

DERECHO A LA SALUD

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

Artículo 76 de la Constitución de la República de Venezuela

En 1998 se concretó la anunciada reforma del sector salud. Antes de que concluyera su mandato, la legislatura saliente aprobó la Ley Orgánica de Salud (LOS) –que deroga a la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud (LOSNS) y a la Ley Orgánica de Sanidad–; otorgó poderes especiales al Ejecutivo para aprobar, entre otras, la Ley Especial del Subsistema de Salud que integra el sistema de seguridad social –la cual regula el subsector de salud y es analizada en el capítulo referente a ese derecho–; y el Ministro de Sanidad presentó, una vez aprobado por Cordiplan, el proyecto de reestructuración del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (MSAS), que pasará a llamarse Ministerio de la Salud. Todo ello ocurre en el marco de un incontrolable repunte del dengue y de las enfermedades diarreicas, la debacle del sistema hospitalario, la consolidación de modelos de privatización de los centros públicos, el progresivo empobrecimiento de la población y el consecuente descenso de los indicadores relacionados con la pobreza.

El planteamiento que asume la salud pública como un servicio que debe “satisfacer” al usuario, y no como el desarrollo de los mecanismos que permitan el progresivo disfrute del derecho a la salud de los ciudadanos, es el punto de partida del actual proceso de reforma del sector. De acuerdo a la exposición que realizara el Ministro de Sanidad, Dr. José Félix Oletta, ante el Congreso de la República, con motivo de la presentación de la Memoria y Cuenta de 1997, el actual proceso de reestructuración de la salud pública hacia el nuevo Ministerio de la Salud se realiza tomando en cuenta: “1.- La satisfacción del usuario; 2.- El mejoramiento de la calidad, cobertura, eficiencia, eficacia y atención oportuna”¹. A pesar del precepto constitucional que establece el compromiso de brindar “protección de salud”, y la insistencia discursiva de las autoridades en el sentido de garantizar la salud, la reforma apuesta a la consolidación de un modelo discriminatorio de salud pública, del que están prácticamente ausentes las nociones de promoción y prevención de la salud, que se sustituyen por planteamientos de mercado, en que los principios del derecho, y por ende su vigencia, difícilmente pueden competir. Ello dictamina la exclusión de una proporción importante de la población que, dadas las condiciones económicas en que subsiste, ve suprimidas las posibilidades de acceder a la protección de salud.

Políticas de salud

Disponibilidad de recursos

Datos extraoficiales del MSAS referidos al porcentaje del Producto Interno Bruto (PIB) destinado a la salud en el año 19972 confirman el progresivo descenso de los recursos destinados al sector, que descendió de 1,1% en 1996 a 0,86% en 1997.

Gasto Público en Salud (recuadro #1)

Año	% del PIB
1992	2,63
1993	2,19

1994	2,01
1995	1,87
1996	1,1
1997	0,86

Fuente: BCV/OCEPRE: Comisión de Salud del Senado, D.G.S. Salud (MSAS).

En cuanto a 1998, el Ejecutivo solicitó al Congreso de la República un presupuesto para el sector de Bs. 1,3 billones para 1998, que fue reducido a Bs. 752 mil millones, lo cual significaba comenzar el año con déficit de Bs. 600 mil millones³. A comienzos de año, las autoridades sanitarias anunciaron que adelantarían las medidas necesarias para que el sector no se viera afectado por los recortes presupuestarios a nivel central. Mientras, el Director General del MSAS, Guillermo Seijas, reconoció que el despacho ya “...viene trabajando sobre un presupuesto insuficiente...”⁴. Finalmente, a lo largo de todo el año el sector ha sufrido las tensiones derivadas de un presupuesto a todas luces insuficiente, que obliga constantemente a la solicitud de recursos adicionales para solventar las inminentes crisis asistenciales. En abril, la Comisión de Finanzas de Diputados aprobó una partida extraordinaria de Bs. 13.322 millones para atender las deficiencias presupuestarias del MSAS, y Bs. 7.352 millones para cumplir con los compromisos laborales de las gobernaciones en el sector salud, en previsión de posibles conflictos derivados de incumplimiento laboral⁵. Menos de un mes después, el 24.05.98, el Ministro de Sanidad solicitó una nueva partida de Bs. 60 mil millones, adicionales a los Bs. 35 mil millones aprobados una semana antes, para cubrir el déficit arrastrado de Bs. 95 millardos. En diciembre, el Presidente de la Comisión de Salud de Diputados, Justo López, había afirmado que se solicitaría una ley de auxilio financiero para el sector en febrero: “*Es una ley a la que hay que darle urgencia, en vista de los graves problemas que presentan los centros asistenciales*”⁶. Sin embargo, dicha ley nunca llegó a discutirse, y las necesidades de auxilio financiero del sector a lo largo del año fueron atendidas en medida muy limitada por el Legislativo, con las consiguientes consecuencias para el sector y por ende para la vigencia del derecho.

La capacidad y disposición del Estado en la “*utilización lo más eficaz posible de recursos escasos para mejorar la salud de los ciudadanos*”⁷ tiene igual relevancia que la política misma de asignación de recursos. Si a un presupuesto insuficiente se le añaden importantes deficiencias administrativas en su gestión, la operatividad puede alcanzar niveles de inoperancia. En el transcurso del año, el MSAS se vio obligado a reintegrar Bs. 1.000 millones a la Tesorería Nacional por falta de ejecución del presupuesto anterior, y otros 2 mil millones por fallas en los procesos de adjudicación⁸. Por otra parte, el 19% de los compromisos de gastos y pagos revisados en el período oct. 96-sept. 97 fueron objetados por la Contraloría Interna del MSAS⁹. A su vez, existe un importante drenaje de recursos derivado de la falta de mecanismos de seguridad y control. El Ministro de Sanidad señalaba en julio su preocupación por el destino de Bs. 10 mil millones que se invirtieron en dotación hospitalaria a principios de año y que habrían prácticamente desaparecido, responsabilizando a los médicos por estos hechos,¹⁰ sin asumir la responsabilidad que como ente público tiene el MSAS de establecer sistemas adecuados de control de recursos, de manera de garantizar su correcta asignación y optimizar su rendimiento.

Descentralización: transferencia de problemas sin recursos

Uno de los elementos fundamentales del proceso de reforma del sector es la transferencia de los servicios a las gobernaciones y municipios. En 1997, la Dirección General del MSAS realizó una evaluación de los cinco primeros estados descentralizados, la cual “...demostró que se encontraban en un proceso intermedio inoperante, situación que recomendaba su reconducción”;¹¹ y que las principales dificultades estarían planteadas en torno a la transferencia de recursos humanos y de bienes e inmuebles. Simplicio Hernández, Presidente de la Comisión de Salud del Senado de la República, se refirió igualmente a “...los graves problemas derivados de los procesos de descentralización deficientes, donde se traslada al

personal pero no los recursos para enfrentar compromisos laborales..."¹². Sin embargo, a juzgar por los problemas presupuestarios que distintas entidades estatales han enfrentado a lo largo de 1998 para cumplir con sus compromisos en el sector salud, el objetivo de la Dirección del MSAS de "*corregir las fallas y llevarlo [el proceso] a términos en las condiciones más favorables*" no ha sido abordado con la suficiente rigurosidad. Ejemplo de ello son las situaciones siguientes:

- En el Edo. Monagas, el reajuste a nivel central redujo el presupuesto de salud de los Bs. 5 mil millones solicitados a Bs. 3 mil millones¹³.
- El Consejo Regional de Salud del Edo. Táchira solicitó Bs. 12 mil millones al nivel central, de los que se aprobaron Bs. 5 mil millones, arrojando un déficit de Bs. 7 mil millones¹⁴.
- En el Edo. Lara se solicitaron Bs. 28 mil millones y se aprobaron 18, arrojando un déficit de Bs. 10 mil millones¹⁵.
- La Gobernación del Edo. Carabobo solicitó Bs. 37 millardos y se otorgaron tan sólo Bs. 29 millardos¹⁶.

Por su parte, Domingo Franceschi, Presidente de la Comisión de Salud de la Asamblea Legislativa del Edo. Carabobo, afirmaba: "*El Gobierno nacional nos transfirió el problema de la salud, pero no transfiere la solución, por cuanto la solución está en adecuar las exigencias presupuestarias a la demanda existente, y más aún teniendo en consideración el colapso de la atención médica que antes prestaba la seguridad social*". De esta manera, "*el patrón del llamado 'desfinanciamiento' se repite al interior de las diferentes entidades federales*"¹⁷, reproduciéndose en niveles públicos de menor capacidad impositiva, que cuentan con reducidas opciones para dar respuesta tanto a las necesidades del sector como a las deficiencias derivadas del incumplimiento y negligencia del nivel central. Adicionalmente, las asignaciones del gobierno central "*presentan profundas inequidades, reforzando el proceso de deterioro de los servicios y de la atención a la salud en los estados más pobres. Para 1996, solo el Distrito Federal, Bolívar, Carabobo y Zulia, sobrepasaron el 10% en lo relativo a las asignaciones a salud provenientes del situado constitucional. El problema del déficit financiero en salud no se refiere solo a las deficiencias atribuibles al gobierno central, sino que se reproducen en las entidades federales mismas, magnificando las iniquidades previamente existentes*"¹⁸. Según denuncia del director de salud del Municipio Sotillo, Reynaldo Ochoa, la descentralización del sector salud en el Edo. Anzoátegui (uno de los procesos más cuestionados), ha significado una importante disminución de la inversión en salud, derivada en parte del desmesurado aumento de la nómina; para lo cual el mandatario local apuntaba como posible solución la marcha atrás del proceso¹⁹. Las notables deficiencias del complejo proceso de descentralización no se refieren tan sólo a la transferencia insuficiente de recursos. La Comisión de Administración de Servicios del Senado destacaba la falta de orientación del MSAS hacia las dependencias regionales y sus efectos negativos sobre el proceso²⁰. A su vez, la Oficina Central de Estadística e Informática (OCEI), al referirse a este proceso, afirmaba: "*este Estado dismantelado, sin capacidad para dirigir el proceso, no dio respuesta a las exigencias que planteaba el nuevo proceso*".²¹

