



# **INFORME SOBRE LA SITUACIÓN DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN VENEZUELA**

---

Luz Beltrán

**Caracas, Marzo de 2009**

## **TABLA DE CONTENIDOS**

---

- 1. Presentación**
- 2. Marco Normativo**
- 3. Presupuesto**
- 4. Aparición de enfermedades que habían desaparecido**
- 5. Deterioro del sistema de prestación de servicios de salud**
  - a. Ausencia de medicamentos**
  - b. Deterioro de la infraestructura hospitalaria**
  - c. Deficiencia en el dispendio de medicamentos en el país**
  - d. Personal médico insuficiente, mal remunerado**
  - e. Sustitución del médicos venezolanos por personal de salud cubano**
- 6. Grave deficiencia en los registros epidemiológicos**
- 7. Tasa de mortalidad materna sostenida**
- 8. Embarazos en adolescentes**
- 9. VIH en jóvenes, feminización de la pobreza**

## PRESENTACIÓN

El documento que se presenta tiene como propósito exponer las condiciones generales en las que se enmarca la Salud Sexual y Reproductiva de las mujeres que habitan en Venezuela.

No pretende ser un estudio exhaustivo de la situación de la salud en el país; sólo se presenta una aproximación a las variables que condicionan la salud de la población, y por ende de las mujeres.

Para la elaboración del documento se recurrió a la revisión de información documental procedente de las instancias gubernamentales y de la sociedad civil: Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS), Universidad Central de Venezuela, centros de investigación social y de salud, páginas Web del MPPS, el Instituto Nacional de Información (INE), entre otras.

La información estadística oficial disponible de mayor actualidad corresponde al año 2005, constituyendo el retraso y la deficiencia en los registros epidemiológicos, uno de los graves problemas que aquejan a la salud del país.

En algunas oportunidades se debió recurrir a notas de prensa del gobierno -lo que resulta poco ortodoxo- ante la dificultad para obtener datos de los programas nacionales provenientes de las instancias que los gerencian y/o ejecutan.

Aún más difíciles de obtener son las estadísticas relativas a la salud de la mujer, ya que en la mayoría de los casos, como en el ámbito de la morbilidad, no se desagregan por sexo.

Como podrá evidenciarse en el documento, existen fuertes contradicciones entre las opiniones del sector gubernamental y las de organizaciones y profesionales ajenas al aparato burocrático o político del Estado, respecto a un mismo problema de salud. Sólo la visión de la realidad vivida, mas no la sistematización de los hechos en indicadores que permitan verificar su magnitud, permite constatar la situación de los problemas de salud que agobian al país. Las imágenes de la estructura de algunos de los hospitales de la Región Capital (goza de las mejores infraestructuras) son suficientes para cerrar la discusión en torno a la calidad de la atención en salud que se brinda en la actualidad.

Amén de que el propósito inicial de este trabajo residía en presentar un perfil de la Salud Sexual y Reproductiva de las Mujeres en Venezuela, se consideró de poca utilidad ofrecer algunos datos, sin aproximarse al contexto que caracteriza la salud general en la Venezuela de hoy.

La Salud Sexual y Reproductiva es uno de los aspectos de salud más vinculados con los valores y pautas sociopolíticas de la cultura, por lo que se contempló como aporte para ayudar al análisis y comprensión de los datos presentados, su contextualización en el marco general de la situación actual de la salud de Venezuela.

# 1. MARCO NORMATIVO

Venezuela cuenta con instrumentos legales de avanzada en los que se declara el compromiso del Estado para garantizar a la población el ejercicio de sus derechos en materia de salud, entre los que cabe mencionar: La Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (CRBV); la Ley de igualdad de oportunidades para la mujer; Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia; Ley Orgánica para la Protección del Niño y del Adolescente (LOPNA); Decreto 1762 del Ministerio de Educación (1996); Ley de Reforma Parcial de la Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social.

La CRBV aprobada en 1999 reconoce la salud como un derecho social integral, garantizado como parte del derecho a la vida y a un nivel digno de bienestar, quedando superada la concepción de la salud solo como ausencia de enfermedad. Destacan cinco (5) artículos en los que se explicitan normativas referidas a salud: Artículo 76 (CNRBV). La maternidad y la paternidad son protegidas integralmente, sea cual fuere el estado civil de la madre o del padre. Las parejas tienen derecho a decidir libre y responsablemente el número de hijos e hijas que deseen concebir y a disponer de la información y de los medios que les aseguren el ejercicio de este derecho. El Estado garantizará asistencia y protección integral a la maternidad, en general, a partir del momento de la concepción, durante el embarazo, el parto y el puerperio, y asegurará servicios de planificación familiar integral basados en valores éticos y científicos. Artículo 83, el cual establece que .la salud es un derecho social fundamental, siendo obligación del Estado, garantizar la salud como parte del derecho a la vida. *El Estado promoverá y desarrollará políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios...* El artículo 84 dispone la creación de .un sistema público nacional de salud, de carácter intersectorial, descentralizado y participativo, integrado al sistema de seguridad social, y regido por los principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, integración social y solidaridad... El artículo 85 dispone que .el financiamiento del sistema público nacional de salud es obligación del Estado, el que integrará los recursos fiscales, las cotizaciones obligatorias de la seguridad social y cualquier otra fuente de financiamiento que determine la ley... Asimismo, establece que .el financiamiento debe ser suficiente para satisfacer las políticas y programas de salud... 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 en contingencias (...).

Con respecto a la posibilidad del ejercicio de los Derechos Sexuales y Reproductivos por parte de los y las adolescentes, se cuenta con normativas como la Ley Orgánica para la Protección del Niño y del Adolescente (LOPNA), la cual establece en el artículo 50 (LOPNA): Todos los niños y adolescentes tienen derecho a ser informados y educados, de acuerdo a su desarrollo, en salud sexual y reproductiva para una conducta sexual y una maternidad y paternidad responsable, sana, voluntaria y sin riesgos. El Estado, con la activa participación de la sociedad, debe garantizar servicios y programas de atención de salud sexual y reproductiva a todos los niños y adolescentes. Estos servicios y programas

deben ser accesibles económicamente, confidenciales, resguardar el derecho de la vida privada de los niños y adolescentes y respetar su libre consentimiento, basado en una información oportuna y veraz. Los adolescentes mayores de 14 años de edad tienen derecho a solicitar por sí mismos y a recibir estos servicios. De esta manera queda establecido, a nivel nacional y en todas las instituciones, el derecho de los niños, niñas y adolescentes a tener acceso a la educación y servicios para la atención en su salud sexual y reproductiva, mientras en los artículos 259 y 260 sanciona el abuso sexual.

El Decreto 1762 del Ministerio de Educación (1996), por su parte, establece la preservación del derecho de las adolescentes embarazadas a proseguir estudios en todos los planteles del país.

La Ley de igualdad de oportunidades para la mujer y la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia constituyen instrumentos legales para garantizar el ejercicio de los derechos de las mujeres y la protección ante manifestaciones de violencia, provenientes del contexto familiar e institucional.

Fueron elaboradas la Norma Técnico Administrativa y de Procedimientos para la Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva y Norma para la Atención Integral y Especializada a los Adolescentes.

## **2. ESTRUCTURA ORGANIZATIVA**

Para dar cumplimiento a lo establecido en las leyes promulgadas en la República Bolivariana de Venezuela, se cuenta con una estructura técnico-administrativa encabezada por el Ministerio del Poder Popular para las Salud (MPPS), al cual se le asigna la rectoría de todo lo relativo a la salud en el contexto nacional.

