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

El Sistema Nacional de Salud garantizará la protección de la salud de todos los habitantes del país sin discriminación de ninguna naturaleza.

Artículo 3 de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud

"*El principal factor de mortalidad y causa primera de enfermedad y sufrimiento en todo el globo figura casi al final de la Clasificación Internacional de Enfermedades con el código Z59.5: la pobreza extrema*"[209]. Esta frase abre el más reciente informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre la salud en el mundo, no es ajena a la realidad de Venezuela.

En 1994 el Ministro de Sanidad identificó la integralidad, la eficiencia, la solidaridad, la equidad, la participación y la ética, como los principios rectores de la actual administración en materia de salud, al tiempo que inició la campaña denominada *Compromiso por la Vida*, cuyo propósito sería asegurar el acceso universal y solidario a los servicios de salud por parte de los sectores más necesitados.

Sin embargo, más allá de las buenas intensiones, a lo largo del periodo cubierto por este Informe se constata que la pobreza aparece como la enfermedad predominante de los habitantes del país y es el principal factor que obstaculiza la adecuada y oportuna atención preventiva y curativa. Los indicadores de salud general y materno-infantil continuaron la caída que vienen experimentando desde el inicio de la aplicación de los programas de ajuste, al tiempo que los desequilibrios entre los sectores pobres y ricos se agudizaron, evidenciando la falta de equidad que caracteriza a las políticas de salud.

209 ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD: Informe sobre la salud en el Mundo. *Reducir las desigualdades*. Resumen de orientación. Ginebra, 1995, pág. 1.

Prevención y tratamiento de enfermedades

El abandono de las políticas preventivas sigue reflejándose en las asignaciones presupuestarias: "*La orientación del gasto en salud es regresiva con la siguiente inversión en la composición del gasto: cerca de un 71% del total de los fondos del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social va a la atención hospitalaria, 12,6% a la atención ambulatoria, 5,6% a la atención del ambiente, 10,7% a la epidemiología y 0,3% a la promoción*"[210].

A la cobertura limitada de las campañas de vacunación y a la merma en las inspecciones ambientales se suman reducciones en un 58,1% de las visitas a casas relacionadas con el programa de prevención del dengue a lo largo de 1993. Para el periodo enero-agosto de 1994 el cumplimiento de visitas se ubicó en el orden del 18,9% sobre el total programado. La actividad de la Dirección de Promoción Social de la Salud del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (MSAS) también sufrió una drástica caída, con un incumplimiento de la programación de alrededor del 50%.

En ocasiones, la prevención es postergada a causa de estrategias erradas que no hacen el mejor aprovechamiento de los recursos disponibles. En el caso del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), por ejemplo, cuantiosos recursos se destinan a pruebas de VIH, pese a que la prevalencia de infección en el país es considerablemente baja; el alto costo de una prueba que se aplica indiscriminadamente resta recursos a la prevención, la cual, según la División de SIDA del MSAS, debería concentrar los mayores esfuerzos de las políticas sanitarias del país.

Un componente importante de cualquier programa de medicina preventiva es la red de ambulatorios. En la actualidad existen en el país unos 3.700 ambulatorios, lo cual, en teoría, sería suficiente para satisfacer las necesidades primarias en materia de salud. Según los estudios realizados por el BID, previos al otorgamiento de un préstamo para el sector salud, se identificó que "*En principio, el primer nivel de atención (ambulatorios rurales I y II, urbanos I) tendría la capacidad de resolver hasta un 85% de la morbilidad atendida, refiriéndose un 10% al segundo nivel (ambulatorios urbanos II y III) y un 5% al tercer nivel (hospitales)*"[211]. Sin embargo, "*las cifras de utilización de los ambulatorios del MSAS demuestran que el esfuerzo más importante es de carácter curativo a expensas del esfuerzo preventivo: 0,4 consultas preventivas vs. 1 consulta curativa y 0,2 atenciones dentales por habitante año, además de 3,3 millones de consultas de medicina simplificada en los ambulatorios rurales I, que para una población teórica asignada de 1000 habitantes, a ser atendida por este nivel, correspondería a 1,3 consultas por habitante-año adscrito (lo que es un nivel poco elevado en comparación con otros países)*"[212].

El suministro de medicamentos esenciales es otro de los elementos fundamentales de las políticas preventivas. La dotación de estos medicamentos en los centros asistenciales de atención primaria ha venido presentando severas y reiteradas limitaciones a lo largo de los últimos años. Según la Memoria y Cuenta del MSAS para 1994, el Servicio Autónomo de Elaboraciones Farmacéuticas (SEFAR) se habría propuesto para dicho año los siguientes objetivos:

- Iniciar y regularizar la producción de medicamentos genéricos después de un periodo de paralización de actividades;

210 MINISTERIO DE SANIDAD Y ASISTENCIA SOCIAL: Memoria y Cuenta 1994. Caracas, 1995, pág. II. Salvo indicación expresa de otra fuente, todos los datos manejados en este capítulo provienen de la Memoria y Cuenta del MSAS para 1994.

211 BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO: *Venezuela. Programa de fortalecimiento y modernización del sector salud*. Propuesta de préstamo. Mimeo. 1995. Anexo I-1, pág. 2.

212 BID. Op. cit, pág. 4.

- Reactivar la comercialización de medicamentos con las instituciones de salud dependientes del MSAS y otras dependencias oficiales;
- Establecer la normativa y los procedimientos para mejorar el funcionamiento del SEFAR; y
- Consolidar el SEFAR como proveedor de medicamentos para el sector público.

Sin embargo, la Memoria del MSAS no recoge ninguna información sobre las actividades desarrolladas a lo largo del periodo para el logro de estos objetivos.

En el campo del tratamiento de enfermedades, dos casos resultan emblemáticos del abandono del sector. La lepra, enfermedad con características de endémica en Venezuela, presentó para 1994 un total de 3.015 enfermos activos, de los cuales "*solo 1.952 cumplen tratamiento por razones presupuestarias*"[213], pese a que, según los más recientes registros de la OMS, Venezuela ocupa el tercer lugar en América Latina en esta enfermedad. Por otra parte, la Sociedad Venezolana de Cirugía de la Mano alertó sobre el incremento de minusválidos de la mano a causa del deficiente equipamiento de los centros hospitalarios para brindar la atención y el tratamiento requerido en estos casos con miras a su recuperación[214].