Descentralización y privatización

En el marco de la desregularización que ha acompañado al accidentado proceso de descentralización, los estados "*comenzaron a buscar sus soluciones, sobre todo aquellas relacionadas con el financiamiento y comenzó un proceso de ampliación y profundización de la 'privatización' de los servicios públicos*"²² que continúa evidenciándose en las distintas modalidades de privatización y semiprivatización de servicios dependientes de las autoridades sanitarias. Las reformas de gestión hospitalaria que tienden a consolidar la autonomía de los centros asistenciales, sustentadas sobre la base del desarrollo del ejercicio de la participación y la optimización de la gestión administrativa, se producen de manera desarticulada y aislada, sin una rectoría ni base reglamentaria común, lo que favorece la implementación de medidas discriminatorias. La OCEI, al analizar el proceso de desarrollo de modelos de gestión, afirma que "*arroja un panorama heterogéneo, carente de sentido y dirección*". En el proceso de

promover la transformación de los modelos administrativos de los centros asistenciales, las propias autoridades avalan la desregulación no planificada. José León Uzcátegui, director de SuSalud D.F., al referirse a la descentralización de los servicios de salud y sus componentes, afirmaba: "... con el tiempo se determinará la figura de autogestión más adecuada, y no creo que concluya en una sola modalidad, sino que cada caso se adaptará a lo que más le convenga..."²³, mientras que en el Plan de Acción para 1998 de la Dirección Técnica de Servicios del MSAS, se establecía como meta: "*Investigación de los Nuevos Modelos de Gestión...*" y "... evaluación de los mismos en búsqueda de los más convenientes al proceso de reestructuración de [SIC] descentralización en el sector salud"²⁴. En el informe de la OCEI este proceso era abiertamente cuestionado: "*En los últimos años ha habido un creciente deterioro de la prestación de servicios por parte del sector público. Ninguna de las modalidades de privatización adoptadas ha podido mejorar esta situación y en los casos en que ello ha ocurrido, otros vicios han surgido como parte de la nueva gestión de dichos servicios y del clima social y político del país*"²⁵.

Así, en el Hospital Antonio María Pineda (Edo. Lara) las áreas de servicio han quedado reservadas por las tardes para aquellos pacientes que pueden costear todos los gastos de las intervenciones (en un modelo que llaman de "autogestión", y que incluye remuneración de médicos fuera de nómina), mientras que aquellos con menos recursos deben acudir por las mañanas (bajo la modalidad de recuperación de costos, la cual supuestamente incluye un estudio socio-económico y la posibilidad de exoneración)²⁶. El Dr. José Mata, representante del Consejo Directivo del H. Vargas (D.F.) afirma que "*el 80% de la gente que asiste a este hospital no puede pagar los servicios de salud*". Sin embargo, en el proyecto de convertir al actual Servicio Autónomo en una Fundación, se incluye un plan para ofrecer servicios a aquellas "... personas que no pueden pagar estos servicios en una clínica privada, por los altos costos, pero sí pudieran pagarlo en el hospital"²⁷. En el H. Central de San Cristóbal (Edo. Táchira) funciona un área semi-privatizada para pacientes con recursos, según lo reconoce Jorge Méndez, Gerente general de la Institución²⁸. El Dr. Vásquez, Jefe del Departamento de Cirugía, justifica este proceso explicando: "*Queremos ser capaces de autofinanciarnos, para no tener que suspender el servicio (...) por falta de insumos*".²⁹

La inadecuada interpretación por parte de las autoridades del proceso de autonomía de los hospitales queda igualmente evidenciada en las siguientes declaraciones del Ministro de Sanidad, Dr. José Félix Oletta: "*Estamos auxiliando a las instituciones que no son de Sanidad – Niños, Vargas, Maternidad y Magallanes– con 250 millones de bolívares trimestrales en materiales seleccionados por ellos*"³⁰. Esta afirmación muestra una de las tendencias a través de las cuales las autoridades centrales tienden a declinar la responsabilidad de asegurar el financiamiento de los hospitales descentralizados o bajo modalidades de autonomía de gestión, por cuanto se está considerando como un "auxilio" la garantía de un suministro mínimo de recursos.

Promoción de la salud y asistencia primaria

En enero del presente año, durante un acto de entrega de equipamiento médico en Barquisimeto (Edo. Lara), el Ministro de Sanidad declaró: "*La asistencia es parte del compromiso del ministerio, pero lo concerniente a la prevención y promoción de la salud es un reto fundamental para poder reducir las enfermedades que hoy tenemos*"³¹. Este planteamiento coincide con la doctrina sanitaria internacional y responde efectivamente a las necesidades de salud de la mayoría de la población, siendo que la pobreza y sus consecuencias se encuentran en el origen de los principales problemas sanitarios del país. Sin embargo, contrasta fuertemente con la realidad estructural de los planes y políticas de salud, así como con los procesos de reforma que se adelantan tanto desde el propio MSAS como desde las instancias legislativas. El presupuesto del nivel central destinado a actividades de promoción es prácticamente inexistente³², mientras que la reforma del sector virtualmente suprime de las políticas públicas la promoción de la salud. Al evaluar las causas de la creciente incidencia del dengue en Venezuela, la Dirección de Epidemiología destacaba: "*Un análisis de la situación nos refleja que el mensaje de la promoción de la salud no ha llegado a las comunidades*"³³. Sin embargo, es la propia política pública de promoción de la salud la que no llega efectivamente a las comunidades: la brecha social aumenta año tras año como

consecuencia directa de las políticas públicas, mientras que se reducen los escasos recursos destinados a políticas de promoción.

La tarea postergada de recuperación de la red ambulatoria puede comenzar a convertirse en una realidad, en parte por la necesidad de encontrar salidas al colapso hospitalario (que a su vez viene condicionado por el anterior abandono de la infraestructura y políticas de asistencia primaria). Tanto a través del componente de rehabilitación física y equipamiento del Proyecto Salud, como desde el esfuerzo de distintas gobernaciones en el marco de la descentralización, se están dando pasos en ese sentido, que deben ser más enérgicos y se deben mantener en el tiempo. En cualquier caso, es difícil compartir el optimismo del Ministro de Sanidad al afirmar que mediante la dotación de 303 ambulatorios en todo el país *"vamos a completar una red este año suficientemente sólida para atender a todos los venezolanos"*³⁴.

De los 128 ambulatorios con que cuenta la red del D.F., 16 presentan condiciones adecuadas, y no se cuenta con recursos para dotar a un número mayor³⁵. Existe la intención de convertirlos en ambulatorios modelo para el año 1999, y progresivamente, de acuerdo con la disponibilidad de recursos, continuar recuperando el resto. Desde los ambulatorios es posible *"mejorar la calidad de vida de los usuarios, al dar énfasis a la prevención de enfermedades, la promoción y educación para la salud"*³⁶, pero para ello se debe ir más allá de las palabras y mantener un esfuerzo sostenido que garantice además de su recuperación puntual, su dotación y mantenimiento permanentes. Sólo la continuidad en el tiempo de los programas de asistencia primaria producirá logros reales sobre los niveles de salud de la población destinataria.

En el Edo. Aragua, la descentralización está arrojando algunos frutos positivos gracias a un enérgico cambio en el modelo administrativo. Si bien incluye la promoción de modelos de gestión discriminatorios, que fueron justificados por el Director de Corposalud Aragua sobre la base de una estructura impositiva deficiente y la falta de recursos para brindar asistencia gratuita³⁷, se está desarrollando un modelo positivo de asistencia primaria a través de los Núcleos de Atención Primaria (NAP), de los que funcionan en la actualidad 80. A través de los NAP, un equipo mínimo compuesto por un médico y una enfermera –que deben ser validados periódicamente por la comunidad en la que están insertos–, realizan actividades básicas de prevención y promoción a un costo mínimo. Esta iniciativa, junto con el fortalecimiento de la red ambulatoria, podría permitir en poco tiempo el rescate para los aragüeños de un modelo de salud tan necesario como abandonado.

Medidas legislativas: desmantelando el derecho a la salud

En el presente período se produjeron dos momentos de importancia en el prolongado proceso de reforma del sector salud. Por un lado, el Congreso de la República sancionó la nueva Ley Orgánica de Salud (LOS)³⁸ –que deroga a la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud (LOSNS) y a la Ley Orgánica de Sanidad; por otro, el Ministro de Sanidad presentó el proyecto de reestructuración del MSAS, que pasará a llamarse Ministerio de la Salud. Ambos proyectos pretenden cubrir las deficiencias en términos legislativos y administrativos que ha producido el proceso de descentralización.

Además se planteó la aprobación de una Ley de Enfermedades de Transmisión Sexual, y continuó la polémica en torno a la Ley de Medicamentos, cuya sanción fue una vez más postergada. A pesar de haber sido ampliamente debatida, sigue siendo obstaculizada por el sector industrial, fundamentalmente a causa de factores ligados a medidas que facilitan la accesibilidad de los medicamentos: la reserva de control oficial de precios, el control en la fabricación de genéricos y la opción del Ejecutivo para autorizar importaciones si la producción nacional no cubre la demanda de genéricos³⁹. Tanto el gremio médico como la Federación Farmacéutica Venezolana (Fefarven) defienden la urgente aprobación de esta ley. A juicio de Edgar Salas Jiménez, presidente de Fefarven, el texto legal permite dejar fuera de los mecanismos de mercado a un sector de primera necesidad⁴⁰.