En cumplimiento de su rol rector, el MPPS formula el Proyecto Estratégico Social (PES 2001- 2007), el cual establece un sistema único, integrado a la seguridad social, descentralizado, intersectorial y participativo, con garantía de una inversión presupuestaria suficiente para el cumplimiento de sus fines. Hay además una prohibición expresa de privatización de los bienes y servicios públicos de salud, que permitió frenar la implementación de las políticas privatizadoras de la seguridad social y salud impulsadas principalmente durante los años 90.

Se estructura el **Sistema Público Nacional de Salud**, el cual es concebido con las características de “humanista, incluyente, solidario y accesible”, que se rige por los principios de:

- Universalidad: Todas las personas tienen derecho a la protección de la salud, para lo cual se garantizará el acceso a los servicios y programas de salud sin discriminación alguna y en condiciones de igualdad efectiva.
- Equidad: Serán reconocidas y atendidas las distintas necesidades de los grupos de la población con el objeto de reducir las desigualdades de salud asociadas a su ubicación geográfica, clase social, género, etnia y otras categorías de población.

- Solidaridad: Para el logro del bienestar común de la salud colectiva, todas las personas y sectores contribuirán con el funcionamiento del sistema de acuerdo con sus capacidades.
- Unicidad e Integración Social: Se promoverá la cohesión social, la conciencia y organización ciudadana a través del desarrollo del derecho a la salud como un objetivo común con base en una concepción técnica, participativa y solidaria del Sistema Público Nacional de Salud.
- Gratuidad: No se permitirán cobros directos a las personas en los servicios de salud prestados en el Sistema Público Nacional de Salud, de conformidad con lo dispuesto en la CRBV y en los términos establecidos en esta Ley.
- Participación. La comunidad organizada participará en el diseño de las políticas, planes, proyectos, programas, normas y reglamentos de salud, así como en la ejecución y evaluación de la gestión de la salud.
- Integralidad: Las políticas, planes y programas de salud se diseñarán y ejecutarán de manera holística e intersectorial, como parte del desarrollo de la calidad de vida y el bienestar colectivo. A su vez, los servicios de salud desarrollarán acciones integrales orientadas a la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades y accidentes, la medicina anticipatoria, la restitución de la salud y la rehabilitación.
- Pertinencia Cultural y Lingüística: Las políticas, planes, servicios y programas de salud se diseñarán y ejecutarán considerando la diversidad cultural nacional y reconociendo el carácter multiétnico, pluricultural y multilingüística del Estado.
- Calidad, Eficacia y Eficiencia: Todos los servicios y programas del Sistema Público Nacional de Salud deben ser llevados a cabo en forma oportuna, adecuada y permanente mediante el uso eficiente de sus recursos y cumpliendo criterios de máxima calidad y reconocida validez para el efectivo cumplimiento de las metas establecidas en las políticas y planes de salud, para el logro de la satisfacción de las personas.

Además del MPPS y bajo su rectoría, hay en el país otras organizaciones gubernamentales de larga trayectoria que han ofrecido programas de salud para poblaciones específicas: el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS), adscrito al Ministerio del Poder Popular para el Trabajo (MPPT); el Instituto de Previsión Social de la Fuerza Armada Nacional (IPSFA); la Dirección de Sanidad Militar (DISAFA), adscrita al Ministerio del Poder Popular para la Defensa, que incluye el Servicio de Inmunosuprimidos, para atender a la población con VIH; en la red hospitalaria de DISAFA se presta atención gratuita a las comunidades ubicadas en su área de influencia. En el Ministerio del Poder Popular para la Educación existe el Instituto de Previsión y Asistencia Social del Ministerio del Poder Popular para la Educación (IPASME), mientras el Ministerio del Poder Popular de Interior y Justicia cuenta con una División de Medicina Integral. Además, existen servicios de atención en salud en otros ministerios.

Las Gobernaciones y la Alcaldía del Distrito Metropolitano, las cuales han sido hasta 2009, los principales prestadores de atención médico asistencial, en todo el país, funcionando en algunos estados bajo un modelo descentralizado (Aragua, Mérida, Miranda, Táchira, Anzoátegui, Monagas, Trujillo, Zulia, Yaracuy, Nueva Esparta, Sucre, Falcón, Lara, Apure, Bolívar, Carabobo y la Alcaldía Metropolitana. Las alcaldías cuentan con diferentes servicios de salud (ambulatorios urbano o rurales, en su mayoría y algunos hospitales). El MPPS cuenta con una red conformada por 214 hospitales (181 generales y 33 especiales), 4605 Ambulatorios, 890 Urbanos y 3715 Rurales.

Además del servicio público de salud, en el país existe un importante número de clínicas y servicios privados, los cuales son autorizados para su funcionamiento y supervisados por el MPPS. Como instituciones que ofrecen servicios remunerados, los costos están vigilados por el Instituto Nacional de Protección al Consumidor y el Usuario (INDECU), el Ministerio del Poder Popular de la Producción y el Comercio, así como por el Servicio Nacional Integrado de Administración Tributaria (SENIAT) y otros entes del Estado.

El Estado aporta para la resolución de casos puntuales (exámenes especializados y cirugías complejas), subsidios directos, en formas de ayudas sociales del MPPS, de la Secretaría de la Presidencia, del Fondo Único Social (FUS), del Banco del Pueblo Soberano, así como de otras organizaciones gubernamentales.

En cuanto a la disponibilidad de recurso humano en el área de la salud, para 1999 la razón de médicos por 10.000 habitantes era de 9,7 y la de enfermeras 7,9 -, lo cual según la OPS no es baja. Sin embargo un alto porcentaje de médicos se encuentran concentrados en los ejes de mayor desarrollo económico, como el Distrito Federal con una tasa de 60 médicos por 10.000 habitantes, Miranda 34,9, Zulia 20, Lara y Mérida con 19 por 10.000 habitantes, mientras que Delta Amacuro, Amazonas, Apure, Barinas, Monagas, Portuguesa, Sucre y Yaracuy (estados de menor desarrollo económico) tienen tasas por debajo de 10 médicos por 10.000 habitantes.

El 55% de los médicos trabaja en los 5 estados con mayor ingreso per cápita. El 46,8% de los médicos trabajan a tiempo completo o parcial en el subsector público (MINSA e IVSS), el 50,5% son especialistas y el 49,5% restantes, médicos generales<sup>1</sup>.

En criterio de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), Venezuela cuenta con una red de establecimientos de asistencia a la salud suficiente, siendo inequitativa su distribución, en detrimento de las zonas rurales con respecto a quienes viven en zonas urbanas. Las zonas rurales sólo cuentan con ambulatorios tipo I y II donde se prestan servicios básicos de atención médica, mientras en las zonas urbanas existen ambulatorios tipo III y IV, con mayor capacidad de camas

---

<sup>1</sup> Estrategia de Cooperación de OPS/OMS con Venezuela 2007-2010. Caracas, 28 de junio de 2006

instaladas y servicios de más especialización, además de los establecimientos hospitalarios, lo que evidencia una situación de inequidad.<sup>2</sup>

### 3. PRESUPUESTO

La inversión en salud en el país muestra contrastes que repercuten en una deficiente oferta en cobertura y calidad para la población venezolana, como se aprecia en los siguientes ítems:

