



## **Estrategia de Cooperación de OPS/OMS con Venezuela 2007-2010**

**Caracas, 28 de junio de 2006**

## Introducción

---

La Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud periódicamente hacen la formulación y revisión de las Estrategias de Cooperación con los Países (CCS), ocasión que es útil para redefinir su actuación conforme a las prioridades nacionales. Este ejercicio es una oportunidad para repensar estratégicamente el proceso de la salud, de la atención de la salud y de la cooperación en salud. En Venezuela el último CCS fue procesado el año 2002, para el periodo 2002-2006. El ejercicio CCS para el próximo trienio 2006-2008 se inició en Venezuela en noviembre del 2005 y el presente documento sintetiza las orientaciones surgidas del mismo, luego de concluida la Misión de funcionarios de la OMS y OPS que visitó Caracas para colaborar con este debate, entre el 3 y 7 de abril del 2006.

El presente Documento de Estrategia de Cooperación ha sido concordado entre el Ministerio de Salud y la Representación de OPS/OMS en Venezuela y es por tanto fruto del trabajo conjunto llevado a cabo entre representantes de ambas instituciones en marzo y abril del 2006. El Documento resultante tiene cuatro apartados o temas: 1) El Proceso de los Macro-Determinantes de la salud; 2) El Proceso de la Salud; 3) El Proceso de la Respuesta Institucional a los Problemas de Salud; y 4) La readecuación de la estrategia de cooperación técnica de OPS/OMS con el país. El último resume las prioridades de la cooperación externa en salud.

La cooperación técnica de la OPS/OMS tiene el mandato de adecuarse a las políticas de los países y en este caso se trata de un país que viene procesando una transformación general de su modelo de desarrollo, incluyendo su economía, su institucionalidad, sus políticas sociales y por ende su sistema de salud. Este es el rasgo central que marca el tipo de cooperación técnica necesaria en salud en Venezuela, pues la cooperación en contextos de no transformación de los sistemas de salud tiene características diferentes de aquella que se desarrolla en contextos de transformación de los sistemas de salud.

El caso de Venezuela es aún de mayor complejidad pues se vive un contexto de transformación no sólo del sistema de salud sino de todas las políticas sociales y de la economía, involucrando los macro-determinantes de la salud, terreno que la salud pública tradicionalmente ha señalado como productor de sobregastos, exposición a factores de riesgos y daños. Todos los pilares sobre los

cuales se edificó en los últimos cincuenta años el esquema de producción social de la salud, de la enfermedad y de la atención de la salud en Venezuela, están en transformación. Este esquema era contrastante pues con el ingreso nacional de Venezuela no eran comprensibles sus altos niveles de morbilidad evitables y la ineficacia del sistema público de atención. En el contexto actual de desarrollo efectivo de una política de atención primaria en salud y de integración de los múltiples prestadores de servicios en un Sistema Público Nacional de Salud, así como de desarrollo de la promoción de la salud y la calidad de vida desde el sector salud, desde el campo social y el campo económico, la cooperación técnica en salud se ve exigida de una readecuación de su agenda, como veremos.

**Capítulo 1:**  
**Desarrollo y salud en Venezuela:**  
**Macro-determinantes de la Salud.**

**Potencialidad de desarrollo: recursos y capacidades**

Venezuela tiene un potencial de desarrollo importante en cuanto a recursos naturales y capacidades de la gente.

Venezuela es, en todos los sentidos, incluido el sanitario, un país principalmente caribeño, pero también es andino, llanero y selvático.

El territorio venezolano abarca 916,446 Km<sup>2</sup> y es un territorio muy rico, con grandes reservas de recursos naturales. Sobresalen el gas natural y reservas de petróleo y de minerales como hierro, bauxita, carbón, oro y diamante. Tiene también recursos pesqueros abundantes en la fachada marítima caribeña y atlántica, y recursos forestales y vastas extensiones agrícolas y pecuarias en Los Llanos y en las zonas andinas. Pero lo que marca la potencialidad territorial de Venezuela es que tiene reservas de petróleo estimadas en 64.877 millones de barriles, que extrae mayoritariamente de la cuenca del lago de Maracaibo y de las cuencas Barinas-Apure y la franja Oriental y que constituyen una riqueza que pocos países tienen.

Venezuela es de otro lado un país diverso, pero esta característica no ha impedido que tenga un nivel importante de integración. El Fondo Mundial de

la Fauna Silvestre ubica a Venezuela entre los seis países de mayor biodiversidad en el continente. Eso se expresa en el hecho de que el país tiene más del 40% del territorio bajo condiciones de zonas protegidas y reservas, su selva tropical cubre casi un 20% de su territorio, cuenta con ríos y cuencas hidrográficas importantes, como las del Orinoco y Apure, y tiene también una zona serrana andina, en la cordillera de Mérida, donde se ubica el punto más alto del país, el pico Bolívar (5.007 m), además de un litoral con una línea de costa en el mar Caribe de 2.183 kms. y de 1.008 kms. en el océano Atlántico, con 314 islas y cayos. Venezuela tiene pese a esto un nivel importante de infraestructura vial y de servicios, con una red carretera de 95.802 kilómetros, cifra que coloca al país entre los primeros de Latinoamérica, contando además con una infraestructura de puertos y aeropuertos, 6 de ellos internacionales. Todo esto implica que las barreras de acceso en salud son más notoriamente económicas y sociales, que geográficas y culturales.



De otro lado, Venezuela tenía para el 2004 una población estimada de 26.127.351 habitantes. Su densidad demográfica era de 28,51 habitantes por Km<sup>2</sup> y la tasa de crecimiento promedio anual del 1,7%.

Entre el año 1950 y el 2001 la población menor de 15 años disminuyó del 42% al 33,1%, la de 15 a 65 aumentó del 55,4% a 62% y el grupo etáreo de 65 y más años varió de 2,6% a 4,9%. Esto quiere decir que la población adulta, en edad de trabajar, es ahora la mayoritaria y la tasa de dependencia puede ser menor. Las tasas brutas de natalidad y mortalidad general, en el 2004, fueron de 22,31 y 5,09 por 1.000 habitantes, respectivamente. La tasa global de fecundidad en

Venezuela era de 2,5 hijos por mujer en edad fértil el 2001. La esperanza de vida al nacer aumentó de 40 años en 1940 a 60,9 años en 1965 y a 73,3 años en el 2000, siendo el 2004 de 73,18 años.

Según el último censo (2001), el 87,2% de la población era urbana y el 12,8% rural. El 53% de la población residía en la región centro-norte-costera, el 24% en las áreas fronterizas y el 23% en la zona interior. La población originaria o nativa representaba el 1,5%.

Este perfil demográfico corresponde a un patrón de fecundidad y un crecimiento vegetativo propios de una transición demográfica en una segunda etapa, en que hay un predominio adulto y por tanto un potencial mayor de fuerza laboral, toda una capacidad de base para superar las brechas de inequidad y exclusión heredadas del pasado.

Además de esto, Venezuela tiene un potencial humano importante con el cual enfrentar la deuda social acumulada. Venezuela acaba de ser declarado territorio libre de analfabetismo. En 1998, el analfabetismo en mayores de 10 años era de 6,2%. La tasa neta de matrícula en enseñanza primaria es superior al 90%; y el porcentaje de alumnos que comienza el primer grado y llega al quinto es superior al 95%, ocupando Venezuela el cuarto lugar en la Región. Esto indica que el país, con todas las brechas sociales aún presentes, tiene capacidades con las cuales apalancar su desarrollo en los próximos años.

### **Constitución Bolivariana: Nuevo modelo de sociedad**

Venezuela ha iniciado en la presente década una transición global hacia un nuevo modelo de sociedad, con base en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (CRBV) aprobada por referéndum y promulgada en diciembre de 1999.

La definición constitucional de Venezuela es la de “un Estado democrático y social de Derecho y de Justicia, que propugna como valores superiores de su ordenamiento jurídico y de su actuación, la vida, la libertad, la justicia, la igualdad, la solidaridad, la democracia, la responsabilidad social y, en general, la preeminencia de los derechos humanos, la ética y el pluralismo político.”

La organización territorial del Estado venezolano es la de un estado federal, organizado en 24 entidades federales, un distrito capital, 335 municipios y 1.084 parroquias.

La Constitución de 1999 explicita la voluntad de “refundar la República para establecer una sociedad democrática, participativa y protagónica, multiétnica y pluricultural en un Estado de justicia, federal y descentralizado”.<sup>1</sup> La Presidencia de la República ha precisado el proyecto de sociedad venezolana como el socialismo del siglo XXI.

Venezuela cuenta hoy con un marco general de políticas, desarrollado al amparo de la nueva Constitución. Dichas políticas están establecidas en el Plan de Desarrollo Económico y Social de la Nación 2001-2007, los Lineamientos Estratégicos de la Nueva Etapa (Diciembre del 2004) y las Políticas de Salud y Desarrollo Social planteadas por el Ministerio de Salud y el Gabinete Social.

El Plan de Desarrollo Económico y Social de la Nación 2001-2007 plantea cinco equilibrios: económico, social, político, territorial e internacional. El objetivo de la línea general de equilibrio social es alcanzar la justicia social, y su estrategia es la inclusión progresiva. Los sub-objetivos de la línea general de equilibrio social son tres: 1) garantizar el disfrute de los derechos sociales de forma universal y equitativa, que comprende la consecución de la salud y calidad de vida para todos; 2) mejorar la distribución del ingreso y la riqueza, que tiene que ver con la economía social y el empleo productivo; y 3) fortalecer la participación social y generar poder ciudadano, en espacios públicos de decisión.

Como no se trata de áreas compartimentadas sino de dimensiones de un solo proyecto, el trabajo en salud, para el equilibrio social, se vincula estrechamente, también, con la estrategia de diversificación productiva planteada para el equilibrio económico, la de participación protagónica corresponsable, para el equilibrio político, la descentralización desconcentrada del equilibrio territorial y el fortalecimiento de la soberanía nacional y promoción de un mundo multipolar del equilibrio internacional. El Plan Nacional de Desarrollo Económico y Social [PNDES] 2001-2007 privilegia “la lucha contra las desigualdades sociales y la pobreza, considerándolos un imperativo ético que no es contradictorio con la eficiencia económica”.<sup>2</sup>

En el campo de la salud, la nueva Constitución establece en su artículo 83° que “la salud es un derecho social fundamental, obligación del Estado, que lo garantizará como parte del derecho a la vida.” Para garantizar el derecho a la salud el artículo 84° ordena la creación de “un sistema público nacional de salud, de carácter intersectorial, descentralizado y participativo, integrado al

---

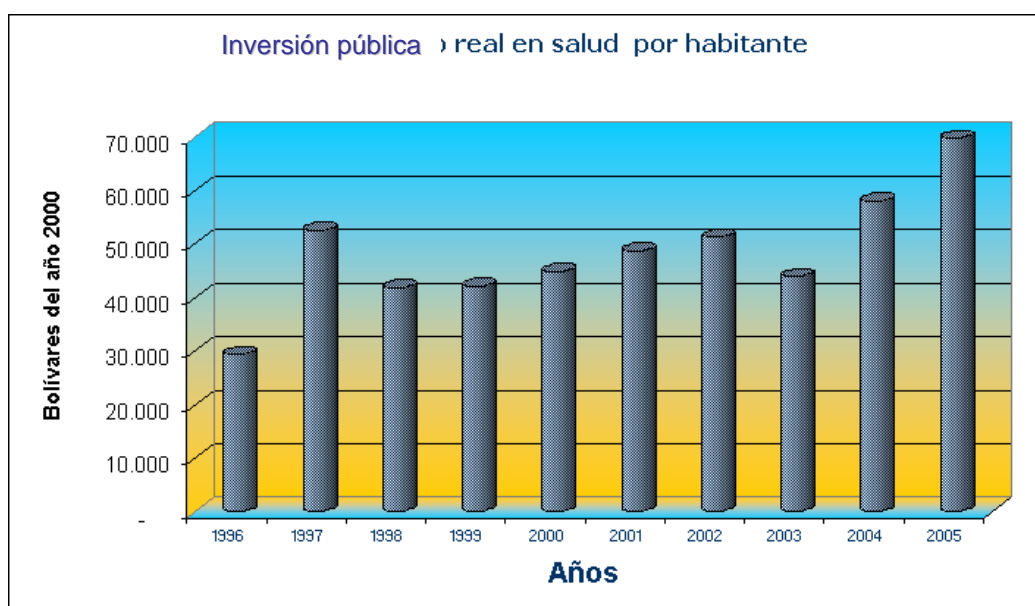
<sup>1</sup> Asamblea Nacional Constituyente. Constitución e la República Bolivariana de Venezuela, 1999.

<sup>2</sup> Gobierno de Venezuela. Líneas Generales del Plan de Desarrollo 2001-2007.

sistema de seguridad social, regido por los principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, integración social y solidaridad.” El artículo 85° establece que el financiamiento del sistema público nacional de salud es obligación del Estado. Por último, el artículo 86° establece que toda persona tiene derecho a la seguridad social como servicio público de carácter no lucrativo, que garantice la salud y asegure protección ante diferentes contingencias.

### **Invertir socialmente el excedente petrolero**

La evolución económica de Venezuela en los últimos dos años viene siendo positiva y los planes del gobierno plantean convertir los recursos provenientes del petróleo en capacidad de producción diversificada, para disminuir los efectos de la volatilidad de sus precios, lograr una sostenibilidad y aminorar la dependencia del rentismo petrolero. Se plantea igualmente reinvertir socialmente el excedente económico, con el fin de disminuir las brechas sociales y contrarrestar la tendencia a la concentración del ingreso y el consumo.



Fuente: SISOV

Ha habido así un aumento de la inversión social y la expansión de las políticas sociales en Venezuela. La inversión pública social como porcentaje del PBI, que comprende a los sectores sociales de educación, salud, vivienda, ciencia y tecnología, cultura y comunicación, desarrollo social y participación social y seguridad social, fue del 7,8% en 1995, 9,8% en 1997, 8,2% en 1998, 9,4% en 1999, 11% el 2000, 12,1% el 2001, 11,2% el 2002, 12,1% el 2003 y 12,1% el 2004.

La inversión social real por habitante, calculado con bolívares del año 2000, evolucionó de 270.445 bolívares en 1996 a 361.247 el año 2000 y a 486.503 el 2005. La inversión pública en salud como porcentaje del PBI, que era de 2,76% en 1995 y cayó a 1,73% en 1996, ha ido aumentando con pequeños altibajos desde entonces, habiendo sido de 3,15% en 1997, 3,21% en 1998, 2,86% en 1999, 3,38% el 2000, 3,99% el 2001, 3,82% el 2002, 3,63% el 2003, 3,83% en el 2004 y 3,84% en el 2005. Hasta el año 1999 el crecimiento de la inversión total en salud se explicaba por el incremento de la inversión privada en salud, ya que la inversión pública iba en descenso; en cambio a partir del año 2000 se incrementó la inversión pública y se estabilizó la privada, señal de que el gobierno busca orientar los recursos petroleros hacia la población postergada y empobrecida.

Evidentemente la deuda social es grande y el que el país consolide su marcha hacia un esquema que garantice una mejor calidad de vida supone, en los términos planteados por el Plan de Desarrollo, superar la crisis estructural de la economía rentista petrolera. El petróleo es la base de la economía venezolana, generando alrededor del 70% de los ingresos por exportación. En los últimos años el precio del barril de crudo se ha incrementado notoriamente, gracias entre otras cosas a la política internacional de conservación y defensa de los precios, pasando de 10.57 dólares en 1998 a 16.04 en 1999, 20.21 el 2001, 25.76 dólares el 2003 y 43.27 en octubre del 2004. En febrero del 2006 la cesta petrolera de PDVSA estaba en 53 dólares el barril. Así, las reservas internacionales se han incrementado de 14.849 mil millones de dólares en 1998 a 23.935 mil millones el 2004 y a US\$ 30.368 mil millones el 2005 (BCV).

Hoy el gasto público es un factor clave del crecimiento global. El gasto público como porcentaje del PBI, que oscilaba entre 21,2% y 23,7% en los años 1995-1998, pasó a 29,6% el 2000, 31,6% el 2001, 29,4% el 2002, 31,1% el 2003 y 29,1% el 2004.

Pero Venezuela ya ha tenido varias etapas anteriores de auge petrolero. El diagnóstico realizado por el Ministerio de Planificación y Desarrollo<sup>3</sup>, caracteriza que dicho recurso se utilizó en el pasado al servicio de un modelo de desarrollo rentista, inequitativo y consumista, que se mantuvo vigente hasta finales de los 90, sin generar ni una economía productiva fuerte ni políticas sociales redistributivas poderosas. La economía rentista sirvió para eventuales saldos comerciales y de servicios positivos, pero el excedente por exportación petrolera no fue utilizado para el crecimiento diversificado, acompañándose al

---

<sup>3</sup> Giordani, Jorge, Ministro de Planificación y Desarrollo. Hacia una Venezuela Productiva. Caracas, 8 setiembre de 2004.



final de descapitalización productiva, poca tributación, escaso empleo y deterioro del ingreso de las familias. La economía rentista se basa en la bondad de un recurso natural, el petróleo, que si no es bien aprovechado, configura un tipo de economía y sociedad no productivas.

Cuando dicho modelo rentista se quebró, ya en los 90, se intentó pasar a un modelo privatista, aperturista y sin protección social, que fue sucesivamente rechazado por la población venezolana, desde el Caracazo de febrero de 1989 hasta las insurgencias militares de los 90. Prácticamente desde fines de los 70 hasta 1999 Venezuela pasó por crisis sucesivas y etapas de gran inestabilidad política y malestar social. El gobierno instalado electoralmente en 1999 plantea la transición hacia un nuevo modelo de desarrollo económico que define como productivo, equitativo, competitivo y endógeno.

### **Las tres etapas desde 1999 hasta hoy**

La evolución social de Venezuela desde 1999 hasta hoy muestra tres etapas, que se expresan en la mayoría de indicadores sociales: una primera entre 1999 y el año 2001, de mejoramiento social, una segunda, entre el 2002 y 2003, de ruptura de la tendencia inicial y crisis política y social, y una tercera, desde el 2004 en adelante, de recuperación económica y social.

En la primera etapa, entre diciembre de 1998 y diciembre del 2001, se aprobó la Constitución Bolivariana y hubo un mejoramiento de los indicadores económicos y primera contención del deterioro social. El PBI pasó de tasas negativas en 1999 a tasas positivas el 2000 y 2001, la inflación descendió del 35,8% en 1998 al 20% en 1999, 12,5% el 2001 y 13,4% el 2000 y se redujo el desempleo del 13,5% en el cuarto trimestre de 1999 al 12,0% el cuarto trimestre del 2001.