Reestructuración del MSAS: hacia una gestión sin salud

Uno de los elementos más ampliamente discutidos ha sido la necesidad de reestructurar el nivel central, para acomodarlo al cambio de roles en el marco de la descentralización. Para ello se han venido diseñando múltiples planes, pero recién ahora, cuando se han transferido de manera irregular los servicios de salud hacia al menos 16 gobernaciones, el gobierno asume la remodelación de la estructura del MSAS y la consecuente reducción de plantilla.

Con este objetivo se presentó el Proyecto de Reorganización y Reestructuración del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social⁴¹, el cual es básicamente un proceso de reducción del aparato ministerial –cuya plantilla está previsto que pase de más de 5 mil a menos de 1.500 en los próximos dos años⁴²– y sus funciones. En el texto se afirma que *“la crisis [...] no radica tanto en el estado de la salud sino en el sistema de servicios de la salud”*⁴³, siendo que *“a partir de este hecho, se inicia la Reforma del Sector”*, que incluye la descentralización, la definición de nuevos modelos de gestión y financiamiento y, como consecuencia, la transformación del MSAS.

La misión establecida para el nuevo Ministerio de la Salud apunta a una deformación de sus funciones que facilita la consolidación del proceso de desmantelamiento de la estructura de protección de la salud, al identificar la garantía del derecho con la prestación de servicios: *“garantizar el derecho a la salud de los venezolanos ejerciendo su rectoría, para que la obtención de los servicios requeridos por la población sean de calidad y equitativos, haciendo efectiva la participación activa y solidaridad de la sociedad civil”* (énfasis añadido). Igualmente se establece el nuevo organigrama del ente central, del que desaparece la Dirección de Promoción Social para la salud, en momentos en que los indicadores que deben ser intervenidos desde dicha unidad muestran un descenso pronunciado. Algunas de las nuevas direcciones apuntan a consolidar la visión del Estado como un prestador de servicios en el *“mercado de la salud”*. (Oficina de Garantía de Calidad y Satisfacción de los Usuarios, Oficina de Oferta de Servicios, Promoción de Servicios). Efectivamente, el Ministerio de la Salud *“pasa a comportarse como la tecnoestructura o Alta Dirección de una gran empresa”*, destinada a prestar servicios a un hipotético usuario, en lugar de garantizar a todos los ciudadanos la vigencia del derecho a la salud. A pesar de que entre las funciones del Ministro se encuentra garantizar el acceso universal a los servicios, así como asegurar la provisión de servicios a los grupos vulnerables, el documento no desarrolla los mecanismos que lo permitan y, adicionalmente, la LOS establece mecanismos discriminatorios que afectan la universalidad de la salud.

La LOS: regulando el “mercado” de la salud

Poco después de la aprobación en 1987 de la LOSNS –cuya puesta en práctica apuntaba a su vez a una profunda reforma del sector– se venía discutiendo la necesidad de sustituirla por una ley que no colidiera con el proceso de descentralización tal y como se estaba planteando. La LOS supuestamente responde a la nueva realidad del sector, regulando la organización, funcionamiento, financiamiento y control de la prestación de los servicios de salud en el marco de la descentralización, bajo los principios de adaptación científico-tecnológica, de continuidad y de gratuidad (Art. 1). Entre los principios rectores contemplados (Art. 3), se encuentran la universalidad –que es entendida como el derecho a acceder y recibir los servicios públicos de salud, confundiendo la salud con la prestación de servicios–, y la participación ciudadana –que se reduce a la programación de servicios de promoción y saneamiento ambiental, y a la gestión y financiamiento de los establecimientos de salud, quedando fuera la participación en el diseño y el control y evaluación de las políticas. Otro principio es el de calidad, que apunta al desarrollo de mecanismos de control de calidad en la prestación de los servicios, con lo que se ahonda en la visión asistencialista de la salud, a la que los nuevos proyectos sujetan adicionalmente al mercado de capitales. Adicionalmente, la LOS establece los derechos de los “pacientes” pero no menciona –ni protege– el derecho a la salud de los “ciudadanos”.

La LOS incluye el reconocimiento de la obligación del Estado venezolano en la regulación, promoción, vigilancia y protección de la salud pública como condición indispensable para el desarrollo humano, pero sólo desarrolla con precisión lo relativo a los servicios de salud, así como consolida el desprendimiento de obligaciones estatales en los mismos. A saber:

- Los establecimientos públicos de atención médica pueden asumir la figura jurídica de asociaciones, sociedades y fundaciones públicas (Art. 35), contemplándose la obtención de beneficios económicos en las actividades desarrolladas (Art. 46), con lo cual se legitiman los procesos de privatización.
- La prestación de servicios de salud pasa a estar sujeta a sistemas tarifarios (Art. 49), así como se enuncia como derecho del paciente exigir la correcta facturación ante la administración del establecimiento público de atención médica. A su vez, la gratuidad aparece como principio meramente retórico, dado que no es ni definido ni desarrollado como obligación en el articulado.
- Los centros asistenciales serán financiados de acuerdo al rendimiento, lo que significa que el criterio para la asignación de recursos está sujeto a los montos de facturación, en lugar de a las necesidades de la población beneficiaria. De igual manera, el financiamiento regional depende del desarrollo socio-económico de la entidad (Art. 51). Ello resulta discriminatorio para los sectores de población con menores recursos, así como para los estados y municipios más rezagados.

En definitiva, la reforma desarrollada responde al planteamiento que entiende que el Estado debe ser un competidor más en un mercado de la salud regulado exclusivamente por principios financieros, y para ello tiene que adecuar sus funciones en el sentido de reducir su papel en la vigencia del derecho a la salud a un mero prestador de servicios. De esta manera, se dictamina la exclusión de amplios sectores de la población, que no cuentan con los recursos para acceder a la seguridad social ni para ser “usuarios” de un sistema tarifado.

La reforma y la participación

La participación se viene presentando desde hace años como uno de los elementos necesarios de la reforma. Sin embargo, el Estado ha mostrado una vez más su interpretación limitada y excluyente de la misma desde el propio proceso de diseño de sus instrumentos fundamentales. De las 11 instituciones y organizaciones que participaron en el diseño de la LOS, dos formaban parte de la comisión que inicialmente elaboró el anteproyecto de ley (MSAS y Consejo de Salud de la República) y otras dos son parte igualmente del Poder Ejecutivo (Corposalud Aragua y el IVSS). La relevancia de las restantes es indudable –gremios, sindicatos y sociedades–, pero es notoria la ausencia de Organizaciones No Gubernamentales del sector social y de organizaciones que representen a sectores afines al sector salud pero diferentes a los involucrados en el proceso de restitución de la salud. Adicionalmente, al menos una de las organizaciones gremiales mostró disconformidad con el proceso, así como con el texto final de la ley.

Con respecto al Plan de Reestructuración del MSAS, tanto la Directora de Promoción para la Salud como la Dirección de Epidemiología⁴⁴ han criticado el proceso de diseño del proyecto, por haber sido realizado de manera inconulta y haber sido presentado ante las direcciones cuando ya estaba concluido y aprobado por Cordiplan.

Situación de la salud

Equidad, gratuidad y no discriminación

A pesar de que la equidad se sitúa invariablemente como uno de los ejes de las políticas de salud, para 1997 “*la tendencia regresiva y la inequidad en la distribución de los ingresos*” no varió⁴⁵, lo que significa que –como producto de las políticas económicas– continúa acentuándose la brecha social. Por un lado, el gobierno cifra en los programas sociales de la Agenda Venezuela los esfuerzos para paliar los efectos de la crisis y el ajuste; por otro, los propios programas sociales sufren recortes progresivos, que en algunos casos pueden provocar su virtual desaparición, como es el caso de los programas de nutrición. Ronald Evans, Director del Instituto Nacional de Nutrición (INN), denunció que “*en estos momentos estamos afectados por reducciones presupuestarias que [...] de producirse en la magnitud que se nos ha dicho estarían condenando al INN al cierre de sus instalaciones a partir de 1999*”⁴⁶. En 1997 se destinó el 1,2% del PIB a la “agenda social”⁴⁷ cuando el compromiso del gobierno era invertir el 2%. En cualquier caso, “*los subsidios sólo raramente –y tal vez nunca– pueden sustituir a la amplia variedad de prestaciones asociadas con los derechos económicos, sociales y culturales*”⁴⁸. Adicionalmente, los indicadores de ejecución no garantizan que los programas compensatorios estén beneficiando a los sectores más necesitados, es decir, a la población en pobreza crítica. En el mes de octubre se produjo una intoxicación masiva en el D.F. que afectó a 462 niños beneficiarios del Programa de Merienda Escolar, que puso igualmente en entredicho los mecanismos de control de los programas de subsidio, así como la idoneidad de los sistemas de adjudicación: la empresa que distribuía las meriendas no contaba con permiso sanitario y operaba en instalaciones no acondicionadas para la elaboración de alimentos.⁴⁹

