio Adentro II se encuentran paralizadas*. El Universal, 02.04.12 [en línea] <<http://www.eluniversal.com/nacional-y-politica/120402/1235-obras-de-barrio-adentro-ii-se-encuentran-paralizadas>>

Sin embargo, en julio de 2012, un grupo de ingenieros y arquitectos presentaron graves denuncias a la Contraloría sobre la construcción de 6 hospitales tipo IV³⁶ de la Misión Barrio Adentro³⁷, que estaban siendo doblemente contabilizados en los fondos del Banco de Desarrollo Económico y Social de Venezuela (Bandes) –provenientes del Fondo Chino- y en los del Fondo Nacional de Desarrollo Económico y Social (Fonden). Por otro lado, según informe de la Comisión Permanente de Finanzas y Desarrollo Económico de la AN, hasta 2011 ninguno de los proyectos había avanzado más de 15% en su ejecución física³⁸.

Tarifas preferenciales para funcionarios en clínicas privadas

En 2011 se suscribió una Alianza Interinstitucional por la Salud (AIS) entre 11 organismos de la administración pública³⁹ para fijar un baremo de precios a clínicas privadas. La aplicación de este instrumento representaba en ese momento una reducción de 34% del gasto público destinado a la compra de servicios de

hospitalización, cirugía y maternidad para 4.4 millones de funcionarios. Adicionalmente, el MPPS dictó una medida que congeló los precios de proveedores de salud y de clínicas privadas en todo el territorio nacional, mientras se evaluaban los costos y las causas de la inflación en este sector, en el marco de un Decreto-Ley dictado por el Presidente de la República sobre Costos y Precios Justos en julio de 2011, con el objeto de regular los bienes y servicios, costos y precios de todos los agentes económicos privados. La Asociación Venezolana de Clínicas y Hospitales Privados (AVCH) informó que, de haber acuerdo con los precios del baremo, sus ajustes posteriores se negociarían con la Superintendencia de Costos y Precios Justos (Sundecop)⁴⁰.

Para 2012 pertenecían a la AIS 18 organismos públicos que firmaron un Convenio de Prestación de Servicios Médico-Hospitalarios con la AVCH, luego de seis meses de negociación en el que se acordaron precios estandarizados de ciertos servicios para la atención de 6 millones de funcionarios y sus familiares,

36. Estos son: el Hospital General y Materno-Infantil de Apure, el Hospital General y Toxicológico de Barinas, el Hospital General y Gastroenterológico de Mérida, el Hospital General y Urológico de Guárico, el Hospital Cardiológico de Adultos y el Centro Nacional del Cáncer, trasladado de Miranda al Distrito Capital.
37. Janet Yucra: *Denuncian doble pago en obras de Barrio Adentro IV*. NotiTarde, 10.07.12 [en línea] <<http://www.notitarde.com/Seccion/Denuncian-doble-pago-en-obras-de-Barrio-Adentro-IV/2012/07/09/119841>>
38. Abrahán Carvajal: *Denunciaron chanchullos en obras de hospitales*. Últimas Noticias, 07.07.12 [en línea] <<http://www.ultimasnoticias.com.ve/noticias/ciudad/salud/denunciaron-chanchullos-en-obras-de-hospitales.aspx>>
39. Entre estas organizaciones públicas se encuentran: Banco Central de Venezuela (BCV), Banco Industrial de Venezuela (BIV), Compañía Anónima Teléfonos de Venezuela (CANTV), Petróleos de Venezuela (PDVSA), los Ministerios de Educación, Relaciones Exteriores y Justicia; la Alcaldía del Municipio Vargas, la Fábrica Nacional de Cemento, el Instituto Nacional de Salud Agrario Integral y Petroquímica de Venezuela.
40. Este Decreto-Ley crea un Sistema Nacional Integrado de Costos y Precios que controla los precios y ganancias “excesivas” en proporción a las estructuras de costo de los bienes que se producen o comercializan; y establece criterios “justos” de intercambio. La Superintendencia Nacional de Costos y Precios (SUNDECOP) es el órgano rector en el cual deben inscribirse todos los agentes económicos, así como sus bienes y servicios, y los costos y precios de cada uno.

en diez Clínicas Tipo I del Área Metropolitana de Caracas⁴¹. Este convenio comenzó a regir en marzo de 2012 y se acordó extenderlo progresivamente a todo el país a través de las 207 clínicas afiliadas a la AVCH⁴². El convenio fijó tarifas preferenciales para los funcionarios únicamente en los servicios de hospitalización, emergencia, quirófano y terapia intensiva⁴³.

El surgimiento de este tipo de negociaciones revela que, más allá del interés de la AIS en regular la medicina privada, las garantías de protección del derecho a la salud han resultado debilitadas, lo cual sus mismos representantes reconocen⁴⁴: “...los usuarios afrontan consecuencias luego de que se agotan las pólizas de seguro, por lo que cuando se alcanza el límite de cobertura, son expulsados sin ningún miramiento y deben trasladarse a instituciones públicas, donde no existen condiciones para ser atendidos de forma adecuada”⁴⁵. Como ejemplo, en junio de 2012, el Hospital Clínicas Caracas anunció la modernización de sus servicios como consecuencia del fabuloso incremento de su demanda a raíz del convenio: “El servicio de emergencia en el Hospital de Clínicas Caracas observó un incremento de 300% en su demanda, por lo que decidió renovar el sistema de atención. Para modernizarlo, implementará un novedoso sistema similar al de los bancos para que los pacientes pue-

dan conocer cuántas personas tienen adelante y cuáles son los tiempos de espera, según la gravedad de la urgencia. La demanda del servicio aumentó debido a la situación hospitalaria pública y también a consecuencia de la alianza interinstitucional que se firmara con las clínicas privadas”⁴⁶.

Prohibición de tratamientos estéticos de alto riesgo para la salud

El MPPS, la Defensoría del Pueblo y el Instituto para la Defensa de las Personas en el Acceso a los Bienes y Servicios (Indepabis) extendieron comunicaciones a comienzo del año a los medios impresos, para exhortarlos a no publicar productos y tratamientos estéticos sin permiso sanitario, su uso en lugares no adecuados, así como ofertas de servicios sexuales⁴⁷. El MPPS también puso a disposición un servicio telefónico gratuito (el 0212 4080000) para recibir denuncias sobre irregularidades en tratamientos estéticos, el cual recibió en 2011 unas 866 llamadas. Asimismo, la Dirección de Contraloría Sanitaria implementó inspecciones en establecimientos de estética y belleza. En uno de estos operativos se cerraron seis locales de 24 visitados, por falta de permisos sanitarios. En varias clínicas estéticas se encontró además el uso de ácido hialurónico, un producto costoso que sólo debe ser aplicado por médicos⁴⁸.

41. Estas clínicas son: Hospital de Clínicas Caracas, Centro Clínico de Caracas, Clínica Loira, Clínica La Floresta, Centro Médico Docente La Trinidad, Clínica Metropolitana, Clínica Ávila, Urológico San Román, Clínica Leopoldo Aguerevere y Clínica Santa Sofía.
42. Samantha Aretuo: *Funcionarios públicos pagarán menos en clínicas*. Últimas Noticias, 03.03.12, pág. 4.
43. Se fijaron precios estándares de la siguiente manera: el primer día de hospitalización a un costo de Bs 2.300, la emergencia Bs 1.242, la primera hora de quirófano Bs 4.750 y la terapia intensiva Bs 4.700.
44. *AIS salud denuncia cobro excesivo en clínicas privadas*. Venezuela Al Día, 14.11.12 [en línea] <<http://venezuelaldia.com/2012/11/alsalud-denuncian-cobro-excesivo-en-clinicas-privadas/>>
45. Subrayado nuestro.
46. *Atención de emergencias en clínica privada aumentó 300%*. El Universal, 18.06.12 [en línea] <<http://www.eluniversal.com/vida/120618/atencion-de-emergencias-en-clinica-privada-aumento-300>>
47. *Min-Salud prohibirá a medios publicitar productos sin registro sanitario*. Correo del Orinoco, 25.01.12, pág. 5.
48. *Min-Salud cerró 6 estéticas en Caracas*. El Universal, 01.02.12, pág. 2.1.1.

En marzo de 2012 un grupo de 300 mujeres afectadas por inyecciones de biopolímeros⁴⁹ exigió al MPPS una vigilancia y control sanitario más eficaz en referencia a la comercialización y uso de estas sustancias⁵⁰. El Director de Contraloría Sanitaria del MPPS, Divis Antúnez, informó que hasta 2011 habían recibido 800 denuncias de estos casos.

Finalmente, en noviembre de 2012, el MPPS dictó la Resolución N° 152⁵¹ que prohíbe el uso y aplicación de sustancias de rellenos en tratamientos con fines estéticos (biopolímeros, polímeros y otros afines⁵²). En dicha resolución se expresa que estos productos representan un riesgo para la salud por sus efectos adversos, graves y potencialmente letales⁵³ y se prohíbe su producción, distribución, elaboración, reconstrucción, reacondicionamiento, posesión o tenencia, importación y comercialización en establecimientos de salud públicos y privados, así como en barberías, peluquerías, salones de belleza, salones de cosmetología, gimnasio, centros de adelgazamiento, centro de masajes, spa y hoteles. También se prohibió su promoción a través de medios de comunicación social y su publicidad dentro o fuera de centros de estética y otros establecimientos.

Sistema Integral de Atención Médica de Urgencia (SIAMU)

Cabe destacar positivamente que, en 2011, la Fundación Barrio Adentro –adscrita al MPPS– creó el Sistema Integral de Atención Médica de Urgencia (SIAMU) con el objetivo de prestar un servicio gratuito de traslado de pacientes las 24 horas en el Distrito Capital. En febrero de 2012 el servicio se extendió a los estados Vargas y Miranda, contando con 17 ambulancias, que son solicitadas a través del número telefónico 0800-Siamu-00 (0800-74268-00). El sistema recibe entre 160 y 200 llamadas al mes. Tres de las ambulancias son de cuidados neonatales, cinco de soporte avanzado y las restantes de soporte básico. Estas ambulancias sólo pueden ser despachadas cuando está garantizado el cupo hospitalario o el estudio solicitado (resonancia magnética, rayos x, tomografía, entre otros).

