

Derecho a la Salud y Ajuste Neoliberal

¡Los derechos son irrenunciables!



Foto: Rafael Salazar

"... fijar límites diversos en lo que se refiere al goce al derecho a la salud, en función del mayor o menor desarrollo de un país, sería condicionar el goce de ese derecho humano a situaciones incompatibles con la dignidad del hombre y en buena cuenta significaría la legalización, en cierto modo, de medidas discriminatorias que por sí mismas constituirían una violación a los derechos humanos."

Que los Programas de Ajuste Estructural (PAE) tienen efectos negativos en el disfrute de los derechos humanos, ha dejado de ser un temor para convertirse en una certeza. Ya en 1991 la Subcomisión de Prevención de la Discriminación y Protección de las Minorías de la Comisión de Derechos Humanos de Naciones Unidas aprobó una resolución en la que se refiere a "...las repercusiones negativas de los programas de ajuste estructural en la realización de los derechos económicos, sociales y culturales"¹.

El derecho a la salud no ha sido una excepción. Sin embargo, resultaría simplista pretender que la falta de satisfacción de este derecho obedece exclusivamente a la puesta en marcha del PAE. El Estado venezolano tiene obligaciones concretas en torno a este derecho desde la promulgación de la Constitución en 1961; estas obligaciones fueron ratificadas como compromiso voluntariamente asumido ante la comunidad internacional cuando se suscriben el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) de la ONU y la Estrategia Salud Para Todos en el Año 2000 (SPT/2000) de la Organización Mundial de la Salud, en 1978 y 1979 respectivamente.

Es por ello que en el presente Informe Especial se evaluará el cumplimiento del Estado en la satisfacción del derecho a la salud en general, a partir de los compromisos asumidos en virtud de la Constitución y de los tratados internacionales y con énfasis en los años siguientes a la puesta en marcha del PAE.

La adopción inmediata de medidas

Desde el mismo momento en que la Constitución de 1961 reconoce el derecho a la salud, establece un compromiso de promoción, de respeto y de aplicación: "Es indudable que los dispositivos constitucionales que consagran el derecho a la protección de la salud, el derecho a la educación y el derecho al trabajo son de carácter directamente operativo. No es propio afirmar que la eficacia de los mismos se halle supeditada al programa de acción que en cada una de las citadas normas se asigna al Estado (...) En el caso de los tres derechos aludidos, se trata de verdaderas garantías de vigencia y eficacia inmediatas y no de principios formulados para que quedarán como meras declaraciones teóricas sin contenido real ni eficacia práctica"². Este compromiso nacional adquiere un carácter internacional a partir de 1978, tras la ratificación de los tratados internacionales antes mencionados.

Sin duda, el Estado realizó un esfuerzo significativo y con saldos favorables a partir de 1936 para la erradicación de enfermedades como la malaria y otras que diezaban a una población predominantemente rural, y en 1948 desarrolló las Redes de Tuberculosis para la lucha contra esta enfermedad. En el marco de la nueva Constitución se crean en 1964 los Servicios Cooperativos de Salud y en 1965 se introducen enfoques de atención preventiva por niveles, desde una visión integral de la salud que va más allá de la ausencia de enfermedad.

Sin embargo, los compromisos in-

ternacionales asumidos desde 1978 no se ven acompañados de medidas inmediatas que aseguren su vigencia, al punto que transcurren ocho años desde el momento de la adopción de la Estrategia SPT/2000 en 1979, hasta la promulgación de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, la cual permanece inaplicada hasta el presente, al tiempo que las políticas sanitarias y la atención integral a la salud van perdiendo terreno y recursos, dando paso a un enfoque reactivo y curativo.

Por otra parte, a medida que la población venezolana se convierte en predominantemente urbana, es posible observar un retroceso en la atención a la salud; los programas no fueron adaptados al ritmo de la migración campo-ciudad, al punto que son incapaces de satisfacer las necesidades de salud de la mayoría de la población que se trasladó a las ciudades conformando hoy los cinturones de miseria de los principales centros urbanos, y resultan inadecuados para continuar atendiendo los problemas sanitarios de la población campesina e indígena, por lo que las políticas se mantienen al margen de principios rectores de este derecho como son la la equidad y la universalidad.

EL PAE

y las políticas de salud

La transición hacia una economía de mercado en Venezuela se venía gestando desde 1983 y se arraiga con la firma de la Carta de Intención con el Fondo Monetario Internacional (FMI) en 1989, instrumento que fija los lineamientos del PAE. Tales linea-

mientos sugieren que los derechos sociales deben dejar de ser considerados como una responsabilidad del Estado, para ser entendidos como necesidades a ser satisfechas por la población de acuerdo a su situación económica y a su posición dentro de la sociedad, en el entendido de que "*el bienestar social y la atención médica pertenecen al ámbito de lo privado y que el Estado debe proporcionar asistencia mínima sólo a aquellos sectores de la población que fracasaron en satisfacer sus necesidades básicas*"³, por lo que la privatización y la descentralización se convierten en los ejes de las políticas de salud. (Ver recuadro de la página iv).

Inmediatamente después de la firma de la Carta de Intención, comienzan a aplicarse las primeras medidas. Un informe de la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados presentado en julio de 1989, recoge los inicios del proceso privatizador: "*... se obliga a los pacientes a comprar todo lo necesario para el tratamiento; a los enfermos no sólo se les pide que lleven las medicinas sino también las sábanas, las almohadas y hasta los platos y cubiertos en caso de hospitalización*"⁴.

Ese mismo año la Fiscalía General de la República se refería a la situación en términos similares al señalar: "*... hay en efecto, crisis asistencial en el país, caracterizada por un progresivo deterioro, deficiente prestación de servicios en todas las áreas, malversación de recursos, manejo inadecuado de las infraestructuras donde funcionan los centros hospitalarios, la aparición de enfermedades erradicadas en otros tiempos, condiciones de insalubridad en esas instalaciones, falta de gerencia, falta de atención a los pro-*

Salud, privatización y descentralización*

La propuesta privatizadora plantea una transferencia de la atención médica, particularmente hospitalaria, a la iniciativa privada, dejando en manos del Estado sólo las actividades menos lucrativas, relacionadas con la medicina preventiva, educación sanitaria y saneamiento básico.

Las modalidades privatizadoras han venido aplicándose sutil o abiertamente, y estas son algunas vías utilizadas para su desarrollo:

Modalidades formales

- a) Transferencia de servicios u operaciones de organismos públicos a instituciones privadas.
- b) Compra de servicios a instituciones privadas.
- c) Transferencia total de hospitales al sector privado.

Modalidades informales

Han venido siendo ejecutadas desde hace varios años con mucha sutileza y consisten en un **Progresivo Desfinanciamiento** de los servicios públicos, lo cual trae consigo un deterioro progresivo de las condiciones de trabajo, de las instala-

ciones, y ocasiona lo que se ha llamado **Muerte Lenta** de las mismas, para luego plantear como única salida su privatización.

Las estrategias privatizadoras se han desarrollado a tres niveles de acción:

- a) Para la población de altos ingresos, la privatización total, dejando sus problemas de salud a la relación individuo-iniciativa privada.
- b) La complementación de servicios por medio de pólizas de seguros, dirigidas a los sectores medios de la sociedad, que encuentran como única vía para la solución de sus problemas de salud la contratación de pólizas de hospitalización, cirugía y maternidad.
- c) Para los sectores indigentes, la atención por medio de fundaciones y organizaciones filantrópicas o benéficas.

La **Descentralización** es una política de doble filo, que puede ser utilizada como un instrumento para la privatización, o como un elemento para la democratización y participación de la comunidad en la gestión de la salud.