El 22.01.98 en Barquisimeto (Edo. Lara), el Ministro de Sanidad, Dr. José Félix Oletta, asumió públicamente el compromiso de garantizar la gratuidad de la salud en los centros asistenciales dependientes del Ministerio de Sanidad, mediante la inminente publicación de una resolución prohibiendo el cobro en los hospitales del país, así como reglando las “*contribuciones*”, que en ningún caso serían obligatorias. El Ministro fue explícito en sus planteamientos, al afirmar: “*Los servicios que se prestan en los hospitales públicos deben ser gratuitos para todas las personas que no tengan recursos. No hay razón para cobrar a quienes no tienen capacidad de pago cuando el estado está realizando inversiones para favorecer a los sectores desfavorecidos*”, añadiendo que “*...no puede haber cobro compulsivo, ni anticipado para ninguno en la prestación de servicios públicos dependientes del Ministerio de Sanidad, ya que no es aceptable que exista este tipo de impedimentos, aun más cuando se trata de emergencias. Queremos que la población conozca las directrices del Ministerio*”⁵⁰. Este compromiso fue posteriormente ratificado en comunicación escrita a Provea, firmada por el Ministro con fecha 16 de abril, según la cual dicha normativa estaría lista para ratificación en la brevedad⁵¹. Cinco meses después, el Ministro, de nuevo en visita a Barquisimeto, y al ser preguntado por el cobro, ratificó que “*Solo a través de las colaboraciones voluntarias se justificará el cobro de alguna actividad*”, añadiendo que “*...no deben producirse cobros compulsivos de servicios*”⁵². Ocho meses después, y a pesar de haber sido instado desde múltiples espacios de la sociedad civil para cumplir con dicho compromiso⁵³, no existe ninguna regulación al respecto⁵⁴, se siguen produciendo cobros compulsivos y discriminatorios en casi todos los centros de salud dependientes del MSAS (incluidos ambulatorios); las autoridades no han realizado ningún tipo de esfuerzo comunicacional –tanto hacia las comunidades como hacia el personal administrativo que gerencia los fondos de recuperación de costos– para frenar dicha tendencia; y adicionalmente, la LOS, que ha sido promovida por el propio MSAS, establece por ley el cobro de la prestación de servicios.

Tras realizar una exhaustiva crítica del modelo de financiamiento vigente, el Director de SuSalud D.F. contradice el compromiso adquirido por el Ministro, al afirmar que el modelo propuesto desde su gestión apunta a que “*en los hospitales públicos y semi-públicos se cobre, que cada quien pague de acuerdo a sus posibilidades económicas y para aquellos en situación de pobreza crítica, el Estado garantizará su salud*”⁵⁵. La naturaleza de los derechos humanos apunta a la garantía universal, en la medida en que todo ser humano es sujeto de dichos derechos. Por ello, la relativización de las responsabilidades del Estado en cuanto al alcance de la cobertura que debe brindar para garantizar el derecho a la salud, entra en abierta contradicción con los compromisos del Estado venezolano. El Dr. Uzcátegui amplía su concepción restringida del derecho al especificar cuáles son los servicios que debe costear el Estado: “*toda emergencia, toda vacuna, el saneamiento ambiental deben ser gratuitos*”. Estos planteamientos muestran por un lado las contradicciones a las que está dando lugar la

descentralización, a la vez que cuestionan la capacidad rectora del nivel central en un aspecto de relevancia fundamental como lo es la accesibilidad al sistema de salud.

VIH/Sida ante la Corte Suprema de Justicia

El pronunciamiento de la Corte Suprema de Justicia (CSJ) a favor de 4 afectados por el VIH/Sida en el Ejército supuso un logro importante en la lucha contra la discriminación asociada a esta enfermedad. La sentencia considera violados los derechos a la vida privada y a la salud de los demandantes, y obliga a las autoridades militares a realizar campañas de sensibilización acerca de los daños y riesgos asociados a la enfermedad. Sin embargo, reproduce en parte los patrones de discriminación habituales, al desestimar la violación del derecho al trabajo y al no pronunciarse acerca de la discriminación de la que fueron objeto los demandantes.

Igualmente se lograron pronunciamientos favorables en cinco amparos contra el IVSS (145 amparados en total) y uno contra el MSAS (23 amparados), relacionados con la entrega gratuita de medicamentos a afectados sin medios económicos. La CSJ falló favorablemente en todos los casos. El IVSS tendió inicialmente a favorecer solamente a los afiliados con amparo constitucional para la entrega de los medicamentos retrovirales, pero para julio de este año abrió procesos de licitación para cubrir actualmente a los 450 trabajadores afiliados al sistema que viven con VIH/SIDA. Por su parte, el MSAS alegó que carecía de los recursos necesarios para cumplir la sentencia, y que solicitaría ante el Congreso partidas extraordinarias para cumplir con el mandato de la CSJ.

Para la redacción de este recuadro Provea contó con el apoyo de la ONG Acción Ciudadana Contra el Sida (ACCSI). Todas las acciones de amparo mencionadas fueron introducidas ante la Corte por ACCSI.

En casos que ameritan hospitalización, se hace especialmente evidente no sólo la violación a un principio esencial del derecho, sino igualmente la inconsistencia financiera de no garantizar la asistencia gratuita. Denis NAVEDA (28) permaneció dos meses hospitalizado en el H. Vargas, a la espera de un clavo de Bs. 350 mil que debía costearse él mismo⁵⁶. Juana EVANGELISTA llevaba 9 meses hospitalizada en el H. Lídice a la espera de una intervención, por falta de recursos su problema se vio agravado por contaminación recurrente del quirófano⁵⁷. Sobre esta situación, José Germán Medina, Jefe del Servicio de Traumatología y vicepresidente de la Sociedad de Traumatología, afirma: “*El promedio de estancia en la institución no debería superar los 5 días, pero como no hay insumos, los enfermos pueden estar hasta 3 meses mientras la familia los consigue*”⁵⁸. Adicionalmente, el Dr. Medina se refiere a las causas de lo que podría calificarse como mala praxis institucional: calcula que 3 de cada 10 individuos que ingresan con fractura quedan inutilizados por falta de recursos para costearse los materiales e insumos de la intervención. “*Nosotros contamos con lo mínimo, que son los famosos clavos que se ponían hace 50 años, una técnica que ha quedado proscrita por anticuada, y que no resuelve ni 2% de los pacientes que tenemos en sala*”⁵⁹. Si los cálculos que ofrecen las autoridades sobre el costo de cama/día en un hospital público son acertados, al Estado le está saliendo extremadamente costoso mantener hospitalizados a este tipo de pacientes en lugar de ofrecer la asistencia gratuita, habida cuenta de su dificultad para lograr los recursos para operarse.

Prevención y tratamiento de enfermedades

Las campañas de vacunación de 1997 arrojaron en todos los casos un descenso significativo en los indicadores de cobertura con respecto a los dos años anteriores. Ello significa un retroceso en los logros en materia de salud preventiva que de nuevo evidencia la disociación existente entre el discurso de las autoridades y las políticas y recortes implementados. Si se toma en cuenta que las autoridades tienen el compromiso de aumentar progresivamente las inmunizaciones hasta lograr una cobertura del 100%⁶⁰, y que “...en el esquema vigente del MSAS, todo menor de 1 año debe recibir BCG, Antipolio oral y Triple [y] al año debe recibir Antisarampión”⁶¹ se hace evidente un orden de prioridades no acorde con el logro de salud mínimo, máxime dada la existencia de múltiples iniciativas internacionales para apoyar los esfuerzos en ese sentido de países en vías de desarrollo. Para el caso concreto del Edo. Lara, “el 44% de los niños se están quedando sin vacunar”, según apreciación de Eleazar García, Director de Salud regional⁶².

Cobertura de inmunizaciones 1995-97 (recuadro #2)

Vacunas	1995	1996	1997
Triple	68%	70,4%	56,6%
Antipolio	85%	87,5%	72%
Antisarampión	67%	3,2%	70%
BCG	92%	91,6%	86,5%

Fuente: MSAS/OPS

El aviso que el MSAS publicó en la prensa nacional el 12.09.98 acerca del logro que supone la casi total erradicación del sarampión de la geografía nacional venía encabezado con la siguiente frase: “*La medicina preventiva gana otra batalla*”⁶³. Si bien dicho logro —que se suma al alcanzado con respecto a la poliomielitis en 1994— es de celebrar, y su realización está relacionada con las campañas masivas de vacunación emprendidas con apoyo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), no es menos cierto que las condiciones socio-sanitarias del país no han cambiado, lo que relativiza estos logros y posibilita su potencial reversión.

Con respecto a las cifras de ejecución del Programa de Suministro de Medicamentos (Sumed), para 1997 mostraron mejoras relativas: el nivel de ejecución se situó en el 55%⁶⁴, frente al 10% del año anterior, cubriendo un total de 1 millón 800 mil personas de una meta inicial de 3 millones⁶⁵. Con respecto a 1998, se destinaron al igual que en 1997 Bs. 5 millones, lo que significa un recorte en la capacidad potencial de incidencia. Fefarven denunció la deficiente política pública de promoción de genéricos, así como incumplimiento en los pagos⁶⁶ e irregularidades en la ejecución de los recursos⁶⁷. De acuerdo a la Cámara Venezolana de Farmacias, el Sumed habría subsanado estas deficiencias debido a los efectos de la caída en la demanda de medicamentos (producida a su vez por la creciente alza de precios, que ronda el 40% en los últimos dos años)⁶⁸.

Por otra parte, un informe de la Comisión de Salud del Senado denunciaba el posible desmantelamiento del Plan de Colonias Psiquiátricas Nacionales a través de los procesos de descentralización⁶⁹. Meses más tarde, nueve institutos psiquiátricos del Edo. Zulia (en los que

residen más de mil enfermos crónicos e indigentes, referidos por el MSAS) introdujeron un Recurso de Amparo contra el Ministro de Sanidad ante la CSJ, dado que desde enero de 1998 el MSAS había cesado de transferir los recursos necesarios para su manutención⁷⁰. En su sentencia, la CSJ obligó al MSAS a renovar el contrato y pagar retroactivamente: *“Al no haber asumido integralmente el cuidado y atención de los enfermos mentales, atentó frontal e inexcusablemente contra dos derechos fundamentales como son la vida y la salud”*. Paradójicamente, en su defensa el MSAS calificó a dos de los centros como violatorios de los derechos de los pacientes, lo cual hasta ese momento no había sido motivo suficiente para no referir más pacientes⁷¹.