Adicionalmente, los enfermos renales continuaron confrontando una crítica situación debido a la deuda de las entidades públicas con los laboratorios que proveen los insumos necesarios para la diálisis. Unos 2.600 pacientes renales dependen de la diálisis para subsistir; el 90% del financiamiento del programa proviene del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS), al tiempo que el servicio es prestado de acuerdo a la siguiente proporción: 51% en hospitales públicos y 49% en otras unidades de diálisis; la morbilidad de los pacientes renales es atendida en un 85% en los hospitales del MSAS. Pese a que un enfermo renal requiere de unas 13 diálisis al mes, a comienzos de 1995 algunos hospitales optaron por distanciar la frecuencia de diálisis por paciente como medida para enfrentar el desabastecimiento de los insumos, situación que afecta severamente la calidad de vida de estos enfermos. A finales de 1994 la Comisión de Asuntos Sociales de la Cámara de Diputados denunció la muerte de tres pacientes a causa de demoras en la autorización de divisas para la importación de los insumos requeridos para diálisis[215].

Servicios de asistencia médica

El colapso de servicios en diversos hospitales siguió caracterizando la situación asistencial a lo largo del periodo. Así, el Hospital Clínico Universitario (HCU), uno de los siete institutos autónomos adscritos al MSAS y principal centro de referencia del país en cirugía cardiovascular y neurocirugía, confrontó una crítica situación cuando su Servicio de Cirugía Cardiovascular suspendió temporalmente actividades en marzo de 1995, a causa de insuficiencia de insumos y equipos. Como consecuencia, un paciente falleció y otros doce que esperaban ser intervenidos fueron advertidos de que podrían ser dados de alta sin que se concretara la operación, pese a haber cancelado cada uno cerca de 300 mil bolívares en insumos quirúrgicos[216]. Desde 1994, la directiva del HCU advirtió esta situación al señalar que dicho centro "*...ha venido padeciendo de presupuestos ajustados que le han impedido superar sus costos de funcionamiento; el hospital recibió para el año 1994 una cuota presupuestaria notoriamente inferior a la necesaria para cubrir sus gastos*"[217];

213 MSAS. Op. cit., pág. 91.
214 El Impulso, 26.10.94.
215 El Globo, 01.11.95.
216 El Diario de Caracas, 17.03.95.
217 MSAS. Op. cit., pág. 297.

el incremento en la referencia de pacientes desde otros centros hospitalarios y la situación cambiaría colocó en ese año al HCU en una situación de déficit presupuestario del orden del 75%.

Por otra parte, a lo largo del periodo se registraron unos 20 conflictos en el sector salud, de los cuales cerca de las dos terceras partes incluyeron entre los motivos de reclamo problemas de dotación de insumos y equipos. Por primera vez en la historia del país, los niveles de conflictividad del sector afectaron los servicios de emergencias, los cuales sufrieron cierres de corta duración en varios hospitales; pero también por primera vez se produce a lo largo del periodo una adhesión considerable de usuarios, pacientes y familiares de éstos a las demandas de los trabajadores y profesionales de la salud, participando de manera conjunta en variadas acciones de protesta, en las que se trascendió el enfoque reivindicativo y gremial para centrarse en aspectos propios del derecho a la salud.

En cuanto a los recursos humanos del sector, los estudios del BID aseveran que "*...se observan distorsiones serias en su distribución por profesión (v.g., 3 médicos por cada 2 enfermeras, que no alcanza ser compensada por el personal auxiliar de enfermería)*"[218]; al tiempo que representantes del gremio de la enfermería afirmaban que existe un déficit de 50 mil enfermeras en el país y que la mayoría de las existentes están dedicadas a labores curativas, en detrimento de las actividades de prevención[219].

Los estudios del BID revelan además que "*la administración de los recursos humanos representa uno de los principales problemas que enfrenta el sector salud. Actualmente, más de 100.000 empleados trabajan en el MSAS, que representa el 75% de su presupuesto anual ejecutado (US$420 millones), limitando las erogaciones que deberían ser destinadas a otros fines*"[220]. Agrega el BID que, de una plantilla abultada de personal permanente de unas 107 mil personas, el 51% corresponde a personal obrero, lo cual es consecuencia de las políticas clientelistas que por décadas han distorsionado los criterios de contratación en las entidades públicas del país.

Disponibilidad de recursos

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU (CDESC) ha subrayado en diversas oportunidades que el hecho de que un Estado no cuente con recursos propios para satisfacer los derechos de sus habitantes, no lo exonera de responsabilidad en dos sentidos; en primer término, en lo que se refiere al aprovechamiento más eficaz de los recursos disponibles y, en segundo lugar, en lo relativo a los recursos existentes a nivel internacional "*mediante la cooperación y la asistencia internacionales*"[221].

En cuanto al aprovechamiento eficaz de los recursos disponibles, la situación de la salud sigue presentando un balance negativo. De acuerdo con informaciones suministradas por el titular del MSAS, el presupuesto de ese organismo para 1995 presenta un déficit de 25 mil millones de bolívares[222]. Según la OCEI, en 1993 el gasto público en salud fue de 112 dólares *per capita*, mientras que para 1995 esta cifra se reduce a 50 dólares. Al déficit presupuestario se suma la distribución inadecuada de los recursos existentes. El más reciente informe anual de la OMS, identifica como primera prioridad en políticas de salud

218 BID. Op. cit., Anexo I-1, pág. 4.
219 El Globo, 12.05.95.
220 BID. Op. cit., pág. 4.
221 COMITE DE DERECHOS ECONOMICOS, SOCIALES Y CULTURALES: Observación General 3, párrafo 13. Quinto periodo de sesiones, Ginebra 1990. E/1991/23.
222 Reporte Económico, 02.11.94.

la de "*conseguir resultados en consonancia con el valor del dinero, aprovechando al máximo los recursos disponibles y orientándolos hacia los sectores más necesitados*"[223]. Es indudable que la concentración del gasto de salud en actividades curativas y en el pago de una abultada nómina, difícilmente puede contribuir a un uso eficaz de los recursos disponibles.