* FEO, Oscar: *Ideas para un diagnóstico de la salud en Venezuela*. Cuadernos del ILDIS. Caracas, 1992.

blemas de personal, mal mantenimiento y muy poca conservación de costosos equipos y material médico-quirúrgico, así como el deplorable estado de los

laboratorios, insuficiencia de equipos y la falta de una adecuada medicina preventiva en el país"⁵.

Indudablemente, el derrumbe de la

política e infraestructura sanitarias que se habían desarrollado desde mediados de la década de los 30, no se produce por el sólo efecto del PAE, pues ya se venía experimentando una caída en ciertos indicadores de salud a causa de políticas que abandonaron desde mucho antes el énfasis preventivo. Pero es igualmente cierto que tal derrumbe habría sido menos dramático -y quizás hasta contenible- de no haberse aplicado el PAE, el cual no hizo más que agudizar vertiginosamente un proceso gradual de deterioro de la salud.

Lejos de detener la caída, el PAE la aceleró por la vía de una privatización disfrazada que más tarde sería abierta; se comienza a hablar entonces de "socialización", "cogestión administrativa", "semi-privatización" para identificar un proceso mediante el cual, a partir de 1990, se empezó a entregar instalaciones hospitalarias, en calidad de comodato, a médicos, bioanalistas y odontólogos que prestaban sus servicios desde el sector privado. Tal como la describió un alto funcionario del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (MSAS), la "socialización" era entendida como un proceso de "participación de la comunidad en el manejo de los centros asistenciales, entendiendo como tal, tanto el aporte económico como la supervisión financiera y operativa"⁶.

A partir de 1991 el Presidente nombra a la Comisionada Especial para llevar a cabo el Plan Piloto de la "Moderna Gestión Hospitalaria" y se crea la Comisión de Reestructuración Hospitalaria integrada por miembros del Fondo de Inversiones de Venezuela (FIV), la Oficina Central de Coordinación y Planificación (Cordiplan),

el MSAS, el Ministerio de la Familia y la Gobernación del Distrito Federal (GDF). Como primer paso hacia la privatización abierta se inicia la "reestructuración" mediante el régimen de concesiones al sector privado, lo cual consiste en "la transferencia de la administración y operación de hospitales y otros servicios de salud del sector público a empresas e instituciones de carácter privado"⁷; en dicho sistema el usuario debe participar cancelando los servicios prestados. El plan piloto se iniciaría con 12 centros de salud, para incorporar a largo plazo a los 253 hospitales que hasta ese momento conformaban la red pública.

Para 1992, el Plan Piloto continuó profundizándose, al tiempo que el Ministro de Sanidad declaraba que "desde el punto de vista financiero el 92 deberá ser un buen año para la salud"⁸, agregando que el monto de 800 millones de dólares otorgado por el Banco Mundial (BM) y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) para el sector salud, "será una inversión recuperable porque estamos hablando de un fondo de recuperación a los pacientes que puedan pagar. Y que no paguen los pobres de solemnidad"⁹.

Pese a que una nueva administración asumió el gobierno en 1994 ratificando los principios constitucionales sobre el derecho a la salud, la tendencia privatizadora, lejos de revertirse, continúa profundizándose. En septiembre de 1994 se acuerda el Estatuto de Autonomía Gestionaria del Hospital José María Vargas de Caracas, uno de los principales centros hospitalarios del país. La "autonomía gestionaria" se ha traducido en el cobro de tarifas a cargo del usuario, sin la realización de

estudio socio-económico alguno que permita evaluar su capacidad de pago.

La lógica según la cual sólo debe exceptuarse de pago a *"los pobres de solemnidad"* sigue vigente hasta el presente y choca con la protección del derecho a la salud, en la medida en que *"la utilización de subsidios selectivos puede dar lugar a la sustitución de las anteriores prestaciones de bienestar social para todos los ciudadanos por una forma de subsidio destinada sólo a las personas más pobres. Esto puede crear problemas a los grupos que son pobres, pero no absolutamente pobres, o a los sectores de la clase media baja, limitando efectivamente el acceso a los servicios de bienestar social. Además, los subsidios sólo raramente -y tal vez nunca- pueden sustituir a la amplia variedad de prestaciones asociadas con los derechos económicos, sociales y culturales"*.¹⁰

Cabe recordar además que para 1989, año en que comienza a aplicarse el PAE, el porcentaje de pobreza en Venezuela se ubicaba en el orden del 79,19% entre pobreza crítica y relativa, proporción que se ha mantenido prácticamente inalterada, calculándose para 1992 en 78,19%, pero habiendo aumentado la proporción de pobreza crítica sobre la relativa, por lo que un 14% de la población se encuentra en lo que la Unesco califica como *"cuarto mundo"*, es decir, personas condenadas a no salir jamás de la marginalidad. La lógica del PAE, además de violatoria de un derecho humano fundamental, resulta insostenible dada la magnitud de la pobreza. Los indicadores de salud así lo demuestran.

1989: del gran viraje a la gran caída¹¹

El año 1989 marca el comienzo de la caída de la mayoría de los indicadores de salud, tanto de la población en general, como de grupos particularmente vulnerables como el materno-infantil. El PAE supone además el abandono de los programas preventivos y educativos, así como el colapso de los servicios básicos de saneamiento ambiental como los acueductos y disposición de excretas.

A continuación se exponen en detalle la evolución de los principales indicadores de salud:

a) Indicadores de salud y nutrición

Enfermedades transmisibles que se consideraban erradicadas o controladas años atrás, muestran un repunte alarmante: de 4.200 casos de malaria en 1982 se pasó a más de 40.000 casos en 1991; el dengue reaparece en 1989 dejando hasta 1992 un total de 20.500 casos y 200 muertos; se reportaron 275 mil casos de diarrea en 1988 y casi el doble, 494 mil en 1991; en 1984 se registran 2.438 casos de tuberculosis duplicándose los registros a 5.216 casos en 1991; a partir de 1989 se detecta un nuevo tipo de fiebre hemorrágica que recibió el nombre de Fiebre Hemorrágica de Venezuela, la cual afectó a 87 personas ocasionando 31 muertes (35,6% de letalidad).

Según registros sanitarios de 1992, se ha producido un incremento en ocho enfermedades, entre ellas algunas prevenibles como el sarampión o asociadas a condiciones precarias de

vida e higiene como la escabiosis (94.941 casos), amibiasis (62.850 casos).

Los datos sobre mortalidad son poco confiables ya que se estima que muchas de las muertes no son reportadas de acuerdo con los grupos de causas internacionalmente establecidos, aunque se presume que la tasa ha permanecido más o menos estable (5,4 por mil), excepto en el caso del sector materno-infantil que se detalla más adelante.

Sin duda, es en el campo de la nutrición donde resultan más evidentes las consecuencias del ajuste. De acuerdo con los registros llevados por el Instituto Nacional de Nutrición (INN) para el período 1982 - 1991, la gran mayoría de los indicadores nutricionales experimentan una abrupta caída a partir de 1989 y permanecen por debajo del promedio de la década para los años siguientes. En el caso de la disponibilidad neta de alimentos en gramos per cápita diarios, de los 14 rubros analizados, el único que presenta incrementos por encima del promedio es el de pescados y mariscos; otro tanto ocurre con los porcentajes de adecuación de los aportes nutricionales donde, de los 9 componentes analizados, sólo las proteínas y la vitamina C se mantuvieron por encima del promedio, siendo la vitamina A uno de los más deficitarios.

Aunado a lo anterior, se observa un incremento de la dependencia alimentaria. Entre 1982 y 1989 se habían producido ciertos incrementos en la producción nacional, proceso que inicia una tendencia regresiva entre 1990 y 1991; *"para 1991 el 47,4% de las calorías, el 39,8% de las proteínas y el 56,9% de las grasas provienen del*

*exterior. De acuerdo con los criterios de Shejtam, la autonomía es crítica en el caso de las calorías y grasas"*¹².