- Desde el año 1999, la participación del presupuesto ordinario público que maneja el Ministerio de Salud se ha mantenido por debajo del 2% y resulta es insuficiente para cubrir los objetivos de universalidad del sistema público sanitario. En dólares constituye uno de los gastos más bajos del mundo, situado en 122\$ por persona para el 2006. Este es, ciertamente, el presupuesto más elevado en comparación con el gasto de otros sistemas públicos, pero también es el más bajo desde el punto de vista del gasto por persona<sup>3</sup>.
- La insuficiencia presupuestaria es un factor que sigue afectando el funcionamiento de la red pública de atención a la salud, lo que se ve reflejado en el bajo porcentaje de ocupación de camas hospitalarias (53%) y en la precaria capacidad en ofrecer servicios de salud oportunos y adecuados. Los pacientes deben ingresar a largas listas de espera para la realización de cirugías, incluso para acceder a servicios ambulatorio de mayor especialización. Los materiales e insumos y personal especializado ostentan graves deficiencias
- Se estima que la universalidad de la atención primaria gratuita costaría entre un 7% y 10% del PIB (PNUD 2006). La OMS recomienda a los Estados una inversión no inferior al 5% (Provea 2002).
- Según la OPS, los excedentes petroleros que administra Petróleos de Venezuela (PDVSA) y los de las reservas internacionales colocadas en el Fondo de Desarrollo Nacional (FONDEN) se destinaron durante los años 2003, 2004 y 2005 un total de 4.206 millones de bolívares a la Misión Barrio Adentro (OPS 2007)<sup>4</sup>.
- Adicionalmente, el Ministerio de Salud ha financiado la Misión con un total de 1.374 millones de bolívares, lo que representa el 26% de su presupuesto. En adición a este presupuesto el gobierno ha venido aumentando el uso de los recursos extrapresupuestarios para financiar inversiones en salud desde el año 2000. Según la OPS el monto total de

---

<sup>2</sup> Ministerio de Salud y Desarrollo Social, Escuela de Salud Pública de la Universidad Central de Venezuela, Organización Panamericana de la Salud. Perfil del Sistema de Servicios de Salud. Caracas, 2001.

<sup>3</sup> Observatorio Comunitario por el Derecho a la Salud. Informe sobre el Derecho a la Salud en Venezuela 2007: Situación del Derecho a la Atención Sanitaria

<sup>4</sup> Observatorio Comunitario por el Derecho a la Salud. Informe sobre el Derecho a la Salud en Venezuela 2007: Situación del Derecho a la Atención Sanitaria.

estas inversiones alcanzaron por si solas hasta un 7% del PIB en el año 2005, lo que representa cinco punto por encima del presupuesto del Ministerio.

- La salud de los y las venezolanos está financiada en sus tres cuartas partes por fuentes privadas, representando un 3% del PIB, el 65% del gasto familiar y el 4,8% de la canasta de consumo total (Banco Central de Venezuela).
- De los 27.483.208 de personas que habitan en Venezuela para el año 2007, de los cuales 13.792.761 son hombres y 13.690.447 son mujeres, no tienen cobertura de seguros de salud el 66,6% de los hombres y el 69,1% de las mujeres; el 66,9 de la población entre 15 y 19 años y el 56, 0% de la población de más de 55 años, con marcadas diferencias entre los estratos sociales: AB 37,6; C 52,0; D 66,7 y E 77,8<sup>5</sup>
- La población usuaria de los servicios públicos de salud no siempre tiene garantizado su acceso a los mismos, y no siempre puede adquirir los medicamentos, por falta de dinero o por insuficiencia de insumos o medicamentos en los centros de salud.
- Actualmente el Estado dedica fuertes sumas de dinero para cubrir las pólizas de seguro de sus empleados, alcanzando montos por encima de 1 millón de bolívares, mientras el gasto en salud de la población que asiste a centros sanitarios públicos, está alrededor de 100 mil bolívares por persona.

La situación presupuestaria señala que el sistema sanitario en Venezuela está todavía muy lejos de contar con los recursos suficientes para alcanzar una cobertura universal de atención sanitaria. Por el contrario, el acceso a ésta depende de la capacidad de pago. Si efectivamente los sistemas sanitarios disponibles no garantizan la cobertura plena del derecho a toda la población y mantienen una situación indefinida de fragmentación y deficiencias institucionales, humanas y financieras, la expansión de la atención privada y del gasto privado irá en aumento. Contrario a los principios de universalidad, el deterioro del sector público producirá una situación de severa dualización entre quienes pueden y no pueden pagar la salud, trayendo como consecuencia exclusión y desmejoramiento de los indicadores de salud en la población de menores recursos.

## **4. LA SALUD EN EL PROCESO REVOLUCIONARIO**

### **• De las Normas a la Acción**

Si bien el país cuenta con un marco normativo favorable, existe una brecha no superada entre las normas y su aplicación, expresada en la ausencia o deficiencia en su funcionamiento de programas y proyectos que posibiliten el ejercicio de derechos declarados en los textos de las referidas leyes.

---

<sup>5</sup> •World development consultants 2006 en Marino J. González. R. Las políticas de salud en Venezuela: Alternativas para su mejoramiento. 22 de mayo de 2008.

La puesta en práctica de la normativa constitucional vigente presenta atrasos considerables que afectan el ejercicio del derecho y debilitan su exigibilidad. Todavía no existe el marco regulatorio para instrumentar lo que dicta la norma en el campo de la salud. Ello deja sin efecto práctico las garantías constitucionales y a los ciudadanos sin recursos legales para reclamarlas.

Por ejemplo, aún no han sido estructurados los mecanismos para la aplicación de la Norma Técnico Administrativa y de Procedimientos para la Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva y la Norma para la Atención Integral y Especializada a los Adolescentes, lo que se evidencia en el comportamiento de los indicadores de Salud Sexual y Reproductiva que se presentan más adelante.

Igualmente, en el área de atención a las mujeres víctimas de violencia, todavía no se ha logrado universalizar un instrumento único de registro que permita ubicar los casos bajo este diagnóstico y producir datos epidemiológicos para conocer la dimensión del problema y orientar las acciones a emprender.

Por otra parte, la falta de adecuación del marco legal a los parámetros constitucionales ha creado un vacío normativo que dificulta la integración del sector a un Sistema Público Nacional de Salud (SPNS) único.

Agrava la situación el contexto sociopolítico que caracteriza el país durante los últimos 9 años, durante los cuales se han creado nuevas estructuras programáticas paralelas a las instituciones tradicionales, sin que se haya delimitado con claridad las funciones y espacios que cada una abarcará, lo cual dificulta el cumplimiento de una rectoría eficaz por parte del MPPS, además de generar solapamiento de funciones y un elevado costo fiscal.

- **Las Misiones**

El proceso político que se adelanta en el país concibe un nuevo modelo en la gestión gubernamental, signado por cambios significativos que incluyen reformas orientadas a la instauración de una nueva institucionalidad, la cual propone adecuar las estructuras, recursos humanos y normas de funcionamiento a las innovaciones que se están operando en materia de política, social y económica. El Estado ha redefinido prioridades, asignando recursos financieros a una nueva oferta de programas sociales denominados MISIONES, con los que se intenta dar respuesta a las múltiples necesidades que aquejan a la población venezolana.

#### Misión Barrio Adentro

La Misión Barrio Adentro se crea en el año 2003 como uno de los programas bandera del presidente para brindar atención primaria en los sectores de menores recursos socioeconómicos. La misión está adscrita directamente al nivel Ejecutivo y emerge como una estructura paralela al MPPS; opera con fondos provenientes de la empresa estatal Petróleos de Venezuela (PDVSA), el Fondo Nacional de Inversión Social (FONVIS), Fondo Intergubernamental para la Descentralización y la Banca Multilateral. El personal de salud que se desempeña en esta misión lo conforman inicialmente 13.000 médicos y médicas que atienden en 8.500 puntos

de consulta, 4.600 odontólogos/as y 8.500 auxiliares de enfermería. La mayoría es de origen cubano y sólo un 30% es venezolano.