El sistema también traslada a pacientes que son dados de alta, desde cualquier centro asistencial, público o privado, hasta su lugar de residencia. Además, existen funcionarios del SIAMU en 16 hospitales, maternidades y CDI. A través del SIAMU se pueden solicitar cupos en hospitales y citas para exámenes es-

49. Las historias de algunas de estas personas se publicaron en un blog denominado “No a los Biopolímeros” [en línea] <<http://noalosiopolimeros.blogspot.com>>
50. Florantonia Singer: *Piden detener venta de biopolímeros*. Últimas Noticias, 17.03.12 [en línea] <<http://www.ultimasnoticias.com.ve/noticias/ciudad/servicios-publicos/piden-detener-venta-de-biopolimeros.aspx>>
51. Publicada en Gaceta Oficial N° 40.065, del 05.12.12.
52. Son sustancias de relleno como geles o particulados, biopolímeros, polímeros, colágenos (de origen humano y animal), ácido hialurónico (de origen natural, biotecnológico o sintético con fines estéticos), ácido poliláctico, acrilamidas, poliacrilamidas, polimetilmeta crilatos y sus derivados, polivinil pirrolidona y/o sus derivados, parafina, hidroxiapatitas de calcio, silicona y siloxanos, polixiloxanos, dextrano, sephadex, y sus mezclas, entre otras. Se aplican mediante inyección, aguja u otro sistema, para modificar la anatomía con fines de estética y plástica; para corregir arrugas, pliegues y otros defectos de la piel; para aumento de pómulos, labios y glúteos, o para corregir o realzar distintas zonas corporales.
53. Entre los daños que causa se encuentran: rechazo al producto, cambio de textura de la piel, alergias, nódulos, granulomas, infecciones, migración del producto hacia otras partes del cuerpo, translocación de la sustancia, edema, atrofia, trombo embolismo, necrosis de tejido muscular, grasa y piel en los casos severos, así como malformación de la masa muscular y piel al momento de su extracción.

peciales. Mensualmente el SIAMU canaliza 57 cupos en hospitales y 190 estudios especiales. En el 2013, esperaban la asignación de más ambulancias de un lote de 69 compradas a la República de Argentina⁵⁴.

Sistema Público Nacional de Atención y Tratamiento de las Adicciones (SNTA)

Otra iniciativa positiva adelantada por el MPPS en 2011 fue la creación del SNTA⁵⁵, en el cual participan la Fundación José Félix Ribas (Fundaribas), la Oficina Nacional Antidrogas (ONA) y la Misión Bolivariana Negra Hipólita. El MPPS informó que en Venezuela se estimaba la existencia de 220 mil personas afectadas por el consumo activo de drogas ilícitas, indicando que el SNTA se había logrado atender entre 2011 y 2012 unas 35 mil personas⁵⁶. El sistema cuenta con 176 centros en varias partes del país, entre los cuales se encuentran: Consultorios de Orientación Familiar (COF), Centros de Especialidades de Atención Médica para el Control y Tratamiento de los Pacientes Ambulatoria (CEPA) y Comunas Terapéuticas de Tratamiento (CTS). El SNTA es una adaptación del modelo implementado en Cuba, país que ha aportado personal y ayuda técnica para los tratamientos. La directora de Inclusión Social de Fundaribas, María Dolores Espinoza, manifestó que durante 2012 se había logrado incluir familiar y socialmente a 500 personas atendidas por

el SNTA con apoyo de los Grupos de Apoyo Mutuo Socialista (GAMS) constituidos por grupos de voluntarios egresados del sistema⁵⁷.

Financiamiento de la salud

Magnitud del financiamiento en salud

En comparación con otros países de la región, el financiamiento en salud de Venezuela continúa teniendo un importante rezago. Por varios años su magnitud ha estado por debajo del promedio de la región y en proporciones inferiores a lo que invierten países cercanos. De acuerdo con las últimas estadísticas sanitarias mundiales publicadas en el anuario de la OMS (Organización Mundial de la Salud), en 2008 el gasto en salud de Venezuela representaba 5,4% del PIB, mientras que Cuba gastaba 12% del PIB. En 2009, última cifra publicada en estas estadísticas, países como Argentina y Colombia aumentaron sus gastos en 2 puntos, mientras que el crecimiento de Venezuela fue apenas de 0,6. Por otra parte, mientras que el gasto público de países como Argentina, Colombia y Cuba supera 70% del total, el Estado venezolano cubre solamente 40%. En términos per cápita, Venezuela es el que gasta menos en salud de todos los países mencionados. Para 2009, el gasto en salud del país se situaba en 275 dólares por persona. En Cuba fue de \$623, en Argentina de \$488, en Chile de \$382 y en Brasil de 320 dólares.

54. *Sistema de ambulancias de Min-Salud cubre Distrito Capital, Vargas y Miranda*. Correo del Orinoco, 27.04.12, pág. 2-1.
55. *Entes del SNTA están trabajando articuladamente para prevenir consumo de drogas*. Prensa Fundaribas, 16.08.12 [en línea] <<http://www.fundaribas.gob.ve/paginaweb/index.php/noticias/nacionales/387-entes-del-snta-estan-trabajando-articuladamente-para-prevenir-consumo-de-drogas>>
56. *Sader calcula que 220 mil personas son adictas a drogas ilícitas*. El Universal, 21.11.12 [en línea] <<http://www.eluniversal.com/vida/121121/sader-calcula-que-220-mil-personas-son-adictas-a-drogas-ilicitas>>
57. Ramón Filipino: *Fundaribas realizó encuentro de Grupos de Ayuda Mutua Socialista (GAMS)*. Prensa Fundaribas, 19.12.12 [en línea] <<http://www.fundaribas.gob.ve/paginaweb/index.php/noticias/nacionales/506-fundaribas-realizo-encuentro-de-grupos-de-ayuda-mutua-socialista-gams>>

Cuadro N° 1
Comparaciones de gasto público en salud
entre países seleccionados

País	Gasto total en salud (%PIB)		Gasto del gobierno (% gasto total en salud)		Gasto per cápita del gobierno en salud (US\$)	
	2008	2009	2008	2009	2008	2009
Argentina	7,4	9,5	71,3	88,4	435	488
Brasil	8,4	8,8	44,0	43,0	317	320
Chile	7,5	8,4	44,0	47,6	335	382
Colombia	5,9	7,6	83,9	71,1	266	278
Cuba	12,0	12,1	95,5	92,7	642	623
Venezuela	5,4	6,0	44,9	40,0	268	275

Fuente: Organización Mundial de la Salud. Estadísticas Sanitarias Mundiales 2011 y 2012.

Comportamiento del financiamiento público en salud

El financiamiento destinado al MPPS en la Ley de Presupuesto 2012 fue de 18.496,2 millardos de bolívares⁵⁸. Esta asignación representa un leve incremento nominal de 19% respecto a 2011, cuando la cifra fue de 15.459,1 millardos⁵⁹. Asimismo, equivale a un aumento de 5% en términos reales, situación diferente a la del año pasado donde el presupuesto aumentó en 17% respecto a la inflación. En términos globales, las asignaciones al MPPS han venido decayendo, de 1,6% del PIB en 2008 a 1,4% del PIB en 2011, según lo registra el propio Ministerio de Planificación y Finanzas en las leyes de presupuesto. De este presupuesto depende el sistema público de salud que transfiere el MPPS a los 24 estados del país, 12 de los cuales administran estos fondos de manera descentralizada. En diciembre de 2012 se conoció que la Ley de Presupuesto 2013 asignó al MPPS un total de 21.193,5 millardos de bolívares, lo que representa un aumento nominal de 14,6% respecto a lo asignado en 2012.

El presupuesto en salud que maneja el MPPS y los gobiernos estatales, no es el único gasto que hace el Estado en materia sanitaria. El gasto público total en salud o gasto sectorial en salud, según cálculos publicados por Silvia Salvato con base en cifras oficiales, se encuentra por el orden de 3% del PIB. Por lo tanto, las otras asignaciones que el Estado hace, tienen un tamaño equivalente al presupuesto del sistema público de salud en su conjunto. El análisis de su desagregación, de acuerdo con los datos de 2009 que aporta Salvato, indica que 17,2% se destina a prestaciones de salud, pagadas a través de diversas partidas presupuestarias de las instituciones de la administración pública; 19,4% a las contribuciones del Seguro Social, que corresponde pagar a los organismos públicos en su condición de patronos; 42,9% a los gastos de los servicios del sistema público de salud; y 20,6%, a la compra de servicios médicos privados para funcionarios. Antes, el Estado pagaba estos servicios a través de empresas aseguradoras privadas. En 2010 se creó un sistema de aseguramiento estatal, en el que los recursos se asignan a fondos autoadministrados por los organismos públicos.

58. República Bolivariana de Venezuela: Proyecto de Ley para el Ejercicio Fiscal 2011. Exposición de Motivos, pág. 132.

59. ONAPRE: Presupuestos 2009 y 2010, Exposición de Motivos.

Cuadro N° 2
Composición del gasto total en salud 1999-2010 (% PIB)

Año	Gasto público en salud % PIB (1)	Consumo individual hogares en salud % PIB (2)	Transferencias en salud de instituciones privadas sin fines de lucro (2)	Gasto nacional en salud
1999	2,5%	3,2%	0,2%	6,0%
2000	2,6%	3,0%	0,2%	5,9%
2001	3,0%	3,3%	0,2%	6,5%
2002	3,4%	3,2%	0,2%	6,8%
2003	2,5%	3,4%	0,2%	6,1%
2004	3,2%	3,0%	0,2%	6,3%
2005	2,6%	2,8%	0,1%	5,6%
2006	3,7%	2,9%	0,1%	6,8%
2007	4,5%	3,3%	0,1%	7,9%
2008	3,1%	3,0%	0,2%	6,3%
2009	2,5%	3,0%	0,2%	5,7%
2010	2,5%	3,0%	0,2%	5,7%
Promedio	3,0%	3,1%	0,2%	6,3%

Fuente: SALVATO, Silvia y Eduardo Añez: Financiamiento en salud. Integrar más que dividir. Ponencia presentada en el Encuentro de Organizaciones Sociales. UCAB, marzo 2012.

(1) Cifras SISOV.

(2) Elaborado con base en cifras de BCV.