La drástica caída del ingreso familiar a partir de la aplicación del PAE tiene un efecto considerable en la alimentación. *"El porcentaje del ingreso familiar promedio, destinado a gastos en alimentación, o necesario para la adquisición de la Canasta Normativa Concertada de Alimentos para una familia de 6 personas fluctuó entre 38,9% en 1988 y 55,6% en 1993, registrándose el valor más elevado de 64% en 1989. Un salario mínimo no alcanza para obtener los alimentos requeridos, para una familia de 5 personas"*¹³.

Los efectos del PAE se han dado también en a la salud mental, observándose un incremento de enfermedades emocionales tales como ansiedad, psicosis, stress, depresiones, neurosis, etc. La Sociedad Venezolana de Psiquiatría estimó en 1990 que un 30% de los venezolanos estaba padeciendo alteraciones emocionales *"producto, en cierta forma de la situación que vivimos, no solamente desde el punto de vista económico, sino de inseguridad personal y de perspectivas futuras"*¹⁴. La transición epidemiológica de Venezuela en las últimas décadas muestra como uno de los problemas emergentes en el campo de la salud mental es la depresión en personas de 65 años y más.

Según la Fundación Centro de Estudios sobre Crecimiento y Desarrollo de la Población Venezolana (Fundacredesa), una proporción creciente de venezolanos se ubica en lo que dicha institución califica como pobreza estructural, que incluye *"a personas que ya no poseen autoestima, están en condiciones de inconsistencia con res-*

pecto al mundo que los rodea. Sólo piensan en sobrevivir: se les ha cerrado el camino de la vida"¹⁵. En estas circunstancias no es extraño que la tasa de mortalidad por suicidios y homicidios haya pasado de 12 por 100 mil habitantes en 1987 a 15.9 en 1989 y a 18.9 en 1990, manteniéndose entre las siete causas principales de muerte.

b) Salud materno-infantil

La vulnerabilidad de la población infantil frente a los efectos del PAE se evidencia en los siguientes indicadores. En lo que a morbilidad se refiere, los estudios sobre transición epidemiológica muestran una persistencia con tendencia ascendente en el caso del sarampión, del cual se registraron 13.300 casos en 1977 y unos 22 mil en 1988. La transición epidemiológica indica además la incorporación de nuevos problemas de salud que no han sido adecuadamente abordados, como es el caso de las deficiencias de micronutrientes que afecta por igual a los grupos de 0 a 4 y de 5 a 15 años. Tras cuatro años de aplicación del PAE, las diarreas seguían afectando mayormente a la población infantil, especialmente entre niños menores de un año, siendo la primera causa de enfermedad para cuatro entidades: Distrito Federal, Bolívar, Delta Amacuro y Zulia. De las enfermedades del aparato respiratorio, el 77% correspondieron en 1992 a las sujetas al Programa de Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) en el grupo de población entre 0 y 4 años.

A partir de 1988 se observan "*tendencias al estancamiento de las tasas de reducciones de la mortalidad de niños menores de 5 años, de la mortalidad infantil y materna... aumento de*

*la desnutrición, baja y limitada cobertura de las inmunizaciones"*¹⁶. La tasa de mortalidad infantil que en 1988 se encontraba en 22,6 por 1.000 nacidos vivos, pasa a 24,9 en 1989 y llega a 25,2 en 1992. Algo similar ocurre con la tasa de mortalidad postneonatal; en 1988 había sido reducida hasta el 8,8, pero en 1989 comienza el ascenso ubicándose en 10,3 y llega a 12 en 1992.

La segunda causa de muerte para el grupo de 0 a 4 años la representan las enfermedades diarréicas, siendo ésta la tercera causa de muerte en los grupos de 5 a 15 años. Igualmente las muertes por desnutrición han aumentado en menores de 15 años, afectando especialmente al grupo de 1 a 4 años.¹⁷ Para 1991, un 12% de los menores de 15 años presentaban problemas de desnutrición; en 1992 el MSAS suministró cifras según las cuales un niño muere diariamente por hambre.

Combinando los indicadores peso-talla, peso-edad y talla-edad, "*se encontró que la desnutrición en menores de 15 años es fundamentalmente de tipo crónica, que ha aumentado en los escolares en el período 1989 - 1993, aún cuando se observa una ligera disminución a partir de 1991"*¹⁸. En cuanto al peso al nacer sólo, un 7% de los recién nacidos en 1985 presentaba un peso inferior a los 2,5 kgs, con lo que Venezuela superaba la meta mundial del 10%; este porcentaje aumenta a 12% en 1986, pasa a 13% en 1989 y llega hasta 16% en 1990.

La cobertura de los programas de planificación familiar es baja en relación al total de la población. El porcentaje de madres menores de 20 años para 1988 era de 17,7% y de 10,9% con edades de 15 años o menos; para

1992 el porcentaje nacional se ubica en el 18,6%, pero en 15 de las 23 entidades tal proporción es superior al promedio. Para 1991, solo un 22,5% de las mujeres en el noveno mes de embarazo tuvieron cuatro o más controles prenatales. Se estima que un 25% de todas las muertes corresponden al grupo materno-infantil.

c) Condiciones ambientales

El goce del grado máximo de salud física y mental depende en buena medida de condiciones ambientales adecuadas, a fin de evitar la presencia de focos infecciosos y asegurar niveles adecuados de higiene pública. En tal sentido, el acceso a agua potable y la existencia de una red idónea de alcantarillados y de sistemas de disposición de excretas, resultan indispensables.

Para 1988, se estimaba que un 25% de la población no tenía agua potable, más de un 50% no poseía cloacas y más del 60% no contaba con servicio de recolección de basura.¹⁹ El problema se agrava a partir de 1989, cuando colapsa la mayoría de los servicios públicos; este deterioro se refleja en las cifras ofrecidas por la Oficina Central de Estadísticas e Informática (OCEI): para 1991 la falta de agua potable alcanza a un 43% de la población, mientras que la ausencia de cloacas sigue afectando al 50% de las familias.

Más allá de estos promedios nacionales, existen grupos sociales en los que estos servicios son prácticamente inexistentes. Como se sabe, el cólera está asociado a malas condiciones ambientales; el brote de cólera que afectó al país en 1991 tuvo una incidencia 30,4 veces mayor en los grupos indí-

genas que en el resto de la población; el 35% de los casos ocurrieron entre población indígena la cual representa el 1,55% de la población total del país, siendo las etnias Wayuú y Warao las más afectadas.

d) Higiene del trabajo y seguridad industrial

Según cifras del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS), los accidentes de trabajo se ubicaron en 1980 en el orden de los 21 mil, llegando a descender en 1983 a 13.479; a partir del inicio de la adopción del PAE, las cifras comienzan a elevarse de manera sostenida, alcanzando los 21.253 accidentes en 1990, es decir el mismo nivel en que se encontraba este indicador una década atrás. El 45,47% de los accidentes se concentrarán en la industria de la construcción, la metalmecánica básica y la fabricación de productos metálicos.

En 1986 es aprobada la Ley Orgánica de Prevención, Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo que regula lo relativo a la salud ocupacional y establece la creación del Instituto Nacional de Prevención, Salud y Seguridad Laboral; sin embargo, dicha ley aún no se ha reglamentado y el Instituto no ha comenzado a operar, razón por la cual existe una información escasa sobre las verdaderas dimensiones de los problemas de salud relacionados con el trabajo y sobre las políticas, procedimientos de denuncia, iniciativas educativas y medidas sancionatorias a los responsables de los accidentes.