En la segunda etapa, desarrollada entre los años 2002-2003, se derrumbó la macroeconomía y desmejoraron los indicadores sociales, como producto de la inestabilidad política. En diciembre del 2001 se dio el primer paro empresarial, en abril del 2002 el golpe de estado y la restitución del Presidente por la reacción popular, entre fines del 2002 y primer trimestre del 2003 el paro petrolero y a lo largo de 2002 y 2003 muchos meses de paro médico. El PBI cayó en -25% en el primer trimestre del 2003. La inflación alcanzó el 31,2% y el desempleo el 16,2% en el 2002.

En la tercera etapa, desde el año 2004, se retomaron las tendencias de recuperación, comenzando la expansión de la actividad productiva, estabilizándose los precios y desplegándose los programas sociales con las Misiones. La tasa de crecimiento del PBI el 2005 fue del 9,3%. La inflación estuvo el 2004 en 21,8% y el 2005 en 14,4% (BCV).

La mayoría de indicadores sociales siguen esta evolución en tres etapas. La medición de la pobreza realizada por el Instituto Nacional de Estadística (INE), según línea de ingreso, revela que desde el año 1997 hasta el 2001 ésta disminuyó del 48,1% al 39% y que a partir de ahí se elevó considerablemente, hasta el 55,1% el año 2003, volviendo a bajar hasta el 47% el segundo semestre del 2004 y 37% el 2005. La brecha entre las entidades federales es importante, entre la más pobre, Delta Amacuro, y el Distrito Capital, el más rico relativamente. La situación de la pobreza extrema tuvo una evolución similar, bajando del 19,3% en 1997 al 14% en el 2001 y de ahí subió al 25% el 2003, volviendo a disminuir hasta el 13,3% el 2005.

El coeficiente de Gini, que mide la desigualdad, fue de 0,48 en 1998 y bajó hasta 0,4573 el 2001, subiendo a 0,49 el 2002 y 0,48 el 2003, estando en 0,46 en el primer semestre del 2004. La distribución del ingreso de los hogares por quintiles revela una enorme desigualdad, pues el 20% más pobre tiene el 4,7% del ingreso y el 20% más rico el 52,3%. Esto se está moviendo lentamente, por el aumento del salario básico y de las remuneraciones en el sector público, como veremos.

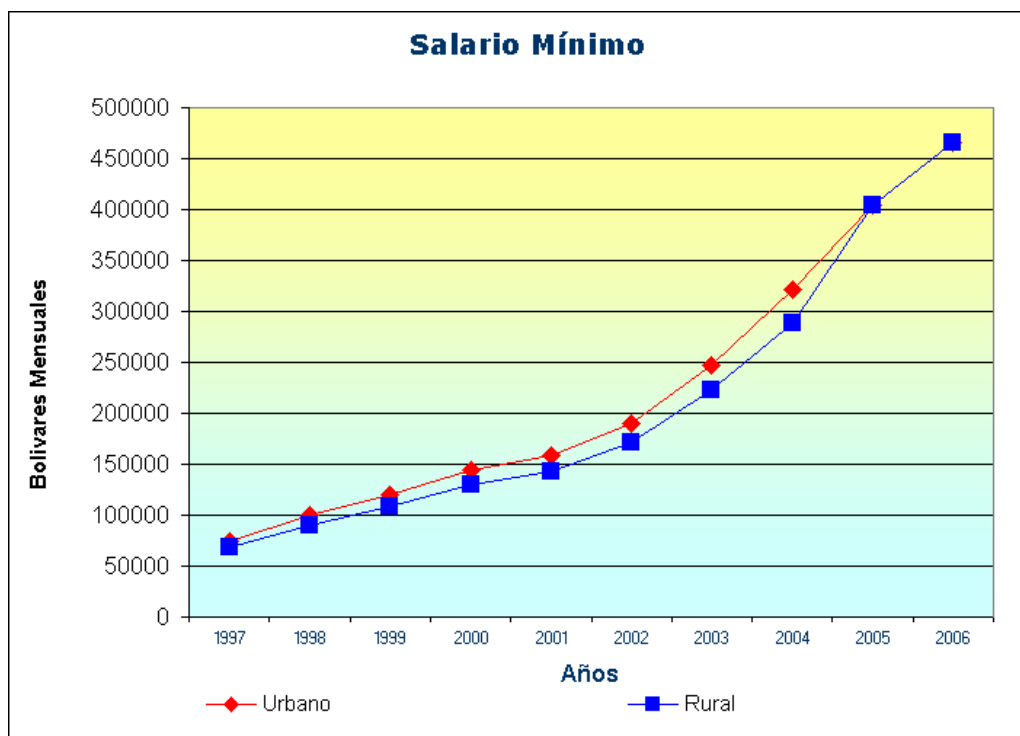
Con relación al Índice de Desarrollo Humano, el país tuvo un descenso desde 1994 (0,79) hasta 1996-97 (0,69) y desde ese punto comenzó a mejorar hasta el año 2001, en que alcanzó un índice de 0,77, disminuyó los años 2002 y 2003 y de ahí retomó el ascenso hasta estar en 0,8144 el año 2005. Venezuela, en general, pasó a una franja de desarrollo humano alto, si bien con importantes brechas internas entre estados. Las tres entidades federales con cifras más bajas de desarrollo humano eran el 2002 Amazonas (0,6404), Apure (0,6347) y Delta Amacuro (0,5990).

La tasa de desocupación se disparó hasta el 16,20% y 16,8% en los años 2002 y 2003 y comenzó desde entonces a descender, estando en 11,7% el 2005. El empleo informal estuvo en el 53% en el segundo semestre del 2000, descendiendo al 49,9% en el segundo semestre del 2001, pero luego aumentó hasta alcanzar el 52,7% en el segundo semestre del 2003, estando en el 50,9% en el primer semestre del 2004 y 47,6% en el primer semestre del 2005.

#### **Mejorando 4 factores del bienestar**

Como se sabe, el bienestar de las poblaciones depende en mucho de 4 variables: a) empleo, b) ingresos, c) volumen del gasto social; y d) desempeño de las políticas y programas sociales. En el caso de Venezuela, se ha afrontado con

mayor velocidad los factores b y c, siendo problemas de resolución más lenta los del empleo y la calidad de la gestión pública. En el contexto político interno y externo, con opiniones a favor y en contra de las transformaciones bolivarianas, ha resultado menos complicado definir y ejecutar políticas para mejorar los ingresos y aumentar y orientar el volumen del gasto social, que generar empleos estables y una nueva institucionalidad, en el marco de un proyecto político global.



Fuente: SISOV, Ministerio de Planificación y Desarrollo

El volumen del gasto fue lo primero en expandirse, como hemos visto. En cuanto al ingreso, en términos de remuneraciones reales retrocedió mucho en la crisis 2002-2003: en el primer trimestre del 2003 eran 20,6% menos que las del primer trimestre del 2002. A partir del segundo trimestre del 2004 las remuneraciones reales han mejorado, sobretodo en el sector público, que se incrementaron en 17,7% comparando los segundos trimestres del 2004 y 2003, luego en 18,5% comparando los terceros trimestres de ambos años, 17,6% comparando los cuartos trimestres y 13,8% comparando el primer trimestre del 2005 con el primero del 2004. En el sector privado las remuneraciones se han recuperado mucho menos y más tarde. Hay que tomar en cuenta que el sector

público representa al 16,3% de la franja ocupada y el sector privado al 83,7%. De otro lado, desde 1999 se viene desarrollando una política de elevación del salario mínimo - el salario mínimo urbano y el rural subieron de 108.000 y 120.000 bolívares en 1999 a 465.750 bolívares, ambos, el 2006 - y de mejora de las condiciones integrales del trabajo, con la extensión del bono para alimentación a todos los trabajadores.

De otro lado, en cuanto al rol de las políticas sociales en la calidad de vida, el despliegue masivo de las Misiones sociales a partir de fines del 2003 viene redistribuyendo ingresos fiscales, siendo éstas no sólo instrumentos estratégicos de inclusión social sino, también, estrategias de reestructuración del Estado. Las Misiones han permitido un conjunto de intervenciones estratégicas rápidas y masivas, para cubrir las necesidades más apremiantes de la población excluida. Existen 16 Misiones en funcionamiento: Misión Identidad, Misión Negra Hipólita, Misión Robinsón I y II, Misión Ribas, Misión Sucre, Misión Piar, Misión Miranda, Misión Mercal, Misión Vuelvan Caras, Misión Milagro, Misión Hábitat y Vivienda, Misión Guaicaipuro, Misión Cultura, Misión Ciencia, Misión Zamora y Misión Barrio Adentro, esta última implementada en el sector salud con apoyo de la cooperación cubana (ver sobre Misiones, en capítulo 2 y sobre Barrio Adentro, capítulo 3).

De otro lado, el Estado venezolano ha priorizado lo social y para ello, buscando la intersectorialidad, el ejecutivo nacional fortaleció el Gabinete Social, que ya existía, pero al cual ha dado mayor importancia, incorporando en él al Ministerio de Planificación y Desarrollo, al de Finanzas, al de Participación Popular y Desarrollo Social y al de Producción y Comercio, para buscar la articulación de lo económico y lo social, integrándolo desde antes los ministerios de Educación y Deportes, Educación Superior, Producción y Comercio, Ambiente y Recursos Naturales, Ciencia y Tecnología, y Salud.

El deterioro de la gestión pública es grande, sin embargo, golpeada por décadas de escasez y clientelismo, por lo que la reestructuración y el mejoramiento del desempeño en la función social es todo un proceso, que se busca acelerar con las Misiones y readecuaciones institucionales. En el 2005 el componente de Desarrollo Social del Ministerio de Salud y Desarrollo Social pasó a conformar un nuevo ministerio denominado de Participación Popular y Desarrollo Social, quedando el Ministerio de Salud y Desarrollo Social como Ministerio de Salud [MINSAL], el cual a su vez ha creado a su interior tres grandes áreas de trabajo, que han comenzado a operar aún antes de su formalización. En la nueva estructura del MINSAL las direcciones generales se organizan en torno a tres grandes áreas de trabajo: 1) Salud Colectiva, 2) Redes de Servicios y 3) Tecnología e Insumos, cada una coordinada por un Viceministro. No se desea

promover la tendencia a la fragmentación. Y esta reestructuración se enmarca en la lucha contra el burocratismo, la corrupción y la ineffectividad en la gestión pública, en donde juegan un papel fundamental la participación ciudadana y la contraloría social.

### **Construyendo un medio ambiente saludable**

En relación a medio ambiente, falta aún mucho por hacer, habiéndose concentrado buena parte de los problemas ambientales más agudos en las ciudades, por obra de un proceso de urbanización sin la infraestructura de servicios necesaria ni viviendas adecuadas.

El país tiene el 43,5% de su territorio clasificado como áreas ambientalmente protegidas (ABRAE)<sup>4</sup> y se cuenta con una Ley Penal del Ambiente y un cuerpo de reglamentos y normas que se están actualizando. Pero la vigilancia sanitaria-ambiental carece de suficiente capacidad en laboratorios, recursos humanos capacitados y descentralizados, como también una limitada acción en investigación operativa, que permitan orientar las evaluaciones de riesgos y concretar institucionalmente la gestión de los mismos.

Venezuela llegó a la década actual arrastrando varias décadas de no planificación ni inversión urbanas. De acuerdo a un análisis publicado por la Fundación Vivienda Popular en octubre de 2004 el déficit habitacional cuantitativo de Venezuela sería de aproximadamente 1,1 millones de viviendas y el déficit habitacional cualitativo sería de 1,8 millones de viviendas. El 68% de las viviendas ocupadas se encuentran en barrios, barrios consolidados y urbanizaciones populares hechas por el Estado. Este análisis se basa fundamentalmente en la información disponible y generada por el Censo Nacional de Población y Vivienda 2001. El año 2004 el 66,9% de las viviendas tenía piso de cemento, el 82,8% tenía paredes de bloque o ladrillo frisado y el 11,7% ladrillo sin frisar.

Sobre los recursos hídricos, la cobertura de distribución de agua potable pasó del 77% en 1996 al 92 % en el 2003 a nivel urbano; las áreas no cubiertas corresponden principalmente a las zonas rurales, pueblos indígenas y a las urbanas no consolidadas. Se cuenta con 125 plantas de potabilización, mayormente ubicadas en los sistemas que dan servicio a las zonas urbanas, garantizando su calidad. La forma de abastecimiento de agua era en el 92,4%

---

<sup>4</sup> República Bolivariana de Venezuela y Naciones Unidas/Venezuela. Cumpliendo las Metas del Milenio. 1ª. Edición, Caracas, 2004.

de las viviendas a través de acueductos y en el 2,7% de camiones y 0,7% de pilas públicas.

En cuanto al sistema de eliminación de excretas en el 2000 el 66% de la población nacional poseía servicios de disposición adecuada de aguas servidas, porcentaje que llegó al 71,2% el 2003, mientras el 17,4% tenía pocetas o pozos sépticos, 8% no tenía pocetas ni excusado y 3,4% excusado de hoyo o letrina. Una vez más el déficit se concentra en las zonas rurales, indígenas y urbanas no consolidadas. Existe un déficit de servicio para el tratamiento de las aguas servidas, situación esta que ha sido objeto de grandes inversiones pero que aun no superan el 20 % de las aguas servidas que se producen a nivel nacional. Aunque la inversión pública anual en el sector no supera el 0,2% del PIB en los últimos cinco años, para el 2001 se consolidó un Plan Nacional de Saneamiento, con recursos adicionales del orden de 88,9 millones de dólares, que significó un incremento presupuestario del 26,7% para el sector. Un aspecto fundamental y de gran incidencia en el déficit financiero del sector lo constituye el agua no facturada, la cual alcanzó un promedio nacional en 1999 del 62%.

Sobre los residuos sólidos, el 72% de los municipios adolece de infraestructura adecuada para la disposición sanitaria de residuos sólidos y el país no cuenta con rellenos de seguridad para los materiales peligrosos, incluidos los residuos hospitalarios. En el año 2004 fue promulgada por la asamblea nacional la Ley de Residuos y Desechos Sólidos, que fija el marco legal del sector, y se implementaron las directrices de Planes Regionales de Manejo de Residuos Sólidos. Se construyeron y rehabilitaron sitios de disposición final de residuos. Pero continúa siendo un problema significativo a nivel nacional y se evidencia su crisis en las áreas metropolitanas, principalmente en la capital del país.

En relación al monitoreo atmosférico, en el ámbito nacional, éste se realiza mediante una red instrumental, la cual ha detectado un incremento en los niveles contaminantes, especialmente en material particulado en las zonas industriales de los estados Zulia y Bolívar. Las instituciones públicas han aplicado medidas de control como la instalación y adecuación tecnológica de plantas industriales. En Venezuela se ha eliminado el plomo en la gasolina y se promueve el uso del gas. En cuanto a la proporción de los distintos combustibles que se utilizan en el país para la generación de electricidad, la hidroelectricidad participa con el 70%, el gas con 20%, fuel oil con 6% y gas oil con 4%. En consecuencia la generación de electricidad en Venezuela genera pocas emisiones de CO<sub>2</sub>. En efecto, el consumo per cápita de combustible fósil en Venezuela (11,3 barriles equivalentes de petróleo o BEP), es bastante moderado comparado con el consumo en Estados Unidos (59 bep), en Francia

(31,7 bep) y Alemania (30,1 bep).<sup>5</sup> Durante el 2003 se desarrollaron estudios e investigaciones sobre problemas ambientales manifestados por niveles de contaminación atmosférica, principalmente en zonas de desarrollo industrial; los pasivos ambientales en este tópico son elevados y están muy vinculados a la tecnología industrial y energética en uso.

Sobre la salud ocupacional e higiene industrial, los riesgos ocupacionales en la última década tienden a incrementarse, aún con el subregistro existente, como consecuencia directa del empleo informal, el uso de locales no adecuados e incluso, el uso de la vivienda-hogar como centro de producción. Las primeras enfermedades ocupacionales están representadas por la sordera industrial y otras patologías asociadas a ruido y vibraciones, intoxicaciones por sustancias químicas y trastornos músculo-esqueléticos. El gobierno nacional ha fijado como una de sus políticas la salud de los trabajadores y trabajadoras, existiendo problemas significativos por la alta cifra de desempleados y subempleados. El Ministerio del Trabajo activó el Instituto para la Salud del Trabajador e Higiene del ambiente laboral, el cual tiene entre sus responsabilidades determinar las estadísticas del sector y potenciar programas operativos en el sector laboral.

La repercusión sobre la salud de una configuración urbana con grandes bolsones con escasez de servicios, viviendas precarias y niveles de tugurización es grande, expresándose entre otros aspectos, en los niveles de violencia alcanzados. La estadística muestra mayor concentración de lesiones por causas externas en las zonas marginales y tugurizadas. En el año 2003 se creó la Comisión Interministerial de Atención, Prevención y Educación Vial [CIAPEV]. En el 2004 se reactivó el Programa Nacional del Ministerio de Salud y Desarrollo Social de accidentes y otros hechos violentos. En el 2005 se desarrollaron los perfiles de país en accidentes y en violencia, lográndose con ello una información vital que permitirá el accionar de los programas en el futuro inmediato, ya que la situación planteada refleja una requerida prioridad institucional. Ejemplo de ello es que para el año 2004 la tasa de fallecidos por 100.000 habitantes fue de 20,47; la tasa de suicidios fue de 3,96 por 100.000 y la de homicidios, 28,12. Esta situación plantea un problema de salud pública.

De otro lado, el gobierno viene implementando programas de subsidio para la compra y construcción de viviendas, pero el déficit habitacional viene de décadas y requerirá tiempo y esfuerzo para ser resuelto.

---

<sup>5</sup> Cumpliendo las Metas del Milenio, República Bolivariana de Venezuela y Naciones Unidas/Venezuela, Primera Edición, Caracas, 2004.

En el 2004 el gobierno nacional lanzó la Misión Hábitat con el objetivo de resolver el problema habitacional del país con una visión integral. Hasta fines de 2005 se habían ejecutado 135 proyectos para la construcción de aproximadamente 15 mil unidades habitacionales (Ministerio de Hábitat y Vivienda, 2006). En mayo de 2005 salió publicada en Gaceta Oficial la Ley del Régimen Prestacional de Vivienda y Hábitat la cual indica en su Artículo 12, el derecho a la vivienda y hábitat dignos, definiendo en el Artículo 13 el derecho a una vivienda saludable.