Los estudios del BID identifican un conjunto de factores que atentan contra el uso adecuado de los recursos del sector al señalar que "*...el esquema organizativo del sistema de salud no es el más adecuado para atender los cambios socioeconómicos, demográficos y epidemiológicos. El presente sistema contiene serias debilidades en la organización y funcionamiento en los diferentes niveles de atención. Estas debilidades incluyen: (i) ausencia de coordinación entre los niveles primarios y los de referencia; (ii) inadecuado flujo de información entre los diferentes niveles; (iii) sesgo curativo de los servicios a expensas de las actividades preventivas; (iv) baja capacidad resolutiva en los ambulatorios y hospitales públicos; y (v) inadecuada administración de recursos humanos*"[224]. A lo anterior se suma la baja capacidad resolutiva del sistema, a causa del crecimiento desordenado del MSAS[225].

En lo que se refiere a la utilización de recursos internacionales, cabe destacar que en el presente periodo finalizaron las negociaciones iniciadas en 1991 con el BID y el BM con el objeto de obtener, por la vía del crédito internacional, el financiamiento del Programa de Fortalecimiento y Modernización del Sector Salud, también conocido como Proyecto Salud.

El proyecto tiene un costo total de 300 millones de dólares, de los cuales el BID aporta el 50%, el MSAS participa con el 34,8% y los estados contribuyen con un 14,2%[226]; se trata de un crédito a 20 años, con tasas de interés variable y con un desembolso gradual a lo largo de cinco años. La participación del BM, mediante crédito aprobado por 54 millones de dólares, se concentraría en "*apoyar la descentralización de los servicios, a través del fortalecimiento de la capacidad institucional de cuatro estados (Aragua, Falcón, Trujillo y Zulia) de planificar y administrar sus sistemas de salud*"[227]; el BM incluye además un componente destinado a mejorar la prestación de los servicios de salud en dichos estados, a través del mejoramiento de la infraestructura física de los hospitales y de la red de ambulatorios. Por su parte, el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) prestaría apoyo en la contratación de las asesorías, consultorías y servicios de asistencia técnica necesarios para el desarrollo del proyecto[228].

Durante 1994 se culminó la transferencia de los servicios de salud a los estados Anzoátegui, Aragua, Bolívar, Carabobo, Mérida, Falcón y Zulia y a comienzos de 1995 el Congreso aprobó los convenios de descentralización para los estados Táchira, Trujillo y Monagas, así como un acuerdo de coadministración con el estado Lara hacia finales de 1995. Con estas medidas se inicia la ejecución del Proyecto Salud, en los aspectos relativos a la descentralización y transferencia de competencias.

A finales de 1994 se produjo un acalorado debate en el seno de la Comisión de Salud del

223 OMS. Op. cit., pág. 13.

224 BID. Op. cit., pág. 5.

225 El MSAS es responsable de la supervisión de 13 direcciones generales sectoriales, 66 direcciones de línea, 36 oficinas sin rango, 27 programas, 9 unidades subregionales, 23 direcciones de salud, 103 distritos sanitarios, 14 institutos, 7 centros nacionales, 4 comisiones, 4 fundaciones, 1 escuela y 7 institutos autónomos.

226 En el anexo 12 se presenta el desglose de los componentes del proyecto.

227 BID. Op. cit., pág. 8.

228 Para mayores detalles sobre los componentes del Proyecto Salud, ver Provea, Informe Anual 1993-94. págs. 118-120.

Senado, en torno al marco legal de la descentralización. Algunos senadores alegaron que los convenios en la materia resultaban contrarios a la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud (LOSNS), ya que ésta solo prevé la transferencia administrativa y no la político-territorial, por lo que se corría el riesgo de trasladar toda la responsabilidad por la atención médico-hospitalaria a los estados, lo cual a la larga puede conducir a la privatización, en la medida en que los estados carezcan de los recursos necesarios para soportar los gastos del sector.

Si bien es cierto que la transferencia de responsabilidades no ha estado acompañada por la de los recursos, con lo que la amenaza de privatización de los servicios de salud sigue latente, vale destacar que el mismo estudio del BID señala que "*los hospitales y ambulatorios reciben los presupuestos basados en el gasto del año anterior, en lugar de estar basados en términos de volumen o calidad de servicios o en el impacto del estado de salud*"[229]; de tal manera que el riesgo de privatización por carencia de recursos no estaría motivado tanto por la transferencia de competencias en sí misma, como por la ausencia de criterios objetivos y técnicamente aceptables para la proyección presupuestaria de los servicios descentralizados de salud.

Aunque el Proyecto Salud ha identificado los principales problemas del sector y presenta algunas propuestas acertadas para su superación, sigue siendo preocupante la falta de claridad del proyecto en torno al problema de los pasivos laborales ocasionados por el redimensionamiento del MSAS en materia de personal. Provea entiende que la abultada nómina del MSAS representa un freno a la mejor utilización de los recursos humanos, a causa de fenómenos tales como los de los *reposeros* y suplentes; sin embargo, la existencia de tales fenómenos no pueden servir de excusa para exonerar al Estado de compromisos laborales en materia de prestaciones sociales de quienes deban ser excluidos del personal del MSAS.

Sobre este particular el convenio firmado con el BID presenta algunos rasgos alentadores, ya que contempla un plan de reconvención del personal que se retire de la institución, incluyendo apoyo en la búsqueda de empleo y asistencia financiera al personal retirado. Igualmente el proyecto incluye un monto estimado de 47 millones de dólares para el pago de prestaciones sociales, siendo la primera vez que un crédito del BID incluye fondos para este concepto. Sin embargo, al analizar la situación general del sector público en Venezuela, el BID identifica como una de las tareas fundamentales de las autoridades nacionales, la de "*la reforma del sistema de seguridad social, incluidos los pagos por despido*"[230], por lo que no queda claro si los montos estimados para hacer frente a los compromisos laborales se calcularon en base al actual régimen de prestaciones sociales o en función de otras alternativas, en cuyo caso el convenio del BID estaría favoreciendo la violación de derechos adquiridos de los trabajadores venezolanos.