En todo caso, y siempre que se diseñen adecuadamente modelos de atención ambulatoria con la subsiguiente inyección de recursos, sería positivo que los planes anunciados por el Director de SuSalud D.F. en las Jornadas Regionales de Salud Mental se concreticen en el tiempo: *“Lo primero que estamos discutiendo es la eliminación del esquema del manicomio para tratar enfermos mentales [...] Los tratamientos que se aplican actualmente permiten que estos enfermos puedan ser tratados desde sus casas, en colaboración con su familia y la comunidad”*⁷². Sin embargo, la misma autoridad afirmaba meses después: *“...no tenemos ninguna intención de cerrar [los Psiquiátricos dependientes del D.F.], porque no contamos con terapias alternativas ni otras propuestas...”*⁷³. Durante el período se conocieron denuncias acerca de las deplorables condiciones en que recibían atención de salud mental los pacientes de la Colonia Psiquiátrica Anare (D.F.) –maltrato y mala alimentación⁷⁴–, el centro de salud mental El Peñón en Baruta (Edo. Miranda) y la Colonia Psiquiátrica de Bárbula (Edo. Carabobo)⁷⁵.

Asistencia a la salud

Si bien durante el presente período el sistema asistencial no sufrió una crisis hospitalaria de las dimensiones de los dos años anteriores, el abandono de la infraestructura mantiene un ritmo progresivo, y se ha convertido en una característica estructural del sistema asistencial. Se repiten los colapsos temporales en distintos hospitales derivados de fallas crónicas de mantenimiento; a lo largo del período, y de acuerdo a registro hemerográfico realizado por Provea, al menos 28 hospitales de todo el país enfrentaron en algún momento situaciones críticas que significaron un considerable deterioro de las condiciones de atención –y en algunos casos la paralización de servicios. A su vez, persisten en múltiples centros cierres técnicos de servicios concretos. A pesar de la evidente y cada vez más perentoria necesidad de rescatar la capacidad operativa de los hospitales, la Fundación para el Mantenimiento de la Infraestructura Médico-Quirúrgica (FIMA) –órgano encargado de realizar tareas de mantenimiento e infraestructura–, recibió para 1998 una asignación 28% menor que la del año anterior, algo más de la tercera parte de los recursos solicitados⁷⁶. Casi el 40% de los recursos de FIMA se destinan al mantenimiento correctivo, *“debido al nivel de deterioro que presentan la infraestructura y los equipos”*⁷⁷.

En los últimos meses de 1997, la red hospitalaria del D.F. se mantuvo al borde del colapso, y múltiples fueron los avisos de inminente cierre técnico de numerosos hospitales. A pesar de las inyecciones de recursos, la crisis volvió a repetirse en mayo, cuando el propio Director de SuSalud D.F. advirtió del cierre inminente si no se ofrecían recursos extraordinarios por Bs. 66 millones⁷⁸. Tres días antes, en una reunión con el Fiscal General Iván Darío Badell, el titular del MSAS se refería a los hospitales afirmando que *“tienen una alta condición de servicio”*. A su vez, el Fiscal General afirmó: *“...hay deficiencias de todo tipo [...] si no se cumple con el deber de prestar el servicio a la salud, por supuesto que hay una violación a los derechos humanos de los ciudadanos venezolanos”*, pero sin embargo descartó acudir a la CSJ para buscar una solución judicial a la violación sistemática del derecho a la salud, calificando el colapso hospitalario como *“un problema de desorden”*⁷⁹. Esta actitud del Fiscal General contrasta fuertemente con su inmediata disposición a resguardar el derecho a la salud durante la protesta gremial de septiembre⁸⁰.

En junio, la Federación Médica Venezolana (FMV) hizo públicos los resultados de 16 inspecciones judiciales en salas de emergencia de todo el país; prácticamente ninguno de los hospitales evaluados reunía las condiciones mínimas de funcionamiento. En el H. Miguel Oraa de Guanare, por ejemplo, *“el juez pudo apreciar durante la inspección cómo se atendieron catorce partos con un tobo de agua”*⁸¹.

En julio, el Ministerio Público dio a conocer los resultados de las 184 inspecciones hospitalarias que realizó entre los meses de mayo y junio en centros de todo el país, adscritos tanto al MSAS como al IVSS. De dicha evaluación, *“...se determina que entre las principales fallas que aquejan a los gremios del sector salud se encuentra el deficiente funcionamiento de las áreas de emergencia, la falta de mantenimiento preventivo y la conservación de los equipos médicos...”*, e igualmente *“...se dejó constancia de la insuficiencia en la mayoría de los centros de dotación de insumos...”*⁸². El presidente del IVSS calificó las observaciones de la Fiscalía como *“viejas”* y el Ministro de Sanidad afirmó: *“La información del Fiscal no está actualizada”*⁸³. Sin embargo, un análisis de la situación hospitalaria de los últimos cinco años arroja sistemáticamente ese diagnóstico para el conjunto de la estructura de protección de la salud, como efecto de la política deliberada de abandono del sector.

Si un aspecto fundamental para entender el desmantelamiento progresivo de la estructura asistencial en Venezuela es la orientación del gasto y el progresivo desfinanciamiento del sector, el otro hay que situarlo en la orientación de la gestión: *“El deterioro político-administrativo de la gestión de la salud en Venezuela, especialmente el que existe en el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (MSAS) y el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS), han determinado un grave nivel de deterioro en muchas de las instalaciones públicas de los servicios de salud”*⁸⁴.

La hora cero

Una vez más, el sector salud se vio afectado por continuos conflictos laborales, cuyas principales causas se centran en incumplimiento de compromisos contractuales, negociaciones salariales y crítica situación hospitalaria. Se produjeron paros de distinta envergadura protagonizados por los gremios de enfermeras, radiólogos, bioanalistas y odontólogos, y por trabajadores y obreros, que supusieron en muchos casos la paralización total de actividades. Sin embargo, al igual que en años anteriores, el conflicto de mayor relevancia fue el protagonizado por los médicos del D.F. y otros estados, que –tras meses de frustradas negociaciones– terminaron optando por la máxima expresión de la protesta: la “hora cero”, con el consiguiente abandono del servicio de emergencias. El planteamiento de las autoridades se centró en la falta de recursos para cumplir con las exigencias salariales del gremio, la supuesta normalidad en los centros hospitalarios y, en relación a la exigencia gremial de abandonar los proyectos legislativos de salud en su actual formulación, la inconveniencia de incluir reivindicaciones políticas en los conflictos laborales.

El gremio –principalmente a través del Colegio de Médicos del D.F., uno de sus órganos de representación más relevantes– desarrolló estrategias tendentes a la denuncia de la situación hospitalaria, y presentó a lo largo del período varias propuestas para aliviar la crisis del sector y a la vez evitar el conflicto frontal, que finalmente no fueron tomadas en cuenta con la suficiente determinación por las distintas autoridades a las que se acudió. Algunos elementos de este proceso fueron:

- Solicitud de una Ley de Emergencia Financiera para el sector salud que permitiera solucionar la crisis hospitalaria.
- Inspección judicial de centros hospitalarios para demostrar incumplimiento de mínimas garantías para brindar atención.
- Diversas solicitudes de intermediación del Ministerio Público como órgano garante y vigilante del respeto al derecho a la salud.

- Solicitud de intermediación al Congreso de la República a través de interpelación y posible destitución del ministro “...para que la situación no se complique hasta niveles incontrolables...”⁸⁵

- Oferta de congelar las reivindicaciones salariales si el Congreso de la República frenaba la aprobación de leyes del sector que atentan contra la vigencia del derecho.

Finalmente, y después de una tensión creciente entre las partes –que incluyó paros escalonados a partir del mes de mayo–, a comienzos de septiembre se dio la “hora cero” en varios estados (no secundada por la FMV), siendo las reivindicaciones: el desacuerdo con las propuestas salariales, la garantía de dotación y equipamiento y la denuncia de los proyectos legislativos del sector⁸⁶. La huelga se prolongó por 17 días y concluyó a través de la aceptación condicionada de un decreto de laudo arbitral, que habrá de presentar sus propuestas para el mes de octubre o noviembre. La voluntad poco flexible de negociación por parte de las autoridades y la respuesta de criminalización de la protesta que privó en las estrategias del gobierno –que incluyó la publicación y reparto de comunicados difamatorios y descalificadores, la amenaza de penalización del ejercicio del derecho a huelga, la apertura de expedientes a los médicos del H. de Lídice, y exabruptos como la siguiente aseveración, realizada por el Director de SuSalud D.F., José León Uzcátegui: “no atender a un paciente [...] es merecedor de la pena capital”⁸⁷, no hacen más que poner en evidencia la incapacidad para abordar el conflicto desde una perspectiva constructiva, que busque solventar la crisis permanente del sector en sus mismas causas: desfinanciamiento, desmantelamiento de la estructura de protección, diseño e implementación deficiente de las políticas sociales y en particular de salud.

Asistencia: otros factores

Nuevamente cobró relevancia la problemática asociada a los efectos de la mala praxis médica, dada la movilización de distintas organizaciones que luchan por lograr el rescate de la ética profesional y el logro de justicia en casos particulares⁸⁸. La crítica situación de abandono de la mayoría de los centros hospitalarios públicos coloca a los profesionales de la medicina en situaciones laborales de elevada dificultad, lo que repercute en el rendimiento de su labor y en el clima ético de los centros asistenciales. Según el Presidente saliente del Colegio de Médicos D.F., Dr. Carlos Guédez, 90% de los casos que se presentaron en hospitales públicos estaban directamente relacionados con la falta de las condiciones mínimas para atender al paciente. En cualquier caso, la responsabilidad de esta situación recae fundamentalmente en las autoridades, dado su compromiso con el desarrollo de medidas de protección de la salud y la falta de acciones definitivas para mejorar la situación de los centros de atención⁸⁹.