## Capítulo 2: El Proceso de la Situación de Salud en Venezuela

### Deuda social acumulada: Longevidad mayor con menos calidad de vida

La deuda social acumulada ha producido en Venezuela una paradójica combinación de mayor esperanza de vida con menor calidad de vida, lo que ha producido una longevidad mayor pero con un sobre-desgaste y en consecuencia la tendencia a una mayoritaria adultez mayor no productiva. Ello se ha empezado a revertir en los últimos años con acciones que contemplan la universalidad de la atención y el enfoque de acción por ciclos de vida.

La esperanza de vida entre los años 1950 y 2000 se extendió de 52,6 años para los hombres y 53,3 años para las mujeres a 79,5 años para los hombres y 83,7 años para las mujeres. En el ínterin se ha ganado alrededor de 30 años de vida en promedio. Las brechas internas son importantes de remarcar pues el promedio en el Distrito Capital y Miranda el 2002 era de 74,8 años y en Delta Amacuro era de 65,1 años, 9,6 años menos de vida en promedio.

Pero en el mismo lapso 1950-1998 en que se prolongaba la esperanza de vida Venezuela sufrió un grave deterioro social, lo que tuvo definitivamente repercusiones en la situación de salud. Ya antes se explicó que Venezuela en los últimos 50 años pasó por tres etapas. La primera fue la etapa de establecimiento y desarrollo inicial del Pacto de Punto Fijo, entre 1958-1983. El Pacto de Punto Fijo fue establecido en 1958 luego de la dictadura de Pérez Jiménez, bajo la inspiración de Rómulo Betancourt, instaurando la alternancia bipartidista entre Acción Democrática y COPEI y un modelo económico rentista petrolero, en beneficio de las empresas transnacionales y una franja minoritaria de la población. Luego Venezuela entró a la segunda etapa, de crisis del modelo puntofijista, que se hizo evidente con el “viernes negro” de 1983, y el ingreso a sucesivos ajustes para su reemplazo por un modelo privatista neoliberal; y la tercera etapa, abierta en 1999, de inicio de transformaciones en la búsqueda de un modelo económico y social más redistributivo. La fase de expansión del periodo de Punto Fijo tomó casi sus primeros dos décadas, y se deshizo luego en las décadas siguientes, en una combinación de estancamiento, inflación,

devaluaciones, desempleo, caída de los ingresos reales, que terminaron con el sueño de la Venezuela Saudita.

Empezó así a fines de los años 70 un profundo deterioro de la calidad de vida en Venezuela. En el lapso 1981-1999 la distribución del ingreso se hizo más desigual: en 1981 el ingreso del 5 por ciento más rico era treinta veces el del 5 por ciento más pobre y esa diferencia en 1999 era de 58 veces. El coeficiente de Gini en 1988 fue de 0,575 y en 1996 estaba en 0,624, esto es, se agravaron las distancias sociales. Si para 1993 los hogares en pobreza eran el 41%, para 1997 llegaron al 67%. Y el ingreso real de los hogares cayó entre 1980 y 1996 en 70,9%.

Evidentemente esto golpeó la salud de la población, que encima no tuvo un mecanismo de contención de este deterioro en el campo de la salud, pues el sistema de salud también decayó, en cuanto al volumen de la inversión pública y en calidad de gestión. Hacia el año 1990 Venezuela gastaba 220 dólares en salud por habitante, per capita que era superior al de otros países latinoamericanos, pero el componente público era bajo y el gasto privado era el 70% del gasto total en salud. El gasto público en salud en el presupuesto nacional de 1970 fue del 13,3% y bajó al 9,3% en 1997. En pocas palabras, con la crisis del modelo rentista de Punto Fijo, el consumo de los hogares en gastos médicos y de hospitalización creció, entre 1984 y 1995, estando el 80% de este gasto concentrado en los dos cuartiles de mayores ingresos. Los otros cuartiles, los pobres, debieron refugiarse en el autocuidado y soportar el agravamiento de sus patologías, arribando luego a los hospitales públicos en las fases críticas de sus enfermedades.

Este desmejoramiento produjo por tanto una situación paradójica: se vivía más años, pero eran peores años, al revés de la fórmula canadiense de la promoción de la salud, que propugna vivamos no sólo más años sino años de mayor calidad. Venezuela estaba al revés.

Por eso, cuando la Misión Barrio Adentro permitió a partir del 2003 una expansión rápida y masiva de la oferta de servicios de salud, en base a una atención integral y comunitaria con 8.500 nuevos puntos de consulta, se encontró con un enorme represamiento de las necesidades en salud, en particular de la franja adulta mayor. Igual pasó con la Misión Milagro, de atención oftalmológica masiva, implementado en base al Convenio Venezolano-Cubano, que se inició en julio del 2004 y en un lapso corto, hasta marzo del 2005 ha intervenido quirúrgicamente a 176.000 usuarios, 70% de ellos de cataratas, y el resto de pterigión y ptosis palpebral, muchos de ellos, adultos mayores.

## **Los macro-determinantes de la salud se empiezan a mover a favor**

Los determinantes de la salud han venido generando dos grandes frenos para una buena salud: el subdesarrollo de capacidades y el sobre-desgaste poblacional. Desde 1999 se viene impulsando una política que promueve el desarrollo integral y universal de toda la población, en el marco de las Políticas Bolivarianas.

La combinación de limitaciones para el desarrollo pleno y para la conservación de la salud, atravesaban todas las fases del ciclo de vida y las múltiples dimensiones de la vida en la Venezuela durante las décadas pasadas. Hoy se vive una modificación de esos bloqueos para una vida saludable, con la transformación del sistema de salud, de las políticas sociales y de la economía, involucrando los macro-determinantes de la salud, terreno que la salud pública tradicionalmente ha señalado como productor de sobre-desgastes, factores de riesgos y daños. Todos los pilares sobre los cuales se edificó en los últimos cincuenta años el esquema de producción social de la salud, de la enfermedad y de la atención de la salud en Venezuela, están en transformación. Este esquema era contrastante pues con el ingreso nacional de Venezuela no eran comprensibles sus altos niveles de morbimortalidad evitables y la falencia del sistema público de atención.

El contexto actual es de desarrollo efectivo de una política de atención primaria y de integración de los servicios en un Sistema Público Nacional de Salud y de desarrollo de la promoción de la salud y la calidad de vida desde el sector salud, pero también desde el campo social y el campo económico, con las Misiones Sociales, el aumento de la inversión social, la política de incremento de las remuneraciones y la promoción de una economía popular. Este esquema multisectorial, sostenido en el tiempo, deberá establecer un nuevo estándar de vida y de salud en Venezuela.

La Misión Mercal, por ejemplo, está ideada para apoyar a la población pobre en el terreno de la alimentación y seguridad alimentaria y para construir los canales de autoabastecimiento alimentario. Mercal integra a grupos familiares, pequeñas empresas y cooperativas organizadas, atendiendo en su primera etapa a 10 millones de personas, con precios de alimentos asequibles o gratuitos. Sus precios permiten un ahorro del 23% respecto a los precios de los productos regulados y un 40% respecto a los precios del mercado. Además, la Misión Mercal integra el Programa de Protección Máxima, que protege con un subsidio del 50% a 2 millones de personas en situación de vulnerabilidad, además de los Comedores Populares Bolivarianos, que subsidian con el 100% a

600 mil personas en desamparo social. El Programa Alimentario Escolar, que para el año 1999 atendía a 252.284 en edad escolar, para septiembre del 2004 tenía ya a 1.203.302 beneficiarios.

Las Misiones en el campo de la educación son múltiples e integradas. La Misión Robinson I fue lanzada el 1º. de julio del 2003, para alfabetizar a un millón y medio de venezolanos, con el método audiovisual “Yo sí Puedo” y la presencia de facilitadores. Venezuela alcanzó la meta en dos años, con un total de 1.387.149 incorporados, 1.264.788 graduados, 101.891 facilitadores voluntarios y 109.250 ambientes funcionando, declarándose Venezuela, Territorio Libre de Analfabetismo, previa verificación de la UNESCO el 2006.

La Misión Robinson II surgió el 28 de octubre del 2003, para asegurar la continuidad en los estudios hasta el sexto grado, tanto de los nuevos alfabetizados como de estudiantes desertores, permitiéndoles terminar los estudios básicos, también con apoyos audiovisuales. Esta Misión tiene a 1.153.794 estudiantes en clases, 600.000 de ellos provenientes de Robinson I, con 77.887 facilitadores y 67.899 ambientes funcionando.

La Misión Simoncito atiende a niños y niñas desde su fase maternal y busca universalizar la fase pre-escolar, con una meta de 1.500.000 niños y niñas incorporados. Las Escuelas Bolivarianas buscan incrementar la matrícula de niños y niñas, habiéndola elevado de 136.293 en los años 1998-99 a 718.010 a diciembre del 2004, multiplicando las escuelas en ese lapso de 559 a 3.596. Los Liceos Bolivarianos buscan renovar la formación de los adolescentes y jóvenes, preparándolos en base a la investigación y manejo del pensamiento complejo, habiendo alcanzado a cubrir en sus acciones a 3.373 secciones de clases con 128.364 alumnos y alumnas el 2004.

La Misión Ribas busca que los 5 millones de venezolanos y venezolanas que por diversas razones no terminaron su bachillerato (secundaria), lo terminen. Para eso se ha implementado un programa educativo alternativo, también con sus componentes comunitario y socio-laboral, como corresponde a una concepción pedagógica moderna, existiendo en aulas 761.599 alumnos, con 27.645 facilitadores y 25.703 ambientes funcionando.

La Misión Sucre abrió las puertas de la universidad a los hijos de los pobres y excluidos, siendo su objetivo incorporar a medio millón de bachilleres a la Educación Superior. En noviembre del 2003 se otorgaron las primeras 30.000 becas para estudiar en las instituciones de educación superior venezolanas. En julio del 2004 se otorgaron 40.000 becas más en la segunda cohorte. Hoy se

otorgan 400.000 becas de 100 dólares mensuales a los estudiantes de las Misiones Educativas. El 29 de junio del 2003 se inauguró la Universidad Bolivariana de Venezuela (UBV), en la antigua sede de Los Chaguaramos de Petróleos de Venezuela (PDVSA), como parte de este plan, que ha logrado incorporar a 235.296 bachilleres.

La Misión Vuelvan Caras se inició el 12 de marzo del 2004 para enfrentar el paro y la inmovilidad laboral y fomentar la economía popular, promoviendo la formación de cooperativas, dando facilidades de crédito a los excluidos y acceso a las contrataciones del Estado, con capacitación en el trabajo. La Misión funciona ejecutando proyectos para la conformación de núcleos de desarrollo endógenos, estando en promoción 205 objetivos de desarrollo endógeno sustentable en el territorio nacional, con 314.173 lanceros registrados en ellos, en proceso de formación. Los ejes de los proyectos se desarrollan en el frente agrícola, industrial, turístico, infraestructura, servicios y en industrias básicas y estratégicas.

La Misión Guaicaipuro, que toma el nombre del más firme opositor que encontraron los colonizadores españoles, rescata y restituye los derechos de los pueblos originarios, promoviendo la seguridad alimentaria y el desarrollo armónico y sustentable de estas comunidades en una visión de etnodesarrollo. En la Misión Guaicaipuro convergen misiones como Robinson (educación), Barrio Adentro (Salud) y Mercal (alimentación). Hasta el momento se han entregado 421 créditos a nivel nacional, fundamentalmente a la población Warao, Pemon y Wayuu, con una inversión de 676 millones de bolívares, además de trabajarse en la formación de facilitadores procedentes de dichos pueblos y en la difusión de la valoración de los derechos de los pueblos originarios.

Todo este esquema de devolución de la renta petrolera a la población restituye evidentemente vida y salud a la misma, lo cual no quiere decir que no existan problemas, pues la instalación sostenible de una nueva dinámica social, económica e institucional conlleva tiempo y esfuerzo, a diferencia del camino ya conocido de la inequidad y exclusión.

### **Perfil de acumulación epidemiológica**

Venezuela tiene un perfil de acumulación epidemiológica, que se expresa en la superposición de enfermedades infecciosas, crónico-degenerativas y lesiones por causas externas. La morbilidad en la demanda atendida es centralmente por infecciosas y la mortalidad es centralmente por enfermedades crónico-

degenerativas. Las diez principales causas de mortalidad en Venezuela se refieren a: a) enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes, eventos cerebrovasculares; b) padecimientos por causas externas: violencia, homicidios, suicidios, accidentes; y c) enfermedades transmisibles. Toda la morbimortalidad evitable se explica en el marco de las inequidades acumuladas y reflejadas en la exclusión social, de clase, género, étnica y geográfica. Todo ello fue propio del modelo privatista neoliberal que en el país comenzó a revertirse desde el año 1999.

En la siguiente tabla se pueden apreciar los primeros 10 grupos de causas de mortalidad, mediante tasas no ajustadas, de los años 2002 y 2004.

<b>Venezuela: Primeros 10 grupos de causas de mortalidad, 2002 y 2004</b>		
<b>Tasas no ajustadas por 100.000 habitantes</b>		
	<b>2002</b>	<b>2004</b>
Enfermedades del aparato circulatorio (I05-I09. I11. I13. I21-I51)	88,6	93,0
Neoplasias malignas (C00-C97)	65,0	67,0
Suicidios y homicidios (X60-Y09)	34,8	32,1
Accidentes de todo tipo (V01-X59);	34,4	32,1
Enfermedades cerebrovasculares (I60-I69)	32,2	31,7
Diabetes (E10-E14)	24,7	27,3
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal (P00-P96)	19,8	20,1
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores (J40-J47)	11,3	12,1
Influenza y neumonía (J10-J18)	9,7	11,0
Enfermedades del hígado (K70-K77).	9,3	8,5

Con relación a las cinco primeras de muerte prematura, medida mediante los años potenciales de vida perdidos (APVP), por 100.000 habitantes, para 2002, fueron: Suicidios y Homicidios [X60-Y09] con 17,6; Accidentes de todo tipo [V01-X59] con 14,9 [en donde los accidentes a vehículo de motor representan V01-V89] con 10,4; Neoplasias malignas [C00-C97] con 13,0 y las Enfermedades del Corazón [I05-I09, I11-I13, I21-I51] con 11,1.

La desagregación según sexo, por 100.000 hombres y mujeres, respectivamente, para el 2004, es así: Enfermedades del Corazón 105,4 y 80,5, respectivamente; Cáncer 67,3 y 66,7; Suicidios y Homicidios: 52,5 y 3,5; Enfermedades Cerebrovasculares 31,4 y 32,0; Accidentes de Todo tipo: 49,1 y 14,9; Diabetes

mellitas: 26,2 y 28,3; Ciertas afecciones originadas en el Período Perinatal: 23,1 y 17,1; Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores: 13,2 y 11,0; Influenza y Neumonía: 11,8 y 10,3; y Enfermedades del hígado: 12,8 y 4,1.

La contribución proporcional de estas a causas a la mortalidad general, es: 21,9% la enfermedades del corazón, 15,8% cáncer, 7,55 enfermedades cerebrovasculares, 7,2% suicidios y homicidios, 7,2% accidentes de todo tipo, 4,5% ciertas afecciones originadas en el período perinatal, 2,9% enfermedades de las vías respiratorias inferiores, 2,6% influenza y neumonía y 2,0% enfermedades del hígado.

Con relación a las cinco primeras causa de muerte prematura, medida mediante los Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP) para el 2004, por 100.000 hbts, fueron: Suicidios y Homicidios con 16,2; Accidentes de todo tipo con 13,7 [en donde los Accidentes a vehículo motor representan el 9,23]; Neoplasias malignas con 13,1; Enfermedades del Corazón con 11,1 y la Diabetes con 3,9.

### **Situación previa de salud por detrás del estándar posible de Venezuela**

Como en toda sociedad, en Venezuela las nociones de lo normal y lo patológico se han construido socialmente en una modalidad que en alguna medida admite una situación de salud por debajo de la de países de similares ingresos en América Latina.

Venezuela está entre los 6 países de ingreso per capita promedio más elevados de Latinoamérica, pero su situación de salud, en general, ha estado por debajo de ese nivel.

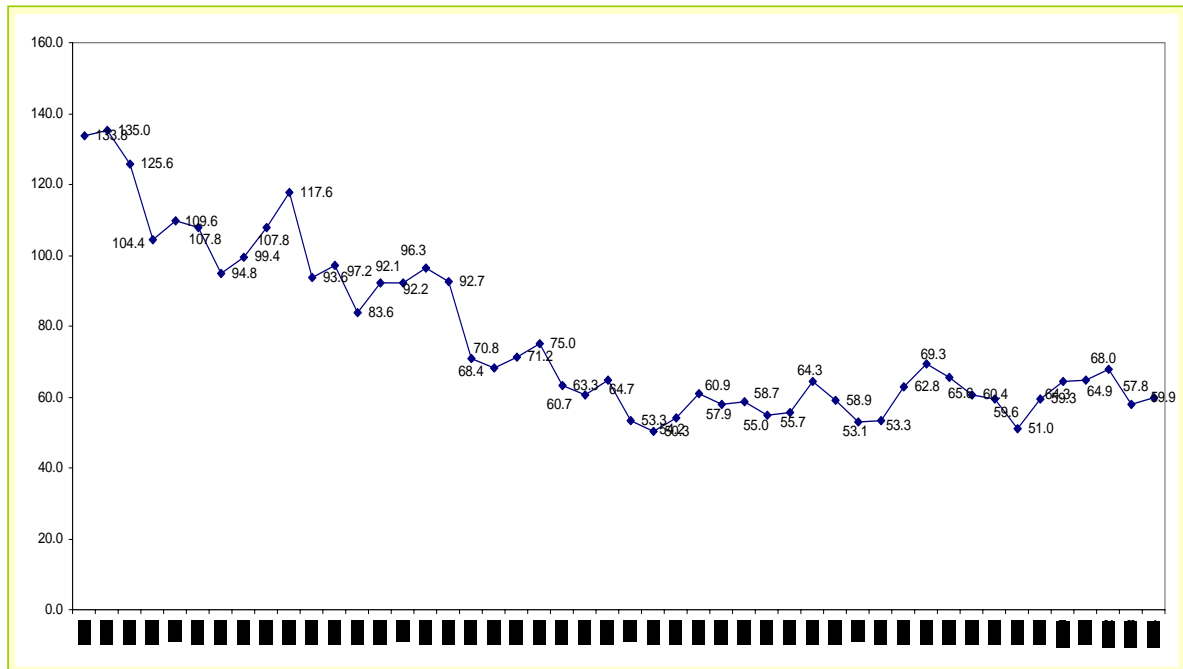
Venezuela tenía el 2004 un ingreso nacional per cápita de 4.020 dólares. Dicho per capita esta muy mal distribuido pues los últimos estudios muestran que los estratos D y E tienen al 79% de los hogares y los A y B apenas el 3% de los mismos. Pero el ingreso per cápita promedio marca el nivel de riqueza disponible de Venezuela, por encima del ingreso per cápita de países como Uruguay, con 3.950 dólares, o Argentina, con 3.720 dólares, y por debajo de Panamá, con 4.450 dólares, de Costa Rica, con 4.670, y de Chile, con 4.910 dólares.