Características del financiamiento público en salud

El financiamiento de la salud en Venezuela presenta serios desequilibrios, desde el punto de vista de los objetivos que garantizan el derecho a la salud. En primer lugar, el financiamiento privado en salud sigue siendo mayor que el público, lo que demuestra que buena parte de la población paga los costos de atención de su propio bolsillo. En segundo lugar, el financiamiento público destinado a los centros sanitarios de acceso gratuito ha ido decreciendo, mientras que ha subido el que se destina a los centros privados, en los que se paga para recibir atención. La expansión de las clínicas privadas se debe, por una parte, a una caída progresiva del financiamiento público que deteriora los servicios; y por otra, a un mayor uso de este financiamiento por parte del

Estado para comprar servicios a los centros asistenciales privados.

Además, el financiamiento público es fragmentado, al estar dividido en numerosos fondos y partidas de salud. Es insuficiente e ineficaz, debido a que no se asigna ni se ejecuta conforme a las necesidades de salud sino por cuotas fijas, que aumentan cada año en la misma proporción. Es por otro lado inequitativo, ya que 40% del gasto público protege preferencialmente a los funcionarios y a sus familiares, que representan 20% de la población y además están contabilizados dentro del 10% que es beneficiaria del IVSS. Con el 60% restante se financian las necesidades del otro 80% de la población, 60% de la cual no posee ningún seguro público ni privado. Por lo tanto, la mayoría debe buscar atención en los hospitales y ambulatorios públicos, o en las instituciones de salud no lucrativas.

Al respecto, Salvato y Añez indican: “...*contrario a lo que dicta la Constitución, el financiamiento de la salud en Venezuela ha sido fragmentado, insuficiente e inequitativo. Los problemas de fraccionamiento del sistema – agravados en los últimos años– y la ausencia de un modelo universal, efectivo y eficaz de atención a la salud, han creado fuertes distorsiones y limitaciones en lo que se refiere a cantidades, distribución y asignación de los fondos disponibles, trayendo como consecuencia un grave debilitamiento de los servicios que presta el sector público y el aumento del gasto de los hogares en servicios del sector privado*”⁶⁰.

Sistema Público de Salud

Condiciones generales

En Venezuela, según cifras publicadas por el MPPS, el sistema público de salud cuenta en la actualidad con 220 hospitales públicos (pediátricos, materno-infantiles, dermatológicos, oncológicos, cardiológicos y maternidades) en 19 estados del país⁶¹. Estos establecimientos concentran el 70% de las camas disponibles, calculadas en unas 19.026 en funcionamiento⁶². Igualmente pertenecen a este sistema 557

ambulatorios públicos urbanos (307 del I nivel de atención⁶³ y 250 del II nivel de atención y especialidades médicas⁶⁴), así como un número indeterminado de centros rurales que prestan medicina básica o simplificada en poblados pequeños o de difícil acceso. Actualmente, 40% de los hospitales y ambulatorios públicos están directamente administrados por el MPSS y 60% se encuentra bajo la administración descentralizada de 15 Gobernaciones de Estado. Por otro lado, el IVSS dispone de 21 hospitales en 14 estados del país, así como de 50 ambulatorios y 2 Centros Especializados en 21 estados⁶⁵.

Un tercer sistema público está constituido por 3.524 módulos de atención primaria⁶⁶ de la Misión Barrio Adentro, coordinados por la Misión Médica Cubana, de los cuales más de 50% se encuentran inoperativos⁶⁷, y 554 Centros de Atención Integral (CDI)⁶⁸ que coordina la Fundación Barrio Adentro del MPPS. A este sistema también pertenecen 12 Clínicas Populares⁶⁹, 581 Salas de Rehabilitación Integral (SRI) y 33 Centros de Alta Tecnología (CAT)⁷⁰. A nivel comunitario el MPPS reporta la existencia de 2.718 Comités de Salud (CS)⁷¹ que apoyan actividades de promoción de la salud en los módulos de atención primaria de Barrio Adentro.

60. SALVATO, Silvia y Eduardo Añez: *Financiamiento en salud. Integrar más que dividir. Ponencia presentada en el Encuentro de Organizaciones Sociales (EOS)*. UCAB, marzo 2012.

61. MPPS: Memoria y Cuenta 2010, pág. 14.

62. MPPS: Memoria y Cuenta 2011, pág. 81.

63. Ídem, pág. 13.

64. MPPS: Memoria y Cuenta 2010, pág. 14.

65. Instituto Venezolano de los Seguros Sociales [en línea] <<http://www.ivss.gob.ve/Localizacion-Centros-de-Salud>>

66. MPPS: Memoria y Cuenta 2008, pág. 13.

67. Las cifras sobre la cantidad de módulos y sus actividades son reportadas por la Misión Médica Cubana.

68. MPPS: CDI número 554 ofrece instalaciones modernas con equipos de alta tecnología. 08.06.12. [en línea] <http://www.mpps.gob.ve/index.php?option=com_content&view=article&id=1610:cdi-numero-554-ofrece-instalaciones-modernas-con-equipos-de-alta-tecnologia&catid=1:ultimas-noticias&Itemid=18>

69. MPPS: Memoria y Cuenta 2011, pág. 78.

70. Ídem, pág. 271.

71. Ídem, pág. 15.

El sector privado de salud, por su parte, cuenta con 457 centros de salud lucrativos, que poseen 5.144 camas disponibles; 91% de éstos son clínicas y hospitales con menos de 60 camas y 36% están ubicados en el Distrito Capital. Según datos aportados por el Dr. Pedro Del Médico, en Venezuela existen cerca de 5.000 instituciones privadas de salud lucrativas, de las cuales 400 pueden considerarse clínicas⁷². De éstas, 207 están afiliadas a la AVCH⁷³.

Denuncias sobre la situación del Sistema Público de Salud

En 2012, las denuncias registradas en la base de datos de Provea sobre los problemas que enfrenta la población en los centros de salud, fueron cuatro veces más altas que en el año anterior. El número de denuncias pasó de 245 entre octubre 2010 y octubre 2011, a 1.074 entre los meses de enero y diciembre de 2012. 90% de estas denuncias procedieron de los centros asistenciales públicos y 84% de los establecimientos hospitalarios. Continuaron las denuncias sobre la falta de insumos básicos y medicamentos, el insuficiente personal médico y el mal estado de la infraestructura, en los cuales se concentró el 50% de las denuncias reportadas en 2011. Pero adicionalmente en el 2012, subieron de manera significativa las denuncias relacionadas con la escasez de insumos médico-quirúrgicos y la falta de equipos médicos. En este sentido, las garantías del derecho a la salud siguen severamente comprometidas por la pérdida cada vez mayor de la disponibilidad de servicios de salud financiados por el Estado, los cuales han dejado de operar o han suspendido sus programas de atención por falta de médicos, insumos de toda clase y equipos.

Cuadro N° 3
Denuncias sobre el Sistema Sanitario por criterios de desempeño

Nº	Categoría	Número de denuncias	%
1	Disponibilidad	554	52
2	Calidad	222	21
3	Accesibilidad	208	19
4	Aceptabilidad	90	8
	Total	1.074	100

Fuente: Base de datos de Provea.

En el caso particular de los hospitales, se produjo un aumento de 400% en el número de denuncias y éstas se distribuyeron más uniformemente en una mayor cantidad de aspectos. Los que fueron objeto de mayores de denuncias este año fueron la falta de insumos médico-quirúrgicos, de equipos operativos y de camas, así como las obras inconclusas, la insalubridad, el cierre de servicios y la insuficiencia presupuestaria. En el caso de los ambulatorios y los Centros de Atención Integral (CDI), las denuncias subieron en 150% y, al igual que en los hospitales, comprendieron un gran número de aspectos, entre los cuales son relevantes: la falta de mantenimiento, los problemas con aguas servidas, la insalubridad, las fallas en el suministro de agua, las obras inconclusas, el cierre de servicios, la insuficiencia presupuestaria y la falta de personal de enfermería.

Debilidades reportadas por el MPPS

Las denuncias recogidas en la base de datos de PROVEA coinciden con las debilidades reportadas por el MPPS y las Gobernaciones

72. David Fernández: *Aplicarán baremo de precios a todas las instituciones sanitarias privadas del país*. Agencia EFE. 21.07.11. [en línea] <<http://economia.noticias24.com/noticia/70950/aplicaran-baremo-de-precios-a-todas-las-instituciones-sanitarias-privadas-del-pais>>

73. AVCH, Asociación Venezolana de Clínicas y Hospitales. [en línea] <<http://www.avch.org.ve/directorio>>

Cuadro N° 4
Denuncias sobre problemas en hospitales, ambulatorios y CDI

N°	Problema denunciado	Número de denuncias	
		Oct. 2010 - Oct. 2011	Ene. - Dic. 2012
1	Falta de insumos básicos y medicamentos	57	130
2	Falta de personal médico	37	89
3	Problemas de infraestructura	25	61
4	Fallas en el aire acondicionado	21	45
5	Falta de insumos médico quirúrgicos	13	85
6	Mal estado de ambulancias o falta de disponibilidad	14	53
7	Mala praxis médica	9	34
8	Inseguridad	10	25
9	Falta de equipos médicos u obsoletos	11	82
10	Falta de mantenimiento	4	61
11	Obras inconclusas	7	58
12	Falta de camas o hacinamiento	4	57
13	Aguas servidas	6	12
14	Fallas de electricidad	4	23
15	Insalubridad	3	45
16	Malos tratos por parte del personal de salud	3	16
17	Cobro o solicitud de insumos	2	50
18	Cierre de servicios	2	35
19	Falta de agua	2	30
20	Insuficiencia presupuestaria	2	40
21	Falta de personal de enfermería	3	34
22	Horario incompleto de prestación de servicios	1	9
	Total	245	1.074

Fuente: Base de datos de Provea. Ver pie de página 1.

de Estado, entre los que destacan⁷⁴: la ausencia de una organización integrada del sistema; las deficiencias en materia de abastecimiento de insumos; los recurrentes recortes de presupuesto; el amplio déficit de personal médico; la escasez de vacunas y medicamentos; las limitaciones de espacio por los retrasos en la conclusión de obras; y los impedimentos para la prevención y la vigilancia epidemiológica por la falta de medios de transporte. El MPPS señala también en sus indicadores hospitalarios una abrupta caída del porcentaje de ocupación de camas hos-

pitalarias entre los años 2010 y 2011 -de 71% a 59%, así como de personas atendidas en las áreas de emergencia de los hospitales públicos—de 23.284 a 18.740. Este significativo descenso, más que indicar una mejora en las condiciones de salud, es otra señal de los graves problemas que presentan los hospitales.