Tras sufrir traumatismo craneal, Angela BLANCA (51) fue trasladada en 7 ocasiones entre 6 hospitales diferentes en una sola noche, sin recibir atención, por falta sucesiva de tomógrafo, neurólogo y cama de terapia intensiva⁹⁰. El coordinador de hospitales del D.F., Valmore Quintero, apuntaba una de las principales causas de este incidente: los estándares internacionales establecen que entre el 5% y el 7% de las camas deben ser aptas para terapia intensiva, mientras que en el D.F. sólo se destina el 1,3%⁹¹.

Indicadores de morbilidad y mortalidad

Como en anteriores oportunidades, Provea denuncia la marcada tendencia de la Memoria y Cuenta del MSAS de reducir la información a una mera descripción de programas, con escaso recuento de actividades, y la casi total ausencia de análisis cualitativo e información cuantitativa sobre la situación de salud, tendencia agudizada en las dos últimas ediciones de la Memoria. Ello afecta seriamente la capacidad de evaluación de los efectos de las políticas y programas de salud, así como la credibilidad de las autoridades hacia el supuesto rescate del papel de rectoría del nivel central.

En la Memoria y Cuenta de 1997, la Dirección de Epidemiología del MSAS subrayaba “*la productividad de los planes de acción tendientes a prevenir las enfermedades endémicas y [...] reemergentes*”. Sin embargo, esta productividad no parece haberse reflejado en un descenso de las cifras de incidencia de algunas de las enfermedades a las que combaten dichos planes de acción. Efectivamente, “*Venezuela habría logrado ser un país sin malaria, sin dengue, casi sin sarampión, sin polio y con bajísimos índices de tosferina hasta que comenzó a deteriorarse la calidad de vida, creció la pobreza, bajó el acceso de la gente a la educación y colapsaron los servicios públicos*”⁹².

En 1997 se registraron 33.531 casos de dengue, con el resultado de 40 muertes, lo que casi triplica la cifra del año anterior. En cuanto a 1998, la situación “*indudablemente es crítica*”⁹³, para la última semana de septiembre se había alcanzado la cifra de 28.900 afectados lo cual, comparado con los 11.891 casos hasta la misma semana del año anterior, evidencia un alarmante aumento en los registros. Los estados más afectados son D.F. (con 25% de los casos), Mérida (14%) y Zulia (10%).

Cifras del dengue (recuadro #3)

1994	1995	1996	1997	1998
10.659	32.280	8.223	33.531	28.900

(Hasta sept.)

Fuente: MSAS

De acuerdo a la Dirección de Malariología del MSAS, “*la enfermedad no ocupa el lugar de prioridad por lo que las acciones emprendidas son marcadamente tardías y no eficientes traduciéndose en la presencia permanente de la endemia del dengue*”⁹⁴. Durante el repunte de la enfermedad a finales del año pasado, y en el marco de las solicitudes de recursos adicionales para combatir la epidemia, el Presidente de la Comisión de Salud de Diputados, Justo López, afirmaba: “*No solo se necesitan recursos, sino políticas preventivas. La ausencia de esos planes durante muchos años es lo que ha provocado el colapso actual*”⁹⁵.

De acuerdo al Dr. Rafael Borges, Director de Epidemiología del MSAS, lo primero que hay que hacer para enfrentar las enfermedades relacionadas con la pobreza “*es tratar de mejorar las condiciones sanitarias y de vida de la gente*”⁹⁶. La falta de medidas adecuadas en este sentido, aunada al acelerado proceso de dismantelamiento que viene sufriendo la estructura de protección sanitaria, están significando repuntes considerables de enfermedades infecto-contagiosas de fácil prevención. La incidencia de diarreas en mayores de 5 años aumentó un promedio de 35% para las primeras 8 semanas de 1998 en comparación con el mismo período del año anterior⁹⁷. En todos los estados del país aumentaron los registros en distinta medida. Los estados más afectados fueron Yaracuy (390%), Portuguesa (140%), Nueva Esparta (129%), Amazonas (122%), Sucre (116%), Delta Amacuro (104%) y Mérida (92%). Con respecto a la diarrea infantil (menores de 4 años) en el 1er semestre de 1998 se registró un 20% más de casos que en el mismo período para el año anterior⁹⁸. La diarrea es síntoma de enfermedades infecciosas graves y de fácil contagio, siendo utilizado como indicador de vigilancia para el cólera, lo que significa que aumentos de estas proporciones en su incidencia, no sólo indican deterioro de condiciones de salubridad, ausencia de políticas de promoción de la salud y falta de medidas preventivas eficientes, sino un mayor riesgo de epidemias de mayores consecuencias.

El brote de cólera que se inició en junio de 1996 y se extendió hasta noviembre de 1997 arrojó finalmente 2.557 casos con 56 decesos. En el mes de mayo de 1998 se detectó un foco aislado

en el Edo. Zulia, cuyos primeros casos de nuevo fueron calificados como importados; finalmente se confirmó un total de 13, antes de que dejara de detectarse nueva actividad de la enfermedad. Sin embargo, las condiciones que propiciaron el brote de cólera de 1996 no han sufrido ningún cambio significativo ni se han implementado de manera enérgica políticas de promoción de condiciones socio-sanitarias y ambientales que atajen adecuadamente sus causas, como lo demuestra el significativo aumento de incidencia de diarreas.

Los 27.876 casos de malaria registrados en 1997 estuvieron por debajo de las previsiones iniciales de incidencia (se estimaban alrededor de 50 mil casos para fin de año), pero muy por encima de los cerca de 20 mil del año anterior. Para las primeras 32 semanas del presente año, la incidencia era un 16% menor que en el mismo período de 1997, pero sin embargo un 28% superior a la media de los últimos cinco años⁹⁹. El acumulativo de casos para la última semana de septiembre era de 18.122.

En agosto de 1998 se identificó un brote de fiebre amarilla en el Edo. Amazonas¹⁰⁰, estableciéndose controles sanitarios en toda la región y la obligatoriedad de vacunarse. En cuanto a la encefalitis equina, se produjo un alerta en los Edos. Falcón y Monagas, al registrarse un equino muerto y dar positivo un humano en la prueba de anticuerpos; sin embargo, no se han reportado más casos¹⁰¹.

En los meses de mayo y junio se produjo un brote epidémico de diagnóstico complejo en el Edo. Sucre; finalmente, y tras informaciones confusas que hicieron cundir la alarma en la población, se declaró alerta médica cuando comenzaron a detectarse casos en los Edos. Nueva Esparta, Carabobo y el D.F.¹⁰². Tras lograr aislar el virus, se determinó que se trataba de un brote de influenza, y se tomaron medidas de control epidemiológico, logrando un descenso de la casuística. En numerosas ocasiones, cuando surgen las primeras noticias de brotes, las autoridades niegan las informaciones, asumiendo actitudes defensivas que pueden confundir la prudencia con la temeridad, dado el retardo con que se toman medidas oportunas de control.

En 1997 se registraron 5.674 casos de tuberculosis, lo que supone un ligero repunte con respecto a la casuística de 1995 (5.232)¹⁰³.

En la lucha contra la lepra se concreta un logro de importancia: la enfermedad entra en fase de eliminación, siendo la tasa de prevalencia para 1997 de 0,6 por 10 mil hbs., lo que supone un descenso del 50% con respecto al año anterior¹⁰⁴. En fase de eliminación se encuentra también el sarampión, del que se confirmaron 27 casos en 1997, y tan solo 4 en los primeros nueve meses de 1998. De todas maneras, de continuar las mismas tendencias de desmantelamiento de las políticas de protección y prevención y descuido de las políticas de control, a través del desfinanciamiento pronunciado y el énfasis en los aspectos mercantiles de la salud, estos logros pueden verse rápidamente revertidos, como ya ocurrió con otras enfermedades reemergentes.

Esta preocupación se hace más evidente a la luz del reconocimiento de las propias autoridades de la ausencia de sistemas de vigilancia epidemiológica coordinados¹⁰⁵. Como prueba de ello, el MSAS tiene un retraso de dos años en la sistematización de perfiles de morbilidad y mortalidad. Lo cual ha incidido en el aumento en el índice de algunas enfermedades relacionadas con la pobreza. Adicionalmente, se suma en el actual proceso de transferencia de competencias la preocupación enunciada por el representante de la OPS en Venezuela, Daniel Gutiérrez, quien alerta contra las consecuencias de los procesos de descentralización sobre los programas de vigilancia epidemiológica, dado que están siendo acompañados de una asignación inadecuada de las funciones de responsabilidad¹⁰⁶.

En agosto de 1998, el MSAS convocó, con el apoyo del Banco Mundial, a representantes de 7 ministerios sociales para definir el desarrollo del Plan Estratégico Nacional Contra el Sida en Venezuela, un plan de dos años para fortalecer la lucha y prevención del VIH/Sida¹⁰⁷. Sin embargo, no se contó con ninguna de las organizaciones no gubernamentales que vienen trabajando en el área y que suplen con su esfuerzo, el apoyo del sector privado y familiares de las personas que viven con VIH/Sida, el desinterés del MSAS en realizar campañas

preventivas y programas asistenciales más allá de lo formal. Ello evidencia la incapacidad de las autoridades para cumplir con sus propios presupuestos programáticos en lo que se refiere a la necesidad de contar con la sociedad civil en el diseño y desarrollo de programas de salud, y apunta una vez más al logro de resultados insuficientes en la lucha contra el VIH/Sida. En cuanto a la incidencia de la enfermedad, mientras que el MSAS declara 7.500 casos, ONUSIDA estima en más de 85 mil el número de personas que viven con VIH/Sida en Venezuela. Por su parte, la Oficina de Prevención y Lucha contra el Sida del MSAS reconoce oficialmente un subregistro de hasta el 75% de casos.