Equidad, gratuidad y no discriminación

En su presentación introductoria a la Memoria y Cuenta de 1994, el titular del MSAS señala a la equidad como uno de los principios rectores de las políticas de salud, afirmando que "*la salud es un espacio en el que se expresan las injusticias sociales y por lo tanto las Políticas de Salud deben dirigirse a superar esas inequidades y contribuir a una redistribución de la riqueza social, aumentando la capacidad de integración social y superación humana de los grupos y sectores de la socie-*

229 BID. Op. cit., pág. 6.
230 BID. Op. cit., pág. 2.

dad hasta ahora más desprotegidos"[231]. Este loable propósito, sin embargo, contrasta todavía con situaciones como las identificadas en los estudios del BID, donde se indica que "*la disponibilidad de recursos humanos presenta grandes variaciones en su distribución geográfica interna, con una alta concentración en la región capital y central, en detrimento del resto del país*"[232]. Este tipo de fenómenos resulta contrario al principio de equidad que debe regir la satisfacción del derecho a la salud.

Más allá de la mala distribución de recursos humanos y de infraestructura, cabe recordar que, tal como se recoge más adelante, gran parte de los indicadores de salud en general, nutrición y salud materno-infantil, afectan principalmente a los sectores más pobres de la sociedad, así como a sectores vulnerables tales como las poblaciones indígenas, los niños y los pobladores de zonas rurales, al punto que el BID reconoce que "*si bien los indicadores agregados a nivel nacional todavía se mantienen a niveles comparables a otros países de similar nivel de desarrollo, las desigualdades al interior del país, tanto geográfica como por grupos de población son preocupantes*"[233].

Iniciativas como el Programa Alimentario Materno Infantil (PAMI), cuya cobertura está orientada a madres y niños menores de 6 años, ubicados en los estratos IV y V de la población, siguen teniendo un impacto marginal que contrasta con su elevado costo. El PAMI fue diseñado para ser ejecutado en un periodo de 5 años a partir de 1989; a juzgar por los indicadores de salud materno-infantil para dicho periodo, el programa no logró los objetivos esperados. Habiendo sido presentado como uno de los programas centrales en el campo social para aminorar el impacto del ajuste estructural en los sectores más pobres, resulta sorprendente que el MSAS dedique escasas líneas de su Memoria a este programa, sin hacer mención alguna a los "*logros*" alcanzados. A mediados de 1995 el Instituto Nacional de Nutrición (INN) declaró un alerta nutricional en el estado Delta Amacuro, debido a los altos índices de desnutrición crónica en niños entre 2 y 6 años, la cual pasó de 9,95% en 1993 a 14,86% en 1994. Los estados Amazonas, Apure, Barinas, Miranda, Portuguesa y Zulia también registraron incrementos en la desnutrición de este grupo etario, que es precisamente el sector poblacional al que se dirige el PAMI.

Otro principio importante en lo que se refiere al derecho a la salud es el de la gratuidad. A lo largo del periodo se tuvo conocimiento de nuevos casos de centros asistenciales que optaron por la modalidad de imposición de tarifas a cargo del usuario, sin los debidos estudios socioeconómicos que permitan evaluar su capacidad de pago.

Así, en el Hospital José María Benítez de La Victoria (Edo. Aragua), se produjeron denuncias por el cobro indiscriminado de servicios tales como exámenes de laboratorio, radiología, intervenciones quirúrgicas, partos y ligaduras, entre otros. Un caso emblemático de las implicaciones de este tipo de prácticas, es el del niño Jefersson AGÜERO, de tres años de edad, quien tras haber sufrido una caída que le ocasionó fractura de cráneo en diciembre de 1994, fue llevado por su madre al hospital Antonio María Pineda de Barquisimeto (Edo. Lara). Para ser intervenido requería que se le practicase una tomografía por la cual el hospital exigía el pago de Bs. 4.500 (unos US $27); en vista de que la madre no contaba con dicha suma y pese a que el hospital posee modernos equipos para dicho examen, el niño falleció por falta de atención oportuna. En julio de 1995 una comisión especial de la Asamblea Legislativa del Estado

231 MSAS. Op. cit,. pág. v.
232 BID. Op. cit. Anexo I-1, pág. 4.
233 BID. Op. cit., pág. 5.

Lara inició investigaciones en torno a la práctica de cobros indebidos en el mencionado hospital, la cual se encubre tras la figura de fundaciones que, en teoría, estarían dedicadas a obtener recursos para cubrir determinado tipo de servicios que no pueden ser sufragados por los pacientes, pero que vienen operando de manera irregular, integrando en sus juntas directivas a miembros del personal médico y administrativo del hospital.

En otros centros de atención se estaría estudiando la posibilidad de establecer un cobro lineal del 25% sobre el costo del servicio, como es el caso del Hospital Clínico Universitario. Lo que no parecen entender las autoridades de salud es que, si a pesar de la incertidumbre ocasionada por un servicio deficiente, la población acude a los centros de atención públicos, es precisamente porque carece de recursos para solventar los costos relacionados con la salud en entidades privadas. Dentro de las propuestas de "autogestión" que regirían a la Maternidad Concepción Palacios se establece el cobro de Bs. 4.000 por mamografías, lo cual -alegan los administradores de dicho centro- es un precio muy bajo; sin embargo, cabría preguntar, bajo con respecto a qué, tomando en cuenta que el 22% de las futuras madres que acuden a este centro son menores de edad, con altos índices de desnutrición y un 40% no presenta controles prenatales previos, lo cual evidencia su condición de pobreza y, en consecuencia, su incapacidad de pago.

En tan solo dos años (1993-94) los costos de atención de la medicina privada se elevaron en un 250%. Ya en su Informe Especial de 1994, Provea planteaba, a título de hipótesis, que "*la falta de crecimiento de los servicios privados podría sugerir que, como negocio lucrativo, el mercado de la salud ha llegado a un punto de saturación, pues gran parte de la población carece de los recursos necesarios para acudir a éste*"[234]. Esta tendencia parece confirmarse a partir de nuevos datos aparecidos a lo largo del periodo.

Según el estudio del BID, el sector privado atiende entre el 10 y el 15% de la población, lo cual supone que la atención privada está destinada a aquellos sectores con suficiente capacidad de pago. Entre 1994-95 se produjo un leve crecimiento del sector privado, ocasionado principalmente por la reformulación de acuerdos con firmas aseguradoras que cubren parcialmente los costos de la atención en dichos centros[235]. Aún así, en 1994 disminuyó el número de asegurados a través de esquemas privados, ya que los costos de éstos se han elevado considerablemente a causa del incremento de los costos de la salud privada[236], con lo que se registra una tendencia a la dolarización de la medicina, ocasionada por el hecho de que la mayor parte de los insumos y equipos son importados.