Muchos de los indicadores de Venezuela han estado sin embargo por debajo del que debiera ser su estándar en salud. Un caso son sus promedios históricos de inmunizaciones, tradicionalmente por debajo del 80% hasta el año 1998, en que se inició un incremento gradual de las mismas, en especial con BCG, antipoliomielítica y antisarampionosa (incluida en la Triple Viral). El Ministerio

de Salud viene trabajando arduamente, habiendo ganado 10 puntos en promedio en todas las vacunas, pero a contracorriente de un patrón cultural que todavía no incorpora las inmunizaciones completas como práctica regular.

### Mortalidad Materna en Venezuela 1957-2004

(MM por 100,000 NVR)



Fuente: MS, 2006

Otro caso de atraso relativo es la situación de la mortalidad materna, que disminuyó progresivamente desde 138,8 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos registrados en 1957 hasta 60,7 en 1978, casi estabilizándose desde ahí. Dicha tasa estaba en 53,1 en 1981 y estuvo en 51,0 en 1998. En consonancia con esto, los porcentajes de gestantes con controles prenatales son relativamente bajos. Esta situación evidentemente se está modificando con la expansión actual de los servicios públicos, que deberá establecer otro estatus de lo normal en este aspecto. El proyecto Madre, destinado a disminuir las tasas de mortalidad materna e infantil, es la primera prioridad en la actual política de salud.

Otro problema de gran importancia son los casos de discapacidad, que en muchos casos avanzan y se convierten en minusvalía por no rehabilitación, muestran con mayor crudeza cosas que se consideraron normales en el pasado. De acuerdo con el Censo de Población y Vivienda del 2001, el 3,9% de la población acusó algún tipo de discapacidad, lo que equivale a 965.804 personas con discapacidad reconocida. El Censo de 1990 arrojó una cifra de 2% de



discapacidad. Recién ahora, con la construcción en todo el país de Salas de Rehabilitación Integral (SRI) con Barrio Adentro II, que se proyecta lleguen a 600 a fines del 2006, la atención de las personas con discapacidad o en riesgo de sufrirla será una función normal y efectiva del sistema de salud.

Un caso adicional de esta “normalidad no saludable” son los niveles de alcoholismo. El consumo de alcohol per cápita en 1998 fue de 5,2 litros por año, consumo superior al de Chile, Colombia y México. Venezuela estaba hace poco entre los diez países del mundo con mayor consumo de whisky y champán, ocupando el decimoctavo lugar entre los productores mundiales de cerveza. Se calcula que Venezuela tiene un 3% de población (600.000 personas) dependiente del alcohol. Las enfermedades del hígado ocupan el quinto lugar entre las causas de mortalidad y su tasa de mortalidad por cirrosis era hace unos años de 19,4 muertes por 100.000 personas. Una reciente Encuesta auspiciada por la CONACUID<sup>6</sup> y tomada en octubre y noviembre del 2005 a 11.700 encuestados en 24 Estados, revela que el consumo de bebidas alcohólicas es alto: un 35% había consumido alcohol en la misma semana en la cual se le entrevistó, sólo el 8,6% de los hombres es abstemio total, el 48% sale siempre o casi siempre en los fines de semana y el 77,8% de los hombres consume alcohol, el 19% de los hombres y 18% de las mujeres declara tomar entre 9 y 10 cervezas en tales ocasiones. Parte de la violencia intra-familiar y social tienen que ver con el alcoholismo.

Por último, las dificultades para el control de algunas enfermedades crónicas remiten, entre otros factores, a problemas que tienen que ver con una cultura sanitaria poblacional no muy cuidadosa en ciertos aspectos. La Encuesta de CONACUID del 2005 concluye que, habiendo mejorado el acceso a la alimentación, existen pautas de consumo de alimentos transversales a todas las posiciones de clase que, explica, favorecen el desarrollo de muchas de las patologías características de la población venezolana (problemas circulatorios y de corazón, diabetes, enfermedades del aparato digestivo). La mortalidad por cáncer de próstata era de 3,2 por 100.000 en 1989, se incrementó a 5,3 en 1996 y está en 6,6 el 2004. La mortalidad por diabetes mellitus casi se duplicó entre 1989 y el 2004, pasando de 15,3 por 100.000 a 27,3. Y la mortalidad por enfermedades cardiovasculares, que estuvo en 78,21 por 100.000 en 1989, subió hasta su pico más alto, 100,13 en 1992, y de ahí se mantuvo con altibajos entre 90 y 100 hasta arribar a 92,94 el 2004. La importancia de las enfermedades crónicas entre las causas de mortalidad ha hecho que el gobierno por primera vez en la

---

<sup>6</sup> Comisión Nacional contra el Uso Ilícito de Drogas. I Encuesta a Hogares sobre Consumo de Drogas en Venezuela. Salud Pública, Hábitos de Vida y Consumo de Drogas en la República Bolivariana de Venezuela. Informe Final. Caracas, enero 2006.

historia sanitaria venezolana haya puesto en el primer plano de la agenda sanitaria a estas patologías, colocando entre sus prioridades al Programa CAREM, para enfermedades cardiovasculares, renales y endocrinometabólicas.

### **El consumismo daña la salud y empobrece la recreación y cultura**

Se observa crecientemente un patrón consumista, que promueve estilos de vida poco saludables y transforma las identidades nacionales y las raíces caribeñas, andinas, llaneras y amazónicas del país. A la vez se observa un rescate y relanzamiento de estas raíces nacionales en el marco de un proyecto de desarrollo endógeno.

El patrón de consumo está fuertemente influenciado por la publicidad y el mercadeo, que produjo durante décadas la pérdida de bienes culturales tradicionales en los patrones alimentarios, en la vida familiar y social, en la recreación, en la identidad, en la prevención y tratamiento de enfermedades con medicinas caseras, etc., a cambio del hiperconsumo de artículos sin valor real que dañan la salud y empobrecen la cultura, uno de los factores de más rápida expansión fue el de la comida rápida con consecuencias directas en la situación de algunas enfermedades crónicas de mayor frecuencia en la población.

El reemplazo creciente de las plazas y parques como espacios de recreación por los centros comerciales, vitrinas del consumismo, favorece este patrón. Un estudio de mercado de Datanálisis de noviembre del 2005 señala que el 91,8% de la población visita los “mall”, porcentaje que era del 88,3% en julio del 2004 y el 84,4% en setiembre del 2003. Sólo el 8,2% no va nunca a estos centros comerciales.

En Venezuela hay 103 centros comerciales, 49 de ellos en Caracas, 17 en la región central, 7 en la centro-occidental, 3 en Guayana, 4 en las islas, 6 en los Andes, 9 en la nororiental y 8 en la región zuliana. En total abarcan 17.626 locales comerciales y 81.338 puestos de estacionamientos.

Los centros comerciales registraron 861.493.428 visitas, lo que significa un promedio de 40 visitas por usuario al año. La visita a estos mall es ya una costumbre en Venezuela, parte de la cultura de recreación y compra.

Los mall saben están compitiendo con el mercado al detalle e incluso con la economía informal. El 2003 el 73% de la gente prefería comprar en cadenas independientes o en la calle, porcentaje que el estudio del 2005 encontró estaba en 65,7%. El 34,3% prefería comprar en los malls. El 40,4% de los visitantes va a los centros comerciales a comprar y el 37,1% va a comer, en los locales de

comida rápida, 15% realiza trámites bancarios, 12,9% los usa como espacios de entretenimiento, 4,3% para estética personal y 0,4% como espacios de negocio o trabajo. El tiempo promedio de los usuarios varía entre 2 y 3 horas: el 35,1% de ellos pasa entre 1 y 2 horas, 23,1% entre 2 y 3 horas, 16,6% menos de una hora, 12,8% entre 3 y 4 horas y el 2,6% más de 5 horas.

El 2003 el 35,8% de los visitantes sólo veía y no compraba, disminuyendo este porcentaje en noviembre del 2005 al 22,2%. El gasto per cápita en los centros comerciales fue de 43,300 bolívares el 2003, 33,050 bolívares el 2004 y de 56,470 por persona el 2005, un aumento del 65%.

Este fenómeno de reemplazo de las plazas y parques y de incremento de la compra en centros comerciales, va en paralelo con la expansión de la industria de comida rápida, presente en los centros comerciales como "ferias de comida". Desde los 70s, en que surgió Tropi Burguer, la primera cadena de comida rápida, estas cadenas se han multiplicado y construido un hábito social, con todo lo que eso significa para la nutrición de las personas.

### **Problemas de salud y situación de grupos específicos de población**

Como hemos visto, el país presenta un perfil epidemiológico mixto, donde se combinan enfermedades transmisibles con enfermedades no transmisibles.

- ***Salud Infantil***

En el año 2006, este grupo menor de un año representó el 2,2 % de la población general, siendo el 51,2% de sexo masculino y 48,8% femenino.

El comportamiento de la mortalidad infantil, ha presentado una reducción sostenida en las últimas dos décadas. La tasa promedio de la década 1980-89 fue de 56,7 por 1000 nacimientos vivos registrados; 33,8 entre 1980-89, y 24,6 entre 1990-99; 18,2‰ en 2002; 18,5‰ en 2003 y 17,5‰ en 2004.

La contribución proporcional de las muertes en menores de 1 año de edad respecto al total de defunciones, en los últimos lustros pasó de 14,2% en 1990-94, a 11,7% en 1995-99, a 8,5% entre 2000-03.

En el 2003, el 60,7 % de las muertes de niños menores de un año ocurrió durante en el período neonatal (hasta los 28 días) y el 39,3% en el periodo post-neonatal (entre los 29 días y 1 año).

Las causas se distribuyen de la siguiente forma: el 52,7% por complicaciones perinatales relacionadas con sufrimiento fetal agudo por complicaciones del embarazo, trabajo de parto y parto, asfixia perinatal, infección respiratoria aguda, sepsis y trastornos hemorrágicos del recién nacido; 13,8% por malformaciones congénitas; 13,2% enfermedad diarreica; 5,0% infecciones respiratorias tipo neumonía y 4,4% por desnutrición y 10,9% el resto.

Es importante reseñar dentro de esta situación lo ocurrido con las malformaciones congénitas; este problema que sostenidamente mantenía aumento de muertes infantiles, presentó para el año 2003, una reducción en relación con el año anterior de 51 fallecimientos y esto se explica como un logro del Programa Nacional de Atención a las Cardiopatías Congénitas que permitió intervenir mas de 1000 niños y niñas entre los años 2002-2003. La prevalencia de bajo peso al nacer pasó de 12,0% en 1999 a 8,0% en 2002.

- *Salud de la Niñez*

Para el año 2006, los nin@s de 1 a 4 años representaron el 8,4 % de la población, siendo 51,4% de sexo masculino y 48,6% femenino. El grupo de 5 a 9 años representó el 10,2%, siendo 51,1% de sexo masculino y 48,9% femenino. En cuanto a la mortalidad en el grupo de edad de 1 a 4 años, la tendencia se ha mantenido prácticamente sin cambios.

En el grupo de niños y niñas entre 5 y 9 años, la mortalidad ha registrado una discreta tendencia a la disminución en los últimos cinco años. Para el año 2004 las principales causas de muerte fueron: causas externas (38 %), tumores (13 %), enfermedades del sistema nervioso central (12 %) y malformaciones congénitas (8 %).

- *Salud bucal*

Para 1997-98, el índice de dientes temporales cariados, extraídos u obturados (ceo) a los seis años de edad reflejó un promedio de tres. En cuanto a dientes permanentes el promedio de dientes cariados, perdidos u obturados (CPOD) hasta los ocho años de edad fue inferior a un órgano dental. Para la edad de doce años el CPOD fue de 2,12, con lo cual se alcanzó la meta establecida por la OPS/OMS para el año 2000 (CPOD de 3 o menos). No obstante, en la población de 15 años se observó un incremento por encima de 3, que pudiera acentuarse hacia la edad adulta. Es importante señalar también, que los hallazgos de un estudio nacional revelaron que un bajo porcentaje de la población tenía signos de fluorosis, siendo identificados los estados de Yaracuy, Vargas, Zulia y Carabobo como algunas zonas de riesgo. En cuanto al cáncer bucal, existen en la

actualidad 0,03 % de pacientes presuntivos del mismo, de cada 150.000 consultas aproximadamente, lo que indica una cifra bastante baja pero no menos importante.

- *Salud de los Adolescentes*

Para el año 2006, los y las adolescentes (10 a 19 años) constituyeron alrededor del 20,1 % del total de la población, siendo 50,9% de sexo masculino y 49,1% femenino. La tasa de global de fecundidad de las jóvenes de 15 a 19 años pasó de 92,5 en 2002 a 91,7 por 1000 mujeres adolescentes en 2004.

El MINSA reportó para el año 2002 que un 22,4% [98.099] de nacimientos ocurrió en el grupo de adolescentes de 10-19 años, 1% en el grupo de 10 a 14 años y 21,4% entre 15 y 19 años. Los estados que más contribuyeron con nacimientos dentro de este grupo etáreo, fueron Zulia con 13,4%; Carabobo con 8,5% y Bolívar y Lara con 7,4%.

Para el año 2003, el MINSA reportó un discreto descenso de los nacimientos vivos registrados en la población entre 15 y 19 años con una tasa en 20,56%, encontrándose 12 entidades federales de las 24 por encima de la tasa nacional. La prevalencia de bajo peso al nacer a nivel nacional, en el 2002, fue de 8,0%. La prevalencia en los adolescentes fue de 26,1%, siendo 1,5% en el grupo de 10 a 14 años y 24,6% en el de 15 a 19 años.

En el 2003, las causas de morbilidad y mortalidad que afectaron mayormente la salud de los y las adolescentes entre 10 y 14 años fueron externas (V01-Y98): la primera causa de muerte ocurrida en el grupo de 10-14 años, (49%), siendo el 33% de ellas producto de Accidentes de Transporte (V01-V99), el 43% es por Accidentes de Transportes Terrestres, no especificados con una razón de 2:1 del sexo masculino sobre el femenino. Las Otras Causas Externas de Traumatismos Accidentales (W00-X59) ocupan un segundo lugar y de ellos el Ahogamiento y la Sumersión (W65-W74) con un 31%. En tercer orden están los Eventos de Intención no Determinada (Y10-Y34) los cuales comienzan a aparecer dando paso a las Agresiones (X85-Y09). Si súmanos en estas dos categorías; las subcategorías correspondientes a armas de fuego nos encontramos que son el 67% de las muertes a una razón de 4:1 a favor del sexo masculino.

La tasa de mortalidad en los adolescentes entre 10 y 14 años, en el 2002, fue de 47 por 100.000 adolescentes, siendo 58,0 y 35,0 para hombres y mujeres, respectivamente. En el 2004, fueron 44,0; 52,0 y 35,0; respectivamente. En el grupo de 15 a 19 años, en 2002, fue 164,0 por 100.000 adolescentes, siendo 267,0

y 58 para hombres y mujeres, respectivamente. En 2004 fueron 158; 253 y 59, para los y la adolescentes hombres y mujeres, respectivamente.

- ***Salud del adulto mayor (60 años y más)***

Para el año 2006 este grupo representó el 7,1% de la población, siendo 47,1% de sexo masculino y 52,9% femenino. Su distribución porcentual por grupos de edades es de 33,9% para el grupo de 60 a 64 años; 24,49% para el grupo de 65 a 69; 18,5% para 70 a 74 años y 23,2% para el grupo de 75 años y más. Se espera que esta población se triplique para los próximos 20 años. El grupo mayor de 60 años en la población originaria representa el 14,15% de dicha población, y el 2,50% de la población total de 60 años y más.

Según datos del Ministerio de Salud, para el año 2005, las principales causas de mortalidad para la franja de 60 años y más fueron, en primer lugar las enfermedades del corazón (19,13%), seguidas de cáncer (10,52%), enfermedades cerebrovasculares (6,84%), diabetes (5,14%) y en el quinto lugar las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores (2,83%). El riesgo de morir por estas enfermedades es mayor en los hombres, excepto en la diabetes.

Para el año 2005, las principales causas de morbilidad están encabezadas por la hipertensión arterial (17,18%), trastornos visuales (13,94%), trastornos respiratorios (12,66%), diabetes mellitus tipo I y II (11,34%) y la osteoartritis (10,03%).

- ***Salud de los trabajadores***

Para el año 2005 la población económicamente activa [PEA] alcanzó la cifra de 12.095.908 de personas mayores de 15 años, de los cuales el 11,4% estaba desempleada, siendo 10,5% en hombres y 13,0% en mujeres. En Venezuela existe un sistema de salud, en el cual los trabajadores que cotizan calificados como trabajadores formales, pueden acceder a un servicio de salud mediante el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS), el cual dispone de una red de servicios a nivel nacional; también instituciones públicas como el Ministerio de Educación dispone de servicios sectorizados mediante el Instituto de Previsión Social del Ministerio de Educación (IPASME). Otros ministerios como el de defensa disponen de su propia red de servicios médicos, mediante el Instituto de Previsión Social de la Fuerza Armada (IPSFA); algunas instituciones también disponen de servicios propios; ejemplo de ello es Petróleos de Venezuela (PDVSA). La gran masa poblacional acude a la red de servicios públicos dependientes del Ministerio de Salud. El Instituto Nacional de Prevención, Salud

y Seguridad Laborales, adscrito al Ministerio de Trabajo, consignó el año 2004 27.600 discapacidades atribuibles a accidentes de trabajo y 1.500 muertes como consecuencia de dichos accidentes. En el año 2005 registró 287.681 accidentes de trabajo.

- *Las personas con discapacidad*

La Constitución de la República Bolivariana de Venezuela establece en su Capítulo V, De los Derechos Sociales y de las familias, en el artículo # 81, que "Toda persona con discapacidad o necesidades especiales tiene derecho al ejercicio pleno y autónomo de sus capacidades y a su integración familiar y comunitaria. El Estado, le garantizará el respeto a su dignidad humana, la equiparación de oportunidades, condiciones laborales satisfactorias y promoverá su formación, capacitación y acceso a empleo acorde con sus condiciones...".

De acuerdo con el Censo de Población y Vivienda del 2001, el 3,9% de la población acusó algún tipo de discapacidad, lo que equivale a 965,804 personas con discapacidad reconocida (2,0% en el Censo de 1990).