Déficit de atención hospitalaria

La ONG Convite publicó en 2012 un estudio sobre la ocurrencia de muertes innecesarias, prematuras y sanitariamente evitables

74. MPPS. Memoria y Cuenta 2011.

Cuadro N° 5
Denuncias sobre problemas en hospitales públicos

N°	Problema denunciado	Número de denuncias			
		Oct. 2010 - Oct. 2011		Ene. - Dic. 2012	
		N°	%	N°	%
1	Falta de insumos básicos y medicamentos	43	24	109	12
2	Falta de personal médico	25	14	77	9
3	Problemas de infraestructura	14	8	47	5
4	Fallas en el aire acondicionado	14	8	36	4
5	Falta de insumos médicos quirúrgicos	13	7	78	9
6	Mal estado de ambulancias o no disponibilidad	11	6	23	3
7	Mala praxis médica	9	5	50	6
8	Inseguridad	7	4	20	2
9	Falta de equipos médicos u obsoletos	6	3	75	8
10	Falta de mantenimiento	4	2	48	5
11	Obras inconclusas	4	2	46	5
12	Falta de camas o hacinamiento	4	2	57	6
13	Aguas servidas	4	2	17	2
14	Fallas de electricidad	3	2	8	1
15	Insalubridad	3	2	35	4
16	Malos tratos por parte del personal de salud	3	2	16	2
17	Cobro o solicitud de insumos	2	1	43	5
18	Cierre de servicios	2	1	32	4
19	Falta de agua	2	1	22	2
20	Insuficiencia presupuestaria	2	1	34	4
21	Falta de personal de enfermería	2	1	27	3
22	Horario incompleto de prestación de servicios	1	1	5	1
	Total	178	100	905	100

Fuente: Base de datos de Provea.

(MIPSE) a través del seguimiento a la prensa nacional y local. Las MIPSE son aquellas muertes en las que las personas hubieran podido ser salvadas si el sistema sanitario hubiera intervenido en forma oportuna y adecuada. En este estudio se encontró que en 2011 se habían denunciado 279 MIPSE en nueve estados del país (87% por “ruleteo” o ir a varios centros

de salud sin obtener atención, 23% por traslado a un centro de salud fuera del estado, 17% por falta de atención médica oportuna, una vez ingresado al establecimiento, 19% por causas asociadas a los actos médicos y 2% por contaminación bacteriana dentro de las unidades de atención). 91% de las MIPSE ocurrieron en centros de salud públicos⁷⁵.

75. Convite AC: *Muertes Sanitarias en Venezuela. Estudio de denuncias sobre muertes producidas por fallas del sistema sanitario con base en registros de prensa 2008 y 2011* [en línea] <<http://www.conviteac.org.ve/public.php?tit=Muerteres%20Sanitarias%20en%20Venezuela%202008%20y%202011&in=238>>

Cuadro N° 6
Denuncias sobre problemas en ambulatorios públicos y CDI

N°	Problema denunciado	Número de denuncias			
		Oct. 2010 - Oct. 2011		Ene. - Dic. 2012	
		N°	%	N°	%
1	Falta de insumos básicos y medicamentos	14	21	21	12
2	Falta de personal médico	12	18	12	7
3	Problemas de infraestructura	11	16	14	8
4	Fallas en el aire acondicionado	7	10	9	5
5	Falta de insumos médicos quirúrgicos	3	4	7	4
6	Mal estado de ambulancias o no disponibilidad	4	6	11	7
7	Mala praxis médica	0	0	3	2
8	Inseguridad	5	7	5	3
9	Falta de equipos médicos u obsoletos	3	4	7	4
10	Falta de mantenimiento	3	4	13	8
11	Obras inconclusas	2	3	11	7
12	Falta de camas o hacinamiento	0	0	1	1
13	Aguas servidas	1	1	6	4
14	Fallas de electricidad	0	0	4	2
15	Insalubridad	0	0	10	6
16	Malos tratos por parte del personal de salud	1	1	0	0
17	Cobro o solicitud de insumos	0	0	3	2
18	Cierre de servicios	0	0	7	4
19	Falta de agua	0	0	8	5
20	Insuficiencia presupuestaria	0	0	6	4
21	Falta de personal de enfermería	0	0	7	4
22	Horario incompleto de prestación de servicios	1	1	4	2
	Total	67	100	169	100

Fuente: Base de datos de Provea.

A través de un reportaje realizado por El Universal sobre varios hospitales de la capital, se encontró que en un hospital público de Caracas la espera por cama puede tomar 15 días y para una operación el promedio de espera es de tres meses. En la Maternidad Concepción Palacios existen nueve médicos intensivistas cuando debería haber 14; en el Hospital Clínico Universitario no hay suficientes médicos residentes en la emergencia; en el Hospital Pé-

rez de León sólo hay un médico residente en medicina interna y debería haber ocho; en el Hospital de Coche el déficit de médicos es casi de 50% y la falta de personal de enfermería sólo permite utilizar tres de seis camas en la unidad de cuidados intensivos; en el Hospital J. M. de los Ríos se necesitan 12 intensivistas y sólo trabajan seis. Además en este hospital faltan hematólogos, anestesiólogos, oncólogos y pediatras⁷⁶. En otro estudio realizado por

76. Javier Brassesco: *A 5.713 camas asciende el déficit en la capital*. El Universal, 19.08.12 [en línea] <<http://www.eluniversal.com/caracas/120819/a-5713-camas-asciende-el-deficit-hospitalario-en-la-capital>>

Cuadro N° 7
Obstáculos reportados por el MPPS y estados en la gestión del sistema público de salud

Organización del Sistema	Falta de integración de los organismos de salud por no aprobación de la Ley de Salud y no existencia del Sistema Público Nacional de Salud.
	Dificultades en la rectoría en el contexto de un sistema de salud fragmentado.
	Ausencia de Normas de Clasificación de establecimientos que integre y homologue los establecimientos del Primer Nivel de atención de la Red Convencional y de Barrio Adentro, que sustituya la ya caducada clasificación de 1983.
	Ausencia de información relacionada con las condiciones, características y funcionamiento de los establecimientos del primer nivel de atención.
	Debilidades en los canales de comunicación y flujo de información tanto central y regional para la gestión efectiva y evaluación del impacto de las actividades realizadas.
Gestión de Insumos	Ausencia de información relacionada con las condiciones, características y consumo de insumos en la red ambulatoria convencional.
	Ausencia de manuales de procedimientos para la gestión de suministros de insumos tanto del nivel central y regional.
	Debilidades en los canales de comunicación y flujo de información tanto central y regional para la gestión efectiva y evaluación del impacto de las actividades realizadas.
	Aumento del tiempo requerido en la ejecución de las compras debido a la gestión de transferencias presupuestarias por discrepancias en las partidas aprobadas y lentitud en los procesos administrativos.
	Disponibilidad presupuestaria insuficiente para cubrir la demanda total de insumos requeridos por la red ambulatoria adscrita al Ministerio de Salud.
	Ausencia de un plan de suministro integrado para el Sistema Público Nacional de Salud.
Presupuesto	Reconducción presupuestaria que aumentan los déficits de recursos para el funcionamiento de programas y servicios.
	Insuficiencias en las partidas de gastos de funcionamiento.
	Elevación de costos de materiales médico-quirúrgicos y productos farmacéuticos, considerando que la mayoría son importados.
Personal	Amplio déficit de médicos residentes, especialistas, técnicos y enfermeras en ambulatorios urbanos y hospitales. Las áreas con mayor déficit de especialistas son: Anestesiología, Neonatología, Cirugía Cardiovascular, Neurocirugía, Cardiología Infantil, Bioanalistas, Hemodinamia, Rehabilitación, Urología y Radiología.
	Elevada cantidad de ambulatorios rurales sin médicos.
	Gran número de empleados y obreros en condiciones de jubilación e incapacidad.
	Limitación para cumplir los compromisos laborales en los diferentes niveles de atención.

Continuación Cuadro N° 7
Obstáculos reportados por el MPPS y estados en la gestión del sistema público de salud

Infraestructura	Espacios físicos limitados para la atención, por remodelación de infraestructura en algunos centros hospitalarios y ambulatorios.
	Servicios Escasa dotación de insumos básicos y médico-quirúrgicos, medicamentos e inmobiliario en los establecimientos de salud.
	Obsolescencia y descomposición de equipos médicos en los establecimientos de salud.
	Déficit de material biológico que provocó la reducción de la cobertura de inmunizaciones para las vacunas de rotavirus, antimarfilca, pentavalente, BCG y antipolio oral.
Prevención y vigilancia epidemiológica	Extensión territorial, malas condiciones de las vías y difícil acceso a zonas rurales.
	Déficit de vehículos en Distritos Sanitarios y programas de salud para realizar penetraciones, supervisiones y visitas, ejecutar actividades de vigilancia y control epidemiológico, y resolver los problemas de salud comunitarios.

Fuente: MPPS. Memoria y Cuenta 2011

la ONG Convite sobre la equidad sanitaria, y publicado en septiembre de 2012, se visitaron 356 centros asistenciales en el Distrito Capital y los estados Vargas y Miranda, donde se entrevistó a 3.034 usuarios y 359 trabajadores de la salud⁷⁷. En este estudio se hallaron las siguientes debilidades de los centros de atención sanitaria:

- 62% presentan problemas generales de infraestructura. Además, 40 centros se encontraban en reparación y 69 presentaban necesidades de ampliación.
- 39% tenían problemas de suministro de agua potable, 26% de electricidad y 28% de iluminación. En 22% se planteaba que la disposición de desechos sólidos era insuficiente y 8% no poseía ningún sistema de disposición. En 27% de los centros la recolección de desechos era deficiente y en 36% faltaban materiales de limpieza.

- 51% no contaba con servicios de alimentación y 57% tampoco con comedores para el personal. Además, 46% no tenía teléfonos públicos, 28% no poseía servicio de seguridad y en 27% de los centros este servicio era deficiente.
- 47% reportó déficits de vacunas, 37% presentaba deficiencias de insumos básicos. En 35% existían fallas de medicamentos y en 25% se reportó que faltaban guantes y mascarillas.
- 53% no posee ambulancias, 23% no cuenta con camillas y en 21% de los centros éstas son insuficientes.
- 40% de los hospitales públicos reportó tener quirófanos en funcionamiento y para 63% el número de camas disponible es insuficiente. En cambio, 61% de las clínicas privadas contaba con quirófanos operativos.