En ausencia del citado instituto, la salud ocupacional ha estado a cargo hasta el presente a la Dirección de Medicina del Trabajo del IVSS, enti-

dad que sólo afilia al 13% de la población del país. Los recursos humanos de esta Dirección para atender los problemas de salud de la población trabajadora son insuficientes. A nivel nacional se cuenta con 207 inspectores y técnicos, 21 ingenieros, 12 químicos, 11 farmacéuticos, 17 enfermeras, 1 trabajador social, 1 psicólogo y 35 médicos especialistas; el servicio se concentra en la capital, por lo que trabajadores de zonas industriales remotas a ésta difícilmente gozan de la atención requerida, especialmente en el campo psicológico y social.

El abandono del enfoque preventivo

Apartir de 1936 la política del MSAS tenía un fuerte énfasis en la prevención; los programas de medicina preventiva alcanzaban el 42,9% del presupuesto de salud, proporción que, como se observa en el Cuadro 1, se va reduciendo gradualmente en los años siguientes.

Cuadro 1

Distribución porcentual del presupuesto del MSAS según áreas de servicios

Area	Década del 50	Década del 70	1985
Atención médica preventiva	24,1%	13,2%	10,0%
Saneamiento ambiental	14,0%	13,0%	6,4%
Atención médica curativa	37,7%	49,2%	54,7%

Fuente: Evolución de los gastos sociales en salud del MSAS. Período 1936-1985. VII Congreso

La Estrategia SPT/2000 adoptada por Venezuela en 1979, supone la aplicación de medidas que privilegien la atención preventiva frente a la curativa. Cabe señalar que los términos en que está formulada la Estrategia "... refleja el compromiso contraído voluntariamente por los países de alcanzar la meta de salud para todos en el año 2000 sobre la base de la atención primaria de salud, conforme a la Declaración de Alma-Ata. En modo alguno debe interpretarse como la imposición de determinadas acciones a los países por parte de un organismo supranacional"²⁰.

El contraste entre la celeridad con que se aplicaron las medidas "impuestas" por las instituciones financieras internacionales a través del PAE y el abandono de políticas preventivas voluntariamente aceptadas por Venezuela, evidencia la falta de voluntad política para asegurar a la población el derecho al goce del grado máximo de salud física y mental. El énfasis curativo de las políticas de salud aplicadas a partir del PAE es elocuentemente expresado por el senador y Presidente de la Fundación Venesalud, Luis Vidal León, quien declarara que "... en Venezuela el presupuesto de salud no es realmente de salud, es un presupuesto que tiene un sesgo inmenso hacia la atención médica. Aquí la política es esperar que la gente se enferme y después atenderla, si se puede."²¹

Las políticas con énfasis preventivo deben priorizar la inmunización, la erradicación de focos infecciosos y de agentes transmisores de enfermedades, el suministro de medicamentos esenciales y el establecimiento de una red de ambulatorios de atención primaria; no obstante, el deterioro creciente que muestran los indicadores de

salud después del inicio de la aplicación del PAE, demuestra la ausencia de una política preventiva eficaz y acorde con los compromisos asumidos en virtud de la Estrategia SPT/2000.

El Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) experimentó cierta recuperación en los niveles de cobertura en 1991, sin embargo, "su cobertura actual sigue siendo insatisfactoria, lo que se revela por la permanencia del sarampión entre las principales causas de muerte de niños entre 1 a 4 años de edad y su carácter endémico en Venezuela"²². Al anunciarse el comienzo de la campaña de vacunación contra el sarampión en 1994, el Presidente de la República declaraba que Haití y Venezuela eran los únicos países del Continente en los que persistía esta enfermedad. Otro tanto sucede en el caso del polio (tercera dosis), que para 1980 cubría al 93% de la población infantil, mientras que en 1989 cubre tan sólo el 67%, habiendo incrementado discretamente su cobertura para los años siguientes, pero sin llegar a los niveles de una década atrás.

Como ya se ha mencionado, la aparición de brotes epidémicos de dengue y cólera en 1989 y 1991 respectivamente, tuvieron sus orígenes en la caída de los programas de erradicación de focos infecciosos. En el caso del dengue, se descuidó el control

"... en Venezuela el presupuesto de salud no es realmente de salud, es un presupuesto que tiene un sesgo inmenso hacia la atención médica. Aquí la política es esperar que la gente se enferme y después atenderla, si se puede."

sobre el vector habiendo caído las inspecciones domiciliarias de 500 mil en 1976 a tan sólo 11.700 en 1989.

El costo de los medicamentos ha experimentado incrementos en un promedio del 1923,22% desde el inicio del PAE. En 1989 un antihipertensivo costaba un promedio de Bs. 60,00; en 1993 cuesta Bs. 500,00, lo que significa un aumento de un 933%. Un antidiabético en 1989 costaba Bs. 39 y en 1993 cuesta Bs. 990, es decir, un

incremento del 2.487%.

La producción de medicamentos genéricos esenciales parecía una solución para disminuir o evitar el incremento de los medicamentos. El decreto N^o 1764 de fecha 01.08.91 incluye 150 medicamentos genéricos con diferentes presentaciones. Para la producción de genéricos se creó un laboratorio especial del MSAS, pero rápidamente se agotó su capacidad de producción, siendo que el 92% de los equipos instalados producen el 3,35% de las medicinas que adquiere el MSAS, trabajando en los últimos 5 años a un 10% de su capacidad instalada, situación que se debe, al menos parcialmente, a la resistencia de los laboratorios a participar en este programa y a la inhabilidad del gobierno para imponer una política de interés eminentemente social. En marzo de 1993 la Presidenta de la Comisión de

Salud del Senado afirmó: "... no habrá posibilidades de éxito para el programa de genéricos mientras el MSAS no obligue a los laboratorios a producirlos y al resto de la cadena de comercialización a distribuirlos."²³

A lo anterior hay que añadir que gran parte de los ambulatorios -donde existen- carecen de los medicamentos esenciales, por lo que el acceso de la población a éstos se hace aún más difícil.

La red de ambulatorios tipo I en el país es inadecuada, pese a que constituyen el primer eslabón de la cadena de salud y son los entes gestores de la atención primaria. Según los planificadores nacionales, debería existir un ambulatorio tipo I por cada 20 mil habitantes, aunque las mismas autoridades sanitarias admiten que "... no todas las comunidades podrán disfrutar de las **ventajas** de poseer un establecimiento de este tipo y dependerán de dispensarios o módulos de menor tamaño"²⁴.

Si se sigue el criterio de la Comisión Rectora del Sector Salud según el cual un ambulatorio tipo I puede cubrir satisfactoriamente las necesidades de atención primaria de una población de 20 mil habitantes, se requerirían unos 1.000 ambulatorios de este tipo para cubrir la población del país hasta el presente. Según el MSAS, existían para 1992 un total de 3.797 ambulatorios, de los cuales 610 son urbanos y 3.187 son rurales; de los rurales, 2.498 serían de tipo I que cuentan sólo con personal auxiliar, por lo que podría concluirse que las necesidades están satisfactoriamente cubiertas y no sería necesario preocuparse por una posible falta de acceso de la población a las "ventajas" de estos ambulatorios.

Ciertamente, hay algo en las cifras que no coincide con la realidad, ni en materia de cobertura, ni en materia de planificación, ni en materia de resultados. Por citar un solo ejemplo, la población de San Fernando de Atabapo, cabeza del segundo distrito del Edo. Amazonas, no cuenta ni con ambulatorio, ni con dispensario, ni con ninguna autoridad sanitaria para suministrar medicamentos esenciales en una zona vulnerable al dengue y la malaria, por mencionar algunas enfermedades frecuentes en la región amazónica. La principal vía de acceso a la población es la fluvial, distando unas 6 horas por río del único hospital del estado; el precio de un pasaje aéreo hasta dicho hospital (45 minutos de vuelo) equivale a un 30% del salario mínimo. Este ejemplo ilustra la inequidad en la distribución de una red de ambulatorios que, de acuerdo con las cifras, sería suficiente.