A partir de este mandato el MINSAL, a través de la Misión Barrio Adentro, inició la construcción en el país de 60 Salas de Rehabilitación Integral (SRI) para la atención de las personas con discapacidad o en riesgo de sufrirla; a marzo de 2006 existen 100 SRI y la meta, para fines del mismo año, es llegar a 600. El conjunto de servicios prestados incluyen electroterapia, tracción cerviceolumbar, termoterapia, hidroterapia, gimnasio pediátrico, gimnasio para adultos, terapia ocupacional, medicina natural y acupuntura, logopedia, foniatría y podología.

- *La salud de los pueblos originarios*

De acuerdo con el Censo Nacional de Población y Vivienda del 2001, el 2,3% de los censados declararon pertenecer a una etnia originaria, lo que equivale a 532.743 personas.

Más del 90% de la población originaria vive en condiciones de pobreza, en comunidades que carecen de servicios básicos en donde el abastecimiento de agua se hace mayoritariamente mediante pozos artesianos, algunos salubres, y la disposición de aguas servidas se hace en letrinas y al aire libre. La tasa promedio de diarrea en menores de un año, entre 1998-2002 fue en Amazonas de 2,15 por 100.000 personas originarias, Apure 1,41; Zulia 1,30 y Delta Amacuro 1,72.

En relación a la salud de los pueblos originarios existe un avance en el sector salud al haberse creado una Dirección de Salud Indígena, la misma que potenciará las acciones de salud en las etnias y en los actuales momentos desarrolla una investigación sobre las condiciones de salud de todas las etnias presentes en Venezuela. En el marco jurídico también se puede denotar un avance al ser publicada el 27 de diciembre del 2005 en la Gaceta Oficial N° 38.344 la Ley Orgánica de Pueblos y Comunidades Indígenas. Esta ley potenciara las intervenciones coordinadas, eliminando o reduciendo las intervenciones no sostenibles en los pueblos originarios. Además, la Misión Guicaipuro fue creada, como vimos, para promover el desarrollo integral de los pueblos originarios.

Las patologías prevalentes, en las 38 comunidades originarias son la tuberculosis, la malaria, parasitosis, desnutrición y trastornos respiratorios y digestivos.

- *Salud en las fronteras*

Diversos estudios e informes realizados en los años 2004-2005 por las comisiones institucionales de frontera y organizaciones de cooperación internacional (OPS-OMS, ACNUR, UNICEF y OIM) reportan limitados servicios de salud en las áreas fronterizas. Igualmente magras condiciones de calidad de vida, reportando deficiencias significativas en los servicios de agua potable, alcantarillado, disposición de residuos sólidos, educativos, comunicación ales, de viviendas, etc. Estas condiciones son las responsables de las patologías identificadas: diarreas, parasitosis, trastornos respiratorios e incluso muerte por violencia. En la actualidad el gobierno hace esfuerzos significativos para potenciar las intervenciones en la frontera creándose una comisión de asuntos fronterizos (COPIAF) que procura coordinar y potenciar las intervenciones institucionales de tal forma de priorizar acciones en estas áreas.

En febrero de 2006 se realizó en Bogotá una reunión fronteriza de los equipos técnicos de Colombia y Venezuela para la presentación y revisión de las experiencias metodológicas sobre análisis de situación en las áreas de fronteras. La delegación venezolana presentó una propuesta producto de la experiencia que ha venido desarrollándose en las área fronterizas. Se concluyó en la conveniencia de realizar un taller en el curso del primer semestre del 2006, en donde se presenten todas las experiencias que sobre Análisis de Situación de Salud (ASIS) vienen aplicándose en dichas zonas, bajo la coordinación de OPS/OMS.

- *La salud de la mujer*



Las principales causas de muerte de mujeres comprendidas entre los 10 y más años de edad, conforme a la data del Ministerio de Salud, fueron el 2004, en tasas por 100.000: enfermedades del corazón (100,66), cáncer (83,24), enfermedades cerebrovasculares (39,98), diabetes (35,52), enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores (11,80), accidentes de todo tipo (10,49), suicidios (1,51), anomalías congénitas (0,58) y parálisis cerebral infantil (0,18).

En el área de Violencia contra la Mujer, el Instituto Nacional de la Mujer cuenta desde noviembre de 1999 con el servicio de atención telefónica "0800 Mujeres", como una respuesta a este grave problema. Desde sus inicios hasta el primer trimestre del 2004 han sido atendidas por esta línea un total de 12.430 llamadas, de las cuales el 76% reportaron algún tipo de violencia. El tipo de violencia más frecuente según ambiente de ocurrencia, fue la violencia intrafamiliar, con el 91,7%. Las formas de expresión de violencia más frecuentes fueron: la violencia psicológica, reportada en el 100% de los casos, la violencia física, en el 70%, la violencia sexual en el 10%, la violencia patrimonial en el 15%, la violencia laboral en el 2,2% y la violencia financiera en el 1,3% de los casos.

- *Mortalidad materna*

La mortalidad materna pasó de 59 por 100.000 nvr en 1999 a 54,7 por 100.000 nvr en el 2004. La TMM del período 1999-2004 descendió en relación con la TMM promedio del quinquenio 1994-1998, de 63,6 a 54,7 para el año 2004. Las causas más importantes de mortalidad materna son: edema, proteinuria y trastornos hipertensivos con un 27%; otras complicaciones obstétricas con un 23%; el embarazo terminado en aborto, con 17%; las complicaciones relacionadas con el embarazo parto y puerperio, con 14%; y las complicaciones en el puerperio, con 10%. La mayoría de estas causas son prevenibles con un mejoramiento de la calidad de atención, tomando en cuenta que Venezuela tiene más del 94% de partos atendidos institucionalmente. Los estados que presentan las tasas más altas son Zulia, Carabobo, Miranda, Aragua, Bolívar y Distrito Capital, que concentran el 52 % de la mortalidad materna registrada; estos coinciden con la mortalidad infantil con algunas variaciones de orden. La cobertura de atención prenatal en el 2004 fue del 25,5%, lo que ha llevado al gobierno a concentrar los esfuerzos en aumentar la cobertura y calidad de la atención prenatal a través de un enfoque integral.

- *Desastres naturales*

El Ministerio de Salud todavía no cuenta con una organización central, regional y local para hacerle frente a una situación de desastre. En pocos de los

establecimientos de salud existen planes de actuación ante las emergencias. Actualmente el gobierno toma medidas para mejorar la capacidad institucional mediante la cooperación y coordinación intersectorial con las demás instituciones que tienen responsabilidades en el tema de emergencias y desastres. Para el 2003 se promulgó la Ley de Protección Civil y Administración de Desastres y se ha trabajado en su reglamento. En este mismo año se concretó el proyecto de información de eventos meteorológicos. En el 2004 se concretó la designación de la Coordinación de Emergencias y Desastres del Ministerio de Salud. Se estableció el Comité Ministerial para la elaboración del Plan de Emergencias y Desastres del sector Salud, así como el Plan Operativo de las diferentes direcciones que lo componen. Se actualizó el Plan Unificado Medico Asistencial (CUMA) bajo responsabilidad de Sanidad Militar, Ministerio de la Defensa. Se dispone de investigaciones y estudios sobre Evaluaciones de Riesgos en diferentes zonas del país, en el área Metropolitana de Caracas (2004). En el año 2005 la Dirección Nacional de Protección Civil, dependencia del Ministerio de Relaciones Interiores, creó una coordinación de salud y una fuerza de tarea humanitaria, lo que le ha permitido realizar acciones de respuesta ante eventos tanto nacionales e internacionales, con excelente desempeño. En agosto del 2005 Venezuela asumió la Presidencia del Comité Andino de Prevención de Desastres (CAPRADE) siendo nombrado el Director de Protección Civil Nacional como su Presidente.

- *Enfermedades prevenibles por vacunación*

Históricamente las coberturas de vacunación en Venezuela han sido relativamente bajas con la mayor parte de los inmunobiológicos, permaneciendo por debajo del 80% hasta el año 1998, en que se inició un incremento gradual de las mismas, en especial con BCG, antipoliomielítica y antisarampionosa (incluida en la Triple Viral), aunque en el 2004 y 2005 las coberturas de estas dos últimas volvieron a descender en relación a años anteriores. En el 2004 y 2005 únicamente con BCG y Antiamarílica se lograron coberturas superiores al 90% en la vacunación de rutina a los menores de 1 año. La cobertura con Pentavalente y sus componentes (DPT, Hepatitis B y Haemophilus influenzae tipo b) la cobertura pasó de 37% en 2004, año en el que se introdujo, a 80% en 2005.

Preocupa al gobierno nacional la disminución de las coberturas entre el 2004 y 2005, con la Antipoliomielítica, de 83 a 80%, y con la Triple Viral (que contiene las vacunas contra sarampión, rubéola y Síndrome de Rubéola Congénita), de 80 a 77%, pues se trata de aquellas que permitirán al país cumplir con el compromiso regional de erradicar la poliomielitis, el sarampión y la rubéola.

Existe consenso internacional en considerar que coberturas menores de 95% posibilitan una reintroducción de los virus de estas enfermedades en el país, algo considerado en el Plan Nacional de Vacunaciones. El Ministerio de Salud ha venido implementando acciones agresivas tendientes a recuperar coberturas, orientadas a mejorar la vacunación regular en los establecimientos de salud mediante una estrategia permanente de comunicación social y educación a la comunidad, además de actividades periódicas de monitoreo y supervisión en los distintos niveles. Con este propósito, entre abril y mayo de 2006 se ejecutó, a nivel nacional, una jornada de vacunación indiscriminada con estos dos biológicos, dirigida al grupo de menores de 5 años.

Un hecho destacado en el año 2004, constituyó la implementación en el país del Plan Nacional de Vacunación, en el cual se incluyó, además de la población menor de 5 años objeto del programa, la vacunación a población adulta de riesgo, con vacunas contra la Hepatitis B y Fiebre Amarilla.

Así mismo es importante resaltar los logros obtenidos con la vacunación contra la Fiebre Amarilla, principalmente a raíz del brote de 2003. Desde entonces, hasta la fecha se han aplicado más de 15 millones de dosis en todo el país, cubriendo al 90% de la población mayor de un año de los municipios de alto riesgo, al 100% de los residentes en los municipios de mediano riesgo y 61% de los municipios de bajo riesgo, 7 de los cuales han alcanzado ya coberturas de 100%. Para finales de 2007 se tiene previsto vacunar al 100% de la población venezolana.

Además, la vacuna antiamarílica se la aplica en forma regular, como parte del esquema PAI, a los niños de un año de edad, con coberturas superiores al 90% en los últimos tres años.

En base al compromiso adquirido por el país para la eliminación de la Rubéola y del Síndrome de Rubéola Congénita (SRC), en el 2004 se conformó el Comité Nacional para la Vigilancia del SRC en hospitales centinelas, y se programó para la vacunación con vacuna SR (Sarampión y Rubéola) al grupo de hombres y mujeres comprendido entre 12 y 39 años, para los años 2005 y 2006. En ese mismo año se implementó la Vigilancia de las Diarreas por Rotavirus en hospitales pilotos, previamente a la introducción de la vacuna contra esta enfermedad, y está prevista para el año 2006. Así mismo, para el 2006, se introducirá en el país la vacuna contra la influenza estacional en grupos específicos.

Se ha venido trabajando, especialmente entre el Ministerio de Salud y el Instituto Nacional de Higiene, en la implementación del Sistema de Vigilancia de Vacunas (SIREVA) que involucra la vigilancia de neumonías y meningitis producidas por el *Haemophilus influenzae* tipo b; en el 2005 se incluyó el estudio de *Neisseria meningitidis* en el SIREVA. Igualmente se halla en proceso de implementación el Sistema de Vigilancia de Eventos Adversos Supuestamente Atribuibles a las Vacunas e Inmunización (ESAVI) en los distintos estados del país.

Respecto al comportamiento epidemiológico de las enfermedades prevenibles por vacunación, en el 2005 se mantuvo la ausencia de casos confirmados de poliomielitis (el último fue reportado en 1989), y de sarampión (último caso en 2002). En el 2005 fue reportado un caso confirmado de tétanos neonatal (último caso se había presentado en 2001) y uno de difteria (último caso en 1992), además del incremento del número de casos de tos ferina en los últimos dos años. En cambio, hubo un marcado descenso en el número de casos notificados de rubéola y parotiditis en 2004 y 2005.

Es importante resaltar el fortalecimiento, en los últimos años, de la Red de Frío en el país gracias a los recursos invertidos por el gobierno nacional para el efecto, así como también destacar el establecimiento de una partida específica para la adquisición de vacunas y jeringas a través del Fondo Rotatorio de OPS, que ha permitido el abastecimiento permanente de las vacunas necesarias para el cumplimiento de las metas programadas en el país.

La inversión del MINSA, en el programa ampliado de inmunizaciones [PAI] pasó de 26,5 millones de dólares en el año 2002, a 43,7 millones en 2002 y a 49,4 millones en 2004.

- *Fiebre Amarilla*

Entre 1980 y 1997 no se reportaron casos en el país, hasta 1998 en que se presentó un brote en una comunidad originaria en el estado Amazonas, con 15 casos y 4 defunciones. En 1999 se reportó la muerte, por Fiebre Amarilla, de un turista extranjero probablemente infectado en la región de Canaima, estado Bolívar. Desde entonces, no se notificaron casos de la enfermedad hasta el año 2002 en que se presentan tres casos, con dos fallecimientos, en el estado Zulia, que fue el inicio de un brote que se extendió hasta la semana No. 33 de 2003, con un total de 34 casos, con 14 muertes en ese año, distribuidos en los estados Zulia (21 casos - 9 muertes), Táchira (11 casos - 5 muertes) y Portuguesa (2

casos). Además, el sistema de vigilancia de Zulia captó 9 casos (6 muertes) provenientes de Norte de Santander – Colombia.

Cinco casos de Fiebre Amarilla fueron notificados en el año 2004, en los estados Mérida (2 casos con 1 muerte) y Monagas (3 casos con 2 muertes). Para el 2005 se presentaron 12 casos con 8 muertes en el país, en los estados Mérida (3 con 2 muertes), Apure (1 con 1 muerte), Bolívar (1 con 1 muerte) y Portuguesa (7 con 4 muertes).

En 2003 se instauró un sistema de vigilancia de epizootias en primates no humanos, habiéndose identificado en los dos últimos años epizootias en primates en los estados Apure, Barinas, Monagas, Sucre, Guárico y Portuguesa, lo cual ha permitido aplicar medidas de protección vacunal oportunamente.

A raíz del brote, se produjo un fortalecimiento del área de laboratorio, procesando 953 muestras para aislamiento viral entre 2003 y 2005, logrando 3 aislamientos en humanos y 4 en primates en este período. Además, en el año 2004, se introdujo como fortalecimiento del diagnóstico anatomopatológico, la técnica de la inmunohistoquímica; hasta la fecha se han realizado un total de 121 estudios (85 humanos y 36 araguatos), resultando positivos para Fiebre Amarilla 8 humanos y 3 araguatos.

El Ministerio de Salud ha priorizado la vacunación como la medida de control y prevención para la Fiebre Amarilla, con excelentes resultados, que son analizados en el capítulo correspondiente a las Enfermedades Prevenibles por Vacunación.

- **SIDA**

La situación de VIH-Sida en Venezuela es teóricamente el de una epidemia concentrada, con una prevalencia en población de 15 a 49 años de 0.7% y un estimado de casos reportados de aproximadamente 53.465 para final del 2005. Entre 1990 y 1994 los resultados muestran una relación de 9.8 hombres por mujer y entre el 2000 y 2004 muestran una razón de 3 hombres por cada mujer, lo cual pone en evidencia el aumento del VIH en los grupos de mujeres.

Existen muy pocos estudios de seroprevalencia en poblaciones vulnerables; el último de ellos en 1996 en trabajadores, reportó una prevalencia de 1.147. A partir de esta fecha no se han llevado a cabo estudios de seroprevalencia en estas poblaciones.

---

Desde 1990 hasta la fecha se ha venido observando un incremento de casos de transmisión heterosexual. Hasta 1999 el 90,25% del mecanismo de transmisión era sexual y de éste porcentaje, el 31,68% era heterosexual.

El Ministerio de Salud ha incrementado el presupuesto para atender la problemática del VIH/SIDA en el país, garantizando el acceso universal a la terapia antiretroviral y una mayor cobertura de las pruebas diagnósticas y el seguimiento inmunológico y virológico. Las pruebas de resistencia viral son gratuitas para todas las personas que las requieran, siguiendo normas establecidas en consenso con expertos nacionales. Para el año 2006 el presupuesto es de 80.000.000.000 Bolívares.

- ***Inocuidad de los alimentos***

Para garantizar la inocuidad de los alimentos, el Ministerio de Salud es el responsable del registro de todos los alimentos en el país y de controlar su inocuidad desde la industria hasta el consumo. No hay control de residuos de medicamentos de uso veterinario como contaminantes de alimentos, ni existen medidas relativas a alimentos genéticamente modificados, sin embargo, el Ministerio del Ambiente y de los Recursos Naturales ha trabajado en la elaboración de la Ley de Biodiversidad Biológica, aprobada en la Asamblea Legislativa, y su Reglamento, el cual está en revisión. El MS empezó, a partir del 2000, la implementación del sistema de Análisis de Peligros y Puntos Críticos de Control en la industria de alimentos y en los establecimientos expendedores de comidas rápidas del país.

- **Zoonosis**

Aunque resulta necesario continuar trabajando a ese respecto, la coordinación de acciones entre los Ministerios de Salud y Agricultura de la que, en gran parte, depende la eficacia de los programas de zoonosis ha mejorado considerablemente. A partir de una convocatoria regular de la Comisión Nacional de Zoonosis se ha logrado la implementación efectiva de proyectos compartidos desde su planificación hasta la acción.

- **Rabia**

La difusión geográfica de la *rabia canina* ha sido reducida de 11 estados, en 1991, a únicamente el estado Zulia a partir del 2001 (Zulia); en contrapartida, el número anual de casos en ese estado se mantuvo en ascenso constante hasta el 2004, pasando de 82 casos de rabia canina en el 2001 a 181 en el 2004. Sin

embargo, una posición más activa por parte de las autoridades sanitarias permitió una mejor estructuración de las campañas de vacunación realizada a mediados de ese año permitió reducir la incidencia en 57% durante el 2005 respecto del año anterior (77 reportes de rabia canina). Esta tendencia se mantiene pues la incidencia del primer bimestre del 2006 es del 20% respecto de igual período del 2005 (4 vs 20). En el 2004 se registraron 5 casos de rabia humana, tres de ellos en el estado Zulia, transmitidos por el perro y los restantes por vampiros en el estado Sucre; no se han registrado nuevos casos desde octubre de ese año.