77. Convite AC: *Equidad en salud. Resultados de evaluación de centros de salud (septiembre 2012). Observancia y exigibilidad comunitaria de la equidad y la participación en el derecho a la salud* [en línea] <<http://www.conviteac.org.ve/publi.php?tit=Observancia%20y%20Exigibilidad%20Comunitaria%20de%20la%20Equidad%20y%20la%20Participaci%C3%B3n%20en%20el%20Derecho%20a%20la%20Salud&in=236>>

- 65% de los trabajadores de salud no se encuentran amparados por contratación colectiva, 58% manifestaron que la libertad gremial y sindical es restringida, 50% expresaron que los sueldos son insuficientes, 25% opinaron que falta formación. En 16% de los centros se había retirado personal en el último año, siendo mayor en el caso de enfermeras (56%) que en el de médicos (34%).

Desde 2009, la IV Encuesta de Gasto y Presupuesto Familiar levantada por el Banco Central de Venezuela (BCV) y el Instituto Nacional de Estadística (INE) arrojó que 26,3% de la población había requerido servicios de salud en los últimos tres meses del año. Pese a que el sistema público de salud posee una mayor capacidad arquitectónica que las clínicas privadas, las personas están acudiendo con mayor frecuencia a estas últimas y a los CDI, que a los hospitales y ambulatorios públicos. Según datos de la AVCH, el aumento de la demanda hacia las clínicas privadas mantiene a este sector en colapso. El director ejecutivo de la AVCH, Cristino García, afirmó que *“38% de la población del país, más de 10 millones de personas, ha pasado a atenderse en las clínicas, cuando éstas deberían servir de apoyo a los hospitales y atender solo a 10 o 12% de la población. Esto implica un colapso porque el sector privado no tiene infraestructura para soportar tanta gente”*⁷⁸. En 1998, 5% de las consultas médicas se hacían en las clínicas privadas, hoy representan 38%, y más del 60% de la población no tiene los recursos económicos para encontrar auxilio en ellas.

Cuadro N° 8
Asistencia a centros de salud
por tipo de establecimiento

Establecimiento de salud	% de personas
Clínica o consultorio privado	27
Centros de Diagnóstico Integral de Barrio Adentro	22
Hospital público	15
Ambulatorio	11
Servicio odontológico privado	6
Hospital del Seguro Social	6
Servicio odontológico de Barrio Adentro	5
Clínica popular	2
Servicio médico del trabajo	1
Jornada móvil de salud	1
Misión Milagro	0
Misión Sonrisa	0
Medicina no convencional	0
Otros	2

Fuente: BCV. IV Encuesta de Gasto y Presupuesto Familiar 2009.

Déficit de médicos

La reducción del número de médicos en el sistema público de salud estaba en un rango de 30 a 50% hasta 2011. Éstos han ido renunciando a los servicios por los bajos salarios y la negativa del Estado a discutir nuevas contrataciones colectivas. Además las vacantes en postgrados de medicina alcanzaban entre 25% y 30%, particularmente en las especialidades de Medicina Interna, Pediatría, Medicina Crítica, Neonatología, Psiquiatría, Nefrología, Obstetricia y Ginecología, Traumatología, Cardiología, Gastroenterología y Neumonología.

Después que el Estado graduó a unos 8.000 Médicos Integrales Comunitarios (MIC) cursantes del Programa Nacional de Formación

78. Valentina Ovalles: *Sector privado de salud colapsado*. El Universal, 24.09.12 [en línea] <<http://www.eluniversal.com/caracas/120924/sector-privado-de-salud-colapsado>>

en Medicina Integral Comunitaria de la Escuela Latinoamericana de Medicina (ELAM) en convenio con Cuba, en 2012 éstos fueron incorporados a internados rotatorios en los centros del sistema público de salud⁷⁹. El MPPS pidió a los médicos de los hospitales evaluar el desempeño de estos médicos y apoyar su formación en la práctica médica. En el Hospital José Gregorio Hernández de Los Magallanes de Caticá, los médicos entregaron al director del hospital un escrito en el que expusieron su preocupación por la falta de preparación de los MIC: “...*tienen deficiencias en el diagnóstico de anginas, infartos, insuficiencias cardíacas, diabetes, apendicitis, traumatismos, entre otros*”. La directora de la Escuela Vargas de Medicina de la UCV a su vez manifestó que “*No es razonable que unos médicos que ya están graduados tengan que ser tratados como estudiantes. En los hospitales se está haciendo una mezcla de internado rotatorio con labor asistencial y evaluación, como si fueran de pregrado*”⁸⁰. Al respecto, el decano de la Facultad de Medicina de la UCV dijo: “...*esta formación de médicos fue hecha para hacer atención primaria en salud, que es la que hacen ambulatorios en la comunidad (...) para eso fue creado*”⁸¹.

Desabastecimiento de medicamentos

El desabastecimiento de medicinas alcanzó niveles críticos en todos los renglones farmacéuticos durante 2012. Desaparecieron

entre 20% y 25% de los medicamentos consumidos en el mercado nacional y las farmacias y droguerías tuvieron fallas de inventario de hasta 15 días⁸². Dado que más de 70% de los medicamentos son importados, la situación de escasez se agudizó por la aplicación de nuevos controles y mayores restricciones en el acceso a las divisas y por los retrasos en las aduanas para la nacionalización de las medicinas, tanto en sus presentaciones comerciales como en los principios activos que se usan para producirlas en el país⁸³. La escasez fue esta vez más pronunciada en medicinas utilizadas para la diabetes, la epilepsia y los trastornos de la tiroides⁸⁴, así como fallaron los analgésicos, antibióticos y sueros⁸⁵. En consecuencia, “*las personas con diabetes debieron encargar compras a otros estados para cubrir la necesidad de dos inyecciones por día, con un costo de Bs. 100*”⁸⁶. Las personas con VIH, que reciben tratamientos antirretrovirales del MPPS⁸⁷, y los pacientes psiquiátricos atendidos en 67 clínicas que dependen del financiamiento que les otorga el IVSS⁸⁸, fueron sectores severamente afectados por el desabastecimiento.

Ante los continuos reportes de escasez, el Servicio Autónomo de Contraloría Sanitaria (SACS) del MPPS inició un operativo de inspección en farmacias y droguerías de todo el país para verificar y garantizar la distribución de los medicamentos. A pesar

79. *Se integraron 316 médicos integrales al sistema público de salud de la entidad*. Correo del Orinoco, 12.01.12, pág. 13.

80. Beatriz Cruz Salazar: *En el Hospital José Gregorio Hernández firman un manifiesto*. El Universal, 03.02.12, pág. 3-2.

81. Valentina Ovalles R.: *Las fallas de presupuesto se reflejan en menos médicos*. El Universal, 01.10.12.

82. Falta de medicamentos se la pone difícil a diabéticos. Últimas Noticias, 19.01.12, pág. 2.1.

83. Alexander Loaiza Figueroa: *Reportan hasta 25% de escasez de remedios*. Últimas Noticias, 26.01.12, pág. 2.1

84. Andreína Castillo: *Medicamentos para la diabetes y la tiroides siguen agotados*. El Araguieño, 27.05.12.

85. Alexander Loaiza Figueroa: *Reportan hasta 25% de escasez de remedios*. Últimas Noticias, 26.01.12, pág. 2.1

86. *Falta de medicamentos se la pone difícil a diabéticos*. Últimas Noticias, 19.01.12.

87. Oscar Medina: *Tanto por hacer*. El Universal, 29.01.12 [en línea] <<http://www.eluniversal.com/nacional-y-politica/120129/vih-tanto-por-hacer>>

88. Delia Meneses: *Falta de medicamentos complica cuadros de pacientes psiquiátricos*. El Universal, 30.01.12, pág. 3-5.

del trabajo del SACS, la escasez continuó durante todo el año⁸⁹.

Las Cámaras de Farmacia reportaron que los funcionarios de las aduanas no acataban las especificaciones del MPPS: “*La aduana tiene una interpretación propia de las cosas. Ella parece que no respetara al Ministerio de Salud, que es quien emite los registros farmacéuticos. Cuando llega un producto al país ellos (la aduana) no pueden interpretar si es alimento u otra cosa, ellos tienen que acatar la disposición del Ministerio*”. Por otra parte, fueron suspendidos códigos arancelarios de componentes de medicamentos que no se producen en el país y la Sundecop comenzó la regulación de precios a todas las medicinas, sin consultar a los productores ni revisar las estructuras de costos⁹⁰. También se manifestaron retrasos en los permisos otorgados por la Dirección de Drogas y Cosméticos del Servicio Autónomo de Contraloría Sanitaria del Ministerio de Salud. El presidente de la Cámara Nacional de Medicamentos Genéricos y Afines, Jorge Rivas, solicitó al MPPS agilizar los procesos de control de medicamentos⁹¹.

Restricciones de acceso a la información hospitalaria

En varios casos se reportaron prácticas de obstaculización al ejercicio de la denuncia por parte de familiares, trabajadores de la salud y organizaciones de base; y la negación de acceso de los medios de comunicación social a

los centros hospitalarios para obtener información. En estas acciones participaron vigilantes privados, policías nacionales y estatales, Milicias Bolivarianas, Consejos Comunales y Brigadas de Salud, quienes cumplen funciones de custodia de los hospitales para asegurar las instalaciones, equipos e insumos. Como lo reporta el Instituto Prensa y Sociedad (IPYS Venezuela) en 2012 se documentaron diez casos de limitaciones a la cobertura informativa de los medios en centros hospitalarios. En dos de estos casos se produjeron detenciones arbitrarias de periodistas, y en uno se destruyó equipo y material informativo.

Prevención, control y tratamiento de enfermedades

El MPPS hace seguimiento a 73 enfermedades de notificación obligatoria, cuyas cifras se publican semanalmente en el Boletín Epidemiológico. Durante 2012 se atendieron 62 millones de personas en los establecimientos de salud del país, afectadas en mayor proporción por infecciones respiratorias agudas en la población menor de siete años (3.266.482), amigdalitis aguda (2.078.699), fiebre (1.487.792), rinofaringitis aguda (1.247.350), diarreas en niños de cinco años y más (1.048.577), bronquitis aguda (953.984) y bronquiolitis aguda en menores de dos años (70.741). Entre estas afecciones, destaca el aumento de las amigdalitis y las bronquitis agudas, que subieron en 28% y 22% respectivamente, entre 2011 y 2012.