En las conclusiones del Simposio Regional de la Federación Mundial de Psiquiatría –que tuvo lugar en Caracas–, se destacan algunos factores que contribuyen al aumento de problemas asociados a la salud mental: pobreza, falta de educación, problemas de nutrición y violencia¹⁰⁸. Los indicadores de todos estos factores se encuentran en desmejora en Venezuela a consecuencia de las políticas económico-sociales implementadas por el Estado en los últimos años y, si bien no se cuenta con registros debidamente sistematizados de la incidencia de problemas de salud mental sobre la población, es de esperar que con el ascenso de los indicadores de pobreza se esté dando un ascenso correlativo de enfermedades mentales.

Salud materno infantil

Con el objetivo de abordar de manera sistemática la problemática de la salud materno-infantil, se diseñó el Programa Materno Infantil Pastor Oropeza de cobertura nacional¹⁰⁹, y al que se destinarán recursos por valor de Bs. 12 mil millones. A través de sus tres componentes de capacitación, dotación y monitoreo de actividades, se busca cubrir los siguientes tres objetivos: bajar la mortalidad materna de 56x100 mil a 25x100 mil; bajar la mortalidad infantil de 25x1000 a 12/15x1000; y desarrollar programas de prevención del embarazo precoz.

Las elevadas cifras de embarazo precoz están asociadas a la escasa política de promoción de salud reproductiva. La ONG PLAFAM calcula que los programas oficiales de planificación familiar sólo cubren el 14% de las mujeres en edad reproductiva¹¹⁰. En cuanto a cifras, entre 18% y 20% de los nacimientos que se registran en la Maternidad Concepción Palacios (D.F.), centro de referencia a nivel nacional, son hijos de madres adolescentes¹¹¹, mientras que en el Edo. Carabobo esta cifra se eleva a 28 de cada cien¹¹².

En 1998, el registro de mortalidad de mujeres embarazadas de la Maternidad Concepción Palacios se sitúa entre dos y seis por mes, mientras que lo normal es un caso cada dos meses. Este alarmante aumento de las cifras estaría relacionado con la llegada de pacientes embarazadas en estado crítico, sobretudo por desnutrición, casi todas ellas provenientes del Edo. Miranda. La combinación de una promoción deficiente de salud reproductiva, políticas inadecuadas de control prenatal, problemas nutricionales y ausencia de centros de referencia en algunas regiones estaría produciendo este fenómeno, poniendo de relevancia la importancia de la integralidad en el logro de una salud materno-infantil óptima. El Director de la Maternidad, Dr. Carlos Cabrera, alerta: *“Es una situación alarmante porque esto es un indicativo de que existen fallas en el control prenatal, en la atención del parto, y quisiéramos llamar la atención a las autoridades pertinentes”*¹¹³. En el Pediátrico Agustín Riera (Edo. Lara) la 2ª causa de ingreso (11%) es por bajo peso del recién nacido.

En cuanto a la mortalidad neonatal, se registra un repunte entre 1991 y 1995. Si para 1991 la cifra se situaba en 12,2x1000 nacidos vivos, en 1995 era de 13,4x1000¹¹⁴, cifra que para el Edo. Lara se mantuvo en 1997¹¹⁵.

El Dr. Ronald Evans, presidente del INN, presentó en septiembre las últimas cifras de desnutrición¹¹⁶. El índice global de desnutrición crónica para niños de 2 a 14 años se sitúa en 1997 en el 24,93% (oscilando entre 41% para el Edo. Amazonas y 16% para el Edo. Nueva Esparta). Ello significa que el descenso de los índices que venía produciéndose desde los años 80 se detuvo en los últimos 4 años, produciéndose en algunos sectores etarios un ligero aumento. Las consecuencias de la desnutrición sobre la población tiene efectos en el tiempo, dado que produce retraso en el crecimiento y afecta el desarrollo motriz e intelectual. Esta

“grave realidad” viene determinada por el aumento de la pobreza y se ve agudizada a causa de los recortes presupuestarios en los programas de nutrición. Los estados con mayores tasas de morbi-mortalidad por deficiencias de la desnutrición son en general aquellos en que existe una mayor población con Necesidades Básicas Insatisfechas (Apure, Amazonas, Barinas, Delta Amacuro, Portuguesa y Zulia), lo que una vez más evidencia la necesidad de reconducir los esfuerzos y recursos en la lucha contra la pobreza. En las conclusiones del V Congreso de Nutricionistas y Dietistas (que tuvo lugar en Pto. La Cruz - Edo. Anzoátegui) se reafirmaban las importantes carencias nutricionales de los niños de Venezuela, destacando que hasta el 30% de escolares según regiones presentan importantes deficiencias de hierro, lo cual afecta igualmente el desarrollo mental y físico¹¹⁷.

(Recuadro #4)

Edades	1992	1993	1994	1995	1996	1997
>2	13,6	12,7	12,6	13,8	14,1	14,4
2 a 6	26,1	25,3	23,7	23,2	24,0	24,4
7 a 14	33,2	28,9	27,5	27,9	27,5	26,7

Fuente: INN/Sisvan

En cuanto a la “la mortalidad por deficiencias de la nutrición [una vez más de acuerdo a cifras del INN/Sisvan] ha aumentado significativamente en niños y mayores de 65 años”¹¹⁸.

Mortalidad por déficit nutricional (Recuadro #5)

Año	Población	hasta 1	1-4
	General	año	años
1993	3,9	54,2	6,6
1994	4,6	62	9,8
1995	4,8	78,9	9,3

Fuente INN/Sisvan

En el Foro Salud Mental de las niñas y niños, organizado por el MSAS, la OPS y el Consejo Nacional de la Mujer (Conamu), se destacó que el 26,75% de las personas con enfermedades mentales diagnosticadas en centros públicos son niños y niñas entre 0 y 12 años, aumentando al 37,44% para el conjunto de niños entre 0 y 18 años. Las principales causales de estos trastornos son la violencia y, una vez más, la desnutrición¹¹⁹.

Salud ocupacional

Los radiólogos, uno de los gremios de la salud que corre mayores riesgos de enfermedad laboral, protagonizaron durante el período un proceso de denuncia de las deterioradas condiciones de sus puestos de trabajo, derivadas de la falta de mantenimiento y control de radiaciones. Un estudio sobre las condiciones de trabajo de los servicios de radiología del Área Metropolitana arroja los siguientes resultados: 85% del personal sin controles dosimétricos; 67% de pacientes sin protección adecuada; señalización de zonas de emisión nula en 93% de los casos; 61% sin equipamientos accesorios de protección; correcta protección operacional de quienes manejan directamente los equipos¹²⁰. En abril, los radiólogos del D.F. realizaron un paro de 48 hs. por mejoras salariales y en reclamo por incumplimiento de las normas de seguridad. Este paro coincidía con la publicación de los resultados de una supervisión oficial de áreas de radiología de los hospitales, cuyas conclusiones fueron que no hay vigilancia radiológica, programas de protección o servicio médico laboral. De acuerdo a un comunicado sindical: "*En los hospitales no se cumple con las normas, leyes y reglamentos de protección radiológica. Juegan con la salud de los pacientes y en especial la de los técnicos radiólogos*"¹²¹. Según el Jefe del Dpto. Nacional de Radiología, Rafael Moreno León, "...70% del parque nacional instalado en los servicios de radiología está inoperante...", y los técnicos llevan alrededor de 25 años sin dosimetría.¹²²

El proyecto Salud de los Trabajadores del Sector Salud, de SuSalud D.F.¹²³ es una iniciativa de importancia, que podría servir para impulsar a nivel regional el necesario proceso inconcluso que se abrió con la aprobación de la Ley Orgánica de Prevención, Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo (1986) y con el Plan Nacional de Salud de los Trabajadores (1995). Sin embargo, y en un año en que tienen lugar las protestas reseñadas del gremio de radiólogos sobre las pésimas condiciones de trabajo, resulta paradójico que ni siquiera se mencionen los riesgos de radiación en los centros de salud.

1 MSAS: Mensaje del Ciudadano Ministro de Sanidad y Asistencia Social Dr. José Félix Oletta López al Congreso de la República. Caracas, 1998. Pág. VIII.

2 Proporcionados por la Directora General de Salud del MSAS, Dra. Martha Riera, en acto público organizado por la D.G.S. de Investigación y Docencia del MSAS. Caracas, 03.04.98.

3 El Universal, 28.12.98, pág. 1-17.

4 El Globo, 28.01.98, pág. 11.

5 Últimas Noticias, 30.04.98, pág. 16.

6 El Universal, 28.12.98, pág. 1-17.

7 COMITÉ DE DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES: Discusión general sobre el derecho a la salud. Informe del Noveno Período de Sesiones. E/C.12/1993/19. Pág. 65.

8 El Globo, 17.05.98, pág. 13.

9 MSAS: Memoria y Cuenta 1997. Caracas, 1998. Pág. 30.

10 El Nacional, 10.07.98, pág. C-2.

11 MSAS. Op. cit. Pág. 37.

12 El Nacional, 18.05.98, pág. A-7.

13 Últimas Noticias, 31.03.98, pág. 6.