- **Encefalitis equinas**

La vacunación contra la encefalitis equina es una de las áreas donde la coordinación entre los Ministerios de Salud y Agricultura se ha manifestado de forma más plena permitiendo lograr buenas coberturas de vacunación alcanzando a las 146.800 dosis aplicadas para el 2004 para una población blanco de 213.650, manteniéndose panorama similar durante el 2005. De la misma forma existe una adecuada vigilancia epidemiológica tanto de *encefalitis equina venezolana* como del comportamiento de la *encefalitis equina del este*, durante el 2004 se registró un total de 8 establecimientos afectados (3 por EEE, 4 por EEV y uno con serología positiva para ambos virus) con un aumento para el 2005 con 17 focos (8 para EEE, 4 para EEV y 5 para ambos agentes). Además se desarrolló durante el 2005 un muestreo serológico para monitorear el posible ingreso del *Virus de Oeste del Nilo* en territorio venezolano.

- **Leptospirosis**

La enfermedad se mantuvo en constante ascenso hasta el año 2000 cuando las inundaciones que desataron la tragedia del estado Vargas cuando se registraron 419 casos para ir descendiendo de forma gradual hasta el 2004 con 98 casos. Nuevas inundaciones durante el 2005 produjeron un brote en el estado Carabobo con 90 casos y 6 muertes.

- **Fiebre aftosa y Estomatitis Vesicular**

Después de un período de baja presentación de la enfermedad que se inicia en 1999, cuando se presentaron inclusive amplios períodos de silencio epidemiológico, se produce una epidemia de fiebre aftosa durante el año de 2003 con 63 establecimientos afectados, luego de la cual la incidencia de la enfermedad ha ido disminuyendo hasta alcanzar 13 episodios durante el 2005 y con áreas al oriente del país donde hace más de dos años que no se presenta.

Por su parte la estomatitis vesicular sigue siendo una enfermedad de importancia relativa con solo 8 establecimientos afectados durante el 2005, bastante por debajo del promedio anual de alrededor de 30 granjas afectadas.

- **Uso de Tabaco.**

La prevalencia de fumadores ha venido descendiendo significativamente desde los años 1984 hasta el año 2005 en la población adulta mayor de 15 años; para 1984 la prevalencia total de fumadores registrada fue de 40% de prevalencia (MSAS, 1984); en 1988 fue de 34% (MSAS, 1988); 1996 fue de 31% (MSAS/FAVE, 1996), y en 2005 se registró 28% de fumadores y 29 % de ex-fumadores. (UCV/Platino 2005). Este descenso en la prevalencia de fumar se ha acompañado de una reducción en el consumo per cápita de cigarrillos de 2100 cigarrillos per cápita en el año 1984 a 900 cigarrillos per cápita en el 2005; igualmente, junto a esta reducción en el consumo de cigarrillos ha ocurrido una reducción en la producción y de las tierras dedicadas para el cultivo de tabaco en Venezuela en este mismo periodo de tiempo. En la población joven menor de 15 años la prevalencia de fumadores se duplico en este mismo periodo de tiempo paso de 2,7% de prevalencia en 1984 (MSAS, 1984) a 7,0 % en el 1997 y 13 % en el 2000 (ENTAJOVEN, 2000). Estos resultados nos sugieren que las políticas de control de fumar que se han venido desarrollados en el país han impactado mayormente a los adultos y han tenido muy poco efecto en los jóvenes, los cuales son más vulnerables a la publicidad de cigarrillos. Las resoluciones del Ministerio de Salud de prohibición de la publicidad de tabaco y restricción de acceso a los productos del tabaco en menores de edad, aprobadas el 7 de Marzo 2006, constituyen una estrategia para reducir el consumo y la prevalencia en jóvenes. Estas resoluciones y las relativas a las regulaciones de productos del tabaco y de sus empaquetados (Resoluciones 109 y 110 Marzo del 2004) colocan al país entre los países de mayor avance en políticas de control y prevención del tabaquismo y el impacto de estas políticas están siendo medidos por el Ministerio de Salud actualmente.

- **Uso de Alcohol**

El alcohol esta involucrado en el 50% de los homicidios y suicidios (MS, 2000) y el 40% de los accidentes de tránsito se deben a la ingesta de productos alcohólicos. Los estudios sobre la prevalencia del consumo de bebidas alcohólicas en el año 2003 reportan 31% de consumidores habituales de alcohol (CONACUID, MSDS y otros, 2003). La edad de inicio se ubicó entre 10 y 19 años; el estudio reporta que el 36,7 % inicia entre los 10 y 14 años y 48,21% inicia



entre los 15 y 19 años de edad. La encuesta del CONACUID de octubre-noviembre del 2005 confirma los niveles de alcoholismo existentes.

El país cuenta con la “Ley de Impuestos sobre Alcohol y Especies Alcohólicas” del año 1979. En esta ley se reglamenta y regula el expendio, la producción, los impuestos y la publicidad de alcohol, la cual estuvo prohibida totalmente en radio y televisión entre 1979 y el 2004 año este en que se autorizó nuevamente la publicidad de cerveza, vino y licores en radio y televisión, igualmente esta establecido un límite de de venta a menores de 18 años. Existe la aplicación de un impuesto a los productos alcohólicos, 4,5 % para la cerveza, 12 % para el vino y un impuesto adicional para los licores y otras bebidas con grados alcohólicos iguales o mayores a 40 % de alcohol por volumen. El alcohol representa el primer factor de riesgo de discapacidad en países en desarrollo y con baja mortalidad como es el caso de Venezuela.

- **Situación Alimentaria Nutricional**

En el año 2004 la disponibilidad alimentaria, refleja una Suficiencia plena (>110%) de hierro, tiamina, niacina y vitamina C; Suficiencia Precaria (100 - 110%) en riboflavina; Insuficiencia (95 - 100%) en vitamina A e Insuficiencia Crítica (<95%) en calorías y proteínas.

La evaluación de la prevalencia de déficit antropométrico nutricional en menores de 5 años, realizada en el primer nivel de atención, según criterios internacionales, encontró que menos del 10% tenía un nivel bajo de peso/edad; menos de un 20% tenía un nivel bajo en cuanto a talla/edad y menos de un 5% en la relación peso/talla. El problema crónico predominante (12,5%) era la talla baja para la edad. El indicador de peso para la edad o déficit global alcanzó 5,2%. La prevalencia de sobrepeso es inferior a la del déficit (3,1%).

De 78.405 ingresos hospitalarios pediátricos (< 13 años) por todas las causas en hospitales centinelas, el 1,4% presentaron desnutrición grave, predominando el marasmo y los menores de 1 año fueron el grupo más afectado.

De las patologías relacionadas con la malnutrición por déficit, las tasas más altas corresponden a diarreas (3.412,3 por 100.000), helmintiasis (1.518,2 por 100.000), bronquitis (1.301,0 por 100.000), anemias (1.192,7 por 100.000) y neumonías (400,6 por 100.000).

La Misión Mercal viene modificando la situación previa en forma importante. La Encuesta de CONACUID de octubre-noviembre del 2005 revela que el 58,8%

de los venezolanos come tres veces al día, 11,8% dos o tres veces al día, 14,3% dos veces, 9,5% más de tres veces, 3,5% una o dos veces, y 1,7% una vez al día. Concluye que los programas alimentarios han mejorado el acceso a la comida, con efectos importantes en la relativa normalización interclasista del consumo de ciertos alimentos como el pollo o las carnes rojas, cuyo consumo por estrato social ya no muestra las diferencias de antaño.

- **Oncocercosis**

Venezuela representa el 22 % de la población en riesgo para la región de las Américas, de acuerdo a cifras del año 2005, siendo el tercer país más afectado después de Guatemala y México. Existen tres focos: nororiental, norcentral y sur con 625 comunidades endémicas registradas; el 74,4 % pertenecen al foco nororiental. La población elegible que debe recibir tratamiento masivo con Ivermectina en dos rondas anuales para el año 2006 corresponde a 99.484 personas, universo a tratar. Durante los tres últimos años (2003, 2004, 2005) se han alcanzado coberturas superiores al 85%. No obstante, se requiere dar sostenibilidad a las acciones durante los próximos 10 años de tratamiento para garantizar la eliminación de la Oncocercosis y la prevención de la ceguera de los ríos como problema de salud pública

### **Capítulo 3: El Proceso de la Respuesta Institucional a los Problemas de Salud**

#### **El punto de partida: Un conjunto de servicios no articulados**

El sistema público de salud venezolano viene de una dilatada etapa de deterioro, como fruto del ciclo largo de crisis del modelo rentista en el país y del intento en los 90 de pasar a un modelo de mercado, que descansa en el gasto de bolsillo.

El sistema de salud venezolano es muy segmentado, pues no tiene los cuatro clásicos subsectores prestadores de la mayoría de países latinoamericanos (servicios del Ministerio de Salud, Seguro Social, servicios privados y servicios militares), sino además tiene servicios de salud de las gobernaciones, de las alcaldías, de algunos gremios, como el magisterio, e incluso de universidades y

empresas del Estado como PDVSA y la Corporación Venezolana de Guayana (CVG). Parte de la fragmentación ha sido además la actuación en paralelo y compartimentada de institutos, direcciones y programas al interior de las mismas instituciones. Así como la orientación de recursos públicos para la contratación de prestación y financiamiento de la salud mediante pólizas de seguros privados de Hospitalización, Cirugía y Maternidad (HCM).

### Censo de Establecimientos del Sector Salud, año 2000 (antes de Barrio Adentro)

	Ministerio de Salud		Ministerio de la Defensa		IVSS		IPASME		INAGER		PDVSA		Universidades		Gobernaciones		Municipios		CVG		Policía		Total Hospitales	Total Ambulatorios	
	Hos	Amb	Hos	Amb	Hos	Amb	Hos	Amb	Hos	Amb	Hos	Amb	Hos	Amb	Hos	Amb	Hos	Amb	Hos	Amb	Hos	Amb			
Distrito Federal	16	94	3		6	21		2	1														26	117	
Amazonas	1	87		1				1															1	89	
Anzoátegui	10	326			2	3		4	3		1												16	333	
Apure	6	109		2		1		2													1		6	115	
Aragua	10	191	1			4		2	2														13	197	
Barinas	7	215	1			1		2		1													8	219	
Bolívar	5	290	1	2	4	7		2							3				2				12	304	
Carabobo	10	103	1	1	2	10		2	1			1					7						15	123	
Cógedes	4	115				2		2	1														5	119	
Delta Amacuro	1	104		1				1	1														2	106	
Falcón	7	329	1		3	1		2	1														12	332	
Guárico	7	200		1		2		6	3				1		1								10	211	
Lara	9	301			2	1		3	1														12	305	
Merida	15	233	1	1		2		3	1								1						17	240	
Miranda	17	240		11	3	7																	20	258	
Monagas	12	231				1		2	1		2												13	236	
Nueva Esparta	2	77			1	1		1	1														4	79	
Portuguesa	7	179			1			2	2														10	181	
Sucre	10	220						3	2														12	223	
Táchira	10	204	1		1			3	1														13	207	
Trujillo	10	334			2	2		3	2														14	339	
Vargas	5	40	2		1	4		1	1														9	45	
Yaracuy	5	114				2		2	1						1								7	118	
Zulia	27	269	1	1	3	7		5	2	1	1	1					13						34	297	
<b>Total</b>	<b>213</b>	<b>4605</b>	<b>13</b>	<b>21</b>	<b>31</b>	<b>79</b>	<b>0</b>	<b>56</b>	<b>28</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>21</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>291</b>	<b>4793</b>

Fuente: Ministerio de Salud.

Hay así una red nacional de establecimientos del Ministerio de Salud, que comprendía en el año 2000 a 4.605 ambulatorios y 213 hospitales. El Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS) cuenta también con su propia red, que comprende a 79 ambulatorios y 31 hospitales, siendo autónomo para el ejercicio de sus funciones de financiamiento, aseguramiento en salud y provisión de atención. Además está la red de servicios del Instituto de Previsión de Asistencia Social del Ministerio de Educación (IPASME), que tiene 56 ambulatorios; la del Instituto de Previsión Social de las Fuerzas Armadas, con 21 ambulatorios y 13 hospitales; de INAGER, con 2 ambulatorios y 28 hospitales; de PDVSA, con 3 ambulatorios y 3 hospitales; y otros. En total, el sector salud tenía antes de la expansión de los consultorios de la Misión Barrio Adentro, 4.793 establecimientos.

Este conjunto de servicios no constituye propiamente un sistema, sino un conjunto de subsistemas y servicios no articulados, lo que hace que los recursos invertidos en él, no tengan finalmente la efectividad necesaria para contener los riesgos y daños derivados de una dinámica económica y social productora de

mucha morbi-mortalidad evitable. La actuación fragmentada no permite el uso eficiente de los recursos, que se duplican y superponen, ni tampoco lograr avances en la equidad, pues el gasto por atendido es muy distinto en cada entidad prestadora y el acceso a servicios de calidad está bloqueado a las franjas de menos recursos. Es más, en la década de 1990 el sistema de salud emprendió un proceso de descentralización de los servicios del entonces Ministerio de Sanidad y Asistencia Social a los estados, que avanzó transferencias a 17 entidades federales, pero el proceso no tuvo una conducción ni consolidación adecuadas y ello deterioró la acción de rectoría del MINSA, fragmentando más el sistema al multiplicarse entidades proveedoras sin coordinación. Como el proceso quedó inconcluso, hay ahora estados centralizados y estados descentralizados, en lo que se refiere al sector salud.

Respecto a la inversión en salud, su evolución entre 1995 y 2005 denota un aumento de la inversión pública centralizada y descentralizada, del 2,76% al 3,84% del Producto Bruto Interno (PIB), mientras la inversión en salud respecto al Presupuesto Nacional se mantenía entre 12 y 13%.

#### **Inversión Pública en Salud como Porcentaje del PIB y PN**

<b>Años</b>	<b>Gasto Público en Salud</b>	<b>Gasto Público en Salud/PIB</b>	<b>Gasto Público en Salud/PN</b>
1995	377.654	2,76%	13,45
1996	508.415	1,73	7,89
1997	1.363.290	3,15	12,78
1998	1.685.880	3,21	14,23
1999	1.791.718	2,86	12,29
2000	2.790.752	3,38	11,85
2001	3.645.879	3,99	12,98
2002	4.230.912	3,82	13,35
2003	4.979.755	3,63	11,97
2004	8.228.020	3,83	13,6
2005	8.611.539	3,84	12,42

Fuente: ONAPRE, Leyes de Presupuesto

#### **Sistema Público Nacional de Salud: rediseño global**

Tradicionalmente los problemas del sistema público de salud venezolano han venido siendo de tres tipos: de recursos, de estructura y de calidad de gestión. Ha habido una combinación de estrechez fiscal, mal diseño y bajo desempeño. Hoy el primer punto está en curso de solución, con una ampliación progresiva de la inversión pública en salud, el incremento del número de establecimientos y su ubicación en las zonas de población tradicionalmente excluida, igualmente el aumento de los recursos humanos, pero la vieja estructura sectorial hace que el volumen del financiamiento y de los recursos en general no tenga todo el impacto posible. El Estado venezolano ha venido planteando sobre el segundo y tercer punto, en este último tiempo, un rediseño global del sistema bajo la idea fuerza de la construcción de un Sistema Público Nacional de Salud.

El sistema de salud heredado de atrás venía teniendo su foco en la atención de daños, no dándole importancia a la prevención de riesgos ni a la promoción de la salud. Esto se hizo más notorio en el país por el deterioro del sistema público pues la red de atención primaria se fue replegando y quedó lo hospitalario como lo central, con lo cual la medicalización y reducción intra-mural a lo curativo se volvieron la forma nacional de respuesta institucional a los problemas de salud. El hospital se convirtió en la puerta de entrada al "sistema". Esta función reparadora era evidentemente de mejor calidad en el subsector privado, con lo cual se estimuló la canalización de la demanda hacia sus establecimientos, bloqueándose el acceso a las amplias franjas sociales sin capacidad de pago. El gasto familiar en salud se hizo relativamente alto, convirtiéndose en un factor de empobrecimiento.

El diagnóstico que hace el Ministerio de Salud de la línea base de su accionar es que el modelo conceptual dominante en el sector salud en los últimos 20 años, consintió y promovió la desinversión social y el consecuente deterioro de la infraestructura de servicios, su obsolescencia y la falta de mantenimiento de la tecnología de apoyo, incidiendo en la capacidad resolutive de los establecimientos públicos; descuidó la calidad de la atención e hizo abandono de los protocolos de diagnóstico y tratamiento; reposó la organización del trabajo en función de la satisfacción de las demandas de gremios y sindicatos, con congelamiento de cargos y disminución en la práctica de los tiempos de dedicación contratados; y permitió el deterioro de la producción y el serio retroceso de los sistemas de información y monitoreo, bases para la toma de decisiones.

### **Una nueva institucionalidad para garantizar el derecho a la salud**

Este estado de situación llevó a que, instalado el nuevo gobierno en 1999, revisara el marco legal del sector salud que dejara la segunda administración Caldera, sintetizado en la Ley Orgánica de Seguridad Social Integral aprobada el 30 de diciembre de 1997 y en la Ley Orgánica de Salud del 31 de octubre de 1997. Dichas leyes sintetizaron los debates sobre reforma de la seguridad social en salud en los 90 y plantearon la creación de Administradoras de Fondos de Salud (AFS) “públicas, privadas o mixtas”, que debían centralizar el financiamiento y cumplir la función de intermediarios entre la gente y los proveedores. La nueva administración planteó que con dicho mecanismo el erario público iba a sustentar el estado de cosas, a favor de las clínicas privadas y AFS, en lugar de cambiarlo.

Con el nuevo gobierno el Estado ha ido abriendo otra perspectiva, bajo la idea fuerza de la salud como un derecho y por tanto la obligación del Estado de garantizarla. Algunos de los principios sobre los cuales se viene estructurando el nuevo sistema son los de la salud como un derecho fundamental enmarcado en el derecho a la vida; la universalización del acceso a la atención; la intersectorialidad efectiva; la priorización en la promoción de la calidad de vida y salud; y la participación protagónica de la población. La democracia participativa y protagónica entrega poder de decisión a la población organizada.

Así, al amparo de la Constitución Bolivariana de 1999, se formó entre agosto del 2000 y febrero del 2001 la Comisión Presidencial para la elaboración de los Proyectos de Leyes de Seguridad Social y las leyes de los subsistemas, entre ellos la Ley Orgánica de Salud, función que entre los años 2001 y 2002 quedó a cargo del Gabinete Social. Ese año el Ejecutivo entregó los Proyectos de Leyes a la Asamblea Nacional, aprobándose primero, el 2002, la Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social por parte de la Asamblea Nacional, y luego, en diciembre del 2004, en primer debate, el Proyecto de Ley de Salud elaborado por la Comisión de Salud de la Asamblea. En el primer semestre del 2006 debe darse el debate definitivo de esta Ley.