En cualquier caso, el enfoque de la Comisión Rectora del Sector Salud parece reflejar la ausencia de una perspectiva acorde con el principio de la aplicación progresiva de la atención primaria, pues se admite que no todas las comunidades tendrán un ambulatorio tipo I, pero no queda claro si se debe aceptar que algunas poblaciones nunca tendrán acceso a un ambulatorio de este tipo. Por otra parte, al concebir los servicios del ambulatorio tipo I como una "ventaja", se desvirtúa la orientación de un proyecto cuya naturaleza obliga a entender los programas de salud como servicios con carácter de utilidad pública e interés social, y no como privilegio.

Las anteriores preocupaciones parecen corroboradas en un estudio recientemente realizado por el ILDIS,

según el cual "... los mecanismos de referencia y contrarreferencia son deficientes por lo que la atención del nivel primario no discrimina los pacientes que acuden a las emergencias y consultas externas generando altos niveles de demanda de servicios que dificultan la programación del trabajo. Por otra parte, tenemos que la distribución de los recursos entre los estados es muy desigual y que los mecanismos de asignación presupuestaria no generan incentivos a la eficiencia."²⁵

La educación para la salud es un componente importante de los programas preventivos que también ha sido progresivamente abandonado. Como se mencionó anteriormente, los programas de planificación familiar tienen un bajo nivel de cobertura. Por otra parte, si bien a partir de los brotes de dengue y malaria se realizaron campañas masivas de información, éstas tuvieron un carácter reactivo.

Igualmente, en el campo de la nutrición el aspecto educativo se encuentra ausente ya que, a partir de la aplicación del PAE, el presupuesto del INN se concentró en la División de Gestión Alimentaria, a cargo de programas focalizados de alimentación, quedando desatendidas las áreas de educación e investigación.²⁶

Cobertura de la asistencia y de los servicios médicos

La cobertura general de los servicios de asistencia médica en caso de enfermedad también ha experimentado reducciones desde la aplicación del PAE. En 1963 existían 3,03 camas por

cada mil habitantes, reduciéndose a 2,5 para 1991, cuando de acuerdo con la OMS, países como Venezuela requieren 5 camas por mil habitantes.

Las cifras manejadas por el MSAS en relación con la cantidad de médicos, enfermeros, auxiliares de enfermería, odontólogos y farmacéuticos por cada mil habitantes presentan imprecisiones que no permiten evaluar el comportamiento de los recursos humanos antes y después de la aplicación del PAE; baste con señalar que el diagnóstico cualitativo del sector para 1992 indica que no se han tomado las medidas necesarias para orientar los recursos humanos en función de la atención primaria, pues "*en cuanto al personal que labora en los hospitales del sector público encontramos, en primer término, que su selección se hace atendiendo a criterios no estrictamente técnicos y que su distribución no es la más apropiada dado que hay un elevado número de personal global (4 a 5 personas por cama). De este número la mayor proporción corresponde a médicos y obreros, mientras que el personal técnico medio es deficitario*"²⁷.

La cobertura del sistema de salud pública se ubicaba en un 80% a mediados de la década de los 80; sin embargo, "... según la encuesta social de 1991 (...) frente a la pregunta sobre el tipo de servicio utilizado para mayores de 10 años con enfermedades agudas o lesiones que solicitó atención, el 34% contestó que había sido en una clínica privada, el 54,4% ambulatorio u hospital clínico y los demás otros tipos como servicio médico del trabajo y farmacias. Del total de personas con 10 años o más lesionadas o con enfermedades agudas el 33,6% no había solicitado atención de ningún tipo y de

ellos el 17,7% declaró no haberlo hecho por falta de recursos y el 5,6 que no le gusta el servicio público²⁸. Curiosamente, la reducción de la cobertura del sector público no se ha visto acompañada por un crecimiento del sector privado; por el contrario, la proporción de participación del sector privado disminuyó del 57,49% en 1986, al 56,40% en 1992. 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; no obstante, esta es una hipótesis cuya comprobación requiere investigaciones adicionales.

Los registros acumulados por el MSAS en torno a las actividades del sector salud muestran fuertes reducciones a partir de la puesta en marcha del PAE, tal como se refleja en el Cuadro 2.

Cuadro 2

**Algunos indicadores de actividades de salud
Variación 1987 - 1991**

Actividad	1987	1991	Variación (%)
Consultas curativas	21.834.676	17.221.583	-21,1
Consultas preventivas	8.630.200	8.390.722	- 2,8
Egresos hospitalarios	1.023.512	.946.566	- 7,5
Consultas odontológicas	5.676.960	2.940.294	-48,2
Inspecciones sanitarias	.751.216	.267.569	-64,4
Atención de servicio social	3.057.028	1.188.842	-61,1

En cuanto a los servicios prestados a personas en el grupo de tercera edad (65 años y más), la cobertura del Instituto Nacional de Geriátría y Gerontología (INAGER) es bastante baja; *"la cifra exacta no puede ser*

*estimada pero, en términos de comparación, el número de consultas de INAGER en 1992 fue poco inferior a 51 mil (la mayoría de ellas -57,4%-realizadas en unidades geriátricas) en cuanto que el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social realizó en 1990 más de 35 millones de consultas de todos los tipos"*²⁹.

El eficaz aprovechamiento de los recursos disponibles

La asignación de recursos para la salud desde el inicio del ajuste, además de haberse reducido, muestra una utilización ineficaz y una distribución inadecuada que afectan la calidad e impacto de los servicios prestados.

El porcentaje del Producto Interno Bruto (PIB) asignado a la salud en 1980 era el 1,72%, experimentando un crecimiento gradual y sostenido para alcanzar el 2,30% en 1986; en 1989 se reduce a 1,95% y cae hasta 1,81% en 1990, para recuperarse en 1992, gracias a la ayuda internacional, ubicándose en el 2,40%; valga recordar que, de acuerdo a los parámetros internacionales, se con-

sidera que una proporción adecuada del PIB para la salud debe estar en el orden del 5%. La tasa de crecimiento interanual del gasto social dedicado a la salud subió de 18,3 en 1985 a 25,9 en 1987, para caer hasta -28,7 en 1989,

sufriendo recuperaciones de 18,8 y 2,0 para los dos años siguientes, pero volviendo a reducirse a -15,3 en 1992. El deterioro acumulado entre 1984 y 1991 es de 14,9%, al tiempo que la reducción presupuestaria neta del MSAS entre 1980 y 1990 es de 54,2%. La participación del sector salud en el conjunto del gasto social también sufrió reducciones; en 1984 era de 18%; en 1988 sube hasta 21,1% para caer tras la aplicación del PAE a 16,4% en 1991, experimentando un ascenso a 18,5% en 1992 gracias a la ayuda internacional.

En 1992 se acordó el inicio del Megaproyecto Social, dentro del cual se incluía el llamado Proyecto Salud, con recursos nacionales y apoyo del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y el Banco Mundial (BM). El Proyecto Salud tendría una duración de 6 años (1993 - 1998), con el objeto de mejorar la calidad de la atención médico-hospitalaria, desarrollar la red de atención primaria, aumentar la cobertura de los servicios, fortalecer la gerencia y apoyar el proceso de descentralización. El costo total del proyecto estaba en el orden de los 800 millones de dólares, de los cuales el 46,1% sería destinado a la modernización del sector, un 24,7% se dedicaría a los hospitales y el 29,2% se destinaría al programa de enfermedades endémicas. Sin embargo, hasta

La asignación de recursos para la salud desde el inicio del ajuste, además de haberse reducido, muestra una utilización ineficaz y una distribución inadecuada...

1994 el proyecto no se había iniciado, pues el desembolso del aporte internacional dependía de la disponibilidad del aporte local, el cual no se había hecho efectivo.