### Resultados Barrio Adentro

De acuerdo con las cifras reportadas por el gobierno, el 50% de las familias de las comunidades usan los consultorios de Barrio Adentro, pero también continúan asistiendo en un 47% a los hospitales públicos, aunque haya problemas de calidad de insumos y equipos, limitaciones de espacio, horarios de atención restrictivos y largos tiempos de espera. Para el año 2008 Barrio Adentro reporta haber realizado 17 millones de consultas realizadas.<sup>6</sup>

El gobierno informa a través de la página Web de la Radio Nacional que en la actualidad, Venezuela cuenta con un promedio de 75,4 médicos por cada 100 mil habitantes, lo que, según médicos de la red primaria de atención, se debe a la atención en las comunidades con el apoyo de la misión médica cubana<sup>7</sup>.

Según esta fuente noticiosa, existen para marzo de 2009 3 mil 500 módulos construidos en todo el país: 474 CDI, 23 CAT y 543 SRI, beneficiando -en atención por consultas- unos **371 millones 528 mil 171 de venezolanos**<sup>8</sup>.

La nota textual reza: *“Pese a consideraciones de algunos sectores que intentan desprestigiar el funcionamiento y firme objetivo de Barrio Adentro, el impacto de esta red logró, incluso, disminuir la atención en centros privados, donde además de mercantilizar la salud, se coloca en riesgo la vida de los venezolanos”*.

Lo inexplicable es como con un rendimiento tan alto en número de consultas y una elevada asignación presupuestaria precisamente en la red de atención primaria en salud, el país ha visto reaparecer enfermedades desaparecidas hasta hace 10 años, como el chagas y la desnutrición infantil, habiendo un importante repunte de la tuberculosis, el dengue y la malaria, con la persistencia de una alta tasa de mortalidad materna -indicadores se presentarán más adelante-, cuadros todos con etiologías vinculadas a las condiciones de vida de las comunidades y a la atención oportuna en el primer nivel de atención en salud.

En realidad, son controversiales las opiniones respecto a los resultados e impactos de Barrio Adentro. Algunos estudios señalan como aspectos positivos Misión Barrio Adentro: Servicios de salud en el ámbito local; Respuesta a una baja inversión en los centros de atención primaria; Aumento de la cobertura.

Las objeciones a las Misiones: De diseño: Selección de beneficiarios, Integralidad de la política social; Institucionales: excesivo centralismo, incierta capacidad de las entidades responsables, monopolización estatal, ausencia de transparencia, evaluación, control y seguimiento, extrema politización del sector; financieros: se

---

<sup>6</sup> Informe sobre el Derecho a la Salud en Venezuela 2007 Situación del Derecho a la Atención Sanitaria. CONVITE A.C. OBSERVAORIO COMUNITARIO POR EL DERECHO A LA SALUD.

<sup>7</sup> Prensa Web RNV 18 Febrero 2009, 03:37 PM

<sup>8</sup> El dato correcto debe referirse a número de consultas, ya que la población de Venezuela está por el orden de los 27 millones. Debe señalarse que en la página Web de la Misión Barrio Adentro, sólo aparecen las estadísticas del año 2004, por lo que se ha recurrido a otras fuentes gubernamentales para obtener información.

desconocen los requerimientos, poca transparencia en las asignaciones, provenientes del Ministerio de la Defensa, Secretaria de la Presidencia, MPPS, ME, MT, PDVSA, otros), Sostenibilidad del gasto.<sup>9</sup>

De acuerdo con la investigación “El Impacto de la Misión Barrio Resultados preliminares parciales del proyecto: Sistemas de Salud: Reformas, cambios y recurrencias”, del Dr. Jorge Díaz Polanco de Centro de Estudios Sociales (CENDES), adscrito a la Universidad Central de Venezuela (UCV) los impactos de esta misión se resumen como sigue:

- La MBA es más un instrumento para mantener la hegemonía que para mejorar la salud:
  - Sirve de pacificador
  - Permite el control de la población mediante el levantamiento de censos
  - Apuntala al proyecto de hegemonía continental
- La brecha entre lo atractivo de la oferta y la realidad, tiende a cerrarse
- Escenarios posibles:
  - Ante el fracaso sanitario, convocar al diálogo y rectificar: Opciones para construir un SPNS
  - Afirmar la estrategia de BA mediante el uso de la represión y la propaganda manipulada: mayor dispersión de recursos e ineficiencia del sistema de salud<sup>10</sup>

En el año 2005 se crea la Misión Barrio Adentro 2, conformada por 600 Centros de Diagnóstico Integral (CDI), Salas de Rehabilitación Integral (SRI) y Centros de Alta Tecnología (CAT). Se prevé la creación de los “Hospitales del pueblo” para fortalecer la red hospitalaria de todo el país y responder a la demanda de los CDI, SRI y CAT.

Al inicio de Barrio Adentro, los consultorios funcionaban en locales improvisados o en casas de familia con la ayuda de la propia comunidad. Se emprende un plan de construcción de módulos de salud y residencia médica, para reubicar los centros de atención, el cual es financiado por varios organismos gubernamentales, entre los que destacan Petróleos de Venezuela (PDVSA) y la Fuerza Armada.

La ejecución del plan no se ejecutó según lo previsto, quedando todavía en marcha la construcción de más del 60% de las obras y dotación. De los 8.500 consultorios existentes, se han construido efectivamente unos 1.612 módulos; se encuentran en construcción 4.618 y el resto todavía no tiene obra asignada (OPS 2007).

Además, entre las observaciones recogidas en varios estudios y denuncias hechas por comunidades se encuentran: el reducido espacio con el que se

---

<sup>9</sup> Las políticas de salud en Venezuela: Alternativas para su mejoramiento. Marino J. González. R. 22 de mayo de 2008

<sup>10</sup> El Impacto de la Misión Barrio Resultados preliminares parciales del proyecto: “Sistemas de Salud: Reformas, cambios y recurrencias”. Jorge Díaz Polanco. CENDES-UCV

diseñaron estos módulos para Caracas, sobre todo el espacio para residencia médica; los problemas de ubicación fuera del área de referencia y los aumentos de demanda no esperada por esta razón y, en varios casos, las deficiencias en servicios básicos y acabados.<sup>11</sup>

Para la tención de enfermedades crónicas como cáncer, insuficiencia renal, insuficiencia hepática, traumatismos y cardiovasculares, con financiamiento para trasplante de órganos, tejidos y células, intervenciones de corazón, dotación de material de osteosíntesis, tratamiento médico y de radiación para el cáncer, se crea Barrio Adentro 3.

En el año 2004 se firma un convenio bilateral con Cuba para brindar atención quirúrgica oftalmológica a la población adulta mayor, a un bajo costo, dando lugar a la creación de la Misión Milagro. Los pacientes atendidos no son sólo venezolanos, sino personas provenientes de otros países de América Latina. La Misión reporta haber atendido alrededor de 16 mil personas<sup>12</sup>.

La forma como se ha venido implementando la Misión Barrio Adentro, con una gran cantidad de recursos invertidos y continuidad en el tiempo, parecen indicar que la misión tiene como fin sustituir el sistema sanitario público tradicional y no el de integrarse a éste.

- **Participación comunitaria en salud**

En el gobierno del presidente Hugo Chávez Frías, la participación comunitaria ha sido convertida en una línea política plasmada en la Constitución. En el ámbito de la salud, la participación está concebida como un derecho y un deber para el ejercicio del control social y para la intervención de las comunidades en el diseño y ejecución de las políticas.