89. MPPS inspecciona distribución de medicamentos para diabéticos. Ciudad CCS, 08.02.12 [en línea] <<http://www.ciudadccs.info/?p=258864>>

90. Ender Marcano: *Denuncian que aduana retrasa el suministro de medicamentos*. El Universal, 04.01.12 [en línea] <<http://www.eluniversal.com/economia/120104/denuncian-que-aduana-retrasa-el-suministro-de-medicamentos>>

91. Maidolis Ramones Servet: *Desaparecieron los medicamentos para pacientes diabéticos*. Panorama, 10.02.12, pág. 2.

Cuadro N° 9
Casos de enfermedades de notificación obligatoria (2001 y 2012)

Enfermedades	N° casos		Peso %	Variación % 2011-2012
	2011	2012		
Infecciones respiratorias agudas (no específicas)	3.160.339	3.266.482	5,3	3,4
Amigdalitis aguda	1.624.284	2.078.699	3,4	28,0
Fiebre	1.246.136	1.487.792	2,4	19,4
Rinofaringitis aguda	1.211.304	1.247.350	2,0	3,0
Diarreas en niños de cinco años y más	988.824	1.048.577	1,7	6,0
Bronquitis aguda	779.473	953.984	1,5	22,4
Bronquiolitis aguda en menores de dos años	62.653	70.741	0,1	12,9

Fuente: MPPS. Boletín Epidemiológico N° 52, del 23 al 29 de diciembre de 2012.

Asimismo, durante 2012 tuvieron significativos repuntes los brotes de tosferina, cuyos casos aumentaron en 92%, así como se elevaron los casos sospechosos de sarampión (37%), rubéola (23%) y la hepatitis B (9%), que constituyen enfermedades prevenibles por vacuna. También aumentaron los casos del dengue en 56% (4% de tipo hemorrágico); las enfermedades producidas por el meningococo (meningitis o sepsis meningocócica) en 50%, y la meningitis bacteriana en 22%. Además se incrementaron en proporciones relevantes las enfermedades causadas por vectores (moscas y mosquitos) como la leishmaniasis (36%), la leptospirosis (24%) y la tuberculosis (5%) que afecta los pulmones. Igualmente siguieron aumentando los casos de infección por VIH (12,5%) y el número de personas con enfermedades asociadas al VIH/Sida (18%).

Desde 2011 tiene presencia en Venezuela la gripe AH1N1. En 2011 se reportaron 15.872 casos de influenza, de los cuales 43 fueron confirmados de AH1N1. En 2012 se notificaron otros 13.167 casos de influenza, confirmando 14 de AH1N1. No obstante, a fi-

nales de 2012, el MPPS admitió la existencia de casos significativos de un nuevo brote de influenza estacional AH3N2. De acuerdo con los datos aportados por la Red de Sociedades Científicas Médicas de Venezuela, el virus fue adquirido por 565 personas generando un incremento de 56% en el número de casos⁹².

Vacunación

El Programa Ampliado de Vacunación (PAI) del MPPS ha presentado en los últimos años una reducción preocupante de sus capacidades para alcanzar los estándares internacionales de vacunación, los cuales deberían estar cercanos a 95% de cobertura de las poblaciones objetivo. De acuerdo a lo recogido por las Alertas Epidemiológicas de la Red de Sociedades Científicas Médicas de Venezuela, en el país existen elevados porcentajes de municipios con bajas coberturas de vacunación según las estadísticas de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). En particular “45 municipios tienen coberturas muy bajas, en los estados Barinas, Monagas, Delta Amacuro, Guárico, Táchira, Amazonas y Portuguesa...”⁹³.

92. *Influenza en Venezuela 2011 y primera semana de 2012*. Alerta Epidemiológica N° 221. Red de Sociedades Científicas Médicas de Venezuela, 28.01.12. Pág. 2.

93. *Sarampión Importado*. Alerta Epidemiológica N° 232. Red de Sociedades Científicas Médicas de Venezuela, 22.05.12.

Cuadro N° 10
Enfermedades de notificación obligatoria (2001 y 2012)

Enfermedades	N° casos		Variación % 2011-2012
	2011	2012	
Tosferina	621	1.192	91,9
Dengue	30.172	47.113	56,1
Enfermedad meningocócica	20	30	50,0
Sarampión sospechoso	286	391	36,7
Dengue hemorrágico	1.419	1.931	36,1
Leishmaniasis	1.057	1.441	36,3
Meningitis meningocócica	32	41	28,1
Leptospirosis	328	406	23,8
Rubéola sospechosa	571	700	22,6
Meningitis bacteriana	474	577	21,7
Enfermedad por VIH/Sida	1.644	1.942	18,1
Infecciones de VIH	1.446	1.627	12,5
Hepatitis tipo B	1.092	1.200	9,9
Hepatitis tipo A	3.492	3.803	8,9
Hepatitis no específica	8.033	8.549	6,4
Tuberculosis	3.292	3.449	4,8

Fuente: MPPS. Boletín Epidemiológico N° 52, del 23 al 29 de diciembre de 2012.

El total de dosis aplicadas entre 2005 y 2010 cayó en 32%, debido principalmente al descenso de la producción de vacunas en el país, situación sobre la cual llamaron la atención el Dr. José Félix Oletta, de la Red de Red de Sociedades Científicas Médicas de Venezuela, y el Dr. Jorge Díaz Polanco, del Observatorio Venezolano de Salud (OVS), quienes señalaron que el número de vacunas producidas por el Instituto Nacional de Higiene “Rafael Rangel” descendió en 96% durante la última década, pese a que el Estado financió la construcción de una planta que hasta 2012 no había sido inaugurada. “En 1998 la institución produjo 7,5 millones de dosis inmunizadoras contra enfermedades como tétanos, difteria, hepatitis y rabia, entre otras. En 2011 fueron producidos sólo 213.000 biológicos, como consta en la Memoria y Cuenta del Ministerio de Salud”⁹⁴.

En un año el número de dosis de vacunas aplicadas aumentó apenas 10% —de 16.718.832 en 2010 a 18.372.248 en 2011—, de acuerdo con los datos publicados por el MPPS en su Memoria y Cuenta del 2011. Este leve aumento no logró frenar nuevas caídas en las dosis de las vacunas Antihepatitis B y Antineumococo (que protege de neumonía, otitis y meningitis, entre otras enfermedades), ambas con una reducción de 14%. Tampoco detuvo el descenso de las dosis aplicadas de la vacuna Pentavalente (la cual previene enfermedades como la difteria, la tos ferina, el tétanos, la hepatitis B y las infecciones que produce la *haemophilus influenzae* tipo B), con un descenso de 2%; y las dosis de la vacuna Trivalente Viral, la cual protege del sarampión, las paperas y la rubéola, que bajó en 1%.

94. L.M.G: Denuncian descenso en producción de vacunas. El Nacional, 29.08.12, pág. C-3.

Cuadro N° 11
Dosis de vacunación aplicadas (2010 y 2011)

Tipo de vacuna	Variación 2005-2010	2010	2011	Variación 2005-2010
Triple Bacteriana (difteria, tosferina y tétanos)	-75	144.579	212.193	47
Antipolio oral	-37	2.125.773	2.235.745	5
Antihepatitis B	-40	2.933.067	2.514.032	-14
Antihemophilus/Influenzae tipo B	-96	-	-	-
Pentavalente	49	2.079.159	2.045.086	-2
Trivalente Viral (sarampión, paperas y rubéola)	35	887.532	876.676	-1
Antimarílica (fiebre amarilla)	-91	527.860	609.051	15
Toxoide	-30	-	3.706.221	-
BCG (tuberculosis)	4	558.680	572.912	3
Antisarampión/Rubéola	-87	-	-	-
Antirrotavirus	181	660.081	839.482	27
Antimeningocócica	129	-	2.069	-
Td (adulto)	549	-	-	-
Antinfluenza (gripe)	881	2.655.025	4.196.025	58
Antineumococo 23 Valente	-10	280.044	239.678	-14
AH1N1	-	90.376	323.078	257
Totales	-32	16.718.832	18.372.248	10

Fuente: MPPS. Memoria y Cuenta 2011.

Aumentaron en cambio las dosis de la Antinfluenza o vacuna contra la gripe, que se incrementó en 58%; las de Triple Bacteriana, que protege contra la difteria, la tosferina y el tétanos, subiendo a 47%; las de la vacuna Antirrotavirus, para prevenir las diarreas graves que produce la gastroenteritis, aumentando en 27%; y las de Antimarílica o vacuna contra la fiebre amarilla, que se incrementó en 15%. Además se aplicaron 3.706.221 dosis de Toxoide, 2.069 dosis de la vacuna Antimeningocócica y se aumentaron las dosis de la vacuna contra la AH1N1 de 90.376 a 323.078.

En cuanto a las coberturas de vacunación, se mantuvieron los mismos porcentajes alcanzados hasta 2010, los cuales se encuentran por debajo de las metas recomendadas internacionalmente. Además, el aumento de 10% en las

cantidades de dosis de vacunas aplicadas no significó un mayor número de población objetivo vacunada, de acuerdo con el esquema obligatorio que debe cumplir el PAI todos los años. Por el contrario, bajó el porcentaje de vacunación de la BCG (contra la tuberculosis y la meningitis), que se les coloca a todos los bebés recién nacidos; disminuyeron también las coberturas de la vacuna Antirrotavirus, que deben recibir todos los niños menores de un año, y la Triple Viral, la cual necesitan todos los niños que hayan cumplido un año. No obstante, el MPPS reportó en su Memoria y Cuenta 2011 que en los operativos de vacunación durante ese año se había priorizado la población ubicada en municipios que registraron coberturas menores de 80% en 2010, a fin de iniciar o completar sus esquemas⁹⁵.

95. MPPS: Memoria y Cuenta 2011, pág. 164.

Cuadro N° 12
Porcentaje de personas vacunadas (2010 y 2011) según esquema nacional obligatorio

Esquemas	Grupo de edad	Vacuna	% Personas vacunadas 2010	% Personas vacunadas 2011
Esquema Básico para Niños menores de 1 año	Recién nacido	BCG	92%	90%
	Menores de 1 año	Hepatitis B	73%	73%
		Antinfluenza	14%	16%
		Antirrotavirus	48%	47%
		Pentavalente	77%	78%
		Antipolio oral	73%	75%
Esquema para Niños de 1 año		Antimarílica	47%	48%
		Triple Viral	79%	78%
Esquema del Niño, Adolescente, Adulto y Adulto Mayor		Antinfluenza	16%	16%
		Antineumococo	10%	12%
		Toxoide tetánico y diftérico	32%	34%
		Antihepatitis B	-	-

Fuente: Fuente: MPPS. Memoria y Cuenta 2010 y 2011.