Por otra parte, los esquemas de seguros privados presentaron serias deficiencias a partir de la crisis financiera de 1993, dejando sin la debida asistencia a numerosos asegurados. En tan solo un caso, unas 20 mil personas que habían optado por un sistema privado de seguro de hospitalización, cirugía y maternidad, quedaron sin atención médica a causa de la quiebra de una aseguradora. De esta manera se evidencia cómo la panacea de la privatización genera niveles inestimables de incertidumbre para la población que escoge este esquema de servicios.

Finalmente, el tema del alto costo de los medicamentos fue objeto de grandes polémicas a lo largo del periodo. A fines de 1994 las autoridades decidieron congelar los precios de los medicamentos, lo cual -advirtieron al-

234 PROVEA: *Informe Especial: Derecho a la Salud y Ajuste Neoliberal*. En: Informe Anual 1993-94, pág. xiv.

235 Economía Hoy, 30.05.95.

236 Economía Hoy, 07.04.95.

gunos especialistas- era una medida provisional que no tocaba el fondo del problema y que podría producir posteriormente un fenómeno de hiperinflación en este rubro, al tiempo que el programa de medicamentos genéricos seguía funcionando muy por debajo de su capacidad. En efecto, aunque los aumentos autorizados por el Ministerio de Fomento en enero de 1995 se anunciaron en el orden del 10 al 12%, el promedio de los incrementos se ubicó en el 20% y en algunos casos superó el 130%.

Al respecto, el Consejo Universitario de la UCV emitió un pronunciamiento en el cual califica de "*acción criminal*" el aumento de las medicinas, en base a los siguientes argumentos: "*Es necesario hacer notar que en estudios realizados en la Facultad de Farmacia de nuestra Universidad, se analizó el comportamiento de los precios de los 139 productos de mayor demanda en el país durante el periodo comprendido entre enero de 1989 y enero de 1995. Se determinó que la variación promedio de los precios alcanzó valores de 1.909,67%, mientras que el índice de inflación acumulada (según datos del Banco Central de Venezuela) en el mismo lapso aumentó en* 1.040,70% y la variación promedio del dólar era de 347,40%, *siendo el precio promedio de los medicamentos para 1989 de 1,34 dólares por unidad. Cinco años más tarde alcanzaba cifras de 7,00 dólares. De acuerdo a estas cifras, el Ministerio de Fomento no ha debido concederle a los laboratorios farmacéuticos un ajuste en el precio de las medicinas*"[237].

Indicadores de morbilidad y mortalidad

El paso de un esquema de medicina preventiva hacia un modelo curativo, siguió reflejando efectos negativos en los patrones de morbilidad a lo largo del periodo, razón por la cual continúa observándose un incremento en las 25 principales causas de enfermedad, entre las cuales vale destacar las de mayor incidencia:

Enfermedad	Tasa 1992	Tasa 1994
Virosis	2.588,1	2.628,5
Faringoamigdalitis	2.530,1	2.761,0
Diarreas (general)	2.521,8	2.867,8
Diarreas (-1 año)	36.5292,2	40.906,7

Fuente: MSAS. Tasas por 100 mil habitantes

Igualmente, las causas de morbilidad atendidas por consulta ambulatoria en 1993 mantuvieron proporciones similares o superiores a las de 1992, ubicándose las consultas por enfermedades infecciosas y parasitarias en el primer lugar (20,63%), seguidas de las consultas por enfermedades del aparato respiratorio (17,23%). Cabe destacar que la gran mayoría de las enfermedades infecciosas y parasitarias pueden ser fácilmente prevenidas y están asociadas a malas condiciones ambientales y de higiene, propias de sectores en situación de pobreza.

En cuanto a las enfermedades transmisibles, el dengue, tras reaparecer a finales de la década de los 80, y ser relativamente controlado en los años 1991 y 1992, se vuelve a manifestar con fuerza en 1993, repunte que se agudiza en 1994, cuando se registran 1.861 casos que significan un incremento del 200% con respecto a 1993. Para comienzos de 1995 se registra un promedio de 400 casos mensuales, de los cuales cerca de la cuarta parte son hemorrágicos.

Se reportaron 14.928 casos de malaria en 1994, lo que constituye un incremento del 19,1% con respecto al año anterior, encontrándose los principales focos en los estados Amazonas y Delta Amacuro. Para 1995 la

237 El Nacional, 19.02.95.

Dirección Nacional de Malariología del MSAS proyecta un incremento del orden del 50% con respecto a 1994, lo cual significaría el índice más alto de los últimos 4 años. Al cierre de este Informe, cifras parciales aportadas por el MSAS confirman la proporción de este incremento.

Según expertos de la Sociedad Venezolana de Infectología, la meningitis, la lechina (varicela) y la hepatitis también muestran repuntes significativos, especialmente en los últimos meses de 1994[238]. En el caso de la hepatitis (21.355 casos en 1994), el Instituto de Inmunología de la UCV advirtió que, de no corregirse las políticas sanitarias actuales, la cifra de portadores de hepatitis B y C podría elevarse a medio millón de personas, según proyecciones realizadas a partir de despistajes a donantes de sangre[239].

A lo largo de 1994 no se reportaron casos de cólera, pero este flagelo fue sustituido por otro de alarmantes proporciones: la encefalitis equina. En 1994 se registraron algunos brotes en el Edo. Trujillo y en septiembre de 1995 se produce un brote de grandes proporciones en el Edo. Zulia que se extiende en dos semanas a razón unos 600 casos por día. Pese a que el MSAS anuncia en su Memoria y Cuenta de 1994 que precisamente en dicho año se reactiva el programa de prevención y control de esta enfermedad, al cierre de este Informe se ha declarado una emergencia sanitaria con un total de diez mil casos registrados en la región zuliana en tan solo dos meses, con un saldo de ocho decesos, al tiempo que la epidemia se extendió a otros cuatro estados.