Para llevar a la praxis los textos declarativos de Constitución, se requiere la estructuración de una participación organizada, consciente, crítica y movilizadora hacia la formulación, planificación, supervisión, control y evaluación de las políticas de salud en el ámbito nacional, estatal, municipal, parroquial y local.

Sin embargo la poca cultura de participación comunitaria se esgrime como una limitante para llevar a cabo este proceso participativo.

Las comunidades han venido participando en campañas y operativos de salud, en la mayoría de los casos, con contadas experiencias como las adelantadas por algunas organizaciones en el Interior del país, entre las que cabe mencionar los Comités de Salud organizados por la Fundación Proyecto Paria en algunas localidades del Edo. Sucre (1988).

Otra limitante para la participación la constituye la ausencia de un marco jurídico que estructure los espacios formales de participación, legitime el rol protagónico que tienen las comunidades en la toma de decisiones, incluidas las funciones de

---

<sup>11</sup> Informe sobre el Derecho a la Salud en Venezuela 2007 Situación del Derecho a la Atención Sanitaria. CONVITE Op. Cit.

<sup>12</sup> Valentina Oropeza: "Misión Milagro atendió a 16000 pacientes en Venezuela" (El Nacional 19-05-06. b20.)

contraloría social. La falta de experiencia en la aceptación de la participación comunitaria por parte de las instancias gubernamentales emerge como otra variable interviniente en la dificultad observada para posibilitar el planteamiento propuesto.

Aún no se cuenta con una normativa del MPPS que establezca los mecanismos de participación comunitaria, con asignación de recursos para hacer posible el seguimiento y control de las políticas públicas de salud.

- **Hacia la centralización del sector salud**

La forma como se ha venido implementando la Misión Barrio Adentro, con una gran cantidad de recursos invertidos y continuidad en el tiempo, parecen indicar que la misión tiene como fin sustituir el sistema sanitario público tradicional y no el de integrarse a éste.

Por otra parte, la descentralización del sector público de la salud que había sido impulsada en el proceso de reforma del Estado durante los años 90 y que supone la transferencia de los establecimientos, bienes y servicios de salud desde el nivel central hacia los estados y municipios<sup>13</sup>, está en fase de retroceso.

Si bien el proceso de descentralización se venía dando con dificultades, algunas instancias locales y regionales mostraban resultados satisfactorios en su gestión: cobertura y calidad de los servicios, valoración del tema salud en la agenda pública, fortalecimiento de las capacidades en los estados, aprendizaje sistemático, e impacto en otras áreas de las políticas públicas.<sup>14</sup>

Sin embargo el Presidente Chávez ha declarado públicamente que una de las líneas estratégicas del plan Barrio Adentro III para fortalecer y ampliar la red hospitalaria del sistema nacional público de salud que se está construyendo consiste en la reversión de lo que denomina nefasto *proceso de descentralización de la salud*<sup>15</sup>.

Este pronunciamiento significa un peligroso retroceso en el desarrollo democrático y pone en riesgo el eficiente manejo de todo el sistema de servicios de salud.

Es de señalar que en marzo de 2009 se promulgó la Ley Orgánica de Descentralización del Sector Público, la cual no toca, todavía, el sector salud.

---

<sup>13</sup> Venezuela: EL DERECHO A LA SALUD Programa Venezolano de Educación-Acción en Derechos Humanos.

<sup>14</sup> Marino J. González. R. Las políticas de salud en Venezuela.: Alternativas para su mejoramiento. 22 de mayo de 2008

<sup>15</sup> Programa 232 Aló Presidente. Hospital Carlos Arbelo Caracas, 25-08-2005

## 5. SITUACIÓN ACTUAL DEL SISTEMA DE SALUD EN VENEZUELA

- **El sistema de prestación de servicios de salud**

Como consecuencia del nuevo ejercicio político, el sistema de prestación de servicios de salud se ha visto severamente afectado, en razón de que los recursos financieros correspondientes a los hospitales y servicios adscritos al MPPS se han visto mermados, padeciendo una situación de deterioro reflejada en: Deterioro de la infraestructura hospitalaria, Deficiencia en el dispendio de medicamentos en el país, Personal médico insuficiente, mal remunerado, Sustitución del médicos venezolanos por personal de salud cubano.

El deterioro de las plantas físicas de hospitales y servicios de salud representa la más nefasta situación en los últimos 50 años de vida democrática en el país. La carencia de recursos financieros ha imposibilitado acometer con las obras más elementales de mantenimiento, y menos las de ampliación o mejoramiento de los espacios. En documento anexo (Anexo 1) se presentan imágenes de la grave situación de los principales hospitales de la Región Capital (con las mejores instalaciones).

En los hospitales en los que se han comenzado trabajos de remodelación, el proceso ha sido muy lento, permaneciendo inconclusas obras emprendidas dos años atrás.

Ello conlleva a la incapacidad de los centros de salud para recibir pacientes, en el número y amplitud de especialidades como lo hacían años atrás. Son muchas las muertes ocurridas por el retardo en la atención, por la ausencia de insumos o del personal especializado.

Por otra parte, el personal médico se encuentra mal remunerado y en muchas ocasiones han denunciado la escasez y -ausencia en muchos casos- de los insumos mínimos requeridos para prestar la atención que los y las usuarios/as requieren. Esta situación ha conducido a la realización de numerosos paros, manifestaciones, marchas y declaraciones de prensa, tanto por el personal de salud, como de los pacientes.

El gobierno, por su parte, no da respuesta a estas denuncias y firma un convenio con el gobierno de Cuba para canjear personal de salud cubano por petróleo venezolano. Este personal conforma la plantilla de salud con la que opera Barrio Adentro.

A esto se suma una grave deficiencia en los registros epidemiológicos. Por una parte, Barrio Adentro, que refiere atender un alto porcentaje de la población, no reporta la MPPS información sobre su ejercicio profesional y la situación de salud de la población atendida.

Por su parte, el MPPS, muestra un marcado retraso en la presentación de los datos epidemiológicos, como se evidencia en este trabajo, en la que las cifras oficiales más actualizadas corresponden al año 2005.

Es indudable que la ausencia de esta información genera un desconocimiento del comportamiento de los indicadores de salud, lo que repercute en una planificación y asignación de recursos ajena a las verdaderas necesidades.

- **Medicamentos**

Durante los últimos cuatro años se ha observado un importante desabastecimiento de fármacos en el país, lo que es explicado de diferentes maneras por las autoridades y por los gremios del ramo farmacéutico.

El viceministro de Salud Colectiva, José Mendoza<sup>16</sup>, expresó en entrevista realizada para los medios de comunicación, que el Sistema Público de salud trabajaba para garantizar el 100% el suministro de medicamentos gratuitos para pacientes oncológicos, renales y con SIDA, así como el tratamiento para las personas con hipertensión y diabetes, las vacunas para los niños y niñas, a fin de evitar la propagación de enfermedades prevenibles.

Señala el Viceministro que el problema de suministro de medicamentos para enfermedades crónicas es *un asunto muy complejo por sus altos costos, lo que significa un desafío de salud para cualquier Estado del mundo: se trata de enfermedades para las que muchos medicamentos son importados y el abastecimiento no es fácil.*

A fin de brindar atención y tratamiento eficiente y oportuno a otros enfermos crónicos, el Ministerio de Salud y el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS) acordaron que el primero abastece a los pacientes con VIH/SIDA de medicamentos antirretrovirales y el segundo a quienes padecen de insuficiencia renal crónica, “articulación que ha funcionado de manera adecuada”.

