



Equidad y Derecho a la Salud en Venezuela





Convite A.C.

**Equipo de Coordinación e
Investigación:**

Jorge Luis Díaz Ramírez

**Joli D´Elia/ Silvia Salvato /
Francihelena Uzcátegui Gazzane /
Miguel Serrano**



A.C. Vida en Vargas

**Equipo de Coordinación y Monitoreo
en estados Vargas y Miranda:**

Noris Correa

Yaritza Escobar

Uri Mary Díaz

Maridely Aguilar



Asopropas A.C.

**Equipo de Coordinación y Monitoreo
en Distrito Capital:**

Johan Rivas

Joseph Alvarado

Sandy Martínez

Caracas, Diciembre 2012

Introducción

Este documento está dirigido a evaluar la equidad como garantía del goce efectivo del derecho a la salud en Venezuela, con base en los Tratados Internacionales suscritos por el Estado venezolano, cuyas disposiciones se recogen en los artículos 83, 84 y 85 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. El estudio fue elaborado por **Convite A.C.**, **Vida en Vargas A.C.** y **Asopropas A.C.**, en el marco de las actividades del **Observatorio Comunitario por el Derecho a la Salud**, con el apoyo financiero de la **Unión Europea**¹.

Las inequidades de los sistemas sanitarios son producto de las debilidades y falta de efectividad de los mismos, así como de la ausencia de políticas y medidas que reduzcan las disparidades sociales y económicas existentes. Sus consecuencias son privaciones de atención por falta de acceso a centros y servicios de atención, desigualdad en la transferencia de recursos y el impacto de los costos de salud; y una mayor mortalidad en sectores de escasos recursos económicos.

La política sanitaria comprende las estructuras de atención, el financiamiento y gasto público en salud, así como los resultados de la gestión sanitaria en la situación de salud de la población. En tal sentido, el documento aborda la norma de equidad en salud desde tres perspectivas: la disponibilidad y acceso a los servicios de salud, la distribución de los recursos financieros destinados al gasto en salud y las brechas de mortalidad por causas atribuibles al sistema sanitario y a las políticas de salud.

Los datos utilizados provienen principalmente de fuentes oficiales. Pero, debido a la escasa información que los entes públicos publican sobre las condiciones del sistema sanitario, fue necesario realizar el **Estudio y Monitoreo de la Equidad en Salud (EMES)** que consistió en un extenso trabajo de campo para evaluar el funcionamiento de los centros de salud ubicados en el Distrito Capital y los estados Miranda y Vargas, a través de 116 monitores locales, durante los meses de julio-septiembre de 2012.

¹ Los contenidos de este documento son de exclusiva responsabilidad de los autores, que en nada compromete a la Delegación de la Unión Europea en Venezuela.

Las obligaciones del Estado en el derecho a la salud

El derecho a la salud es un derecho humano internacionalmente protegido por un conjunto de normas que todos los Estados deben cumplir en sus respectivos países, conforme a las obligaciones contraídas en los pactos y convenios internacionales que hayan suscrito. El derecho a la salud está contenido en el artículo 12 del Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, ratificado por el Estado Venezolano en el año 1978, y se encuentra consagrado en los artículos 83, 84, 85 y 86 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, vigente desde el año 1999.

La obligación de proteger el derecho a la salud responde a normas transversales de todos los derechos humanos, y también a normas específicas que obedecen a su propia naturaleza. Como derecho humano, el derecho a la salud es universal, inviolable, incondicional, indivisible, interdependiente y progresivo. Toda persona - sin distinción alguna- tiene derecho a gozar del más alto nivel de salud posible que le permita vivir dignamente². Nadie puede ser privado de este derecho, ni su disfrute puede condicionarse o restringirse por razones indebidas. El derecho debe estar reconocido por leyes formales y una autoridad pública debe ser garante -y por lo tanto responsable- de su protección a nivel nacional.

Puesto que ninguna persona está exenta de problemas de salud -por enfermedad, lesión, condición o motivos de edad-, gozar plenamente del derecho a la salud sólo es realizable si todas las personas tienen acceso efectivo a medios de atención. El hecho de que la disposición de medios tenga tanta importancia en este derecho no resta posibilidades a su satisfacción plena. Es deber del Estado garantizar que los medios existan y remover cualquier barrera que impida o limite el acceso a éstos, hasta el máximo de los recursos de los que disponga. Por otra parte, dado que un problema de salud puede presentarse en cualquier momento, producir lesiones permanentes o

² Observación General Nº 14, El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), 22º período de sesiones, 2000, U.N. Doc. E/C.12/2000/4.

poner en riesgo la vida -por causas de índole física o mental, o por causas externas-, existen medios que deben garantizarse de manera inmediata.

Debe evitarse o impedirse que la condición de salud de una persona o grupo de personas, sea motivo de discriminación y menoscabo de derechos, incluyendo el mismo derecho a la salud. Está prohibido en los pactos internacionales que por la condición de salud de las personas se les prive, impida o limite de manera arbitraria, la libertad y la autonomía personal, la libre expresión, opinión y comunicación, el libre flujo y acceso a la información, la libertad de movimiento dentro del país o fuera de éste, y la libertad para asociarse y participar en decisiones que le conciernan. La confidencialidad o secreto médico es inviolable, ya que garantiza el resguardo de la intimidad y vida privada de la persona y no ser discriminada por su condición de salud. La discriminación es una práctica violatoria de los derechos humanos y como tal debe ser eficazmente detenida y erradicada.

Garantizar el derecho a la salud también abarca el goce y ejercicio de otros derechos humanos con los que guarda una relación de interdependencia. En este sentido, es indispensable para la salud, el acceso al agua potable, a una sana y adecuada alimentación, a espacios apropiados para realizar actividad física, a la educación y a la información -respecto de los diferentes aspectos de la salud humana-, al abrigo de una vivienda sin hacinamiento y con servicios sanitarios, y a un ambiente sano y libre de contaminación, incluyendo el derecho a medios económicos estables que permitan disfrutar de todos los derechos anteriores. En este sentido, debe garantizarse la promoción y progresividad del derecho a la salud a través de la mayor participación posible de todos los órganos del Estado y sectores de la sociedad.

Asimismo, el derecho a la salud es indivisible del derecho a la vida y del derecho a la integridad personal. Todas las conductas o actos que tengan la intención o que, producto del irrespeto o incumplimiento de obligaciones, tengan como resultado poner en peligro la vida o la integridad física o mental de cualquier persona, deben tener igual consideración y efecto jurídico como violación del derecho a la salud. De este modo, es una obligación de los Estados garantizar la permanente disponibilidad de una atención médica calificada, adecuada y oportuna para atender toda situación de emergencia, y prever las condiciones necesarias que eviten y protejan eficazmente a las personas de todo acto o evento con el potencial para producir muertes evitables y daños prevenibles a la salud, entre los que se encuentran: la tortura, las penas y los

tratos inhumanos o degradantes, la violencia en todas sus manifestaciones, los accidentes de cualquier clase, las epidemias y los desastres ambientales.

“El derecho a la salud está estrechamente vinculado con el ejercicio de otros derechos humanos y depende de esos derechos (...) en particular el derecho a la alimentación, a la vivienda, al trabajo, a la educación, a la dignidad humana, a la vida, a la no discriminación, a la igualdad, a no ser sometido a torturas, a la vida privada, al acceso a la información y a la libertad de asociación, reunión y circulación. Esos y otros derechos y libertades abordan los componentes integrales del derecho a la salud”³.

Existen, por otra parte, normas específicas que deben cumplirse para garantizar el derecho a la salud. Los pactos, convenciones y declaraciones internacionales lo definen como *“el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física, mental y social”⁴*. Tal como se delimita, no está dentro de los atributos ni posibilidades del derecho, la igualdad o el resultado de una forma individual o social de buena salud, sino la exigencia de garantías por las que debe responder el Estado, que comprenden **facilidades, bienes, servicios y condiciones** para alcanzar el mayor nivel posible de salud, siempre que éste asegure vivir conforme a la dignidad humana y sea expresión de haber hecho todos los esfuerzos necesarios para cumplirlas.

En consecuencia, las normas internacionales han establecido garantías que, en virtud de sus propiedades y cumplidas conforme a ciertos estándares, tienen la posibilidad de resolver favorablemente, evitar o prevenir un nivel restrictivo o inadecuado de salud, incluida la muerte por enfermedad, daños o deterioros de la salud, imputables a responsabilidades del Estado. Estas garantías tienen como base dimensiones inherentes y contributivas, individuales y colectivas del derecho a la salud, cuyos fines generales son:

³ Observación general 14, El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), 22º período de sesiones, 2000), U.N. Doc. E/C.12/2000/4.

⁴ Artículo 12 del Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales; y Artículo 10 del Protocolo Adicional a la Convención Americana de Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, “Protocolo de San Salvador”.

- ◆ Procurar los medios y las condiciones necesarias para alcanzar el máximo de salud posible, sin discriminación alguna.
- ◆ Proteger a las personas de toda restricción o práctica coercitiva que afecte la libertad y autonomía sobre el cuerpo y la salud, y proporcionar facilidades para su desarrollo.
- ◆ Prevenir, reducir y eliminar eficazmente todo factor que pueda tener consecuencias nocivas para la salud.

Tabla 1: Dimensiones del Derecho a la Salud

	Dimensiones Inherentes	Dimensiones Contributivas
Dimensiones Individuales	Derecho a la atención oportuna y adecuada para cuidar la salud, sanar de enfermedades y salvar la vida por problemas de salud.	Libertad y facilidades para dominar la salud y el cuerpo y disfrutar de la mayor autonomía corporal, creativa, productiva y social.
Dimensiones Colectivas	Derecho a bienes, servicios y condiciones que aumenten los años potenciales de vida, reduzcan las muertes evitables, las enfermedades prevenibles y los riesgos de daño a la salud.	Derecho a bienes, servicios y condiciones económicas, sociales, ambientales, científicas y tecnológicas con una influencia determinante en la salud.