Malaria

La malaria o paludismo –enfermedad producida por parásitos del género Plasmodium– alcanzó la cifra record de 51.050 casos en 2012, lo que representa un aumento de 11% respecto a 2011, cuando ocurrieron 45.824 casos. Unos

1.524 casos de los reportados en 2012 fueron importados de Colombia y Guyana. La entidad del país más afectada por la malaria sigue siendo el estado Bolívar, en el cual están concentrados 96% de los casos, así como los estados Amazonas y Delta Amacuro, los cuales presentan las incidencias parasitarias más elevadas

Cuadro N° 13
Estados con casos de malaria (2011 y 2012)

Estados	2011	%	2012	%	Situación del año
Amazonas	3.162	6,9	4.706	9,2	Seguridad
Anzoátegui	43	0,1	61	0,1	Éxito
Apure	35	0,1	54	0,1	Seguridad
Barinas	6	0,0	2	0,0	Seguridad
Bolívar	39.300	85,8	44.150	86,5	Epidemia
Carabobo	1	0,0	2	0,0	Epidemia
Delta Amacuro	2.013	4,4	922	1,8	Alarma
Guárico	8	0,0	7	0,0	Seguridad
Monagas	82	0,2	23	0,0	Éxito
Sucre	1.022	0,0	988	0,0	Seguridad
Táchira	0	2,2	1	1,9	Seguridad
Zulia	152	0,3	134	0,3	Seguridad
Total	45.824	100,0	51.050	100,0	

Fuente: MPPS. Boletín Epidemiológico N° 52, del 23 al 29 de diciembre de 2012. Pág. 16.

del país. Durante 2012, los estados Amazonas, Apure, Barinas, Guárico, Sucre, Táchira y Zulia se consideraron en condiciones de “seguridad”, mientras que el estado Bolívar estuvo todo el año en condiciones de “epidemia”⁹⁶.

Los boletines epidemiológicos del MPPS no reportan cifras de personas fallecidas por malaria, aunque la Red de Sociedades Científicas Médicas de Venezuela reportó en su Alerta Epidemiológica N° 231 que entre 2000 y 2009 fallecieron 215 personas por esta causa. Esto se considera una falla grave de la vigilancia epidemiológica: “*El Boletín Regional de Malaria da cuenta de un solo fallecido, pero un experto del estado Bolívar denunció que durante el mes de marzo de 2010, ocho indígenas fallecieron por paludismo en el Alto Caura, casos que no fueron contabilizados por las autoridades locales*”⁹⁷.

Durante una década, entre 1992 y 2003, los casos de malaria se mantuvieron por debajo de los 20 mil al año. A partir de 2004 aumentó a 30 mil casos, subiendo hasta 40 mil en 2010, sin disminuciones significativas hasta el presente. Las causas que ha recogido la Red de Sociedad Científicas Médicas de Venezuela en documentos técnicos oficiales, nacionales e internacionales, son las siguientes:

1. Insuficiente personal profesional, técnico y operativo con formación en el área malárica.
2. Cambios climáticos que incrementan los vectores de transmisión de la enfermedad.
3. Elevado desplazamiento de población hacia áreas de exploración y explotación minera de difícil acceso.

4. Actividades de vigilancia epidemiológica incompletas y evaluaciones inconsistentes.
5. Deterioro generalizado de los medios de transporte para la vigilancia, prevención y control de la malaria.
6. No ejecución del Programa de Promoción y Educación para la Salud Ambiental en las áreas de transmisión.
7. Fallas en la administración y dosificación de los tratamientos antimaláricos.
8. Falta de asignación de recursos para planes y programas de atención a enfermedades vectoriales.

Salud materno infantil

En 2012, aumentaron de forma preocupante las muertes infantiles y se mantuvieron sin cambios las maternas. Los Boletines Epidemiológicos del MPPS revelan que los casos de muertes maternas siguen ocurriendo sin variaciones significativas en el país, pese a los esfuerzos que hacen las maternidades públicas y privadas. Se produjeron 377 casos en 2011 y 368 en 2012. La gran cantidad de embarazos sin controles prenatales es una de las principales causas de estas muertes. La mayoría de las muertes maternas sucedieron en mujeres de 20 a 29 años de los estados Zulia, Distrito Capital, Bolívar, Carabobo, Anzoátegui y Aragua. Las muertes infantiles, en cambio, aumentaron en 19%. De 5.878 casos en el 2011, subieron a 7.009, los casos en 2012. Los Boletines Epidemiológicos señalan que la mortalidad neonatal (de 0 a 27 días) concentró 71% del total de las muertes infantiles, siendo sus principales causas la

96. MPPS: Boletín Epidemiológico N° 52 del 23 al 29 de diciembre de 2012.

97. *Continúa situación epidémica de la malaria en Venezuela*. Alerta Epidemiológica N° 231. Red de Sociedades Científicas Médicas Venezolanas. 21.04.12. Pág. 5.

sepsis neonatal, la neumonía, la prematuridad y las enfermedades de la membrana hialina⁹⁸.

La debilidad del sistema sanitario es una de las razones de estas muertes. En referencia a los recién nacidos que fallecieron en el Hospital General de San Cristóbal en el estado Táchira, el director del Hospital, Joel Contreras, afirmó que “...50% de los casos obedecieron a falta de controles médicos por parte de las madres; en 52% se evidenció que las madres no tuvieron una alimentación adecuada por lo que los niños nacieron con un peso menor a los dos mil 500 gramos, y en 25% de esos casos las madres eran adolescentes o señoras de edades en las cuales los embarazos son riesgosos”⁹⁹.

Por otro lado, la alta frecuencia de muertes de neonatos obedece al déficit de médicos especialistas en cuidados neonatales, así como al mal estado y hacinamiento de áreas de neonatología de los hospitales públicos. En agosto de 2012, la diputada regional del estado Táchira, Nellyver Lugo, denunció que las muertes de recién nacidos en el Hospital General de San Cristóbal habían aumentado en más de 100% (de 116 a 237 casos) durante el lapso de un año. De acuerdo a las investigaciones efectuadas, se determinó que “...los laboratorios bacteriológicos y las áreas de aislamiento no funcionan de la manera adecuada, por lo que las condiciones no son las más aptas para atender a los pacientes. Dijo además que existe hacinamiento en las áreas infantiles (...). Lugo apuntó que (...) no existen neonatólogos suficientes para atender la demanda del principal centro de salud del estado Táchira, que además atiende a personas

98. MPPS: Boletín Epidemiológico N° 52, del 23 al 29 de diciembre de 2012. Pág. 25.

99. Daniel Suárez: *Exculpan a médicos por muerte de neonatos*. Últimas Noticias, 27.06.12. Pág. 4.

100. Daniel Suárez: *Este año han fallecido 237 bebés en San Cristóbal*. Últimas Noticias, 29.08.12, pág. 4.

101. Foro por la Vida/Acción Solidaria: *Es hora de unir esfuerzos para proteger a las personas con VIH*. Tal Cual, 03.03.13, pág. 22.

Cuadro N° 14
Número de muertes maternas e infantiles (2005-2011)

Años	Mortalidad materna	%	Mortalidad infantil	%
2005	351	100,0	5.084	100
2006	356	1,4	6.104	20,1
2007	200	-43,8	4.745	-22,3
2008	288	44,0	5.085	7,2
2009	363	26,0	5.083	0,0
2010	330	-9,1	5.839	14,9
2011	377	-2,5	5.878	-0,2
2012	368	-2,4	7.009	19,2

Fuente: Boletines Epidemiológicos Semanales del MPPS. Semana 52. Datos Acumulativos.

*de Barinas, Alto Apure, Mérida, Sur del Lago de Maracaibo y del Departamento Norte de Santander de Colombia*¹⁰⁰.

Salud y VIH

Según cifras del MPPS, en Venezuela existen más de 40 mil personas con VIH que deben tomar en forma permanente una combinación o coctel de medicamentos para proteger su vida y mantener un buen estado de salud. Éstos se denominan Tratamiento Antirretroviral de Alta Eficacia (TAR). Pero, como lo reportan las organizaciones de la sociedad civil, por cuarto año consecutivo continuaron fallando los inventarios y los procesos de compra, distribución y entrega de los TAR, generando frecuentes y prolongadas interrupciones en la toma de los tratamientos, con el riesgo de que éstos pierdan su eficacia. El suministro de los TAR es responsabilidad del Programa Nacional de Sida/ITS del MPPS y obligación del Estado venezolano según varias sentencias del TSJ emitidas entre los años 1999 y 2002¹⁰¹.

Así como existen fallas frecuentes en el suministro de medicamentos, persisten otras deficiencias que se derivan de la ausencia de políticas eficaces para atender la problemática del VIH. Las pocas estadísticas nacionales disponibles indican que continúa la expansión de los casos de VIH en un rango estimado de 10 mil a 15 mil casos anuales. Por su ritmo de incidencia, en Venezuela se estima una prevalencia de 200 mil personas con VIH; la mayoría no han sido diagnosticadas, lo que obedece a la inexistencia de campañas públicas de alcance nacional dirigidas a la promoción de las pruebas de detección. Tampoco existen instrumentos jurídicos y políticas públicas efectivas que protejan a las personas de las prácticas discriminatorias a las cuales son expuestas en los propios servicios de salud, instituciones educativas y sitios de trabajo.

Por otra parte, de ser diagnosticadas, no existen en el país suficientes servicios ni el personal de salud especializado para la atención adecuada de las personas con VIH y, una vez que tienen tratamiento médico, son escasos los centros que realizan pruebas para el seguimiento de sus condiciones de salud. La situación de precariedad del Programa Nacional de Sida/ITS, aunado a la de los establecimientos hospitalarios y ambulatorios públicos, tiene mayores repercusiones negativas para las personas que viven con VIH.

Al respecto, la ONG Acción Ciudadana contra el Sida, expuso en una declaración pública: “No hay campañas de prevención

ni hay un sistema eficaz de atención y tratamiento. A eso hay que sumar la situación general del sector salud. En el Programa Nacional de Sida apenas hay cuatro personas, y la Ministra los desalojó de su sede para meter a damnificados. Las compras de medicamentos se hacen en el último momento. Eso abre la puerta a procesos de compra poco transparentes en los mercados internacionales, debido a que la emergencia implica que se pase por encima de normas y licitaciones. Explica también el vaivén de fármacos de marca, genéricos y copias que conforman el cóctel antirretroviral, que están recibiendo los pacientes y que cambia de un mes a otro sin mayores consideraciones”¹⁰².