El vocero del MPPS aseguró que el gobierno está trabajando *con una fuerte política de promoción y prevención que nos permita evitar que la gente se enferme.*

Por su parte, el presidente de la Federación Venezolana de Farmacia sostiene que la situación del sector tiende a agravarse, dado que ha pasado de irregular a nulo el otorgamiento de dólares para la importación de medicamentos por parte de la Comisión de Administración de Divisas (Cadivi), lo que parece ser la causa clave del problema.

La escasez en este momento se ubica aproximadamente en 35%, siendo las áreas más críticas productos para diabetes, inhaladores para el asma, anticonvulsivos, antibióticos en general, antihipertensivos y analgésicos.

Además de la escasez, el costo de los mismos se ha incrementado entre un 10% y 20%.<sup>17</sup>

---

<sup>16</sup> Portal MPPS. Abril 2009.

<sup>17</sup> Últimas Noticias, 23 de enero 2008.

La dificultad para la obtención de los medicamentos no se circunscribe a los expendios comerciales, abarca también los centros de salud del MPPS, por lo que los pacientes deben comprar y llevar al hospital o ambulatorio, los insumos requeridos para su atención, desde gasa y alcohol, hasta antibióticos.

- **Reaparición de enfermedades tropicales**

Durante la última década el país ha visto con sorpresa la reaparición de enfermedades que habían sido controladas y casi extinguidas en el país, así como la presencia de brotes epidémicos significativos de otros cuadros.

Se cuentan entre ellas el chagas, la malaria, la parotiditis, la tuberculosis.

- La prevalencia de la enfermedad de Chagas en Venezuela había disminuido desde aproximadamente 45% en los años 50 a menos del 10% en la década del 90, debido fundamentalmente a la aplicación de insecticida y el mejoramiento de las viviendas<sup>18</sup>. En el año 2000, el índice de seroprevalencia nacional fue de 8,3%, predominando en las regiones occidental y central y el índice de seroprevalencia en los menores de 10 años que para los años 96 al 99 se mantenía por debajo de 1%, aumento a 1%, lo que significa aumento en la transmisión entre la población que no había nacido cuando la prevalencia de esta enfermedad era elevada.

En el marco de esta situación epidemiológica, se detecta en el mes de diciembre 2007 un brote de tripanosomiasis americana aguda o Enfermedad de Chagas agudo en el municipio Chacao del estado Miranda, debido a transmisión por alimentos; evidencia que presupone la transmisión activa del T. cruzi al ser humano en la zona urbana, por cualquiera de sus formas habituales de transmisión.

- A partir de los años 80 se vuelven a registrar casos de malaria en el país, mostrando un máximo repunte en los 90 debido al ingreso de un nuevo tipo asociado a la actividad minera no controlada. Los estados más afectados son Bolívar, Sucre y Amazonas, con una incidencia de morbilidad que no ha sido controlada, siendo la población más afectada la indígena<sup>19</sup>.
- La tasa de morbilidad por denque es 84,9 por 100.000 habitantes. Aunque se trata de una tasa ubicada por debajo del promedio de morbilidad de países vecinos como Brasil (157,1) y Colombia (213,6), hay estados que sobrepasan esos promedios. A manera de ejemplo, Falcón revela una tasa de 443,7, Nueva Esparta de 330,4 y Trujillo de 173,110<sup>20</sup>.
- Otra enfermedad reemergente es la tuberculosis, con una tasa de incidencia general de 23,8 por 100.000 habitantes y de 20,1 en la forma pulmonar. La población más afectada es la masculina entre 15 y 44 años de

---

<sup>18</sup> Guía para el Diagnóstico, Manejo y Tratamiento de Enfermedad de Chagas en fase Aguda a nivel de los Establecimientos de Salud. Primera Edición. Dirección General de Epidemiología. Dirección de Vigilancia Epidemiológica. Vigilancia de Enfermedad de Chagas Diciembre 2007.

<sup>19</sup> 9 Ministerio del Poder Popular para la Salud [en línea] <www.mpps.gob.ve>

<sup>20</sup> 10 Ministerio de Salud y Desarrollo Social: Alerta. Boletín Epidemiológico N° 36. Caracas 2004.

edad. No obstante, los grupos con mayor riesgo de incidencia siguen siendo las personas mayores de 65 años, las comunidades indígenas, las personas privadas de libertad y las personas que viven con el VIH/Sida. En ese orden, los factores de mayor incidencia de la enfermedad son: la baja calidad de vida, la aplicación ineficiente de medidas de control y la creciente epidemia del VIH/Sida.<sup>21</sup>

- En nota enviada por un grupo de médicos del sector gubernamental a la OPS para solicitar apoyo técnico y financiero se señala " *la preocupación que nos embarga por la magnitud de la epidemia de parotiditis viral que azota a Venezuela desde hace más de seis meses. De acuerdo con fuentes oficiales, el número de casos registrados en 2007 fue de 19.142 y en 2008, hasta la semana 21, de 110.272. Cifra ésta última 3 veces mayor que la ocurrida en todos los países y territorios de las Américas en 2006 y 50 veces mayor que la ocurrida en Venezuela para la misma fecha. En escasas siete semanas, desde la semana 14 a la semana 21 de 2008, el número de casos se duplicó al agregarse 54.722 enfermos mas. En 2006 la enfermedad se ubicaba en la posición 14 en la lista de enfermedades de notificación obligatoria en nuestro país y actualmente se encuentra en la posición 4. Casi el 60 % de los casos ha ocurrido en menores de 14 años*"<sup>22</sup>.

La desaparición de políticas de prevención y control de enfermedades tropicales que ya eran consideradas extintas ha traído como consecuencia la reaparición de dolencias cuyo control amerita prevención y educación para la salud y no operativos espasmódicos para combatir los brotes observados.

- **Mortalidad de la mujer venezolana**

Según el MPPS, para el año 2005 la tasa bruta de mortalidad alcanzó el 4,4 por mil, siendo la primera causa de muerte en el país las enfermedades del corazón, con un total de 24.553 decesos. La segunda causa de muerte fue el cáncer, con 18.155 muertes. Los tipos de cáncer de mayor incidencia fueron los de órganos digestivos y respiratorios y el de cuello uterino. Las enfermedades cerebrovasculares ocupan el tercer puesto en las estadísticas. (Anexo X)

Los homicidios, suicidios y accidentes de todo tipo ocupan el cuarto y quinto lugar, respectivamente, con un total de 8.614 homicidios y suicidios, y 8.671 fallecimientos en accidentes. Dentro de este rango, 5.387 muertes fueron causadas por accidentes de tránsito. (Anexo x).

Los restantes males ubicados entre las diez primeras causas de muerte del año 2005 son la diabetes, las enfermedades del período perinatal, las afecciones crónicas de las vías respiratorias inferiores, la neumonía, la influenza y las enfermedades del hígado. (Anexo x).

---

<sup>21</sup> Programa Venezolano de Educación-Acción en Derechos Humanos. Informe Anual Octubre 2003-septiembre 2004. (mimeo).

<sup>22</sup> José Félix Oletta L. MPPS. Situación en Venezuela de parotiditis epidémica y otras enfermedades prevenibles mediante vacunas. Caracas 15 de junio de 2008.

Las cifras más actualizadas del MPPS con respecto a la mortalidad femenina (anexo X) ubican como primera causa las enfermedades del corazón 78,0 por 100.000 habitantes; en segundo lugar se ubica el cáncer con una tasa de 68,6. Las enfermedades cardiovasculares ocupan en tercer lugar con una tasa de 33,2 y la diabetes miellitus el 28,3 y afecciones originadas en el periodo perinatal ocupan el cuarto y quinto lugar, respectivamente. (Anexo x).