La reducción de recursos no ha venido acompañada de su mejor aprovechamiento; por el contrario, la ineficacia del sector se evidencia en una serie de factores tales como:

- multiplicidad de servicios (unas 70 entidades) y mala coordinación entre éstos;
 - desigualdades regionales en la distribución de la red de salud;
 - exceso de centralización y falta de flexibilidad de los servicios para adaptarse a la coyuntura;
 - inestabilidad presupuestaria que afecta las posibilidades de planificación;
 - baja productividad del personal, con exceso de personal obrero y déficits de personal calificado medio y auxiliar;
 - fallas en la dotación de insumos esenciales;
 - deficientes niveles de mantenimiento de equipos de alta tecnología;
 - asignaciones presupuestarias no adaptadas a las necesidades epidemiológicas, donde el principal rubro de contingencia se reserva para posibles reclamos gremiales.
- Lo anterior contribuye "a generar un cuadro caracterizado por la concen-

*tración excesiva del gasto público en salud a nivel de la atención curativa que resuelve básicamente problemas individuales, obviando la necesidad de atender problemas colectivos de salud e invertir en actividades de prevención y promoción de la salud, al mismo tiempo que condiciona al sector, determinando altos costos de funcionamiento al optar por una medicina altamente especializada y compleja, (...) conformándose un sistema que en muy poco estimula la eficiencia y la contención de costos, profundamente regresivo frente a la estructura social y con servicios de baja cobertura y mala calidad."*³⁰

La distribución de los recursos por regiones presenta profundas disparidades. Para 1992 había un promedio nacional de 2 camas públicas por 1000 habitantes, pero en el Distrito Federal la disposición de camas alcanzaba a 4,32 mientras que en 8 estados no llegaba a 1,5. Otro tanto sucede con los recursos humanos; en el Distrito Federal y Edo. Miranda se concentran 4,45 médicos por 1.000 habitantes, mientras el promedio nacional es de 1,68. En el Distrito Federal y el Edo. Miranda, donde se ubica un 22% de la población nacional, ambas entidades cuentan con el 30,95% de los médicos, 27,05% de los enfermeros graduados, 45,49% de los odontólogos y 42,85% de los farmacéuticos.

En el campo de la nutrición se observa el desarrollo de una serie de programas de alto costo y bajo impacto. Para 1989, más del 50% del presupuesto de esta área se dedicaba a programas de distribución de leche, pese a que la principal deficiencia nutricional no es protéica sino calórica.

Como parte de los programas de compensación frente al ajuste, en 1989 se inicia el Programa Ampliado Materno Infantil (PAMI) cuyos objetivos serían disminuir los niveles de morbi-mortalidad materna e infantil; reducir la desnutrición en menores de 6 años y aumentar la cobertura de atención materno-infantil. Tras varios años de aplicación, se puede apreciar en las estadísticas antes señaladas que los indicadores de salud de estos grupos no han mostrado cambios favorables; además los niveles de cobertura se han reducido, alcanzando en 1992 a 100 mil beneficiarios menos que en el año precedente, mientras que *"la proporción de beneficiarios se ubicó entre un 35,9% y un 33,0% de la población objeto a nivel nacional para estos años"*³¹.

Medidas políticas

El PAE no se adecúa a los compromisos asumidos por el país en lo que a políticas se refiere, pues en nada contribuye a la realización de la Estrategia SPT/2000: *"La vinculación entre la formulación presupuestaria del sector salud con los lineamientos establecidos en el Plan de la Nación y los planes operativos anuales es débil lo cual conspira contra las discusiones de política sustentadas en las prioridades y argumentos técnicos y favorece las negociaciones políticas centradas en intereses particularistas"*³².

En 1989 la Copre formuló una serie de lineamientos programáticos e institucionales para las políticas de salud, entre las cuales se establecían las condiciones para hacer técnicamente viable el Sistema Nacional de Salud

(SNS), tomando en cuenta el necesario equilibrio entre la descentralización y la armonización de políticas coordinadas.³³ Sin embargo, 5 años más tarde la política sigue siendo deficiente; el proceso de descentralización, delimitación y transferencia de competencias "no se ha cristalizado por la falta de concertación entre el Ejecutivo Nacional y los gobiernos regionales. El punto álgido es el relativo a las condiciones financieras"³⁴.

En lo concerniente al principio de equidad, se observa que el PAE no ha hecho más que acrecentar las brechas existentes, afectando precisamente a los sectores más vulnerables.

aún en momentos de recesión o ajuste económico, pues es en dichos momentos cuando la población, y en especial los sectores vulnerables, requieren una protección mayor³⁵.

En lo concerniente al principio de equidad, se observa que el PAE no ha hecho más que acrecentar las brechas existentes, afectando precisamente a los sectores más vulnerables. Además de los datos antes aportados, vale la pena recalcar algunas informaciones com-

Ausencia de principios rectores

En cuanto al principio de progresividad, los datos e indicadores presentados a lo largo de este Informe Especial, muestran claramente que el derecho a la salud no sólo no ha experimentado un desarrollo progresivo, sino que ha sufrido serios retrocesos, especialmente a partir de la aplicación del PAE, llegando en algunos casos a niveles superados dos o tres décadas atrás.

La crisis económica no puede servir de excusa para justificar esta situación, pues, como ya lo ha expresado el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, "la progresividad implica, además, irreversibilidad de los logros alcanzados,

plementarias. En el caso de la tuberculosis, la tasa de mortalidad es veinte veces mayor en el estrato más bajo de la población, con respecto al estrato más alto. Para 1991 existe además una diferencia de 7 cms. de estatura y de 4 kgs. de peso entre los niños de 7 años de las clases I y V, y de 4 cms. y 2 kgs. en el caso de las niñas de la misma edad. En el Edo. Amazonas, donde el presupuesto de salud per cápita se encuentra por encima del promedio nacional, entre el 20 y el 40% de la población indígena presenta hepatitis B, alcanzando a un 80% en algunas aldeas Yanomami, mientras que el 70% de los Barí adultos sufren alguna forma de tuberculosis.

En general, la población indígena se encuentra al margen de los programas de salud; de acuerdo con el último censo indígena, pese a que el 42,2% de los empleados fijos asalariados re-

cibe ingresos que alcanzan a tan sólo un tercio del salario mínimo, la cobertura de los programas alimentarios es entre ellos del 63,6%; el 86,8% de las comunidades indígenas no poseen dispensario de salud; en el caso de los Warao, el 90,9% de las comunidades no tenían enfermero asignado, el 88,3% que no tiene médico asignado no ha recibido la visita de alguno; el 93,9% no ha recibido visita del Servicio de Malariología y el 99,4% no ha recibido atención odontológica.

El principio de gratuidad, indispensable para atender las necesidades de salud de la población de escasos recursos, viene experimentando una fuerte reversión a partir de la aplicación del PAE, tal como lo demuestran varios de los indicadores aquí reseñados. Si bien el artículo 21 de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud (LOSNS) garantiza servicios gratuitos a todos los afiliados al IVSS, al Instituto de Previsión y Asistencia Social para el personal del Ministerio de Educación (IPASME) y a todas las personas cuyos ingresos sean iguales o menores al doble del salario mínimo urbano, tal garantía ha venido siendo progresivamente vulnerada, al comienzo mediante un proceso de privatización encubierta y más adelante de manera abierta, con la utilización del sistema de tarifas a cargo del

... se ha profundizado una discriminación estructural que consiste en la falta de medidas adecuadas para asegurar la cobertura de las necesidades de salud de grupos vulnerables...

usuario, lo cual se pretende compensar mediante programas focalizados que difícilmente lograrán su propósito mientras el "foco" de los programas deba cubrir las necesidades de salud del casi 80% de la población que se encuentra en situación de pobreza.