En el marco de estas dimensiones, el Estado se encuentra obligado a cumplir las siguientes acciones o medidas para garantizar el derecho a la salud:

1. Reconocer suficientemente el derecho a la salud en sus sistemas políticos y ordenamientos jurídicos nacionales, de preferencia mediante leyes formales.
2. Adoptar una política nacional de salud acompañada de un plan detallado para el ejercicio del derecho a la salud.

3. Crear las condiciones que aseguren a todas las personas en el territorio de su jurisdicción, asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad física y mental.
4. Proporcionar atención primaria de la salud, entendiendo como tal la asistencia sanitaria esencial puesta al alcance de todos los individuos y familiares de la comunidad.
5. No discriminación, de hecho o de derecho, por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o posición social, situación económica, lugar de nacimiento, impedimentos físicos o mentales, estado de salud (incluidos el VIH/SIDA), orientación sexual y situación política, social o de otra índole que tengan por objeto o por resultado la invalidación o el menoscabo de la igualdad de goce o el ejercicio del derecho a la salud.
6. Asegurar que todos los profesionales de la salud reúnan las condiciones necesarias de educación, experiencia y ética.
7. Inmunizar a toda la población contra las principales enfermedades infecciosas.
8. Formular y aplicar políticas nacionales con miras a reducir y suprimir la contaminación del aire, el agua y el suelo.
9. Disuadir acerca del uso indebido de alcohol y tabaco, y del consumo de estupefacientes y otras sustancias nocivas.
10. Reducir la mortalidad y la mortalidad infantil, asegurando el sano desarrollo de los niños.
11. Prevenir y tratar las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y luchar contra ellas, mediante:
 - Educación e información sobre la prevención y tratamiento de los problemas de salud y sobre cuestiones relacionadas con la salud sexual y reproductiva.
 - Organización de campañas de información, en particular sobre VIH/SIDA, salud sexual y reproductiva, prácticas tradicionales, violencia en el hogar, y el uso indebido de alcohol, tabaco, estupefacientes y otras sustancias nocivas.

- Protección de limitaciones de acceso a la información y a los servicios relacionados con la salud, impuestas por terceros.
- Programas de prevención y educación en relación con enfermedades de transmisión sexual, VIH/SIDA y los problemas que afectan la salud sexual y reproductiva.
- Promoción de factores sociales determinantes de la buena salud, como la seguridad ambiental, la educación, el desarrollo económico y la igualdad de género.
- Acceso a un sistema de atención médica urgente en los casos de accidentes, epidemias y peligros análogos para la salud.
- Prestación de socorro en casos de desastre y de ayuda humanitaria en situaciones de emergencia.
- Acceso a tecnologías pertinentes.
- Empleo y mejora de la vigilancia epidemiológica y la reunión de datos desglosados.
- Programas de vacunación y otras estrategias de lucha contra enfermedades infecciosas.

12. Establecer un sistema de protección a la salud, que incluya la disponibilidad y accesibilidad sin discriminación alguna a los siguientes determinantes básicos de la salud:

- Acceso al agua limpia potable.
- Condiciones sanitarias adecuadas.
- Suministro adecuado de alimentos sanos.
- Nutrición adecuada.
- Vivienda adecuada.
- Condiciones sanas en el trabajo y ambiente.

13. Fomentar la participación de la población en las decisiones políticas relativas al derecho a la salud, en el plano comunitario y nacional, y en la prestación de servicios médicos preventivos y curativos, así como en la organización del sector salud y el sistema de seguros.

14. Abstenerse de las siguientes conductas, prácticas o medidas:

- Denegar o limitar el acceso igual de todas las personas, incluidos, los presos o detenidos, los representantes de las minorías, los solicitantes de asilo o los inmigrantes ilegales, a los servicios de salud preventivos, curativos y paliativos.
- Imponer prácticas discriminatorias como política de Estado y en relación con el estado de salud y las necesidades de la mujer.
- Prohibir o impedir los cuidados preventivos, las prácticas curativas y las medicinas tradicionales.
- Comercializar medicamentos peligrosos.
- Aplicar tratamientos médicos coercitivos, salvo en casos excepcionales para el tratamiento de enfermedades mentales o la prevención de enfermedades transmisibles y la lucha contra ellas, siempre que estos tratamientos estén sujetos a condiciones específicas y restrictivas, respetando las mejores prácticas y las normas internacionales aplicables.
- Limitar el acceso a los anticonceptivos u otros medios de mantener la salud sexual y reproductiva.
- Censurar, ocultar o desvirtuar intencionalmente la información relacionada con la salud, incluida la educación sexual y la información al respecto.
- Impedir la participación del pueblo en los asuntos relacionados con la salud.
- Contaminar ilegalmente la atmósfera, el agua y la tierra, por instalaciones propiedad del Estado.
- Utilizar o ensayar armas nucleares, biológicas o químicas si, como resultado, se liberan sustancias nocivas para la salud del ser humano.
- Limitar el acceso a los servicios de salud como medida punitiva (por ejemplo durante conflictos armados, en violación del derecho internacional humanitario).

15. Abstenerse de adoptar medidas regresivas del derecho a la salud. De adoptarse, corresponde al Estado demostrar que se realizó previamente un examen exhaustivo de todas las alternativas posibles. Deben estar justificadas sobre la base de haber utilizado con anterioridad los recursos máximos disponibles del Estado.

16. Abstenerse de adoptar medidas restrictivas indebidas del derecho a la salud. Toda restricción por motivos de salud pública, orden público o seguridad nacional, debe tener como base la protección de los derechos de las personas y no de gobiernos. Es una obligación del Estado justificar este tipo de medidas. Deben: a) dictarse conforme a la ley y las normas internacionales de derechos humanos; b) ser compatibles con la naturaleza de los derechos; c) ser estrictamente necesarias para el bien general en una sociedad democrática; d) ser la solución menos restrictiva; y e) ser temporales en un plazo definido, geográficamente delimitadas, y sujetas a revisión. Son medidas graves de restricción en el derecho a la salud:

- Restringir la circulación de personas o privar de libertad a las personas con enfermedades transmisibles como el VIH/SIDA.
- Privar de asistencia médica a presuntos opositores de un gobierno.
- Negar la vacunación a los integrantes de una comunidad contra graves enfermedades infecciosas.

Un conjunto de estas obligaciones son consideradas básicas en las normas internacionales del derecho a la salud. Esto quiere decir que, respecto de ellas, el Estado no puede nunca ni en ninguna circunstancia justificar su incumplimiento, sin lesionar severamente atributos esenciales e inviolables del derecho a la salud. Tales obligaciones se presentan en la siguiente tabla.

**Tabla 2:
Obligaciones Básicas de los Estados en el Derecho a la Salud**

- ◆ **Garantizar el acceso a los centros, bienes y servicios de salud sobre una base no discriminatoria, en especial de los grupos vulnerables o marginados.**
- ◆ **Asegurar el acceso a una alimentación esencial mínima que sea nutritiva, adecuada y segura, y garantice que nadie padezca de hambre.**
- ◆ **Garantizar el acceso a un hogar, una vivienda y unas condiciones sanitarias básicas, así como a un suministro adecuado de agua potable.**
- ◆ **Facilitar medicamentos esenciales, según las definiciones periódicas que figuran en el Programa de Acción sobre Medicamentos Esenciales de la OMS.**
- ◆ **Velar por una distribución equitativa de todas las instalaciones, bienes y servicios de salud.**
- ◆ **Adoptar y aplicar, sobre la base de pruebas epidemiológicas, una estrategia y un plan de acción nacional de salud para hacer frente a las preocupaciones de salud de toda la población, que preste especial atención a todos los grupos vulnerables o marginados. Estos instrumentos deben ser elaborados y revisados periódicamente mediante un proceso participativo y transparente.**
- ◆ **Velar por la atención de la salud reproductiva, materna (prenatal y postnatal) e infantil.**
- ◆ **Proporcionar inmunización contra las principales enfermedades infecciosas que tienen lugar en la comunidad.**
- ◆ **Adoptar medidas para prevenir, tratar y combatir las enfermedades epidémicas y endémicas.**
- ◆ **Impartir educación y proporcionar acceso a la información relativa a los principales problemas de salud en la comunidad, incorporando los métodos para prevenir y combatir enfermedades.**
- ◆ **Proporcionar capacitación adecuada al personal del sector salud, incluida la educación en materia de salud y derechos humanos.**

El principio de equidad en el derecho a la salud

Equidad es un principio de justicia del cual se conocen varias definiciones. En sentido amplio, la equidad atiende el hecho de que las adversidades que afrontan cientos de miles de personas en dimensiones esenciales de la vida humana, no se reparten de igual forma ni afectan a todas de la misma manera. En realidad existen injustamente, diferenciales, asimetrías, disparidades o desigualdades en las que ciertas personas o grupos de personas sufren mayores dificultades o son más perjudicadas que otras, en términos absolutos o relativos⁵. Ello se hace invisible si no se reconocen las múltiples diversidades de los grupos humanos⁶ (hereditarias, socio-culturales y contextuales) y no se aprecian los distintos factores que causan exclusiones, desventajas y fragilidades en cada grupo. La equidad es entonces un principio o norma que pretende aplicar lo que es justo para responder, afrontar y superar adversidades, del modo en que éstas deben ser tendidas por sus causas específicas y las exigencias particulares de los grupos que las padecen.

“Inequidad es aquello considerado socialmente injusto, envolviendo cuestiones éticas, morales y políticas, refiriendo a diferencias indeseables y, por tanto, factibles de intervención por medio de políticas de diversos sectores”⁷.

⁵ Una inequidad absoluta es aquella que afecta a un grupo en particular. Una inequidad relativa sería la que afecta a varios grupos o a todos, pero en diferentes grados.