Otra enfermedad que se incrementó de forma preocupante fue la tuberculosis (15% en los primeros ocho meses de 1995). A esta proporción hay que añadir un 30% de subregistro en el diagnóstico, a causa de falta de recursos para el programa de diagnóstico y tratamiento del Instituto Nacional de Tuberculosis; igualmente las tasas de enfermedad por tuberculosis se han incrementado en un 6% en el caso de pacientes con SIDA.

En cuanto al SIDA, a lo largo de 1994 se reportaron 212 casos, manteniéndose una leve tendencia al decrecimiento que se venía registrando desde 1993; sin embargo, la tasa se mantiene en 1,0 por 100 mil habitantes, superando la tasa de otras enfermedades de denuncia obligatoria como la tifoidea, la difteria, las parálisis flácidas (poliomielitis) y el tétanos.

La tasa de caries dental se ubicó en 675,8 por 100 mil habitantes, al tiempo que en algunos estados se excluyó del presupuesto de salud el rubro correspondiente a servicios odontológicos, por considerar que los programas de salud bucal son de poca importancia.

En cuanto a la salud mental, son escasos los datos oficiales. El registro epidemiológico presenta deficiencias pues las características de ciertas enfermedades mentales y la carga de estigmatización que las rodea hacen que en ocasiones no sean reportadas oportunamente a las autoridades sanitarias. Se registraron 32.028 casos por consulta ambulatoria en 1993.

La tasa de suicidios presentó reducciones significativas: 5,56 por 100 mil habitantes en 1993 y 5,50 en 1994, contra 18,9 en 1990, al tiempo que se registró un sensible incremento en la tasa de homicidios pasando de 6,85 en 1993 a 16,90 en 1994, ubicando a la violencia urbana como problema de salud pública.

Adicionalmente, en el periodo se conocieron los resultados de investigaciones adelantadas por el Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Tecnológicas (CONICIT), según las cuales un 13,4% de la población presentaría conductas sugestivas de anorexia y bulimia, enfermedades de carácter emocional que afectan los hábitos de alimentación y que se presentan, según los

238 El Nacional, 19.11.94.
239 El Expreso, 04.10.94.

datos recogidos, con una frecuencia de 9 a 1 en las mujeres[240]. La División de Salud Mental del MSAS anunció en 1994 importantes planes en su área de competencia, entre los cuales cabe destacar el inicio de un programa destinado a integrar la salud mental en la atención primaria de salud (APS), lo cual, de concretarse, contribuiría a desarrollar alternativas comunitarias de atención a personas tradicionalmente segregadas de la sociedad.

A comienzos de 1995 la Dirección General Sectorial de Salud del MSAS afirmó que 25 de cada mil niños mueren antes del primer año de vida, al tiempo que un informe del Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) ubicaba a Venezuela en el puesto número 98 sobre un total de 145 países en lo que a mortalidad infantil se refiere, por lo que dicha entidad alertó sobre la necesidad de retomar campañas masivas de inmunización infantil que contribuirían a reducir en un 4,6% esta tasa para el año 2000.

Una de las principales causas de mortalidad infantil sigue siendo la diarrea, cuya incidencia es mayor en los estados Amazonas, Delta Amacuro, Zulia y Bolívar, todos con altos índices de pobreza y de población indígena. Tan solo en el primer semestre de 1995 se registraron en esta última entidad treinta fallecimientos por esta causa en niños menores de cinco años.

La mortalidad infantil se vio agravada durante el periodo debido en parte a la crisis que afectó a la los principales centros de atención materno-infantil de la zona metropolitana, que son a su vez centros de referencia nacional; la falta de insumos y las pésimas condiciones sanitarias de estos centros arrojan cifras alarmantes. En el Hospital Pediátrico J. M. de los rios al menos un niño murió por día en los últimos meses de 1994, mientras que, según el Servicio Estadístico de la Maternidad Concepción Palacios, 53 de cada mil nacidos vivos fallecieron entre enero y septiembre de 1994, lo que significa una tasa que duplica el promedio nacional en el principal centro materno-infantil del país (Ver recuadro en la próxima página). Cabe destacar que cerca de la mitad de estas muertes son prevenibles, pero la carencia de equipos e insumos de la Maternidad imposibilita su atención oportuna y adecuada.

Salud y nutrición materno-infantil

En agosto de 1994, Venezuela recibió la Certificación de la Interrupción de la Circulación del Poliovirus Salve, lo cual constituye un importante logro en la lucha contra la poliomielitis. Para ese mismo año la cobertura de vacunas fue de 76% para poliomielítica, 65% para la triple y 60% para la antisarampionosa.

Los efectos de la baja cobertura de inmunización en el caso del sarampión se han comenzado a sentir. En 1992 se registraron 11.949 casos, mientras que en 1993 la cifra asciende a 20.244; la mortalidad infantil por esta enfermedad pasó del 0,03% en 1992 a 0,23% en 1993. Estas cifras representan el 60% del sarampión existente en la región andina. Fuentes vinculadas al sector de la salud informaron en noviembre de 1994 que las vacunas importadas durante los últimos quince años no tenían poder inmunológico por haber ingresado vencidas o haber sido mantenidas a temperaturas distintas a las requeridas para preservar su poder inmunológico, lo cual explicaría el repunte experimentado por esta enfermedad en años recientes[241]. De allí que las autoridades sanitarias iniciaran a fines de 1994 una campaña masiva de vacunación cuya meta sería la inmunización de 7.425.412 niños, es decir, el 99,26% de la población infantil sujeta a la campaña; sin embargo, cuando estaban por finalizar las

240 El Globo, 18.11.94.
241 Economía Hoy, 20.11.95.

jornadas de vacunación, el MSAS anunció como un "*récord para cualquier campaña de vacunación en Venezuela*"[242] haber alcanzado a poco menos de cuatro millones de niños, lo cual supone una cobertura del 53% que, proyectada hasta la culminación de la campaña podría llegar al 60% de la población sujeto.

En cuanto al estado nutricional de los niños menores de quince años según relación peso-talla para 1994, se presenta un 33% de población en situación deficitaria que va desde la desnutrición leve a la grave, manteniéndose la tendencia de años precedentes[243]. Por su parte, el Centro Clínico Nutricional del INN estima que los niños de estratos económicos bajos tienen una diferencia de siete centímetros con respecto a los de estratos altos, lo cual supondría un retraso biológico de 25 a 30 años, al tiempo que, según las últimas estadísticas del INN, el déficit calórico alcanza en los estratos bajos a 1.730 calorías[244].