El Anteproyecto de Ley Orgánica de Salud recoge la orientación venezolana sobre cuál debe ser la respuesta institucional y social a los problemas de salud, y plantea por tanto una nueva institucionalidad en el sector salud. Por un lado, el Anteproyecto restablece la rectoría del Ministerio de Salud en el sector, compatibilizándola con el trabajo con las gobernaciones, alcaldías y comunidades, para lo cual dispone conformar unidades desconcentradas en cada uno de los estados, con una junta directiva integrada por gobernaciones, alcaldías y comunidades y por el representante del Ministerio de Salud, de

manera que puedan llevar adelante políticas para la inclusión de la población excluida y la garantía de la seguridad social. De esta forma se homologa políticas con las direcciones regionales de salud y las gobernaciones, a fin de poder actuar sinérgicamente, propiciándose además la unificación de políticas con los otros entes dispensadores como el IVSS y el IPASME. De esta forma el Ministerio de Salud se propone ordenar la gran dispersión de acciones, recursos humanos y financieros que hay en el sector. Este nuevo esquema de organización del sector salud se enmarca en la nueva política nacional en este tema, que se ha denominado “desconcentración multicéntrica”.

La construcción del Sistema Público Nacional de Salud supone una transición en la cual se integren el MINSA, IVSS, IPASME, PDVSA y otros regímenes públicos. Esto con el objeto de reducir el subsidio cruzado y la duplicación presente en el esquema de financiamiento actual. Igualmente supone el establecimiento de una red de prestación de servicios, articulada por niveles, donde la puerta de entrada principal sea el primer nivel de atención y donde haya mecanismos de referencia y contrarreferencia.

El otro gran tema sobre la nueva institucionalidad tiene que ver ya no con la fragmentación entre los proveedores de servicios sino con la fragmentación dentro del Estado y del Estado con la sociedad. Si el derecho a la salud es parte del derecho a la vida, como está planteado en la Constitución, y en este derecho convergen múltiples determinantes –físicos, biológicos, demográficos, sociales, económicos, ambientales - de las condiciones y situaciones de salud y de enfermedad, se plantea que la Política de Salud debe formar parte de un conjunto más amplio de Políticas de Estado. Esto marca una diferencia importante con la visión tradicional del sector salud concebido y considerado como autónomo y autosuficiente en cuanto a responsabilidad y capacidad de resolución de la compleja y diversa problemática que le concierne.

De ahí la creación del Gabinete Social, la promoción de la política de territorios sociales y la estrategia de constitución de núcleos, polos y zonas de desarrollo endógeno, en los cuales se articulan las diversas respuesta institucionales y comunitarias orientadas a los 5 equilibrios, como se explicó en el primer capítulo.

De otro lado, el artículo 62 de la Constitución Bolivariana obliga al mismo Estado y a la sociedad a facilitar la generación de condiciones favorables que permitan al pueblo participar en la formación, ejecución y control de la gestión pública. Bajo el enfoque de que la calidad de vida y salud es el espacio de la gente, de la población, de la comunidad organizada, se trata de revertir la

propensión a pensar que la única posibilidad de intervención es desde los servicios. Es desde los territorios sociales, desde lo local, donde y cuando la gente tiene posibilidades de componer agendas y redes solidarias para mejorar su vida, y generar nuevos poderes.<sup>8</sup> En este sentido se conciben las redes promocionales de calidad de vida, y la superación de las inequidades, como el desarrollo de planes estratégicos de intervenciones locales, comprehensivas y ampliadas, que se orientan definitivamente a privilegiar la vía de la transformación de las determinantes y cadenas de causalidades que influyen el proceso de salud-enfermedad. A ello se añade el enfoque de ciclo de vida, que ve no sólo el daño inmediato que una condición de vida puede producir en el momento concreto, sino el impacto que la misma tendrá sobre la vida en toda su extensión para cada ser humano, incorporando todos aquellos elementos materiales, sociales, culturales, biológicos, anímicos y psicológicos que sobredeterminan su devenir.

Los ejes rectores de esta política son así, los de la salud como un derecho fundamental enmarcado en el derecho a la vida; sistema integrado, descentralizado multicéntrico; nuevo modelo de atención integral; intersectorialidad efectiva; participación social protagónica y contraloría social; articulación territorial de lo social y desarrollo local; y promoción de la salud y calidad de vida. La política de salud de Venezuela viene desarrollando con respaldo político y financiamiento planteamientos surgidos desde las tradiciones de la atención primaria mundial y la salud colectiva latinoamericana y venezolana.

### **La Misión Barrio Adentro: inclusión masiva y transformación del Estado**

Las condiciones particulares del país hicieron que en diciembre del 2003 el gobierno decidiera implementar las Misiones como estrategias rápidas de inclusión masiva y estrategia de renovación del Estado. Así, la experiencia iniciada en junio del 2003 con Barrio Adentro a fines de ese año se anunció formalmente como una Misión de carácter nacional, que en los años 2004 y 2005 se ha expandido notoriamente, en base al convenio de cooperación bilateral entre Venezuela y Cuba. El desarrollo de la Misión Barrio Adentro en salud, por su escala masiva y modalidad de trabajo integral y participativo, se ha constituido en eje central en la construcción del nuevo sistema de salud venezolano.

---

<sup>8</sup> Plan Estratégico Social, MSDS, agosto 2002, p.13.



El objetivo de la Misión, definido por el dispositivo correspondiente,<sup>9</sup> es la implementación y coordinación institucional de un programa integral de atención primaria de salud. Sin embargo, se le conceptúa más allá de un programa prestacional pues también se constituye para “la estimulación e implementación de expresiones de la economía social y la transformación de las condiciones sociales, económicas y ambientales de las comunidades, bajo un nuevo modelo de gestión basado en principios de interdependencia, coordinación, corresponsabilidad, cooperación y de participación activa y protagónica de las comunidades organizadas”.

Tres años de implementación de Barrio Adentro (BA) han permitido una ampliación importante del acceso a la atención de los sectores excluidos, aumentando el número de establecimientos, equipamiento, recursos humanos, financiamiento y prestaciones, en todo el país.

Por un lado BA ha permitido reorientar los recursos hacia abajo, hacia la franja social tradicionalmente sin acceso. La planilla total de cargos o plazas existentes en el Ministerio de Salud en febrero del 2006 comprendía un total de 150.263 profesionales y trabajadores, de los cuales 4.615 trabajaban en el nivel central, 19.085 en los Estados centralizados, 109.502 en los Estados descentralizados y 17.061 en los organismos adscritos (H.U.C, INN, INH-RR, FUNDARIBAS, CENASAI, SEFAR, SAHUM, IAE-AG, etc.). De ese total, 76.749 eran empleados y 73.514 obreros, diferenciándose según su régimen laboral: 128.779 estaban en plazas fijas o nombradas, 16.521 eran contratados y 4.963 suplentes. 16.064 de ellos son médicos.

#### Cargos (plazas) en el Ministerio de Salud, año 2006

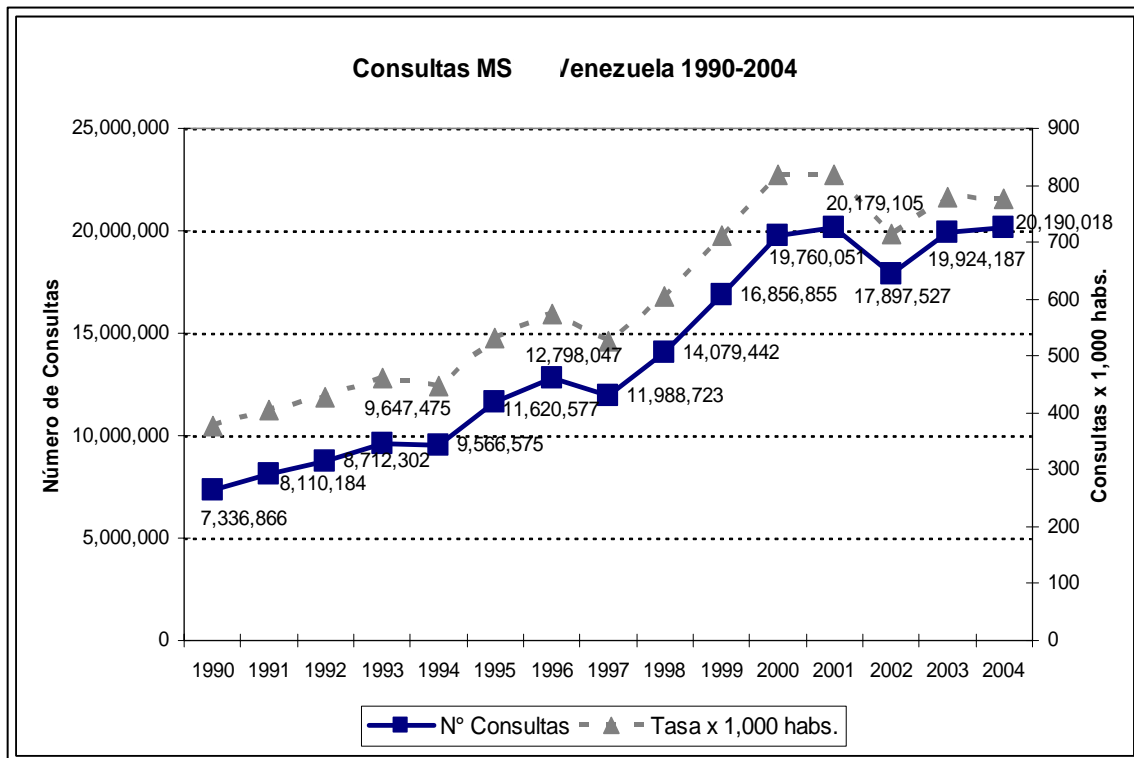
Organismos	Profesional y Técnico	Administrativo	Medico	Obrero	Contratados		Suplentes		Vacunatorios	Totales
					Empleados	Obreros	Empleados	Obreros		
Nivel Central	1,124	810	192	1,086	553	216	0	0	634	4,615
Estados Centralizados	3,635	2,938	1,981	7,840	1,264	781	481	165	0	19,085
Estados Descentralizados	20,031	15,559	12,880	45,556	5,863	5,296	1,735	2,582	0	109,502
Organismos adscritos	2,646	2,445	1,011	9,045	1,601	313	0	0	0	17,061
Totales	27,436	21,752	16,064	63,527	9,281	6,606	2,216	2,747	634	150,263

Fuente: Ministerio de Salud.

El personal presupuestado, asistencial y administrativo de hospitales, ambulatorios y administración central del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales comprendía el año 2003 43.390 plazas, de las cuales 33.620 eran asistenciales y 9.770 administrativas. Dicha cifra comprendía 7.170 médicos,

<sup>9</sup> Gaceta Oficial 37.865, del 26 de enero del 2004, D.P. 2.745.

6.669 odontólogos, 147 farmacéutas, y 1.629 médicos residentes y 311 médicos internos, entre otros.



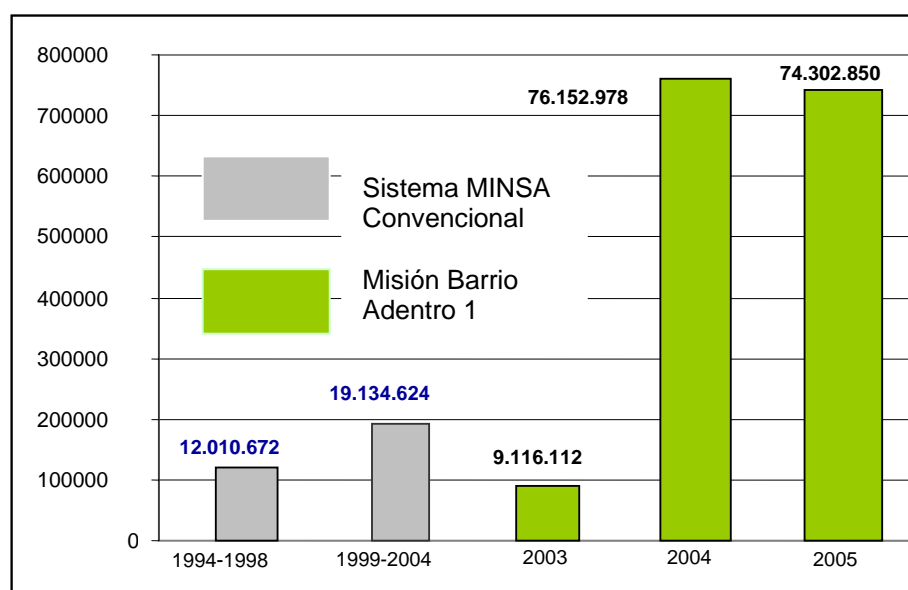
Según la última información sobre disponibilidad de profesionales de salud, sus tasas no son bajas - en 1999 la razón de médicos por 10.000 habitantes era de 9,7 y la de enfermeras 7,9 -, pero están concentrados en los ejes de mayor desarrollo económico: el Distrito Federal tiene una tasa de 60 médicos por 10.000 habitantes, Miranda 34,9, Zulia 20, Lara y Mérida tienen 19 por 10.000 habitantes, mientras que Delta Amacuro, Amazonas, Apure, Barinas, Monagas, Portuguesa, Sucre y Yaracuy tienen tasas por debajo de 10 médicos por 10.000 habitantes.<sup>10</sup> Igual pasa con el resto de profesiones de salud. El 55% de los médicos trabaja en los 5 estados con mayor ingreso per cápita. El 46,8% de los médicos estaban trabajando a tiempo completo o parcial en el subsector público (MINSA e IVSS), el 50,5% eran especialistas y el 49,5% restantes, médicos generales.

La política del gobierno de construir desde el año 2000 el nuevo Modelo de Atención Integral, modificando la organización y gestión de la atención anterior, permitió incrementar el número de consultas y el tratamiento de diversas patologías en los ambulatorios tradicionales, que tradicionalmente

<sup>10</sup> Serrano, Carmen Rosa. Informe de la Situación de los Recursos Humanos en Venezuela, 2003.

fueron un nivel postergado, lo que obligaba a los pobres y excluidos a buscar otras alternativas o a mal morir. Así, entre 1998 y 2004 el número de consultas en los ambulatorios tradicionales se incrementó en 84,6%. Luego, con la creación de Barrio Adentro en el primer semestre de 2003, las consultas se incrementaron más de seis veces respecto al desempeño de los ambulatorios tradicionales hasta 1998 y más de tres veces respecto al nivel alcanzado por esos ambulatorios desde 1999 hasta el 2002, es decir, antes de Barrio Adentro 1.

### Consultas anuales promedio en el sistema público convencional y consultas anuales en Barrio Adentro I



Fuente: Dirección de Vigilancia Epidemiológica, DEAE, MSDS, 2005

### Barrio Adentro I: despresamiento de necesidades de salud

La Misión Barrio Adentro ha expandido la red primaria, poniendo a disposición de familias ubicadas en los sectores de mayor exclusión, consultorios populares, médicos, odontólogos, consulta oftalmológica y entrega de medicamentos, entre otros beneficios.

El informe del Ministerio de Salud respecto a los avances de Barrio Adentro 1 (consistente en consultorios populares ubicados en zonas de exclusión), a marzo del 2006, señala que los médicos en el primer nivel, que en el sistema convencional eran 1.500, en BA son 13.000, con 8.500 puntos de consulta; la cobertura, que es de 3,5 millones en el sistema convencional, en BA es de 17

millones de venezolanos; los establecimientos del primer nivel, que en el sistema convencional son 4.400, en BA son 1.050, estando 5.500 en construcción (funcionan todavía varios miles en espacios donados por los moradores dentro de sus casas); los odontólogos existentes en el primer nivel, que son 800 en el sistema convencional, en BA son 4.000; y así en muchos otros aspectos. Dicho de otra manera: la estructura de primer nivel de atención tradicional heredada es de 4.400 establecimientos con 1.500 médicos y la nueva estructura es de 8.500 establecimientos con 13.000 médicos, hasta ahora. Esta expansión rápida del acceso ha multiplicado la gente que acude a los consultorios, revelando necesidades en salud largamente represadas. Estadísticamente la morbimortalidad atendida se ha disparado, síntoma de la transición del sistema de salud.

### Principales avances de Barrio Adentro 1

	Sistema Convencional	Sistema Barrio Adentro
Médic@s en el primer nivel	1.500	13.000 (8.500 pts de consulta)
Cobertura	3,5 millones	17 millones
Establecimientos del MS en el primer nivel	4.400 (1.500 con médic@s)	1.050 (5.500 en construcción)
Odontólog@s del primer nivel	800	4.600
Enfermer@s y/o aux. del primer nivel	4.400	8.500
Ópticas	0	441
Actividades de Promoción y Prevención	Variables, en consultorio	En consultorio y en terreno
Entrega de medicamentos	Variable según disponibilidad	103 medicamentos de las patologías comunes Boticas populares

Fuente: Dr. Carlos Alvarado, Vice-Ministro de Redes de Servicios, marzo 2006.

Para el funcionamiento de BA se ha creado, en los 24 estados del país, el Comité Técnico Regional de Barrio Adentro I, integrado por un representante de la Gobernación, de la Alcaldía, de la Dirección regional de Salud del MINSA, de la Dirección Regional del Ministerio de Vivienda y Hábitat [INAVI], de la Misión Médica Cubana, de los Comités de Salud, del Frente Francisco Miranda, de la Fuerza Armada Nacional y las Empresas Mixtas. Bajo la meta de llegar a un ambulatorio por cada 250 familias o 1250 personas, sobre una población estimada como excluida [17,5 millones de personas], se estima se requerirán

14.000 consultorios populares. Actualmente miles de puntos de consulta de Barrio Adentro funcionan en cuartos dentro de viviendas facilitadas por las mismas familias para dicho fin, los cuales serán reemplazados, progresivamente, con estructuras físicas del Ministerio de Salud que los reemplacen. La decisión de miles de familias de facilitar sus viviendas expresa el respaldo al programa. Los 4.000 nuevos consultorios, en proceso de diseño, que deberán estar en funcionamiento a fines del 2006 elevarán la cobertura a 94%; de estos, 1.200 serán construidos por las gobernaciones, 1.200 por las alcaldías, 1.200 por las Direcciones regionales del Ministerio de Vivienda y Hábitat en cogestión con los Comités de Salud y 400 por Empresas Mixtas, estas dos últimas modalidades a través de la estrategia de Desarrollo Endógeno del Ministerio de Economía Popular para el fortalecimiento de las organizaciones comunitarias.