⁶ Las personas son distintas de muchas maneras diferentes. Las características que hacen distintas a las personas pueden ser de orden hereditario o no sujetas a control (sexo, edad y otras características físicas, mentales o biológicas); de orden social-cultural, que inscriben a las personas en una determinada manera de ser y hacer sus vidas (género, etapas de la vida y roles, ocupación, etnia, entre otras); y de orden contextual, donde entran condiciones demográficas, sociales, económicas y ambientales. Sen, Amartya. Nuevo examen de la desigualdad. Alianza Economía. Alianza Editorial, Madrid. 1992.

⁷ Almeida, Célia. Saúde nas reformas contemporâneas, en Ana María Costa, Edgar Merchán Hamann y Débora Tajer (organizadores), Saúde, equidade e gênero. Um desafio para as políticas públicas. Abrasco, ALAMES y UnB Editora, Brasil, 2000.

En los derechos humanos, la equidad fue por mucho tiempo un fundamento tácito de los principios normativos de universalidad, igualdad y no discriminación que rigen todos los pactos y convenciones internacionales sobre derechos humanos, hasta que se hizo explícito en la Declaración y Programa de Acción de Viena, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en la Conferencia Mundial de Derechos Humanos de 1993, en la que se logró un avance sustantivo sobre el tratamiento de los derechos humanos y la obligación superior de los Estados de garantizar su pleno y efectivo disfrute. Con el objeto de cambiar una visión reduccionista, insuficiente y fragmentada de los derechos humanos, conveniente a los Estados para eximirse de responsabilidades con ciertos derechos y libertades, el avance de la Declaración de Viena consistió en: lograr acuerdos acerca del deber de los Estados; garantizar a plenitud todos los derechos humanos protegidos internacionalmente, conforme a una visión de conjunto en la que todos los derechos son indivisibles, interdependientes, están interrelacionados y tienen igual valor y peso entre sí; y de tratarlos de manera justa y equitativa para hacerlos realmente alcanzables y efectivos. En el artículo 5 de la Declaración de Viena los Estados acordaron que:

“Todos los derechos humanos son universales, indivisibles e interdependientes y están relacionados entre sí. La comunidad internacional debe tratar los derechos humanos en forma global y de **manera justa y equitativa, en pie de igualdad y dándoles a todos el mismo peso**. Debe tenerse en cuenta la importancia de las particularidades nacionales y regionales, así como de los diversos patrimonios históricos, culturales y religiosos, pero los Estados tienen el deber, sean cuales fueren sus sistemas políticos, económicos y culturales, de promover y proteger todos los derechos humanos y las libertades fundamentales”.

Es así como en las disposiciones normativas internacionales no es posible proteger la dignidad humana y los derechos fundamentales, si no se garantiza en forma obligatoria la máxima conforme a la cual toda persona es libre e igual, por el mismo hecho de serlo, en el reconocimiento, ejercicio y goce de todos los derechos humanos. Son entonces exigencias de estas normas que toda persona se encuentre protegida y que, por lo tanto, ninguna sea excluida, privada o limitada del goce de uno o varios derechos, ni por la fuerza ni por la admisión de una razón objetiva o subjetiva; y que todo derecho esté protegido, en cuyo caso, ninguno puede ser suprimido, violentado o desmejorado. Cualquiera de estas situaciones constituye una violación de los

derechos humanos y está prohibida expresamente en los pactos y convenciones internacionales que los protegen, sea por acción u omisión del Estado.

Uno de los conceptos normativos donde más se han recogido estas exigencias es el de discriminación, entendido como:

“...toda **distinción, exclusión, restricción o preferencia** que se basen en determinados motivos, como la raza, el color, el sexo, el idioma, la religión, la opinión política o de otra índole, el origen nacional o social, la posición económica, el nacimiento o cualquier otra condición social, y que tengan por objeto o por resultado **anular o menoscabar el reconocimiento, goce o ejercicio, en condiciones de igualdad**, de los derechos humanos y libertades fundamentales **de todas las personas**”⁸.

En tal sentido, en las normas “...**se prohíbe cualquier discriminación** en virtud de la ley y se garantiza a todas las personas **protección igual y efectiva contra cualquier discriminación...**”. Ello también “...impone a los Estados Partes la obligación de prohibir por ley toda apología del odio nacional, racial o religioso que constituya incitación a la discriminación”⁹.

Pero, la prohibición de actos discriminatorios por disposición de leyes ni las medidas de protección hacia las personas contra este tipo de actos, bastan para que la discriminación desaparezca, sea erradicada o eliminada -aunque su práctica implique una violación de derechos, sanciones a los responsables y reparaciones a las víctimas- las normas de derechos humanos incorporaron también la equidad, no como un concepto explícito, sino como una particular norma que admite actos y medidas de diferenciación por distintos motivos, con la única y expresa intención de corregir la “discriminación de hecho o existente”:

⁸ Observación Nº 18. No Discriminación. Numeral 7. Asamblea General de las Naciones Unidas. 37º Período de Sesiones de 1989.

⁹ Observación Nº 18. No Discriminación. Numeral 7. Asamblea General de las Naciones Unidas. 37º Período de Sesiones de 1989

“...el goce en condiciones de igualdad de los derechos y libertades no significa identidad de trato en toda circunstancia (...) el principio de la igualdad exige algunas veces a los Estados Partes adoptar disposiciones positivas para **reducir o eliminar las condiciones que originan o facilitan que se perpetúe la discriminación prohibida** (...) en cuanto son necesarias para corregir la discriminación de hecho, **esas medidas son una diferenciación legítima** con arreglo al Pacto”¹⁰.

“Como hay que adoptar medidas apropiadas para eliminar la discriminación existente y para establecer oportunidades equitativas para las personas (...) las medidas que se adopten no serán consideradas discriminatorias (...) mientras se basen en el principio de la igualdad y se utilicen únicamente en la medida necesaria para conseguir dicho objetivo”¹¹.

De ello se desprende que la igualdad, respecto del reconocimiento, ejercicio y goce de derechos, no se considera cumplida ni puede ser alcanzada automáticamente por el hecho de prescribirse en una norma, sino que debe ser auxiliada por medidas que garanticen una igualdad efectiva. En este sentido, una consideración relevante es que la equidad tiene elementos propios, con los cuales pueden tratarse y resolverse problemas distintos a los de la igualdad. La equidad es diferenciadora mientras que la igualdad, en sí misma, no admite diferencias. Sin embargo, en los derechos humanos, la igualdad es el fundamento y marco que justifica cualquier medida dirigida a superar inequidades. La equidad permite de esta manera, sumar a la igualdad formal o “de derecho” -indispensable para juzgar y sancionar actos contrarios a derecho, prevenirlos y proteger a quienes puedan ser sus víctimas- un conjunto de medidas distintivas, preferentes o desiguales, en tanto sea lo justo para remover las causas y reducir las brechas que no permiten alcanzar la igualdad de manera efectiva o “de hecho”.

¹⁰ Idem.

¹¹ Observación General N° 5 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales sobre las personas con discapacidad. 2004.

Tabla 3: Elementos de la Igualdad y Equidad

Igualdad	Equidad
Igualdad en el reconocimiento, ejercicio y goce de derechos	Reconocimiento social inclusivo de las múltiples diversidades
Igualdad ante la ley	Distribución equivalente entre recursos económicos y necesidades
No Discriminación y Protección contra actos discriminatorios	Representación política plural en las decisiones públicas

Por otra parte, la equidad es inseparable de la universalidad de los derechos humanos. De este modo, también contribuye a la igualdad, haciendo visible quiénes no están protegidas o incluidas en los marcos de protección; a quiénes afecta en particular o en mayor grado las restricciones o violaciones de derechos, y de qué tipo, en cada caso, son las medidas necesarias para que las personas superen las barreras o la falta de opciones que no le permiten tener acceso a condiciones, medios u oportunidades para gozar plenamente de sus derechos. Si la universalidad se refiere a que todas las personas ejerzan y gocen siempre de los mismos derechos sin discriminación alguna, la equidad se asegura de que todos realmente estén incluidos, indicando hacia quiénes y de qué forma apropiada deben dirigirse los esfuerzos para que cada persona y grupo de personas, respetando cada una de las diversidades que las distinguen, ejerzan y gocen todos los derechos.

En este sentido, la norma de la equidad tiene tres modos de aplicarse:

- **Horizontal** o “trato igual a iguales”, para eliminar discriminaciones existentes y garantizar acceso universal.
- **Vertical** o “trato desigual a desiguales”, para reducir desventajas y garantizar igualdad de oportunidades.

- **Transversal** o “trato diverso a diversidades”, para superar exclusiones y garantizar diversidad de opciones.

En el derecho a la salud, el principio de equidad ha tenido una amplia aplicación normativa, desde la Declaración de Alma-Ata, adoptada en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de 1978, en la que se reconoció que, “La grave desigualdad existente en el estado de salud de la población, especialmente entre los países en desarrollo y los desarrollados, así como dentro de cada país, es política, social y económicamente inaceptable y, por tanto, motivo de preocupación común para todos los países”, hasta la Declaración sobre el Derecho al Desarrollo, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1986, en la que se exhortó a los Estados a la adopción de todas las medidas necesarias para garantizar el acceso, en igualdad de oportunidades, a los servicios de salud, y la erradicación de toda forma de injusticia social:

“Los Estados deben adoptar en el plano nacional, todas las medidas necesarias para la realización del derecho al desarrollo y garantizarán, entre otras cosas, la igualdad de oportunidades para todos en cuanto al acceso a los recursos básicos, la educación, los servicios de salud, los alimentos, la vivienda, el empleo y la justa distribución de los ingresos. Deben adoptar medidas eficaces para lograr que la mujer participe activamente en el proceso de desarrollo. Deben hacerse reformas económicas y sociales adecuadas con objeto de erradicar todas las injusticias sociales...”¹².