La misión identificada por el INN a partir de la incorporación del actual equipo de esa institución constituye una señal alentadora, al haberse propuesto como eje fundamental de su gestión "*Contribuir a mejorar* ***el derecho***

La autonomía gestionaria, delicado experimento

Mientras la tendencia nacional apunta a la descentralización, la Gobernación del Distrito Federal (GDF) ha optado por una modalidad propia que califica como *autonomía de gestión* y que consiste en transferir la administración hospitalaria de la Gobernación a consejos de gobierno integrados por los médicos del respectivo centro de salud, representantes de la GDF, del Municipio y de la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela.

El primer experimento de esta naturaleza fue el del Hospital José María Vargas. El 20.09.94 se suscribió el Estatuto de Autonomía Gestionaria de este centro. Según anuncios del Gobernador del DF, el propósito de la autonomía de gestión sería el de transformar al Vargas "*en una verdadera empresa social, generadora de recursos propios complementarios a los que recibe del Estado y comprometida con la reordenación eficiente de su personal, al margen de componendas grupales subalternas*"[1]. Tres meses después del inicio de la *autonomía*, médicos, enfermeros y obreros del Hospital Vargas se declaran nuevamente en conflicto, debido al incumplimiento de compromisos laborales, así como por la falta de insumos y equipos.

En octubre de 1994, ante el evidente colapso de la Maternidad Concepción Palacios, la GDF decide su intervención. En marzo de 1995 se inicia la reapertura gradual, cuando la GDF ofrece conceder la administración del centro a los médicos para otorgar mayor *autonomía de gestión*. En septiembre de 1995, un año después del cierre, la recuperación gradual parece haberse limitado a lo mínimo, padeciendo hasta el presente de las mismas carencias que condujeron a la suspensión de actividades, mientras que el índice de muertes tanto de madres como de niños no ha registrado reducciones, ya que prevalecen las

242 El Universal, 05.11.94.
243 Estadísticas provisionales del Instituto Nacional de Nutrición, Sistema de Vigilancia Alimentaria. Mimeo.
244 El Universal, 09.05.95.

a la adecuada alimentación *de la población venezolana*"[245].

El reconocimiento de la alimentación como derecho humano puede imprimir una nueva perspectiva a las políticas en materia nutricional; sin embargo, este enfoque debe ir acompañado de medidas concretas que aseguren el adecuado funcionamiento del órgano rector en materia alimentaria, con el objeto de pasar de la intención política al logro de objetivos concretos. En tal sentido, resulta preocupante que, por razones presupuestarias, el INN haya eliminado o reducido a su mínima expresión las actividades educativas y de investigación, necesarias para establecer las estrategias alimentarias de largo plazo, desde una visión preventiva[246]. Con motivo del 45° aniversario del INN, su Presidente señaló que "*sería engañar a la población decirle que este Instituto está en capacidad de abrir nuevos comedores populares o escolares. Incluso, el presupuesto del año que viene* [1995] *es inferior al del presente año, pues está calculado por la mitad de la inflación que se espera para el año 1995*"[247], por lo que la capacidad de la institución para responder a las necesidades alimentarias de la población infantil de escasos recursos se verá aun más reducida.

condiciones de insalubridad y las deficiencias de equipos.

Por último, le llegó el turno al Hospital de Niños J. M. de los ríos, cuyo proceso de *autonomía de gestión* se inició en agosto de 1995, tras varios meses en los que estuvo prácticamente inoperante. Aunque es pronto para evaluar si este proceso será diferente de los dos anteriores, el patrón, al menos en sus primeros pasos, es el mismo: el centro de salud colapsa por falta de recursos, insumos y equipos; se cierra; se interviene; se gestionan recursos extraordinarios; se reabre con la figura de la *autonomía gestionaria*. De allí en adelante todo depende de la habilidad de los nuevos administradores para conseguir recursos alternativos a los oficiales.

En el caso de la Maternidad, el Gobernador del DF dejó en evidencia la intención de la *autonomía de gestión* al señalar que "*hemos expresado nuestra disposición para entregar a los médicos de la Maternidad los recursos que para el mantenimiento de ese antiguo sistema sean necesarios. Quizás ellos puedan encontrar una alternativa de servicio más eficiente, sujeta a su directo control y que de tal manera, pueda servirles* ***a manera de ensayo*** *en el inevitable desafío de la autogestión*"[2].

De esta manera, la *autonomía de gestión* pareciera orientarse a una transferencia de (in)competencias, en la cual, por la vía del ensayo, se juega el futuro de instituciones hospitalarias de fundamental importancia, sin que exista una estrategia previa y coherente que garantice su funcionamiento eficaz.

1 El Nacional, 14.11.94. Espacio pagado por la GDF.
2 Idem. Énfasis añadido.

245 MSAS: Op. cit., pág. 288. Énfasis añadido.
246 Información brindada por el Presidente del INN en entrevista concedida a Provea en octubre de 1994.
247 El Universal, 19.11.94.

En lo que se refiere a la condición física de las futuras madres, la situación sigue siendo preocupante. De acuerdo con el Servicio de Estadísticas de la Maternidad Concepción Palacios, el 40% de las parturientas que ingresan a ese centro carecen de control prenatal; el 22% son menores de edad, con un 11% de muertes de madres adolescentes.

Por otra parte, la cobertura de los programas de planificación familiar y de control de partos sigue siendo limitada, razón por la cual, de los 600 mil nacimientos anuales, unos 18 mil niños presentan malformaciones congénitas. Según la Unidad Genética Médica de la Universidad de Oriente, estas enfermedades constituyen un importante problema de salud pública que no ha sido debidamente atendido desde un enfoque preventivo, por lo que, según sus proyecciones, podría producirse un considerable incremento de niños con malformaciones genéticas en la próxima década[248].

Higiene del trabajo y medio ambiente

Un estudio desarrollado por el Instituto Latinoamericano de Investigaciones Sociales (ILDIS) y el Departamento de Seguridad Social de la CTV señala que, de cada cien embarazos, quince culminan en abortos y siete niños presentan defectos de nacimiento, con saldo de 1.500 muertes de niños por malformaciones congénitas, la gran mayoría de los cuales son hijos de trabajadores expuestos a sustancias tóxicas[249]. Este tipo de informaciones evidencia la necesidad de desarrollar políticas integrales en materia de salud, ya que la salud ocupacional puede incidir en las tasas de morbilidad y mortalidad materno-infantil.