- **Mortalidad Infantil**

La Mortalidad Infantil muestra una tendencia discreta hacia la baja a partir del año 2002, según los datos del Instituto Nacional de Estadísticas (INE).

<b>Tasa de mortalidad infantil corregida, según entidad federal, 2002-2007</b>						
<b>Tasas de mortalidad infantil (por mil nacidos vivos)</b>						
<b>Año</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>
<b>Tasa</b>	18,14	17,50	17,16	16,82	16,48	16,14

Fuente: INE 2008

Las tres primeras causas de muerte son la mortalidad perinatal, con una tasa de 25 por 1.000 nacidos vivos, las malformaciones congénitas y por último, las enfermedades infecciosas, parasitarias y respiratorias<sup>23</sup>. En este último grupo de enfermedades, las diarreas y afecciones respiratorias (**todas prevenibles**) se encuentran entre las primeras causas de consulta médica entre otras 25, en niños menores de 1 y 4 años de edad.

## **6. SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA**

En el área de la Salud Sexual y Reproductiva, el MPPS transforma el Programa de Salud Sexual y Reproductiva, para dar paso al Proyecto Madre (2007). Este giro cambia la orientación de las políticas nacionales en materia de SSR, las cuales habían basado su conceptualización en los compromisos contraídos por Venezuela en las cumbres de El Cairo y Beijing, en las cuales tenía preeminencia el ejercicio de los Derechos Sexuales y Reproductivos y la visualización de la mujer en todas las etapas de su vida, más allá de la fase reproductiva.

El PROYECTO MADRE abarca los programas de Salud Sexual y Reproductiva; Niñas, Niños y Adolescentes, y Lactancia Materna, centrando su propósito en lograr la disminución de la mortalidad materna y la mortalidad infantil. Para el cumplimiento de este propósito se plantea el fortalecimiento de la atención preconcepcional, prenatal, del parto y del puerperio, con énfasis en la prevención y en la prestación de servicios de salud adecuados, con el apoyo de las comunidades organizadas.

<sup>23</sup> D.Elia Yolanda y Vega Mauricio. El derecho a la salud en la revolución bolivariana. Octubre, 2004 (mimeo).

El proyecto contempla avanzar en el establecimiento del concepto de maternidad segura, controlando los factores de riesgos en las usuarias prenatales, las madres, los niños y las niñas menores de 5 años, incluyendo la población adolescente. Este enfoque representa un retorno al enfoque madre-hijo que había logrado superarse en años recientes, a raíz de la Conferencia sobre la Población y el Desarrollo celebrada en El Cairo en 1994.

## 7. TASA DE MORTALIDAD MATERNA

La mortalidad materna e infantil evidencia una tendencia al aumento a partir del año 1994, con una baja en la tasa registrada en el año 2003. Si se observa la siguiente tabla, se apreciará como entre 1985 y 1992 se registraron tasas inferiores a 60 muertas maternas por cada cien mil habitantes (salvo en 1989), lo que coincide con el esfuerzo del entonces Ministerio de Sanidad y Asistencia Social en el desarrollo de programas de planificación familiar.

Tasa de Mortalidad Materna - Venezuela 1985-2006							
Año	TMM	Año	TMM	Año	TMM	Año	TMM
1985	57,93	1991	52,32	1997	59,62	2003	57,70
1986	58,70	1992	53,40	1998	51,00	2004	69,57
1987	54,96	1993	60,42	1999	60,58	2005	68,81
1988	55,71	1994	69,90	2000	60,60	2006	68,79
1989	64,27	1995	66,66	2001	67,20		
1990	58,70	1996	60,44	2002	67,99		

Fuente: INE 2007

Es sorprendente que Venezuela, con los altos ingresos petroleros ostente tasas tan altas de MM como las observadas entre 2004 y 2006.

Entre las principales causas de muerte materna están: los trastornos hipertensivos durante el embarazo, parto y puerperio, los embarazos terminados en abortos y las complicaciones durante el parto. Todos estos trastornos pueden ser prevenidos en los servicios de salud sexual y reproductiva mediante el control durante el embarazo. Sin embargo, las deficiencias relacionadas con el funcionamiento y coordinación de la red pública ambulatoria y hospitalaria del país que impiden que los servicios de salud sexual y reproductiva sean efectivamente accesibles, asequibles y adecuados.

Es pertinente señalar que investigaciones de la OMS, UNICEF y UNFPA (3) estiman que la tasa de mortalidad materna para la Región de América Latina fue de 190 por 100.000 nacidos vivos para el año 2000. Esta tasa es el doble de la estimada como promedio presentada por los países (95,1 x 100.000 nacidos vivos), calculándose que el número de muertes maternas anuales sería de 22.000 y no de 10.760 como se reportó para el año mencionado. Nuestro país no escapa

a estas apreciaciones, por lo que se puede suponer una tasa real más alta que la reportada.<sup>24</sup>

- **Aborto**

En Venezuela, la Ley de Reforma Parcial del Código Penal aparecida en Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela, Número 5494, de fecha 20 de Octubre de 2000 establece que el aborto es legal sólo cuando la vida de la mujer está en riesgo.

La participación en este acto médico, será penada con: Prisión de 6 meses a 2 años para la que se provoque el aborto (Art. 432) y Prisión para el que provoque el aborto (Art 433). Sin embargo, no existe ninguna disposición legal que obligue al/la profesional a denunciar a quien se practique un aborto.

Esta es una de las principales causales para que la casuística en torno al tema se caracterice por un altísimo subregistro, desconociendo su impacto en la morbilidad y mortalidad de las mujeres en Venezuela. Se lograron obtener cifras de Maternidad Concepción Palacios (MCP), el centro más grande del país, al que acuden mujeres de todo el territorio nacional. Para el año 2006, de un ingreso de 10.010 pacientes, se registró un total de 4.321 abortos, es decir 43.16% de los casos atendidos. La mortalidad ocurrió en 20 de los casos atendidos por aborto (19%); siendo la mortalidad general en la MCP de 32 casos, el aborto representa el 0.30 % de la causa de defunciones en la MCP<sup>25</sup>

Actualmente en Venezuela hay la iniciativa desde el gobierno de abordar el tema de la despenalización del aborto, sin embargo no se ha comenzado aún ninguna discusión seria acerca del tema.

## **8. EMBARAZO EN ADOLESCENTES**

El embarazo en adolescentes está reconocido por el MPPS como un problema social y de salud pública. El número de nacidos vivos registrados de madres con menos de 20 años ha experimentado un aumento sostenido durante las últimas décadas, producto del incremento demográfico de este grupo poblacional y a que la tasa específica de fecundidad para las mujeres de 15 a 19 años ha disminuido a un ritmo más lento en comparación con el resto de las mujeres. Influyen en la partición del hecho, factores culturales, de género y sociales, entre otros, así como las dificultades de acceso de las mujeres y sus parejas a información y orientación oportuna y adecuada sobre la sexualidad, los métodos anticonceptivos y la planificación familiar.<sup>26</sup>

---

<sup>24</sup> <http://www.nacerlatinoamericano.org>

<sup>25</sup> Archivos MCP.2006 en MUERTE Y NEGACIÓN: ABORTO INSEGURO Y POBREZA. Dr. Edward Romero. Caracas, Marzo de 2007

<sup>26</sup> OPS. La situación en salud. Capítulo IX Venezuela.