De hecho, la equidad es uno de los aspectos que más preocupa a nivel internacional en cuanto a las dificultades o retrocesos que presentan muchos países para alcanzar objetivos de una mayor salud en sus poblaciones:

“La Declaración del Milenio aprobada por los dirigentes del mundo en septiembre de 2000 sostiene que la **equidad** es uno de los principios fundamentales del progreso. Los ODM se centran en mejorar la situación de los países más pobres del mundo y reducir **las disparidades**

¹² Artículo 8 de la declaración del derecho al Desarrollo. Adoptada por la Asamblea General en su resolución 41/128, de 4 de diciembre de 1986.

inaceptables en materia de salud mundial, por lo que es oportuno preguntarse si las labores dirigidas a cumplirlos han dado lugar a una reducción significativa de las desigualdades sanitarias entre los países”¹³.

Es así como, la equidad es parte de la mayoría de las normativas internacionales del derecho a la salud¹⁴, contenidas en pactos, convenciones y declaraciones, cuyas disposiciones –generales y básicas- en materia de protección de este derecho se describieron en el capítulo anterior. En estas normas, la equidad se contempla en tres grandes campos, que configuran el esquema de análisis de los resultados del presente estudio en los capítulos siguientes. Estos campos son: el acceso a medios sanitarios, la justa distribución de recursos financieros y la reducción de las brechas existentes en las condiciones de la salud de la población.

Disponibilidad y accesibilidad sanitaria

La equidad sanitaria implica garantizar medios de atención a los problemas de salud, en forma oportuna, apropiada y de calidad, debiendo asegurar para ello que existan y sean accesibles, sobre una base no discriminatoria y de forma equitativa, todos los centros, servicios y programas de salud necesarios para que las personas puedan desarrollar al máximo su salud potencial. En este campo de la equidad, los Estados deben garantizar:

- La disponibilidad de un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud, centros de atención de la salud (hospitales, clínicas y demás establecimientos de salud) y programas, así como de personal médico y profesional capacitado y bien remunerado.
- La extensión de los servicios de salud a todas las personas, teniendo debidamente en cuenta su distribución equitativa a lo largo del país, y su accesibilidad geográfica o física para las minorías étnicas y poblaciones indígenas, las mujeres, los niños, los adolescentes, las personas mayores, las personas con discapacidades y las personas con VIH/SIDA.

¹³ Organización Mundial de la Salud (OMS). Estadísticas Sanitarias Mundiales 2013. Pág. 37.

¹⁴ Informe sobre el derecho a la Atención Sanitaria en Venezuela, 2007. Convite A.C.

- El acceso oportuno, apropiado y de calidad, de todas las personas, a servicios preventivos, curativos y de rehabilitación, así como a educación e información en salud, lo cual incluye solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud, siendo confidenciales los datos personales relativos a la salud.
- El acceso a tratamiento apropiado de enfermedades, afecciones y lesiones; de discapacidades frecuentes, preferiblemente en la propia comunidad; y de problemas de salud mental, incluyendo el suministro de medicamentos esenciales.

Distribución financiera equitativa

La equidad financiera está dirigida a reducir o corregir las disparidades entre los recursos financieros destinados a los sistemas sanitarios y las necesidades de salud, asegurando una distribución equivalente entre recursos-necesidades a lo interno de los sistemas y en función de lograr los objetivos de los planes de salud, así como una eficaz protección financiera de la población ante los costos de atención, de tal modo que no recaiga en los hogares más pobres una carga desproporcionada de los gastos ni nadie prescinda de una atención adecuada por incapacidad de pago. En esta forma de equidad, los Estados deben garantizar:

- La asignación adecuada de los recursos públicos en salud para no dar lugar a discriminaciones no manifiestas, asegurando que las inversiones favorezcan proporcionalmente los servicios curativos, la atención primaria y la prevención en salud.
- La proporción de un seguro médico de salud -público, privado o mixto- que sea asequible a todos, así como de centros de atención de la salud necesarios a quienes carezcan de medios suficientes.
- La accesibilidad económica o asequibilidad a todos los servicios de atención de la salud, incluyendo los proporcionados por terceros.
- La aplicación de medidas para evitar que la privatización del sector de salud, represente una amenaza para la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios de atención de la salud.
- El control de la comercialización de equipos médicos y medicamentos por terceros.

Reducción de las brechas de salud

La equidad en las brechas de salud está referida a la reducción de los diferenciales en las probabilidades de enfermar o morir de los grupos humanos¹⁵, debido a diversas fragilidades o vulnerabilidades, a mayores riesgos para la salud y a una desigual influencia de los determinantes de la salud en sus contextos de vida (sociales, económicos, políticos, ambientales o culturales). Son obligaciones de los Estados en la reducción de las brechas de salud:

- La satisfacción de las necesidades de salud de los grupos de más alto riesgo y, que por sus condiciones de pobreza, sean más vulnerables.
- El respeto de todos los establecimientos, bienes y servicios de salud a la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades, a los requisitos del género y el ciclo de vida.
- La protección de todos los grupos vulnerables o marginados de la sociedad, en particular las mujeres, los niños, los adolescentes y las personas mayores, de actos de violencia desde la perspectiva de género.
- La incorporación de la perspectiva de género en políticas, planificación, programas e investigaciones en materia de salud. Esto incluye la desagregación, según sexo, de los datos socioeconómicos y relativos a la salud.

A esta forma de equidad también pertenecen obligaciones de los Estados dispuestas en convenciones y recomendaciones internacionales sobre el derecho a la salud de grupos específicos, las cuales se presentan en la Tabla 4.

Grupos	Convenciones, Directrices y Recomendaciones
Niños y niñas	“Los Estados partes reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. Los Estados partes se esforzarán por asegurar que ningún niño sea privado de sus derechos al disfrute de esos servicios sanitarios. Los Estados Partes asegurarán la plena aplicación de este derecho y, en particular, adoptarán las medidas apropiadas para asegurar la asistencia médica y la atención sanitaria que sean necesarias a todos los niños, haciendo hincapié en el desarrollo de la atención primaria en salud” (Artículo 24. Convención de los Derechos del

¹⁵ Ob. Cit. Almeida, Célia. Saúde nas reformas contemporâneas. 2000.

	Niño/1989).
Adolescentes	“Los Estados Partes deben cumplir con la obligación de garantizar que todos los adolescentes puedan disponer de instalaciones, bienes y servicios sanitarios con inclusión de servicios sustantivos y de asesoramiento en materia de salud mental, sexual y reproductiva de cualidad apropiada y adaptados a los problemas de los adolescentes” (Observación General N° 4. Comité de los derechos del Niño. La salud y el desarrollo de los adolescentes/2003).
Mujeres	“Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia” (Artículo 12. Convención sobre la Eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer/1981).
Trabajadores y trabajadoras	“La legislación nacional sobre las prestaciones en caso de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales debe proteger a todos los asalariados, incluidos los aprendices, de los sectores público y privado, comprendidos aquellos de cooperativas y, en caso de fallecimiento del sostén de familia, a categorías prescritas de beneficiarios. Todo miembro deberá garantizar a las personas protegidas (...) asistencia médica y servicios conexos en caso de estado mórbido. La iniciación del derecho (...) no puede ser subordinado ni a la duración del tiempo del empleo ni a la duración del período de afiliación al seguro o al pago de las cotizaciones” (Artículos 4 y 9. Convenio 121 de OIT/1967).
Personas con discapacidad	“Los Estados Partes reconocen que las personas con discapacidad tienen derecho a gozar del más alto nivel posible de salud sin discriminación por motivos de discapacidad. Los Estados Partes adoptarán las medidas pertinentes para asegurar el acceso de las personas con discapacidad a servicios de salud que tengan en cuenta las cuestiones de género, incluida la rehabilitación relacionada con la salud” (Artículo 25. Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad/2006).
Personas mayores	“La atención de las personas de edad debe ir más allá del enfoque puramente patológico y debe abarcar la totalidad de su bienestar, teniendo en cuenta la interdependencia de los factores físicos, mentales, sociales y ambientales. Por consiguiente, la atención sanitaria debe hacer participar a todo el sector sanitario y social y a las familias en el mejoramiento de la calidad de la vida de las personas de edad. La finalidad de los esfuerzos en materia de salud, en particular la atención sanitaria primaria como estrategia básica, debe ser permitir a las personas de edad llevar una vida independiente en el seno de sus propias familias y comunidad durante el mayor tiempo posible, en lugar de excluirlos y aislarlos de todas las actividades de la sociedad” (Recomendación N° 2 del Plan Internacional de Acción de Viena en Envejecimiento/1982).
Personas con VIH/Sida	“Los Estados deberían adoptar medidas de políticas que regulen los bienes, servicios e información relacionados con el VIH, de modo que haya suficientes medidas y servicios de prevención, adecuada información para la prevención y atención de los casos de VIH y medicación inocua y eficaz a precios asequibles. Los Estados deberían tomar también las medidas necesarias para asegurar a todas las personas, sobre una base sostenida e igualitaria, el suministro de y la accesibilidad a bienes de calidad, servicios e información para la prevención, tratamiento, atención y apoyo del VIH/SIDA, incluidos la terapia