14 La Nación, 01.05.98, pág. B-2.

- 15 El Informador, 01.09.98, pág. 3A.
- 16 El Carabobeño, 31.10.97, pág. A-6.
- 17 OCEI, PNUD, FNUAP: *La política de salud como factor principal de desarrollo humano*. Reporte Económico. 15.01.98, pág. 8-9.
- 18 OCEI, PNUD, FNUAP: Op. cit. pág. 8-9.
- 19 El Tiempo, 17.04.98, pág. 61.
- 20 El Globo, 17.05.98, pág. 13.
- 21 OCEI, PNUD, FNUAP. Op. cit.
- 22 Ídem.
- 23 El Universal, 18.08.98, pág. 4-1.
- 24 MSAS. Op. cit. Pág. 49.
- 25 OCEI, PNUD, FNUAP. Op. cit.
- 26 El Impulso, 24.08.98, pág. D7.
- 27 El Globo, 20.02.98, pág. 11.
- 28 La Nación, 08.09.98, pág. B-7.
- 29 La Nación, 27.08.98, pág. B-6.
- 30 El Nacional, 16.05.98, pág. C-2.
- 31 El Impulso, 23.01.98, pág. D-10.
- 32 Entrevista a Lic. Janeth Ugarte, Directora de Promoción Social del MSAS, Caracas, 04.09.98.
- 33 MSAS: Boletín Epidemiológico Semanal. N° 4, Volumen 49-3788, pág. 44.
- 34 El Diario de Caracas, 30.09.98, pág. 14.
- 35 Información suministrada por Carmen C. de Carpio, Jefa de la Unidad Normativa del Área Ambulatoria de SuSalud D.F.; en El Universal, 01.07.98, pág. 4-Últ.
- 36 SUSALUD D.F.: Boletín Informativo de la Dirección de Salud del D.F., N°2., junio 1998, pág. 3.36.
- 37 Entrevista a Oscar Feo, Director de Corposalud Aragua. Maracay, 09.09.98.
- 38 Publicada en Gaceta Oficial N° 5.263, 17.09.98.
- 39 El Universal, 28.12.98, pág. 1-17.
- 40 Economía Hoy, 04.09.98, pág. 14.
- 41 MSAS: Proyecto de Reorganización y Reestructuración del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. Documento para ser sometido a la consideración de CORDIPLAN. Caracas, 30.04.98. Mimeo.
- 42 La cifra final depende "del grado efectivo de descentralización".
- 43 El seguimiento de la situación del derecho a la salud que Provea viene realizando desde hace 10 años evidencia que esta afirmación no es cierta.
- 44 MSAS: Alerta. Año 4, N° 36. Pág. 6.

- 45 PULIDO DE BRICEÑO, Mercedes: *Balance Social 1997*, SIC. Centro Gumilla, Año LXI, N° 601, Enero-Febrero 1998. Pág. 17.
- 46 INN: *Cifras de desnutrición estables en los últimos años*. Nota de prensa. Caracas, septiembre 1998.
- 47 PULIDO DE BRICEÑO, Mercedes. Op. cit.
- 48 TÜRK, Danilo: Relator de las Naciones Unidas para la realización de los derechos económicos, sociales y culturales.
- 49 El Globo 24.10.97, pág. 14.
- 50 El Impulso, 23.01.98, pág. D-10.
- 51 Ver anexo N° 8.
- 52 El Impulso, 07.07.98, pág. D-1.
- 53 11 organizaciones de la sociedad civil, entre ellas la Pastoral Social Nacional de la Conferencia Episcopal de Venezuela, abordaron en junio una campaña de presión que hasta la fecha no ha logrado que las autoridades cumplan definitivamente con el compromiso adquirido.
- 54 La única regulación vigente es el Decreto N° 1.934 de fecha 27.01.94, que regula el cobro y no la gratuidad.
- 55 SUSALUD D.F. Op. cit. Pág. 5.
- 56 El Universal, 29.07.98, pág. 2-1.
- 57 Últimas Noticias, 16.06.98, pág. 9.
- 58 El Nacional, 31.07.98, pág. C-3.
- 59 OP. Cit. pág. 9.
- 60 OMS: Estrategia Mundial de Salud Para Todos en el Año 2000. Ginebra, 1981.
- 61 MSAS: Alerta. Año 4, N° 38. Pág. 5.
- 62 El Impulso, 09.10.97, pág. D-4.
- 63 El Globo, 12.09.98, pág. 11.
- 64 Otras fuentes hablan del 41,5%. En PULIDO DE BRICEÑO, Mercedes: Op. cit.
- 65 El Globo, 17.02.98, pág. 11.
- 66 El Globo, 19.03.98, pág. 11.
- 67 Economía Hoy, 04.09.98, pág. 14.
- 68 El Universal, 07.07.98, pág. 2-16.
- 69 El Carabobeño, 01.12.97, pág. C-4.
- 70 El Nuevo País, 06.07.98, pág. 21.
- 71 Reporte Económico, 20.08.98, pág. 6.
- 72 El Nacional, 03.10.97, pág. C-3.
- 73 El Nacional, 26.06.98, pág. C-5.
- 74 Últimas Noticias, 04.12.97, pág. 25.

- 75 El Carabobeño, 01.12.97, pág. C-4.
- 76 El Universal, 10.03.98, pág. 1-19.
- 77 MSAS: Memoria y Cuenta 1997. Op. cit. Pág. 292.
- 78 Últimas Noticias, 08.05.95, pág. 10.
- 79 El Nacional, 07.05.98, pág. C-3.
- 80 El Globo, 01.09.98, pág. 9.
- 81 El Nacional, 07.05.98, pág. C-3.
- 82 Reporte Económico, 07.07.98, pág. 14.
- 83 El Universal, 21.08.98, pág. 1-2.
- 84 OCEI, PNUD, FNUAP. Op. cit.
- 85 Jesús Méndez Quijada, Presidente de la FMV. El Globo, 23.04.98, pág. 12.
- 86 El Globo, 01.09.98, pág. 12.
- 87 El Nacional, 13.09.98, pág. D-1.
- 88 Entre otras el Comité de Familiares de Víctimas de Mala Praxis Médica (COFAVPME) en el D.F. y Funprovi en el Edo. Carabobo.
- 89 M^a Josefina Denis (Cofavpme) destaca igualmente la inoperancia del sistema judicial en el esclarecimiento de los hechos, que en ocasiones incluso obstaculiza el proceso, permitiendo la existencia de mecanismos de impunidad.
- 90 El Nacional, 05.05.98, pág. C-2.
- 91 El Universal, 26.06.98, pág. 4-1.
- 92 Declaraciones de la epidemióloga Eva Rodríguez. El Universal, 07.01.98, pág. 1-2.
- 93 MSAS: Boletín Epidemiológico Semanal. Op. cit. Pág. 42.
- 94 MSAS: Boletín Epidemiológico Semanal. Op. cit. Pág. 44.
- 95 El Universal, 28.12.98, pág. 1-17.
- 96 El Universal, 20.01.98, pág. 1-16.
- 97 MSAS: *Situación de las diarreas en mayores de 5 años según entidad federal primeras 8 semanas 1997-1998*. Boletín Epidemiológico Semanal. N° 8, Vol. 49-372. Pág. 92.
- 98 El Nacional, 01.07.98, pág. C-3.
- 99 MSAS: Boletín Epidemiológico Semanal. N° 32, Vol. 49-3816. Pág. 382.
- 100 El Universal, 09.09.98, pág. 1-18.
- 101 El Nacional, 29.07.98, pág. C-5.
- 102 El Nacional, 05.06.98, pág. C-2.
- 103 Últimas Noticias, 07.08.98, pág. 18.
- 104 El Globo, 24.01.98, pág. 10.

- 105 Ver: PROVEA: Informe Anual 1996-97. Caracas, 1997. Pág. 152.
- 106 El Nacional, 30.09.98, pág. C-2.
- 107 El Impulso, 24.8.98, pág. C-8.
- 108 El Globo, 26.05.98, pág. 13.
- 109 En la presentación del programa, en acto público realizado en abril en Caracas en el auditorio del MSAS con motivo del Día Mundial de la Salud, una activista comunitaria de Caracas hacía referencia a la mínima adecuación de los planes a la realidad de Venezuela, apuntando a la incapacidad de las autoridades para realizar un trabajo de diseño de programas de salud que cuente con la participación real de la gente, logrando así congeniar los conocimientos técnicos con la realidad que se pretende intervenir. Caracas, 21.04.98.
- 110 El Informador, 17.11.97, pág. D-7.
- 111 El Globo, 11.03.98, pág. 15.
- 112 Cifras de la OCEI. El Carabobeño, 05.11.98, pág. A-2.
- 113 El Nacional, 19.06.98, pág. C-3.
- 114 El Nacional, 20.05.98, pág. A-7.
- 115 El Impulso, 08.09.98, pág. D1.
- 116 INN/SISVAN: Información para la prensa según diagnóstico del SISVAN. Caracas, 1998. Mimeo. Excepto cuando es mencionado, toda la información acerca de desnutrición proviene de materiales publicados por el INN. Ver igualmente Capítulo de Derecho a la Alimentación.
- 117 El Nacional, 19.07.98, pág. C-5.
- 118 El Nacional, 30.09.98, pág. C-2.
- 119 El Universal, 11.10.97, pág. 1-24.
- 120 BORGES, Teresa et altri: Protección Radiológica en Hospitales del Area Metropolitana de Caracas. Memorias de las VI Jornadas de Salud Ocupacional. Universidad Central de Venezuela. Caracas, 1997. Pág. 20.
- 121 El Globo, 31.03.98, pág. 11.
- 122 El Universal, 24.05.98, pág. 1-22.
- 123 SUSALUD D.F.: Salud de los Trabajadores del Sector Salud. Caracas, 1998.