Según cálculos propios de la Dra. Saturnina Clemente, del Programa Nacional de Salud Niñas, Niños y adolescentes, del MPPS, en el año 2004 hubo un total de NVR de 530.565, de los cuales se estima que 132.838 son hijos de madres adolescentes (Tasa específica de fecundidad 15 a 19 años es de 91.7) , estimándose el peso porcentual del aporte de las adolescentes de 25%, del total de NVR.

A continuación se presenta una tabla que recoge cifras presentadas por el INE que muestran el comportamiento de las tasas de fecundidad de las mujeres entre 15 y 49 años de edad, para el lapso 2002-2007.

Año	Tasa global de fecundidad	Tasa de fecundidad (por mil mujeres)						
		Grupos de edad de la madre						
		15 - 19	20 - 24	25 - 29	30 - 34	35 - 39	40 - 44	45 - 49
2002	2,76	92,50	156,01	133,52	92,93	53,12	19,41	4,20
2003	2,72	92,10	154,50	131,70	91,30	52,00	18,90	4,10
2004	2,69	91,70	153,00	129,90	89,70	50,90	18,40	4,00
2005	2,65	91,30	151,50	128,10	88,10	49,80	17,90	3,90
2006	2,62	90,90	150,00	126,30	86,50	48,70	17,40	3,80
2007	2,58	90,50	148,50	124,50	84,90	47,60	16,90	3,70

Fuente: INE 2008

## 9. VIH/SIDA

La situación de VIH/SIDA en Venezuela corresponde a 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 (OPS 2005), estimando ONUSIDA y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) la existencia de 110.000 casos de infectados por VIH para el mismo año.

De acuerdo con datos de la OPS, entre 1990 y 1994 los resultados mostraban una relación de 9.8 hombres por mujer, mientras entre el 2000 y 2004 la razón es de 3 hombres por cada mujer. Según el UNFPA, la relación H/M varió de 6:1 en 1997 a 2:1 en el 2005 y el 50% de los nuevos casos ocurre en adolescentes y jóvenes menores de 24 años.

El patrón de transmisión predominante del virus es a través de las relaciones sexuales, cuya edad modal de iniciación en Venezuela corresponde a 15 años para ambos sexos. Estas cifras ponen en evidencia la feminización de la epidemia y la vulnerabilidad de los grupos jóvenes de ambos sexos.

Existen muy pocos estudios de seroprevalencia en poblaciones vulnerables, habiéndose realizado el último de ellos en 1996 en trabajadores, reportando una

prevalencia de 1.147. A partir de esta fecha no se han llevado a cabo estudios de seroprevalencia en estas poblaciones<sup>27</sup>.

En Venezuela la mortalidad por Sida se ubica en el décimo quinto lugar entre las 25 principales causas, con un subregistro de casos estimado en más del 80%, convirtiéndonos en el país de la Región Andina con mayor subregistro de incidencia del VIH/SIDA. De hecho en el Informe de la SITUACIÓN DE LA EPIDEMIA 2007 presentado por ONUSIDA, Venezuela fue el único país que no presentó datos, poniendo en evidencia la gravedad de la deficiencia en sus registros epidemiológicos.

Para la atención de las personas afectadas por el virus, el MPPS cuenta con el Programa Nacional de SIDA el cual tiene entre sus funciones relevantes la entrega de medicamentos antiretrovirales (ARV) a personas con diagnóstico positivo. El IVSS también asume la tarea del suministro de ARV. Aunque persisten fallas no solventadas en el suministro oportuno de los ARV, el Estado ha aumentado progresivamente la cobertura nacional de dichos medicamentos<sup>28</sup>.

Existen en el país un importante número de organizaciones de la sociedad civil que realizan actividades de prevención, información, formación y defensa de los derechos de las personas que viven con el virus.

La acción del gobierno frente a la epidemia del SIDA, sobre todo en el ámbito de la prevención y de los registros epidemiológicos luce insuficiente e ineficiente, teniendo presente el rápido avance en el aumento de casos y su presencia en las mujeres y en la población joven. Estos segmentos poblacionales resultan de alto valor para el desarrollo de un país que presenta una transición demográfica cuya carga descende a valores nunca observados haciendo que la población productiva sostenga menos dependientes. Este fenómeno denominado *ventana demográfica de oportunidades*, o *bono o dividendo demográfico*, es un período de varias décadas que sumado al estímulo de políticas y acciones en capital humano, generación de empleo, ahorro e inversión, se convierte en nuevas oportunidades para las poblaciones.

Si las poblaciones jóvenes se convierten en no productivas y en carga para el Estado y para la población económicamente activa (PEA), y las mujeres empiezan a morir, dejando niños huérfanos y familias desechas, habrá una variable importante para poner en riesgo el aprovechamiento de la *ventana demográfica de oportunidades* (UNFPA). Esta consideración, amén del marco de derechos humanos y de la normativa legal vigente en el país, que garantiza "en teoría" el derecho a la salud de todos los ciudadanos y ciudadanas.

---

<sup>27</sup> Estrategia de Cooperación de OPS/OMS con Venezuela 2007-2010. Caracas, 28 de junio de 2006. OPS-MPPS

<sup>28</sup> Ministerio de Salud y Desarrollo Social. 2004.

## Conclusiones

Si bien la Constitución representa un avance importante en el ámbito teórico del derecho a la salud y en cambios significativos de la orientación de las políticas de salud, la situación de la salud de la población no goza de los mismos avances.

Por el contrario, los indicadores de la mayoría de las variables que integran un diagnóstico de salud muestran un perfil poco alentador. El debilitamiento de la institucionalidad, con la concomitante reducción presupuestaria, coexiste con altas inversiones en programas paralelos cuyos impactos parecieran estar más en el ámbito de lo político que de la salud. La aparición de enfermedades superadas y el repunte de otras, cuya presencia obedece al debilitamiento en las campañas de prevención y al desmejoramiento en la calidad de vida de los hogares, ponen en tela de juicio la eficacia y eficiencia de una red sembrada en el seno de las comunidades y destinada a brindar el nivel primario de atención, donde la prevención y la educación en salud son pilares fundamentales.

Las luchas de poder entre el sector gubernamental y los gremios y la sociedad civil desdibujan el objetivo final del proceso de desarrollo que debe adelantarse en el país, estando la ganancia de espacios, por encima del bienestar de la población.

Sólo cuando se perciba claramente el grado de responsabilidad y compromiso que cada sector tiene para con el país, y se prioricen las necesidades de la gente, antes de las ambiciones políticas y económicas, se logrará poner al servicio de los hombres y mujeres que pueblan el país, los enormes recursos económicos que se perciben por la explotación del subsuelo les pertenece.

El futuro inmediato del país exige el tránsito de lo teórico a la praxis, estrcurnado un sistema de salud con niveles de actuación definidos e inclusión de espacios de contraloría socia

trascender del ámbito conceptual a un ámbito de garantías efectivas del derecho de protección a la salud y bienestar social. Para ello se deben adoptar medidas de orden político, financiero, legal y educativo que permitan cambios estructurales en el SPNS, I. Entre los retos pendientes se encuentra la aprobación de un marco legal que desarrolle los postulados constitucionales que definen al nuevo SPNS, el fortalecimiento institucional del sector público de salud, ajustes de los programas de salud con un enfoque biopsicosocial que permita la satisfacción de las necesidades integrales de salud de la población, una inversión pública suficiente que asegure la implementación de esas políticas públicas y programas de salud, con equidad en su distribución, entre otros, la adecuación de la formación profesional y técnica en las ciencias de la salud a los problemas y necesidades de la población.