	<p>antirretrovírica y otros medicamentos, pruebas diagnósticas y tecnologías relacionadas seguras y eficaces para la atención preventiva, curativa y paliativa del VIH/SIDA, de las infecciones oportunistas y de las enfermedades conexas" (Sexta Directriz Internacional sobre VIH/SIDA y los Derechos Humanos/2006).</p>
<p>Personas privadas de libertad</p>	<p>"Los reclusos tendrán acceso a los servicios de salud de que disponga el país, sin discriminación por su condición jurídica". "El personal de salud, especialmente los médicos, encargado de la atención médica de personas presas o detenidas tiene el deber de brindar protección a la salud física y mental de dichas personas y de tratar sus enfermedades al mismo nivel de calidad que brindan a las personas que no están presas o detenidas" (Principio 9. Principios Básicos para la Protección de Todas las Personas bajo cualquier Forma de Detención o Encarcelamiento/1990).</p>
<p>Poblaciones indígenas</p>	<p>"El Comité considera que los pueblos indígenas tienen derecho a medidas específicas que les permitan mejorar su acceso a los servicios de salud y a las atenciones de la salud. Los servicios de salud deben ser apropiados desde el punto de vista cultural, es decir, tener en cuenta los cuidados preventivos, las prácticas curativas y las medicinas tradicionales. Los Estados deben proporcionar recursos para que los pueblos indígenas establezcan, organicen y controlen esos servicios de suerte que puedan disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental. También deberán protegerse las plantas medicinales, los animales y los minerales que resultan necesarios para el pleno disfrute de la salud de los pueblos indígenas" (Observación N° 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales/2000).</p>

Disponibilidad y accesibilidad de los servicios sanitarios

Un primer campo para examinar el cumplimiento de la norma de equidad dentro de las obligaciones internacionales contraídas por el Estado venezolano en el derecho a la salud, es el de la equidad sanitaria, definida como la norma en la que debe garantizarse una disponibilidad suficiente y plena accesibilidad a medios sanitarios, distribuidos de manera equitativa sobre una base universal o no discriminatoria, para la atención oportuna y adecuada de los problemas de salud de toda la población. En el examen de este campo es relevante saber: la composición de la estructura sanitaria, el número de establecimientos sanitarios disponibles, su extensión territorial y accesibilidad geográfica, los servicios ofrecidos y el disfrute efectivo de los mismos, de acuerdo con las condiciones en las que éstos funcionan, para determinar las inequidades relacionadas con la disponibilidad y la accesibilidad de servicios y que se expresan en la privación, exclusión o discriminación de poblaciones del derecho a la salud.

En el país no existen suficientes estadísticas oficiales ni investigaciones académicas para evaluar cabalmente la equidad sanitaria. Por tal motivo, además de la recopilación de los pocos datos oficiales publicados y de las cifras declaradas por autoridades nacionales y estatales de salud en medios de comunicación públicos, se procedió a realizar un estudio en el Distrito Capital y los estados Miranda y Vargas, denominado Estudio y Monitoreo de la Equidad Sanitaria (EMES), a cargo de las organizaciones Convite, Vida en Vargas y Asopropas, en el que participaron 116 monitores locales de Comités de Salud y organizaciones de trabajadores de la salud. El EMES fue un estudio de campo en el que se evaluaron 355 centros de salud - públicos y privados- que representan 74% de los existentes en los estados señalados, a través de entrevistas aplicadas a 3.430 usuarios y directores o coordinadores de los centros visitados.

En Venezuela, la estructura sanitaria disponible se encuentra separada en cuatro sectores. Tres de éstos, están constituidos por establecimientos y servicios de salud que provee y presta directamente el Estado con altos niveles de fragmentación, en lo que se refiere a su rectoría, dirección, coordinación, planificación y financiamiento. El

cuarto sector es el de las clínicas y centros privados, de mucho menor tamaño y con menos extensión territorial que el público, aunque ha venido creciendo y absorbiendo la presión de una mayor demanda de usuarios, proveniente de empleados públicos y de poblaciones con acceso a seguros médicos, por las precarias condiciones a las que han llegado los centros de salud públicos.

La Constitución de la República Bolivariana de Venezuela de 1999 estableció en su artículo 84 que el Estado debía crear, en un plazo no mayor de 2 años, un sistema público nacional de salud, intersectorial, descentralizado y participativo, integrado al sistema de seguridad social y de carácter gratuito, universal, integral y equitativo. Dado que esta disposición no ha sido cumplida hasta el presente, la fragmentación persiste, generando fallas cada vez más severas y una marcada segmentación de la población por capacidades de pago. Mientras que la mayoría de los empleados públicos y la población de ingresos medios y altos usan los servicios que se prestan en la medicina privada, pagándola por medio de seguros públicos o privados, las poblaciones de bajos ingresos están sujetas a los servicios de los que dispongan los establecimientos sanitarios públicos.

Tabla 5: Estructura Sanitaria en Venezuela

Estructura	Tipos de Establecimientos	Entes de Adscripción	Fuentes de Financiamiento	Usuarios
Sector público asistencial	Hospitales Generales, Especializados y Maternidades	Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS)	Presupuesto Nacional	Población de menores ingresos
	Ambulatorios Urbanos y Rurales	Gobernaciones / MPPS		
Sector público asistencial (Barrio Adentro)	Centros de Diagnóstico Integral	Misión Médica Cubana	Fondos de excedentes petroleros	
	Módulos y Consultorios Populares	Fundación Barrio Adentro	Presupuesto Nacional	
Sector público previsional	Hospitales	Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS)	Presupuesto Nacional	Población de ingresos medios y bajos
	Ambulatorios y Clínicas Populares		Aportes Patronos Públicos y Privados/Afiliados	Trabajadores sector privado y público
	Hospitales	Institutos de Previsión Social	Aportes Estado/Afiliados	Trabajadores sector público
Sector privado	Clínicas Privadas y Consultorios Privados	Reguladas por Superintendencia Nacional de Costos y Precios (SUNDECOP)	Administradoras de Seguros Públicos/Ayudas del Estado	Empleados públicos
			Seguros Privados/ Ayudas del Estado/Pago Directo	Trabajadores sector privado Población de ingresos medios y altos

¿De cuántos centros de salud se dispone?

El último censo de establecimientos que prestan servicios de salud en Venezuela, del que se tenga conocimiento público es del año 2000, y en éste se contabilizaron solamente los hospitales y ambulatorios que administran instituciones del Estado¹⁶. Hasta ese año, la Oficina Panamericana de la Salud (OPS) -usando datos oficiales- estimaba 5.486 establecimientos de salud en el país, de los cuales 5.142 (93,7%) eran públicos¹⁷. En la Memoria y Cuenta del año 2011 del Ministerio de Salud (MPPS) – última vez publicada, la Oficina Estratégica de Seguimiento y Evaluación de Políticas Públicas registró 11.000 establecimientos¹⁸, aunque el MPPS reportó un año después, 13.242 establecimientos¹⁹, lo cual significa que el Estado habría sumado en los últimos 11 años un total de 8.100 nuevos establecimientos al sistema sanitario venezolano dentro de una marcada fragmentación de los entes prestadores.

Este considerable crecimiento de la estructura sanitaria pública obedece a la Misión Barrio Adentro (MBA) iniciada en el 2003 con la colaboración de la Misión Médica Cubana. Durante el tiempo que ha operado esta Misión, el MPPS reportó la construcción de 6.712 módulos de atención primaria, 561 Centros de Diagnóstico Integral (CDI)²⁰, 583 Salas de Rehabilitación Integral (SRI), 400 Ópticas, 3.000 Sillones Odontológicos y 35 Centros de Alta Tecnología (CAT) para diagnósticos especializados, sumando 11.291 nuevos establecimientos; aunque el Instituto Nacional de Estadística (INE) encontró en el Censo 2011 un total de 10.169 establecimientos de atención sanitaria construidos a través de la MBA²¹.

Aunque el mayor número de establecimientos de la Misión Barrio Adentro se ubica en atención primaria, el mayor esfuerzo se hizo en establecimientos de atención especializada a través de los CDI, SRI y CAT, donde el porcentaje de aumento fue el

¹⁶ MPPS. Establecimientos hospitalarios adscritos al Ministerio de Salud (MS) según tipo, ubicación, dirección, fecha de inauguración, número de camas, director y teléfonos. Venezuela 2007.

¹⁷ Oficina Panamericana de la Salud (OPS). Indicadores Básicos de Salud. Venezuela. En: http://www1.paho.org/Spanish/DD/AIS/cp_862.htm

¹⁸ Memoria y Cuenta del Ministerio del Poder Popular para la Salud. Año 2011. Pág. 117.

¹⁹ Agencia Venezolana de Noticias. Venezuela Socialista en Cifras. En: <http://venezuelasocialista.avn.info.ve/>

²⁰ Ministerio del Poder Popular para la Salud. Inaugurado CDI “Ciudad Caribia” en el estado Vargas. 10/10/2012. En http://www.mpps.gob.ve/index.php?option=com_content&view=article&id=2352&Itemid=18

²¹ <http://www.correodelorinoco.gob.ve/nacionales/mas-20-millones-personas-asisten-a-servicios-publicos-salud/>

doble que los primeros, dado que en Venezuela existía una considerable cantidad de ambulatorios urbanos y rurales antes de la Misión. El MPPS también construyó 6 nuevos hospitales especializados en las áreas de materno-infantil, toxicología, gastroenterología, urología, cardiología y oncología, quedando por construir 13 hospitales más, pero en términos de cantidad de establecimientos, el aumento en atención hospitalaria fue muy pequeño.

El sector privado también creció de forma vertiginosa. De unas 315 clínicas en el 2001, se registraron 1.500 en el año 2013 a través de una resolución dictada por la Superintendencia Nacional de Costos y Precios (SUNDECOP)²², como requisito obligatorio para todos los establecimientos del sector privado en el marco de una nueva política de regulación y control de precios²³. Un dato relevante es que, en comparación con el considerable crecimiento del sector público, el incremento del sector privado fue muy superior. En verdad, la representación del sector público en el sistema sanitario bajó a 89,8% en relación con el 93,7% que tenía en el año 2000.