Además el sistema de tarifas a cargo del usuario se ha puesto en práctica de manera generalizada, no existiendo mecanismos que permitan diferenciar entre quienes carecen de recursos y

quienes podrían tener alguna capacidad de pago, por lo que se sigue afectando al sector más empobrecido de la población.

Los principios de universalidad y no discriminación también han sido afectados desde la aplicación del PAE. Por una parte, se ha profundizado una discriminación estructural que consiste en la falta de medidas adecuadas para asegurar la cobertura de las necesidades de salud de grupos vulnerables (población indígena y campesina, personas en situación de pobreza, ancianos, etc.). También es parte de esta discriminación estructural la falta de regulación y sanción a los centros privados que se niegan a prestar atención de emergencia a quien lo requiera; al respecto cabe recordar el criterio del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, según el cual "las discriminaciones de carácter eco-

nómico en la atención al derecho a la salud constituyen una grave violación a los derechos humanos que deben ser evitadas por todos los medios posibles. Este tipo de discriminación presenta diversos grados siendo el más grave aquel que impide la atención a los servicios de salud a personas que requieren atención de extrema urgencia"³⁶.

Existe por otra parte una discriminación que, si bien no reviste carácter estructural, resulta igualmente preocupante; consiste en la negativa por parte de profesionales y personal auxiliar de la salud, tanto del sector público como del privado, de brindar atención a las personas infectadas con VIH/SIDA. Se trata de un fenómeno reciente que no ha sido adecuadamente abordado por las autoridades sanitarias. A mediados de 1994 el Ministro de Sanidad y Asistencia Social emitió una resolución que prohíbe la discriminación de estas personas en los centros de trabajo; sin embargo, la resolución no aborda el problema de la negativa de atención en los centros de salud.

Medidas legislativas y justiciabilidad

Un derecho que no pueda ser reclamado por la vía judicial, se convierte en simple aspiración. Para que el derecho sea considerado como tal se requiere un marco normativo general que garantice su reconocimiento y respeto, y recursos judiciales al alcance de todos para reclamar su vigencia, restitución y sanción de los responsables de violaciones.

En cuanto al marco normativo, las referencias básicas son el artículo 76

de la Constitución y la LOSNS. En cuanto a esta ley, varios de los aspectos abordados a lo largo de este Informe Especial dan cuenta del fracaso del Estado para ponerla en práctica desde su promulgación en 1987. Diversos estudios han identificado las razones de tal fracaso. Un estudio del ILDIS señala que "*existe una marcada contradicción legal entre la Ley Orgánica de Descentralización, Delimitación y Transferencia de Competencias (LOD) y la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud (LOSNS). Hasta ahora ninguna de las dos leyes se está cumpliendo y se mantiene la misma situación de deterioro progresivo de los servicios públicos de salud*"³⁷.

Por su parte, la Copre afirma que "*... se aprecia un cuerpo jurídico en materia de salud excesivamente diverso y complejo, sin que exista una doctrina jurídica coherente, pues algunas de las leyes son contradictorias entre sí, además de responder muchas de ellas a realidades sanitarias ya superadas*"³⁸.

Ya en 1989 la Copre había formulado recomendaciones para la efectiva vigencia de la LOSNS, señalando que era necesario "*establecer explícitamente los objetivos y estrategias en el marco de las políticas de salud que se plantee el Estado*" y "*elaborar un reglamento de la Ley suficientemente amplio pero definido, que permita establecer con precisión todos los campos de actuación del Estado en salud*", entre los cuales destacó, corregir los rasgos centralistas de la LOSNS, establecer un equilibrio entre los subsistemas del SNS, explicitar las formas concretas de participación comunitaria y fijar los mecanismos administrativos para la integración de las diver-

sas entidades estatales que prestan servicios de salud.³⁹

Actualmente la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados está elaborando un proyecto de ley que buscaría armonizar la tendencia centralizadora de la LOSNS con las propuestas de descentralización de la LOD. Sin embargo, resulta preocupante que desde su promulgación en 1987 la LOSNS no haya cobrado vida en ninguno de sus aspectos, lo cual podría deberse a *"la clara contraposición del marco legal vigente, con el modelo neo-liberal que plantea una redefinición del papel del Estado en salud"*⁴⁰.

En lo que a recursos judiciales se refiere, el derecho a la salud puede ser abordado por la vía contencioso-administrativa y mediante el recurso de amparo. Tal como lo señala la Copre, la jurisprudencia es escasa y contradictoria. En el caso de la jurisdicción contencioso-administrativa, un estudio sobre la jurisprudencia sentada por la Corte Primera en lo Contencioso Administrativo entre 1983 y 1992 no registra ningún fallo en materia del derecho a la salud,⁴¹ por lo que hasta el momento no es posible evaluar la actuación de esta instancia en relación con este derecho.

Existen al menos dos recursos de amparo acogidos favorablemente y que marcan precedentes importantes en esta esfera. Uno fue producido por el Juzgado Superior Agrario, en relación con el recurso intentado por comunidades campesinas del Edo. Mérida para proteger la cuenca del río Mucujún contra el deterioro ambiental ocasionado por actividades de ganadería de altura -inadecuadas al entorno geográfico local- que vertían desechos tóxicos a la principal fuente

de agua de los pobladores. El juez ordenó el cese de las actividades ganaderas alegando que el derecho a un ambiente sano es un derecho fundamental del hombre, que incide directamente en su derecho a la salud, entendiendo ésta *"no como la falta de enfermedad sino, en sentido amplio como el estado bio-psico-social del individuo apto para el desenvolvimiento de su personalidad y cuya afectación sería evidente consecuencia de la contaminación producida por las actividades comprobadas en autos y la falta de tratamiento adecuado"*⁴².

Las contradicciones de la jurisprudencia quedan evidenciadas en los siguientes casos. En una decisión de amparo, un juez acordó obligar a un centro público de salud del Edo. Mérida a brindar el tratamiento necesario a una trabajadora que había resultado severamente contaminada por efectos de exposición al mercurio. Sin embargo, en otro caso similar en el mismo estado, el juez negó el amparo a un campesino que solicitaba acceso a equipos médicos especializados para el tratamiento de una enfermedad que no podía satisfacer con sus propios recursos; el juez basó su decisión en la inexistencia de violación de principios constitucionales.⁴³

Desde 1990 al Fiscalía General de la República viene intentando acciones de amparo en favor de la salud de la población del Distrito Federal. En 1991 el Tribunal Tercero de Primera Instancia de Familia y Menores declaró con lugar el amparo, ordenando a la Gobernación del Distrito Federal *"... avocarse de inmediato al conocimiento de la problemática hospitalaria; declarar en emergencia la materia de salud en el Distrito Federal; fijar*

un aumento presupuestario para los hospitales, dotarlos de medicamentos y equipos médicos quirúrgicos"⁴⁴; sin embargo, el Gobernador apeló inmediatamente la decisión alegando que resultaba extemporánea "porque el 95% de los problemas que se mencionan están subsanados"⁴⁵. La controversia prosiguió por varios años -en contra del principio de celeridad que debe regir la materia de amparo- hasta que en febrero de 1994 un tribunal superior declaró el recurso sin lugar.

...la participación de la comunidad en el campo del derecho a la salud ha sido frecuentemente instrumentada por las entidades estatales sólo como un requisito para acceder al financiamiento internacional, siendo reducida a los aspectos de ejecución...

Participación de la comunidad

La participación se encuentra consagrada como derecho humano en el artículo 114 de la Constitución; en el campo de la salud la LOSNS lo reconoce en sus artículos 5 y 8. Para ejercer la participación en el sector de la salud la Copre propone tres niveles: central, intermedio y local, y sugiere que se concentre en los aspectos de establecimiento de prioridades, proceso de planificación, prestación de servicios y evaluación.⁴⁶

Si bien es cierto que la LOSNS reconoce la importancia de la participación comunitaria en todas las etapas de las políticas de salud, vale mencionar que el riesgo de una participación

nominal está presente; de allí que en sus recomendaciones la Copre subraye la necesidad de asegurar que la participación "esté integrada al proceso de planificación institucional, y no ser un elemento paralelo al margen de las instituciones formales de salud"⁴⁷.