La misma investigación presenta otras cifras alarmantes en materia de salud ocupacional, según las cuales se producirían en Venezuela unos 100 mil accidentes de trabajo al año, con saldo de unas 1.500 muertes y 10 mil incapacitados. Tan solo el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS), cuya cobertura apenas alcanza al 37,95% de la población, registra unos 30 mil accidentes anuales.

Por otra parte, según registros acumulados por médicos del Edo. Aragua, dicha entidad ocuparía el primer lugar de muertes por cáncer ocupacional y contaminación ambiental, producto de una actividad industrial no sometida a los debidos controles sanitarios[250]. Los riesgos de salud en el campo laboral, sin embargo, no son exclusivos de las zonas de gran actividad industrial, ya que en 1994 se produjeron mil 119 casos de intoxicación por plaguicidas.

En materia ambiental, para 1994 los programas de control sanitario de aire y suelo del MSAS experimentaron reducciones en el número de inspecciones realizadas por el orden del 15% con respecto a 1993. Igualmente, los programas de control de residuos sólidos sufrieron disminuciones de un 69% en materia de inspecciones con respecto a la cobertura de 1993, debido a falta de recursos. En 1993 se construyeron 1.141 dispositivos de excretas, mientras que en 1994 se construyeron solo 759, lo cual significa una reducción del 33%. A lo largo del periodo diversas comunidades del país formularon denuncias sobre el incremento de ciertas enfermedades a causa de la falta de tratamiento de las aguas destinadas al consumo humano.

Medidas legislativas

La resolución N° SG-439 del 26.08.94 emitida por el MSAS, destaca como una de las iniciativas legales más importantes del periodo en materia de salud. Dicha resolución prohibe la aplicación compulsiva y en contra

248 Últimas Noticias, 16.12.94.
249 Economía Hoy, 13.02.95.
250 Últimas Noticias, 24.05.95.

del consentimiento informado de la persona involucrada de pruebas de despistaje del VIH. Esta resolución constituye un importante paso en favor de la no discriminación de posibles portadores de VIH para su ingreso en centros de estudio o puestos de trabajo, ya que este tipo de actividades no representa riesgo alguno en materia de salud pública, lo que hace injustificable la aplicación de la prueba como requisito de admisión[251].

Durante el periodo, la División de Salud Mental del MSAS anunció que se estaría trabajando en la elaboración de un proyecto de ley de protección al enfermo mental, la cual vendría a llenar un vacío en relación a un grupo tradicionalmente discriminado de la población.

Por su parte, el Consejo Nacional de Salud entregó al Presidente de la República un conjunto de propuestas destinadas a mejorar la calidad de la atención pública, en materia de descentralización de servicios de salud, creación del Instituto del Medicamento, adjudicación de cargos de salud pública mediante concursos y creación de la carrera sanitaria y racionalización de la recuperación de ciertos costos hospitalarios sin que ello implique negativa de atención a los pacientes que acuden a dichos servicios. Estas propuestas, de ser favorablemente acogidas por el Ejecutivo, tendrán implicaciones legislativas en el futuro cercano.

Atención primaria, participación y autogestión

A lo largo del periodo se desarrollaron diversas iniciativas innovadoras que surgen como alternativas viables y eficaces de atención frente a quienes pretenden imponer la privatización de la salud, el cobro de tarifas a los usuarios o la concentración de recursos en centros de atención de tercer nivel.

Vale destacar el esquema de participación desarrollado por la Comisión de Salud del Municipio Libertador (Dtto. Federal), el cual no se limita a los aspectos de ejecución de proyectos de salud, sino que se extiende a todas las fases de la gestión, incluyendo los aspectos político-administrativos.

Igualmente, en el Edo. Zulia y en algunos municipios del Edo. Lara, las comunidades han realizado esfuerzos importantes para rescatar los servicios ambulatorios, descongestionando de esta manera a los colapsados hospitales de dichas regiones, en lo relativo a problemas de salud que pueden ser resueltos mediante modalidades de atención primaria. En el caso del Edo. Lara, los costos que no son cubiertos mediante el presupuesto oficial, se están financiando a través de iniciativas alternativas de recaudación de fondos tales como programas de reciclaje de desechos en los que participan los jóvenes y niños de la comunidad, lo cual contribuye, además, a la generación de una cultura de protección ambiental.

Por otra parte, la Alcaldía del Municipio José Félix Ribas (Edo. Aragua) inició recientemente un programa comunitario de atención destinado a niños con necesidades especiales, desde un enfoque acorde con los derechos del niño.

De esta manera, la atención primaria, la prevención y la medicina familiar han comenzado a cobrar fuerza a nivel comunitario, mediante propuestas que combinan los recursos públicos con la participación comunitaria, sin que ello supongan erogaciones monetarias de parte de una población que no está en capacidad de soportar los elevados costos de la salud. En muchas de estas iniciativas la participación de las entidades sanitarias centrales y de la comunidad se ha visto complementada con la de sectores tales como Iglesia, alcaldías y universidades.

En definitiva, a partir del balance de la situación de la salud en el país, el compromiso

251 En el anexo 13 se transcribe el texto completo de la resolución.

de Salud para Todos en el año 2000 al cual se sumó Venezuela de manera voluntaria, parece difícil de alcanzar cuando faltan menos de 5 años para que comience el siglo XXI. En tal sentido, Provea considera relevante el enfoque de prioridades establecido en el más reciente informe de la OMS en el sentido de que "*la salud deficiente inhibe la capacidad de trabajo del individuo, reduce su productividad y agrava la pobreza. Esta se puede atajar actuando en dos frentes: uno consiste en atender las necesidades básicas de la gente, incluida la disponibilidad de servicios sanitarios, vivienda y educación; el otro es ofrecer oportunidades de escapar a la pobreza gracias a una mejor salud y a una mayor productividad*"[252]. Se trata de dejar de ver los recursos empleados en salud como un gasto para comenzar a percibirlos como una inversión y, en consecuencia, entender la salud no como una carga del Estado, sino como un derecho de sus ciudadanos.

252 OMS. Op. cit., pág. 13.