Tabla 6: Número de Establecimientos Sanitarios en Venezuela 200 y 2013

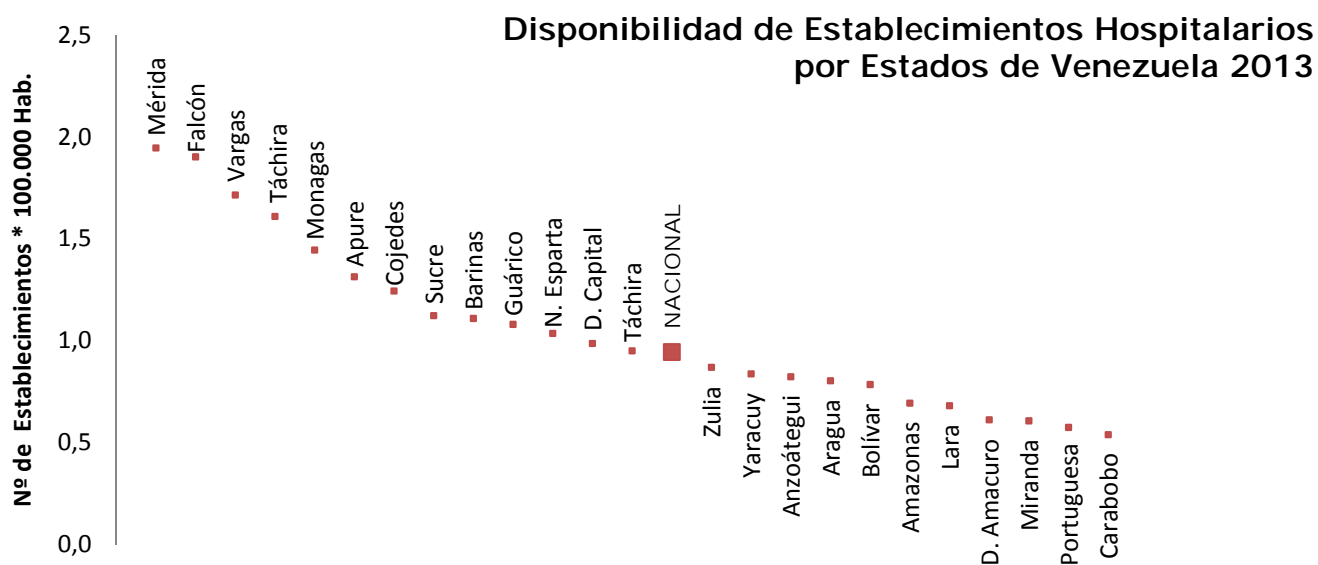
Establecimientos	Entes Regulatorios	Tipos de Centros	2001	Total	2013	Total
Hospitales	MPPS	Hospitales Públicos	214	268	220	276
	IVSS	Hospitales del SSO	33		35	
	Institutos de Previsión Social	Otros Hospitales	21		21	
Atención especializada	Gobernaciones / MPPS	Ambulatorios Públicos Urbanos II, III y Especializados	258	341	239	1.487
	IVSS	Ambulatorios del SSO	83		57	
		Clinicas Populares	-		12	
	Misión Médica Cubana	Centros Diagnóstico Integral	-		561	
		Centros de Alta Tecnología	-		35	
		Salas de Rehabilitación Integral	-		583	
Atención primaria	Gobernaciones / MPPS	Ambulatorios Públicos Urbanos I	632	4.533	608	11.479
	Institutos de Previsión Social	Otros ambulatorios	28		42	
	Misión Médica Cubana	Módulos Atención Primaria	-		6.712	
	Gobernaciones / MPPS	Ambulatorio Públicos Rurales	3.873		4.117	
			Total Públicos		13.242	
			Clinicas privadas		1.500	
			Fundaciones privadas		ND	
			Total Privados		1.500	
			TOTAL		14.742	

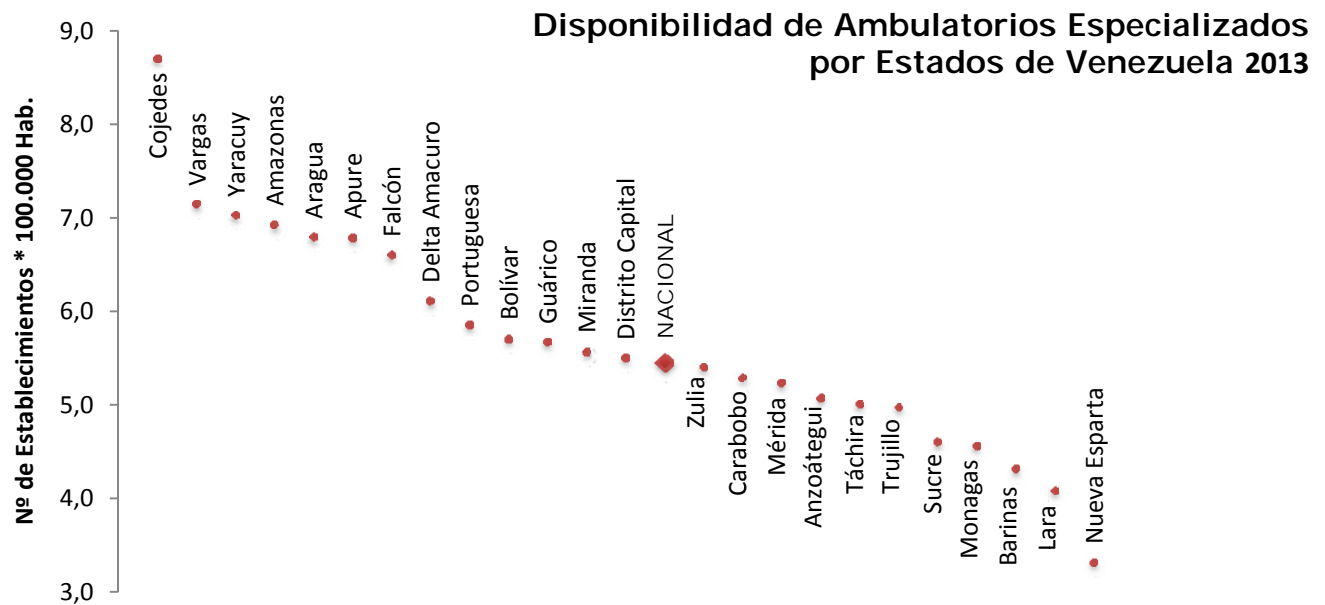
Fuente: Memoria y Cuenta del MPPS (2011). Convite. Informe sobre el derecho a la Atención Sanitaria en Venezuela (2007). En: www.conviteac.org.ve. Ministerio del Poder Popular para la Salud. Resumen de Salud. Actualizado 12/08/2011.

²² Providencia 294.

²³ Agencia Venezolana de Noticias. Ministra Iturría: Clínicas privadas deben respetar derecho a la vida de los venezolanos. En: <http://www.avn.info.ve/node/186719>

Los establecimientos de salud no se encuentran mejor distribuidos que hace 10 años. Los esfuerzos del Estado para alcanzar una disponibilidad más equitativa en los 24 estados del país han sido insuficientes. Continúan concentrándose déficits importantes en varios estados, que generan profundas desigualdades sanitarias. Los estados con mayores déficits de establecimientos sanitarios por 100.000 habitantes, en relación con el promedio nacional, son Zulia, Anzoátegui, Lara y Carabobo. A éstos se suman, los déficits hospitalarios en Yaracuy, Aragua, Bolívar, Amazonas y Delta Amacuro; siendo los estados más críticos Miranda, Portuguesa y Carabobo. Además, es deficitaria la disponibilidad de ambulatorios especializados en Mérida, Táchira y Trujillo, Sucre y Monagas; presentando peor situación Barinas, Lara y Nueva Esparta.





En lo que se refiere a establecimientos de atención primaria, su disponibilidad para las poblaciones de 9 estados del país no es suficiente. Los estados con déficits de este tipo de establecimientos, por debajo del promedio nacional, son Anzoátegui, Vargas, Nueva Esparta, Zulia, Lara, Miranda, Aragua, Táchira y Carabobo, presentando peor disponibilidad los últimos tres estados mencionados.



A lo interno de los estados, entre las principales ciudades y los centros poblados de menor número de habitantes, y entre zonas urbanas y rurales, la distribución de los establecimientos presenta amplias inequidades y no mejoró mucho en estos años. El crecimiento de los establecimientos sanitarios públicos que aportó la MBA, y los cuales suman 11.291, dirigidos a la atención primaria y especializada, mejoró las zonas urbanas de mayor pobreza y, por razones de índole político, tuvo mayor extensión en unos estados que en otros. En cambio, la infraestructura sanitaria pública existente y compuesta actualmente por 5.289 establecimientos -la mitad de los que posee MBA- tiene una mayor penetración en zonas rurales o en lugares distantes de difícil acceso geográfico, pero ésta no fue objeto de políticas sanitarias de inversión y rehabilitación en los últimos años, por lo que su crecimiento fue apenas de 3,6%. El estado Barinas es un ejemplo de esta realidad:

“La mayor concentración de los establecimientos de salud está ubicada en el municipio Barinas, (capital del estado) donde se encuentra gran parte de la población, seguido del municipio Bolívar y Rojas. Los municipios Obispos, Cruz Paredes, Arismendi, Sosa y Andrés Eloy Blanco no cuentan con establecimientos hospitalarios, aún cuando estos poseen poblaciones superiores a los 20.000 habitantes; predomina en estos municipios los establecimientos rurales. En los municipios Sosa y Arismendi, la prestación de salud es predominantemente de nivel primario, y estos geográficamente se encuentran alejados de los centros de mayor complejidad”²⁴.

²⁴ MPPS, Análisis de la Situación de Salud. Estado Barinas. 2012.