No obstante, la participación de la comunidad en el campo del derecho a la salud ha sido frecuentemente instrumentada por las entidades estatales sólo como un requisito para acceder

al financiamiento internacional, siendo reducida a los aspectos de ejecución, con lo que no se logra más que un desplazamiento de la responsabilidad del Estado hacia los particulares y no la incorporación de éstos en la toma de decisiones que afectan su derecho. Esta visión -que cobra fuerza a partir de la aplicación del PAE- ha traído como consecuencia el desarrollo de relaciones de carácter clientelar, donde las comunidades se sienten "beneficiadas" al recibir la delegación de responsabilidades de ejecución a cambio de supuestas ventajas, tales como la utilización de los centros de salud para otras actividades comunitarias.

En este sentido, en 1994 se produjo un intento de captación por parte de las autoridades del MSAS hacia grupos comunitarios que trabajan en el terreno de la salud; la propuesta fracasó en la medida en que los grupos de salud

percibieron estar siendo utilizados para descargar al Estado de obligaciones que le son propias, participando sólo en aspectos de ejecución y sin niveles adecuados de información sobre el conjunto de las políticas y estrategias oficiales hacia el sector.

Conclusión

La rapidez con que se han comenzado a poner en marcha las políticas de salud derivadas del PAE contrasta con la lentitud para implementar convenios internacionales previamente suscritos por Venezuela en torno al derecho a la salud, lo cual evidencia la ausencia de voluntad política para cumplir con obligaciones de Estado en este campo.

Las políticas de ajuste, lejos de aliviar el impacto de la situación económica para la población de escasos recursos, han significado la agudización acelerada de un proceso de deterioro gradual en las condiciones de vida en general y en el disfrute del

derecho a la salud en particular; los programas focalizados han tenido un impacto marginal producto de la utilización ineficaz de los recursos disponibles, el abandono del enfoque preventivo y la falsa pretensión de que es posible aliviar las necesidades de salud de la población mediante tales programas cuya cobertura, habida cuenta de los niveles de pobreza no puede ser focalizada sino masiva. Frente a este panorama, la población no cuenta con adecuados instrumentos jurídicos y de participación que le permitan ejercer la defensa de su derecho a la salud.

Este cuadro permite afirmar que Venezuela no ha honrado los compromisos asumidos desde 1961 para asegurar la vigencia del derecho a la salud, derecho que luce cada vez más inaccesible para la mayoría de la población, debido a las evidentes contradicciones entre las necesidades de salud y el enfoque mercantilista con el que el PAE ha marcado las políticas del sector.

Citas

- 1) Ver en el Informe de la Subcomisión, La realización de los derechos económicos, sociales y culturales. E/CN.4/1992/2.
- 2) Enrique Sánchez Falcón: Estudios nacionales sobre la Constitución y el Derecho a la Salud. Venezuela. En ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD: El derecho a la salud en las Américas. Estudio constitucional comparado. Publicación Científica N° 509. Washington, 1989. pág. 473. Enfasis añadido.
- 3) FEO, Oscar: Ideas para un diagnóstico de la situación de salud en Venezuela. Cuadernos del ILDIS. Caracas, 1992. págs. 14-15.
- 4) Informe de la Comisión Permanente de Salud de la Cámara de Diputados, Caracas, 3 de julio de 1989.
- 5) FISCALIA GENERAL DE LA REPUBLICA: En defensa del ciudadano. Caracas, 1989. pág. 53.
- 6) El Nacional, 14.07.90.
- 7) COMISION DE REESTRUCTURACION DE LA GESTION HOSPITALARIA: Documento Estrategia. Caracas, 1991.
- 8) El Nacional, 09.01.92. Enfasis añadido.
- 9) Ultimas Noticias, 09.01.92.
- 10) TÜRK, Danilo: Realización de los derechos económicos, sociales y culturales. Informe definitivo del Relator Especial. Naciones Unidas, Ginebra 1992. E/CN.4/Sub.2./1992/16, Para. 104.
- 11) A menos que se haga otra mención, las cifras utilizadas en este informe corresponden a registros oficiales del INN, IVSS, FUNDACREDESA, MSAS, OCEI, y OPS.
- 12) MACHIN, Tibisay: Venezuela. Boletín Social. Sector Nutrición. (En preparación). Mimeo. ILDIS. 1994. pág. 5.
- 13) Machín. Op. cit. pág. 6.
- 14) El Nacional, 26.06.90.
- 15) El Nacional, 19.02.93.
- 16) MAINGON, Thais: Agenda Social de los 90. Proposiciones para una política de salud y nutrición para Venezuela. ILDIS - COPRE. Caracas, 1993. pág. 5.
- 17) Maingón, op. cit. pág. 6.
- 18) Machín, op. cit. pág. 10.
- 19) MARCANO, Esther: El Problema de los servicios en Revista Sic, N° 498, Caracas, septiembre - octubre 1987.
- 20) ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD: Estrategia Mundial de Salud para Todos en el Año 2000. Ginebra, 1985. pág. 18. Enfasis añadido.
- 21) El Diario de Caracas, 10.09.92.
- 22) MAGALLANES, Rodolfo: Venezuela. Boletín Social. Informe Sector Salud (En preparación). Mimeo. ILDIS. 1994. pág. 13.
- 23) El Globo, 19.03.93.
- 24) COMISION RECTORA DEL SECTOR SALUD: Una estrategia para el sistema nacional de salud, en Ismarío González. Cómo nace una ley. Ediciones de la Presidencia de la República. Caracas, 1988. pág. 536. Enfasis añadido.
- 25) GONZALEZ, Marino: Panorama sobre la situación del sector salud en Venezuela. ILDIS - FAUS. Caracas, 1992. pág. 4.
- 26) Información brindada por el Director del INN en entrevista concedida a Provea en octubre de 1994.
- 27) Marino González, op. cit. pág. 5.
- 28) OPS/OMS: Venezuela. Situación de salud 1993. s/f. pág. 30.
- 29) OPS/OMS, op. cit. pág. 15.
- 30) Magallanes, op. cit. págs. 17-19.
- 31) Magallanes, op. cit. pág. 13.
- 32) González, op. cit. págs. 4-6.

- 33) COMISION PRESIDENCIAL PARA LA REFORMA DEL ESTADO: Una política social para la afirmación de la democracia. Caracas, 1989. págs. 114-125.
- 34) Maingón, op. cit. pág. 24.
- 35) COMITE DE DERECHOS ECONOMICOS, SOCIALES Y CULTURALES: Comentario General Nº 3 (1990). Ginebra, 1990. Para. 12. Enfasis añadido.
- 36) COMITE DE DERECHOS ECONOMICOS, SOCIALES Y CULTURALES: Discusión general sobre el derecho a la salud. Noveno período de sesiones. Ginebra 1994. pág. 63.
- 37) González, op. cit. pág. 5.
- 38) Copre, op. cit. pág. 107.
- 39) Copre, op. cit. págs. 120-121.
- 40) Feo, op. cit. pág. 5.
- 41) PEREZ, Magaly: La validez jurídica de los derechos humanos de tipo social. Mimeo. Caracas, 1994.
- 42) Juzgado Superior Agrario. Sentencia del 31.07.90.
- 43) Sánchez Falcón, op. cit. pág. 483.
- 44) El Diario de Caracas, 02.10.91.
- 45) El Diario de Caracas, 03.10.91.
- 46) Copre, op. cit. pág. 117.
- 47) Copre, op. cit. pág. 114.



Foto: Alejandro Perdomo