En julio de 2012, 74 ONG con trabajo en VIH dirigieron una carta al Presidente de la República, solicitando su urgente intervención para frenar las frecuentes y cada vez mayores deficiencias de las políticas del MPPS en materia de VIH. El presidente de la Organización Stop VIH, Jhonatan Rodríguez, aseguró que Venezuela “...pasó de ser un país ejemplo en la lucha contra el VIH/sida, por su programa de suministro de medicamentos, a ser el país con más desabastecimiento en América Latina entre los años 2010-2011”¹⁰³. En dicha carta, las ONG calificaron de “sostenida y acentuada la falta de respuesta del MPPS al VIH, haciendo cada vez más frágiles las condiciones de salud de las personas con VIH y arriesgándose a que haya una expansión incontrolable de la epidemia”¹⁰⁴. En este sentido, la ONG

102. Oscar Medina: *Tanto por hacer*. El Universal, 29.01.12 [en línea] <<http://www.eluniversal.com/nacional-y-politica/120129/vih-tanto-por-hacer>>

103. Jennifer Hrastoviak: *ONG exigen al Presidente de la República intervenir en la Respuesta Nacional al Sida*. Prensa de la Organización Stop VIH [en línea] <<http://www.stopvih.org/noticias/ong-exigen-al-presidente-de-la-republica-intervenir-en-la-respuesta-nacional-al-sida/>>

104. Carta Pública al Presidente de la República de las ONG en VIH [en línea] <<http://amavidazulia.wordpress.com/2012/07/25/carta-publica-al-presidente-chavez-sobre-la-situacion-del-vih-en-venezuela/>>

Acción Solidaria y las organizaciones de VIH del país realizaron un llamado de atención al MPPS para solventar esta situación a la mayor brevedad posible.

Trasplante de órganos

En octubre de 2011, la AN sancionó la positiva Reforma a la Ley sobre Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células en Seres Humanos¹⁰⁵. Esta reforma fue una iniciativa popular de personas y organizaciones de la sociedad civil a fin de aumentar el número de donaciones de órganos en el país. En referencia a ello, la doctora Carmen Luisa Milanés, coordinadora del Programa de Donación y Trasplante del MPPS, señalaba en un documento que “...*el éxito de la actividad de trasplante es una consecuencia de muchos factores interrelacionados, pero quizás el más determinante es el incremento en las tasas de donación. La actividad de trasplante aumenta en la medida en que hay órganos y tejidos disponibles para ser trasplantados*”¹⁰⁶. En este mismo documento, la Dra. Milanés indicaba que en Venezuela funcionan 21 centros de trasplante, la mayoría financiados por el MPP, y desde 2001 se cuenta con un Sistema de Procura de Órganos y Tejidos (SPOT) cuya ejecución está a cargo de la Organización Nacional de Trasplante de Venezuela (ONTV)¹⁰⁷ bajo la supervisión y control del MPPS¹⁰⁸.

Esta modalidad de trabajo le permitió al Estado desarrollar una estructura profesional altamente capacitada y especializada en proveer de órganos y tejidos para trasplantes. El sistema ofrece actividades de educación, así como un número telefónico gratuito –0800 Donante (0800 3662683)– para atender necesidades de información de la comunidad médica y de la población en general. En este sentido, una de las principales disposiciones de la ley –que entró en vigencia el 25 de noviembre de 2012– es que acepta, además de la donación expresa o informada¹⁰⁹, la donación “presunta” con la cual se permite la extracción con fines terapéuticos de órganos, tejidos y células de personas fallecidas y mayores de edad, a no ser que éstas hayan manifestado su negativa a ser donantes¹¹⁰. En esos casos, el personal del SPOT solicita a la familia su testimonio sobre la última voluntad del fallecido. Esta disposición no aplica para menores de edad, en cuyo caso son los padres o tutores los que deben autorizar la donación.

Aunque, con la aprobación de la reforma a la ley de trasplantes, el número de donaciones ha ido aumentando vertiginosamente, en Venezuela todavía es muy baja la donación voluntaria de órganos y tejidos. El estándar internacional establece como cifra óptima obtener 65 donantes por un millón de habitantes cada año, siendo aceptable entre 30 y 40 donantes po-

105. Publicada en Gaceta Oficial N° 39.808 del 25.11.11.

106. Donación y trasplante de órganos y tejidos en Venezuela. Estado actual. Dra. Carmen Luisa Milanés, Coordinadora del Programa de Donación y Trasplante del MPPS. Febrero 2011.

107. ONTV [en línea] <<http://www.ontv-venezuela.org/>>

108. Resoluciones N° 27 del 29.01.01 (Gaceta Oficial N° 37.135 del 06.02.01) y N° 578 del 15.09.03 (Gaceta Oficial N° 37.778 del 18.09.03).

109. Cuando el donante en vida deja constancia de su voluntad a la donación en documentos expresos o por otro medio, inclusive el verbal, a sus familiares o a una persona designada legalmente.

110. Artículo 27: “...*Toda persona mayor de edad, civilmente hábil, a quien se le haya diagnosticado la muerte, se presumirá donante de órganos, tejidos y células con fines terapéuticos, salvo que existiese una manifestación de voluntad en contrario*”.

tenciales. En el país existe en promedio de 1,5 donaciones por millón de habitantes¹¹¹. Hasta 2011 había una lista de 1.500 personas esperando por trasplante de riñón¹¹² y otras 1.500 personas esperaban por trasplante de córneas. Las causas de esta situación son: la escasa información que maneja la comunidad médica y la población; el efecto inhibitorio de informaciones no ciertas; el desconocimiento de los aspectos legales, y las pocas asignaciones en el presupuesto público para actividades educativas. Los resultados son los fallecimientos evitables, los altos costos como consecuencia de la prolongación de tratamientos y el deterioro de la calidad de vida de los pacientes.

Salud mental

Todos los años PROVEA ha venido insistiendo en que el Estado preste debida atención a la ausencia de una política pública de salud mental en el país. Hasta ahora no existen estadísticas nacionales sobre la situación de las personas que sufren problemas mentales, ni tampoco se cuenta con cifras oficiales de personas atendidas y hospitalizadas en los centros psiquiátricos disponibles. Solamente, a través de las denuncias que hacen familiares y ONG, se conoce de algunos hechos o eventos que revelan la existencia de una situación particularmente severa.

El informe anual de la Defensoría del Pueblo de 2011 dio especial atención a las carencias del MPPS en cuanto a salud mental, señalando: *“Para la atención de la población con trastornos mentales, el MPPS cuenta con un Programa Nacional desde 2003. Sin embargo, desde su creación los avances en la materia no han sido los esperados, conforme*

Cuadro N° 15
Trasplantes de riñón en Venezuela

Años	Trasplantes	Financiados con recursos públicos	
		Nº	%
2002	208	178	85,6
2003	145	113	77,9
2004	202	185	91,6
2005	232	219	94,4
2006	273	237	86,8
2007	345	288	83,5
2008	278	226	81,3
2009	259	200	77,2
2010	263	203	77,2
2011	298	213	71,5
Total	2.503	2.062	82,4

Fuente: Organización Nacional de Trasplante de Venezuela (ONTV).

a los informes presentados ante organismos internacionales por el Estado y con base a las denuncias efectuadas por familiares de personas con trastornos mentales, a través de la prensa nacional y la Defensoría del Pueblo. Las mayores deficiencias se concentran en la atención psiquiátrica (...). Aunado a ello, en el país aún no se concreta una propuesta de ley que promueva y proteja los derechos de las personas con problemas de salud mental, la cual se viene planteando desde 1997, cuando se presentó a la AN un primer proyecto de Ley de Protección de los Pacientes Psiquiátricos”¹¹³.

En 2012, nuevamente los familiares de cinco mil pacientes psiquiátricos, organizados en comités, reclamaron al IVSS el mal estado de la infraestructura psiquiátrica y la escasez de medicamentos en 67 residencias socio-asistenciales donde éstos están reclusos y que de-

111. ONTV: *Situación Actual de Donaciones* [en línea] <<http://www.ontv-venezuela.org/articulo-situacion-actual>>

112. *Unos 1.500 pacientes esperan por trasplante de riñón en el país.* Últimas Noticias, 29.02.12, pág. 2.1.

penden del financiamiento de este organismo. También exigieron renovar el contrato con estas residencias, vencido desde mayo de 2011, y mejorar la calidad de atención. Los familiares expusieron que “*los que están en estos hogares pagaron su Seguro Social y ahora que lo necesitan porque están viejos o con problemas mentales se les ignora*”. Por otra parte, “*las residencias necesitarían un aumento de al menos 40% para prestar un servicio óptimo, tomando en cuenta una inflación de 27%. El resultado es que se deteriora la calidad de atención que reciben las personas. Se compra menos comida y disminuye el personal*”. Adicionalmente, ante el desabastecimiento de medicinas se les exige retirar a los pacientes por la dificultad para controlarlos. Sobre esta situación explicó un familiar: “*Su función debería ser atenderlo*

y no obligarlo a salir. La solución que me da el IVSS es recluirlo en una clínica en Yaracuy. Mandarlo a Yaracuy es abandonarlo”¹¹⁴.

A esto se añade el déficit de médicos estudiando en los postgrados de Psiquiatría. “*Apenas tres aspirantes para 20 cupos fue el resultado del primer concurso de posgrado, periodo 2012-2013, para la especialidad de Psiquiatría. La situación no resulta nueva, pues para 2011-2012 fueron cinco los candidatos para 25 cargos ofertados, y en años anteriores fue solo uno quien se postuló*”. Los directivos del Hospital Psiquiátrico El Peñón revelaron que solamente pueden atender a 20 pacientes hospitalizados, de una capacidad de atención para 50, si tuvieran suficiente personal médico¹¹⁵.

113. Defensoría del Pueblo: Informe Anual 2011. Marzo 2012, págs. 110-111.

114. Delia Meneses. *Falta de medicamentos complica cuadros de pacientes psiquiátricos*. El Universal, 30.01.12, pág. 3-5.

115. Valentina Ovalles R.: *Atención psiquiátrica mengua por falta de personal*. El Universal, 18.11.12 [en línea] <<http://www.eluniversal.com/caracas/121118/atencion-psiquiatica-mengua-por-falta-de-personal>>