Las funciones de los consultorios populares se resumen en una división de la jornada en dos partes, en las mañanas para actividades de atención en el consultorio y en las tardes para actividades de promoción de salud, en la comunidad. Cada consultorio dispone de un listado de 103 medicamentos gratuitos para el tratamiento de las patologías prevalentes; además, existen 270 boticas populares, las primeras 100, establecidas en el interior de los puntos de la Misión Mercal, a lo largo del país, en donde se distribuyen medicamentos que no están disponibles en los consultorios populares, subsidiados en un 85%. La meta es contar con 300 boticas a fines del 2006. De otro lado, existían hasta noviembre del 2005 631 vacunatorios ubicados en los consultorios populares, y consultorios odontológicos, en una razón de 1 por cada 4 consultorios populares, con cerca de 2.000 odontólogos venezolanos y 2.500 odontólogos cubanos. Este gran despliegue viene siendo posible por la colaboración de la Misión Cubana, que ha permitido la presencia de alrededor de 20.000 profesionales de salud cubanos en el país.

Como complemento, a mediados del 2004, se inició la Misión Milagro mediante la cual 176.000 venezolanos han sido intervenidos en Cuba por causas oftalmológicas, al mismo tiempo que 8.500 pacientes de países latinoamericanos han sido operados en Venezuela. Esta Misión solidaria se entiende dentro de la Alternativa Bolivariana para las Américas (ALBA), nuevo modelo de cooperación internacional bajo un enfoque de solidaridad.

### **Barrio Adentro II y III**

La implementación de la Misión Barrio Adentro I ha llevado a plantear e implementar Barrio Adentro II [Centros de Diagnóstico Integral -CDI-, Salas de

rehabilitación Integral -SRI- y Centros de Alta tecnología -CAT-] y Barrio Adentro III [Hospitales del Pueblo y equipamiento de la red hospitalaria convencional]. De esta forma ha empezado a reinventarse el nuevo sistema de salud, de abajo hacia arriba.

La red Barrio Adentro II se inició en junio del 2005 con 30 CDI y 30 SRI y a marzo de 2006 existen 100 CDI en todo el país, siendo la meta 600 a fines del 2006. Estos centros de atención funcionan 24 horas, todo el año, prestando servicios de emergencia y de cuidados intermedios e intensivos, para lo cual cuentan con 4 camas. Por cada 4 CDI habrá uno que cuenta, además, con quirófano y servicios de ambulancia para el transporte de pacientes graves. Los Centros de Alta Tecnología (CAT) han sido concebidos como centro de diagnóstico médico por imágenes mediante procedimientos no invasivos y la meta es tener 35 en el país, uno por cada 17 CDI. Prestarán servicios de tomografía computarizada con capacidad hasta 64 cortes, resonancia magnética, mamografías, densitometría ósea, electrocardiografía, ultrasonido cardiovascular tridimensional, endoscopias y laboratorio clínico. Ya han sido inaugurados 100 CDI y 100 Salas de Rehabilitación Integral.

Igualmente se viene implementando la Red Barrio Adentro III, a partir de agosto del 2005, concebida para fortalecer el nivel hospitalario del país, para la atención a las referencias de Barrio Adentro I y II. Ya se hizo la consulta para la identificación de los equipos que va a ser instalados en los 299 hospitales públicos del país, suponiendo dicho reequipamiento, sólo en su primera fase, una movilización de 32.932 equipos de 254 tipos diferentes con una inversión de US \$ 449.600.000 para dotar 43 hospitales del MINSA, IVSS, Sanidad Militar, PDVSA y 63 unidades médicas del IPASME. 60% de las camas y 50% de los quirófanos del país se concentran en estos 43 hospitales, la mayoría de ellos ubicados en las capitales de las 24 entidades federales. La "Segunda Fase" incluirá 50 hospitales de mediana complejidad y la "Tercera Fase" 150 hospitales tipo I y II, de menor complejidad. La inversión para las tres fases se hará con financiamiento del Fondo de Desarrollo Nacional [FODEN], con recursos provenientes del ingreso petrolero y de la modificación de la Ley del Banco Central en cuanto al uso de reservas excedentarias o superávit de ahorros internacionales. Esta inversión será vigilada por las comunidades mediante el proceso de fiscalización y control social, establecido en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela.

### **El nuevo Modelo de Formación de Recursos Humanos en Salud**

Evidentemente una transformación de tales dimensiones y en tan corto tiempo del sistema de salud venezolano, ha abierto nuevas necesidades, pues la transición se caracteriza por la simultaneidad de lo anterior y lo nuevo, lo que exige precisión sobre qué se suprime, qué se conserva y que se supera, necesidades que se abren en los campos de diseño y adecuación institucional, de desarrollo de capacidades institucionales y de formación de los recursos humanos, formación asistencial en medicina integral y en gestión pública, por sólo nombrar algunos.

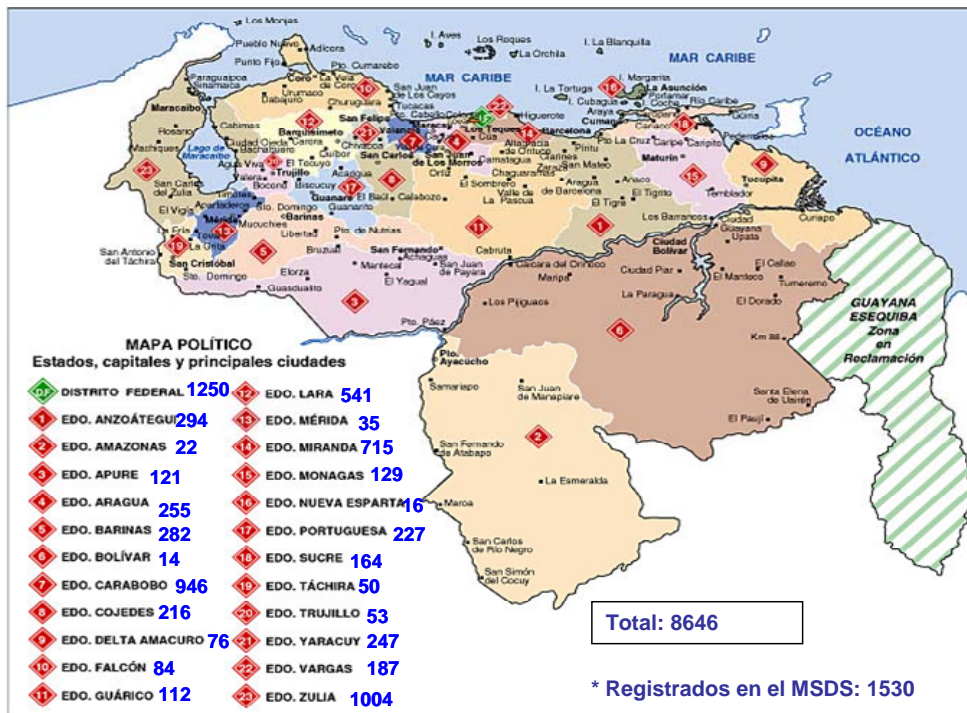
Por lo pronto, la formación de recursos humanos está renovándose, bajo el paradigma de la integralidad y humanización de la atención de salud, con un programa nuevo de formación de pregrado en medicina (medicina integral y comunitaria) y ciencias afines de salud, que se hace ahora bajo la modalidad de estudio-trabajo. Son las mismas comunidades las que proponen a los jóvenes para cursar los estudios de las ciencias de la salud. La formación de postgrado en Medicina General Integral se ejecuta en los ambulatorios de salud, en el primer nivel de atención [Barrio Adentro I, APS], y tiene como finalidad, a mediano plazo, la sustitución progresiva de los cooperantes internacionales por personal venezolano que garantice la sostenibilidad del proceso desde el punto de vista técnico y financiero. La primera cohorte en formación en el país, desde el 2006, asciende a 17.000 jóvenes estudiantes de Medicina General Comunitaria, de pregrado, proceso ejecutado mediante un convenio con la Misión Cubana. Se presentaron 30.000 postulantes, que recibieron un curso de nivelación pre-médica. Cada estudiante recibe una beca de 200.000 bolívares mensuales. Hay, además, alrededor de 2.500 jóvenes asistiendo al mismo programa, en Cuba. Está previsto iniciar una segunda cohorte, de similar cantidad, en el segundo semestre del 2006. Se han puesto en marcha, así, dos programas de formación: uno de pregrado, en medicina integral comunitaria, y otro de postgrado, para médicos de medicina general integral.

### **Los Comités de Salud**

Lo nuevo en el sistema de salud no es sólo la propuesta de integrar los proveedores y ampliar el acceso hacia los excluidos, sino la de devolver su rol central a la población. Al calor de Barrio Adentro se han multiplicado los Comités de Salud en todo el país, uno por cada consultorio popular, que empoderados con este proceso vienen asumiendo un rol de protagonismo de primera línea al participar en la detección de las patologías prevalentes, en los diagnósticos sociales, en el seguimiento terapéutico domiciliario de los usuarios, en la ubicación de los espacios para los consultorios, en las gestiones

para la solución de los problemas de morbilidad, infraestructura, dotaciones, equipamientos y en el ejercicio pleno de la contraloría social.<sup>11</sup>

### Venezuela: Comités de Salud en entidades federales



En general, en Venezuela no se está ampliando la política social tradicional sino construyendo una política social distinta, y en este camino, no exento de dificultades, la transformación de un sistema curativo, deficiente incluso en ese terreno, a un sistema integrado, multicéntrico, promotor, participativo, ubicado en una agenda de producción social de la salud, es un gran desafío a todos sus actores.

### Medicamentos

En el campo de los medicamentos, siendo el Ministerio de Salud el órgano oficial encargado de regular y fiscalizar todo lo concerniente al circuito de los medicamentos, cosméticos y alimentos, desde la producción hasta la utilización por parte de las personas y comunidades, estas funciones son ejercidas a través de diferentes dependencias o instituciones adscritas al mismo: la Dirección General de Contraloría Sanitaria, la Dirección de Drogas Medicamentos y

<sup>11</sup> Arismendi, César (Coordinador Nacional de los Comités de Salud). Presentación sobre Salud Pública y Participación Comunitaria, enero del 2006.



Cosméticos, el Instituto Nacional de Higiene (INH), la Junta Revisora de Productos Farmacéuticos, el Servicio de Elaboraciones Farmacéuticas (SEFAR) y el Comité Terapéutico Nacional (CTN)).

El número de productos farmacéuticos actualmente comercializados en el país bajo licencia del Ministerio de Salud (Registro Sanitario), asciende a la cantidad de 3.595 genéricos y de marca, que corresponden a 1.398 principios activos. El 23% (830) de estos principios están clasificados como productos de venta sin prescripción facultativa, mientras que el 77% (2.765) necesitan ser prescritos por un facultativo. La más reciente Lista de Medicamentos Esenciales (LBME-2003) elaborada por el Comité Terapéutico Nacional del Ministerio está conformada por 328 principios activos, que se comercializan bajo 534 presentaciones farmacéuticas. Las fichas técnicas de esos principios activos se describen, de manera detallada, en la nueva edición del Formulario Terapéutico Nacional (FTN-2004).

El mercado nacional de medicamentos ha pasado de US \$ 1.856.722.512,00 en el año 2004 a US \$ 2.391.395.116,00 en el año 2005, correspondiendo un 57% a la producción de la industria transnacional, el 35% a la industria nacional y un 8% a productos importados directamente por el Estado Venezolano. De ese gasto total en medicamentos el 2005, el 73% corresponde al sector privado y el 27% restante corresponde al sector público. El segmento de los psicotrópicos esta representado por 10 sustancias activas, cuyo consumo para el año 2005 fue de 1.073 kgs.; en el caso de los estupefacientes, el segmento esta compuesto por 30 sustancias activas cuyo consumo nacional para el año 2005 fué de 431 kgs.

El Departamento encargado de la detección y control de medicamentos ilícitos de la Contraloría Sanitaria, desde el año 2003 al 2005 ha procesado las siguientes denuncias: 50 por medicamentos robados, 31 por falsificados, 28 por fabricación por empresas no autorizadas, 17 por no contar con registro sanitario, 5 por adulteración y 11 por contrabando; del grupo de los productos falsificados el 25% corresponde a antibióticos. La dispensación de los medicamentos se realiza a través de los llamados Establecimientos Farmacéuticos oficialmente autorizados, conformados por las Farmacias Privadas y los Servicios Farmacéuticos Institucionales Públicas de Salud. Con excepción de los llamados Expendios de Medicamentos, todos los demás Establecimientos Farmacéuticos, incluyendo los Laboratorios Fabricantes, las Casas de Represtación (importadores) y las Droguerías (distribuidores) están obligadas por Ley, a contar con los servicios de un Farmacéutico Regente.

En lo referente a farmacovigilancia, los dos Centros Efectores de Venezuela, el CENAVIF del Instituto Nacional de Higiene y el CEFAVI de la Universidad Central de Venezuela, procesaron y enviaron al Uppsala Monitoring Center de Suecia (Centro Colaborador de la OMS), 529 notificaciones de reacciones adversas a medicamentos (RAM) en el 2004 y 533 durante el 2005. Por recomendación del Comité Nacional para la Contención de la Resistencia Microbiana a los Medicamentos, cuatro grupos importantes de antimicrobianos (quinolonas antibacterianas, macrólidoslincosamidas, cefalosporinas de tercera generación y aquellos cuyo principio activo sea rifampicina) fueron sometidos a restricción en su dispensación, mediante Resolución Ministerial de fecha 29-12-2005, Gaceta Oficial # 38.348 del 02-01-2006.

## **Capítulo 4: Agenda para la Cooperación Técnica de OPS/OMS con Venezuela 2006-2008**

### **Propósito del Ejercicio de Revisión de la Estrategia de Cooperación con el País**

La Estrategia de Cooperación con el País (CCS) es una metodología propuesta por la OMS en el marco de la "Iniciativa Centrada en el País", que permite construir una visión a mediano plazo (3-6 años) para la cooperación técnica de OMS/OPS con un país dado, aportando un marco estratégico de referencia para el trabajo en y con el país de toda la Organización en conjunto. Su objetivo es elaborar una propuesta integrada de cooperación, que en consonancia con el concepto y objetivos de Desarrollo Nacional de la Salud, responda a las políticas y necesidades del país, en el contexto de los acuerdos globales, permitiendo desarrollar una sola estrategia y un solo presupuesto.

### **Prioridades planteadas por el Ministerio de Salud**

a) Programa de apoyo a la construcción del Sistema Público Nacional de Salud y redes integradas de servicios:

- Integración horizontal y vertical de redes de servicios de salud (Barrio Adentro – Sistema convencional)
- Desarrollo de capacidades asistenciales y de gestión de los recursos Humanos: certificación y recertificación profesional
- Desarrollo de un sistema de información integrado
- Mejoramiento de la calidad y capacidad resolutive

**b) Programa de apoyo a las prioridades en las áreas de Salud Colectiva:**

- Proyecto Madre
- Oncología y CAREN
- Implementación del nuevo Reglamento Sanitario Internacional
- Inmunizaciones
- Enfermedades endémicas

**c) Programa de oferta de cooperación exportable en salud de Venezuela.**

- Clasificación Internacional de Enfermedades.
- Atención primaria en salud (Barrio Adentro)
- Misión Milagro (Oftalmología)
- Cirugía Cardiovascular infantil (Hospital Cardiológico infantil Latinoamericano)
- Malaria (posibilidad de Referencia Regional)
- Dengue
- Emergencias y desastres
- TBC y Asma
- Sida
- Producción de biológicos y laboratorio de salud pública
- Tabaco
- Discapacidad.
- Inmunizaciones.
- Formación de RRHH en Salud, pre y postgrado.
- Reglamentación y servicios para inclusión social de poblaciones indígenas
- Salud intercultural

**Funciones básicas de la cooperación OPS/OMS**

El objetivo último de la cooperación técnica de las agencias que conforman el Sistema de Naciones Unidas, es la construcción de capacidad institucional nacional para encontrar soluciones a los problemas que enfrentan los países, en consonancia con sus valores, aspiraciones y necesidades especiales.

Funciones específicas:

- Apoyar la visión estratégica para el desarrollo sanitario en el país y las Américas;
- Generar y compartir información para: vigilar la situación, los riesgos y las disparidades en materia de salud de la población y el ambiente; informar y producir conocimientos y encontrar soluciones innovadoras;
- Movilizar recursos y fomentar la forja de alianzas, en los planos nacional, regional e internacional, para aumentar la cooperación en la búsqueda de soluciones comunes;
- Apoyar en la construcción de la capacidad nacional y regional en salud;
- Adaptar soluciones técnicas integrales e innovadoras para alcanzar los objetivos de salud nacionales y comunitarios;
- Catalizar la adopción y adaptación de estrategias técnicas y sentar las bases para la implementación a gran escala;
- Apoyar la investigación y el desarrollo; monitorear el desempeño del sector salud.

### **Prioridades para la Agenda de Cooperación.**

Apoyar la construcción del Sistema Público Nacional de Salud:

- Aportar diseños alternativos de integración de los prestadores (MS, IVSS, IPASME, PDVSA y otros);
- Aportar diseños alternativos de integración de redes de servicios de salud (Barrio Adentro con sistema convencional y otros prestadores) conforme al nuevo Modelo de Atención y prioridades sanitarias nacionales.
- Apoyar la sistematización y documentación de la transformación del sistema nacional de salud

Apoyar en la sistematización y desarrollo del nuevo Modelo de Gestión basado en la democracia participativa y protagónica y en la desconcentración multicéntrica.

Contribuir al desarrollo de la capacidad del sector salud para la formulación e implementación de políticas de promoción de la salud y calidad de vida: producción social y determinantes de la salud.

Contribuir en el diseño e implementación de un Sistema Integrado de Información para la vigilancia de la salud, para la toma de decisiones y como instrumento de monitoreo de las funciones esenciales de la Salud Pública y del Reglamento Sanitario Internacional.

Aportar a la formación masiva de recursos humanos en el desarrollo de competencias clínicas y de salud pública y al desarrollo de un sistema de información sobre recursos humanos, conforme al nuevo modelo de atención y las prioridades sanitarias.

Facilitar el desarrollo de la capacidad de cooperación de Venezuela hacia otros países en los campos de excelencia nacional (Barrio Adentro, Misión Milagro y Hospital Cardiológico Infantil, entre otros).

Apoyar la capacidad del país para la regulación, control y uso de las tecnologías e insumos para la salud.

Apoyo a las prioridades sanitarias del Ministerio de Salud en los campos de Proyecto Madre, Control del Cáncer, CAREN.

Potenciar las capacidades de CEVECE como centro colaborador de OPS para países de habla hispana en clasificación de enfermedades