Tabla 7: Número de Establecimientos Sanitarios por Estados de Venezuela

Estados	Establecimientos Hospitalarios				Establecimientos Ambulatorios Especializados							Establecimientos de Atención primaria				
	Públicos	IVSS	Total	Razón	Urbanos	IVSS	CDI	SRI	CAT	Total	Razón	Urbanos	Consultorios	Rurales	Total	Razón
Amazonas	1	0	1	0,7	0	0	3	7	0	10	6,9	7	34	107	148	102,5
Anzoátegui	10	2	12	0,8	8	2	31	31	2	74	5,1	34	304	273	611	41,9
Apure	6	0	6	1,3	6	1	11	11	2	31	6,8	8	126	129	263	57,6
Aragua	11	2	13	0,8	23	4	41	41	1	110	6,8	47	383	63	493	30,4
Barinas	8	1	9	1,1	1	1	15	17	1	35	4,3	12	133	220	365	45,0
Bolívar	7	4	11	0,8	6	8	32	31	3	80	5,7	43	334	299	676	48,2
Carabobo	10	2	12	0,5	14	8	48	48	0	118	5,3	18	557	69	644	28,9
Cojedes	4	0	4	1,2	5	2	10	10	1	28	8,7	10	75	96	181	56,3
D.Amacuro	1	0	1	0,6	1	0	4	4	1	10	6,1	2	41	97	140	85,5
D.Capital	15	4	19	1,0	19	3	38	44	2	106	5,5	60	845	3	908	47,1
Falcón	13	4	17	1,9	13	1	22	22	1	59	6,6	27	215	322	564	63,1
Guárico	8	0	8	1,1	1	2	19	19	1	42	5,7	31	165	216	412	55,6
Lara	10	2	12	0,7	12	1	28	29	2	72	4,1	37	272	262	571	32,4
Mérida	15	1	16	1,9	6	0	18	18	1	43	5,2	19	262	195	476	57,9
Miranda	13	3	16	0,6	20	7	56	61	3	147	5,6	39	599	209	847	32,1
Monagas	13	0	13	1,4	3	1	17	19	1	41	4,6	12	184	212	408	45,3
N.Esparta	4	1	5	1,0	0	1	7	7	1	16	3,3	7	89	83	179	37,0
Portuguesa	3	2	5	0,6	10	0	19	21	1	51	5,9	17	229	214	460	52,8
Sucre	10	0	10	1,1	5	0	17	18	1	41	4,6	11	213	221	445	49,9
Táchira	10	1	11	0,9	6	1	25	25	1	58	5,0	34	123	193	350	30,2
Trujillo	9	2	11	1,6	3	2	14	14	1	34	5,0	21	186	314	521	76,2
Vargas	5	1	6	1,7	2	4	9	9	1	25	7,1	20	94	20	134	38,3
Yaracuy	5	0	5	0,8	12	1	14	14	1	42	7,0	19	255	107	381	63,7
Zulia	29	3	32	0,9	63	7	63	63	3	199	5,4	73	994	193	1260	34,2
Total	220	35	255	0,9	239	57	561	583	32	1472	5,4	608	6712	4117	11437	42,3

¿A qué servicios tiene acceso la población?

La distribución desigual de los establecimientos entre los estados y al interior de ellos, se une a deficiencias en la oferta de servicios, lo cual sería menos grave para el acceso de las personas a la atención disponible, si no tuviera tanta preponderancia la fragmentación del sistema sanitario. Tomando los datos del EMES para el Distrito Capital y los estados Miranda y Vargas, la oferta de servicios presenta la siguiente situación:

- Los servicios más extendidos en los establecimientos sanitarios evaluados son los de atención primaria, atención diagnóstica y emergencias. Es de resaltar que, la fortaleza atribuida a la MBA según la cual a través de sus establecimientos aumentó la cantidad de servicios de diagnóstico especializado en el país, contrasta con el bajo aporte que ellos hacen a este tipo de atención, en comparación con la que ofrecen los hospitales y ambulatorios públicos e incluso las clínicas privadas.
- Los servicios más deficientes en los establecimientos son las cirugías mayores, la atención de partos (normales y complicados) y los cuidados intensivos, tanto para adultos como para niños. Es preocupante que los hospitales de IVSS, cuyo número es 6 veces menor al de los hospitales públicos, sean los únicos de los establecimientos disponibles que tienen la mayor oferta de estos servicios.

Los hospitales públicos y las clínicas privadas son los establecimientos con la oferta más amplia de servicios. Los hospitales presentan particular fortaleza en especialidades médicas y en servicios de emergencia, cirugía, hospitalización, exámenes, estudios especializados y vacunaciones. Las clínicas privadas, por su parte, concentran más su oferta en especialidades médicas, emergencias, cirugías y hospitalización. Destaca que las clínicas posean una más alta superioridad en la oferta de cirugías mayores que la ofrecida por los hospitales públicos; y que los hospitales del IVSS sean los que presentan la mayor oferta de servicios en todos los tipos de atención, siendo un número reducido de establecimientos. La evaluación del EMES muestra además que, pese al gran número de establecimientos ambulatorios existentes, que aumentó tres veces su tamaño con los construidos a través de la MBA, la oferta de servicios en ellos es la más baja y en porcentajes muy inferiores a la que prestan los hospitales públicos tradicionales.

Tabla 8: Oferta de Servicios de Atención por tipo de Establecimiento Sanitario						
Servicios	Hospital Público	Ambulatorio Público	Centro Barrio Adentro	Hospital del SSO	Ambulatorio del SSO	Clínica Privada
Atención Primaria	56	85	80	3	3	67
%	87,5	89,5	87,0	60,0	75,0	70,5
Vacunación	41	72	42	3	2	23
%	64,1	75,8	45,7	60,0	50,0	24,2
Especialidades médicas	54	46	20	4	2	74
%	84,4	48,4	21,7	80,0	50,0	77,9
Emergencia	50	72	34	5	1	58
%	78,1	75,8	37,0	100,0	25,0	61,1
Cirugía Mayor	26	2	5	4	0	49
%	40,6	2,1	5,4	80,0	0,0	51,6
Cirugía Menor	39	33	24	4	3	68
%	60,9	34,7	26,1	80,0	75,0	71,6
Cuidados Intensivos adultos	30	0	21	3	0	33
%	46,9	0,0	22,8	60,0	0,0	34,7
Cuidados Intensivos niños	18	1	3	4	0	27
%	28,1	1,1	3,3	80,0	0,0	28,4
Hospitalización	50	4	27	4	1	54
%	78,1	4,2	29,3	80,0	25,0	56,8
Partos normales	23	10	6	3	0	44
%	35,9	10,5	6,5	60,0	0,0	46,3
Partos complicados	8	2	3	2	0	33
%	12,5	2,1	3,3	40,0	0,0	34,7
Exámenes laboratorio	53	29	24	5	3	69
%	82,8	30,5	26,1	100,0	75,0	72,6
Estudios especializados	49	27	23	4	1	66
%	76,6	28,4	25,0	80,0	25,0	69,5
Total	64	95	92	5	4	95

En concordancia con la oferta de servicios, de los 3.034 usuarios entrevistados en el EMES, 39,7% acudió a los establecimientos sanitarios para solicitar una consulta médica especializada y 28,9% para realizar una consulta de atención primaria. Las emergencias y los servicios de diagnóstico fueron los más solicitados por los usuarios de los establecimientos evaluados.

Tabla 9: Motivo de Consulta en Establecimientos de Salud		
	Nº	%
Atención Primaria	877	28,9
Vacunación	79	2,6
Partos normales	69	2,3
Citología	196	6,5
Especialidades Médicas	1.205	39,7
Quimioterapia	9	0,3
Emergencia	230	7,6
Servicios de Diagnóstico	225	7,4
Cirugía Menor	79	2,6
Hospitalización	48	1,6
Partos complicados	15	0,5
Suministro de Medicamentos	2	0,1
Total	3.034	100,0

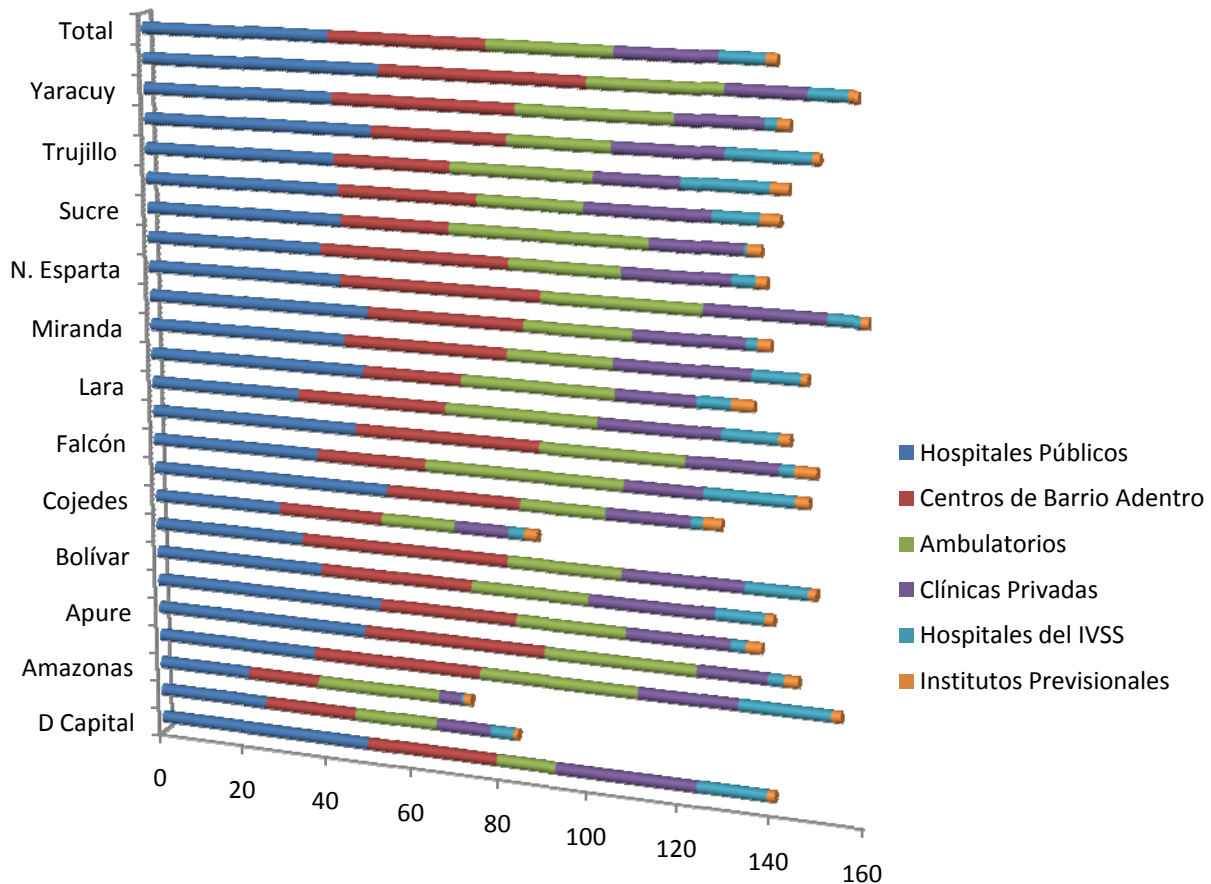
Además, 25,4% de los usuarios provenía de otros centros de salud, a los cuales dejaron de asistir por las siguientes razones:

- El 39,9% de los usuarios no podía seguir asistiendo a otros centros por dificultades de acceso geográfico (sea por la distancia o por falta de transporte), considerando que 50,3% se movilizaba en transporte público y 24,1% llegó a pie. El costo elevado de los servicios también se mencionó como razón en 5,3% de los casos.
- El 20,6% de los usuarios no tuvo otra opción que dejar de asistir a otros centros, porque el personal manifestó encontrarse sin ninguna capacidad de atención. En 6,9% de los casos, los centros a los que acudieron antes no disponían de ciertos servicios médicos. La suspensión de centros y la falta de médicos, camas, quirófanos e insumos fue mencionado, sumando 9,1% de los casos.
- El 11,1% de los usuarios dejó de acudir a otros centros por encontrar en ellos una muy baja calidad de atención.

Tabla 10: Razones para cambiar de Establecimiento		
	Nº	%
Centros suspendidos	24	3,1
Sin capacidad de atención	159	20,6
Sin médicos	25	3,2
Sin quirófano	5	0,6
Sin disponibilidad de ciertos servicios	53	6,9
Sin disponibilidad de ciertos servicios de diagnóstico	15	1,9
Falta de insumos	17	2,2
Falta de camas	5	0,6
Dificultad de acceso	308	39,9
Costo elevado	41	5,3
Baja calidad	86	11,1
Tiempo de espera	15	1,9
Cambio de domicilio	16	2,1
Sin otra opción	3	0,4
Total	772 (25,4%)	100,0

Las cifras disponibles indican que el mayor número de establecimientos disponibles no mejoró significativamente la oferta de servicios, razón por la cual la población continua acudiendo a los establecimientos tradicionales, a pesar de las barreras de acceso geográfico y de las deficiencias de funcionamiento y capacidad de atención, que éstos presentan. Efectivamente, la población sigue acudiendo a los hospitales y ambulatorios públicos, como lo revelan datos del Censo de Población realizado en el año 2011 por el INE. De acuerdo con estos datos, el porcentaje de solicitudes de atención médica alcanza un 59,3% y las personas manifiestan acudir, en primer lugar, a los hospitales públicos (42,2%), en segundo lugar, a los Centros de Barrio Adentro (34,6%) y, en tercer lugar, a los ambulatorios públicos (27,4%). En cuarto lugar acudieron a las clínicas privadas, aunque en un porcentaje no muy distante del tercero (21,6%).

Solicitud de Atención de Salud en Establecimientos Sanitarios por Estados de Venezuela 2013



Para encontrar asistencia médica, en 20 de los 24 estados del país, las personas acuden más a hospitales públicos que a otro tipo de establecimiento sanitario. En 4 estados, los Centros de Barrio Adentro constituyen el primer lugar de asistencia (Aragua, Carabobo, Nueva Esparta y Portuguesa) y, en 15, conforman la segunda opción. En 3 estados del país (Amazonas, Falcón y Sucre), el ambulatorio público es el primero en ser visitado y, en segundo lugar, se encuentra el hospital. El Distrito Capital, es la única entidad del país en la que las personas consideran las clínicas privadas como la segunda opción de asistencia, siendo primera los hospitales. En otros 4 estados (Bolívar, Miranda, Táchira y Vargas), las clínicas privadas ocupan el tercer lugar de solicitud de asistencia, antes que los ambulatorios.

Tabla 11: Personas que solicitaron atención médica por tipo de Establecimientos Sanitarios

Estados	Población	Solicitaron Atención Médica	Hospitales Públicos	Hospitales del IVSS	Ambulatorios	Centros de Barrio Adentro	Clinicas Privadas	Institutos Previsionales
D Capital	1.927.586	967.045	475.677	146.919	131.183	287.434	301.882	16.479
%		50,2	49,2	15,2	13,6	29,7	31,2	1,7
Anzoátegui	1.459.064	1.459.064	368.363	75.640	274.408	309.201	178.805	15.261
%		57,7	25,2	5,2	18,8	21,2	12,3	1,0
Amazonas	144.408	144.408	30.641	676	40.533	23.833	7.437	2.241
%		55,4	21,2	0,5	28,1	16,5	5,1	1,6
Aragua	1.619.192	939.328	347.317	185.718	332.908	358.722	205.131	19.133
%		58,0	37,0	19,8	35,4	38,2	21,8	2,0
Apure	456.856	252.251	123.458	8.682	84.843	102.902	38.623	7.640
%		55,2	48,9	3,4	33,6	40,8	15,3	3,0
Barinas	811.928	458.074	240.813	14.882	112.011	140.453	103.896	15.119
%		56,4	52,6	3,2	24,5	30,7	22,7	3,3
Bolívar	1.402.887	705.144	274.480	75.020	185.778	242.638	194.164	12.638
%		50,3	38,9	10,6	26,3	34,4	27,5	1,8
Carabobo	2.230.245	1189024	411492	159720	302673	554694	314558	18821
%		53,3	34,6	13,4	25,5	46,7	26,5	1,6
Cojedes	321.770	321.770	94.585	11.135	53.099	75.842	38.879	8.876
%		59,9	29,4	3,5	16,5	23,6	12,1	2,8
D Amacuro	163.717	73.684	40.024	1.907	13.981	22.008	13.570	2.807
%		45,0	54,3	2,6	29,9	29,9	18,4	3,8
Falcón	893.813	542.382	208.512	104.215	238.758	133.705	92.641	15.551
%		60,7	38,4	19,2	44,0	24,7	17,1	2,9
Guárico	741.009	413.168	195.568	12.908	131.231	170.006	81.795	19.096
%		55,8	47,3	3,1	31,8	41,1	19,8	4,6
Lara	1.763.829	995.406	340.747	119.932	335.466	332.827	263.229	23.971
%		56,4	34,2	12,0	33,7	33,4	26,4	2,4
Mérida	822.451	497.255	244.643	36.742	168.237	109.428	85.748	23.243
%		60,5	49,2	7,4	33,8	22,0	17,2	4,7
Miranda	2.640.649	1.348.420	606.515	137.755	312.401	490.131	395.294	18.627
%		51,1	45,0	10,2	23,2	36,3	29,3	1,4
Monagas	900.004	491.995	247.437	11.444	116.831	169.996	117.723	13.879
%		54,7	50,3	2,3	23,7	34,6	23,9	2,8
N. Esparta	483.138	263.468	116.709	17.819	91.909	116.709	67.795	4.339
%		54,5	44,3	6,8	34,9	44,3	25,7	1,6
Portuguesa	871.644	475.146	188.919	23.247	116.213	198.745	110.015	10.907
%		54,5	39,8	4,9	24,5	41,8	23,2	2,3
Sucre	890.943	489.666	218.093	2.814	212.112	118.104	96.771	14.117
%		55,0	44,5	0,6	43,3	24,1	19,8	2,9
Táchira	1.158.669	577.202	253.968	57.385	134.425	177.424	155.920	23.943
%		49,8	44,0	9,9	23,3	30,7	27,0	4,1
Trujillo	683.613	417.476	180.274	76.781	129.938	107.228	76.774	15.685
%		61,1	43,2	18,4	31,1	25,7	18,4	3,8
Vargas	349.929	185.264	95.371	33.104	41.850	54.942	43.735	2.705
%		52,9	51,5	17,9	22,6	29,7	23,6	1,5
Yaracuy	597.824	375.176	160.913	9.336	127.121	150.524	69.494	9.645
%		62,8	42,9	2,5	33,9	40,1	18,5	2,6
Zulia	3.684.371	2.439.498	1.301.949	196.705	696.546	1.099.870	412.383	50.536
%		66,2	53,4	8,1	28,6	45,1	16,9	2,1
Total	27.019.539	16.021.314	6.766.468	1.520.486	4.384.455	5.547.366	3.466.262	365.259
%		59,3	42,2	9,5	27,4	34,6	21,6	2,3

El acceso al sistema sanitario, no sólo está sujeto a la disponibilidad de establecimientos abiertos, a la distancia geográfica a ellos y a la oferta de servicios que éstos presten, sino que también depende de las condiciones de funcionamiento en las que se encuentran los servicios, lo cual es lo que determina en definitiva que las personas dispongan realmente o no de atención. El funcionamiento de los servicios sanitarios es actualmente una de las principales fuentes de inequidad en Venezuela porque afecta fundamentalmente a los hospitales y ambulatorios públicos. Son éstos –como lo indica este estudio- los establecimientos en los que se dispone de la más amplia oferta de servicios, no condicionada a criterios económicos, y a los que acude la mayoría de la población, sobre todo la de menores recursos. Esta es la razón que explica el crecimiento de las clínicas privadas y que en varios estados del país sean éstas la única posibilidad de obtener la atención que se necesita.

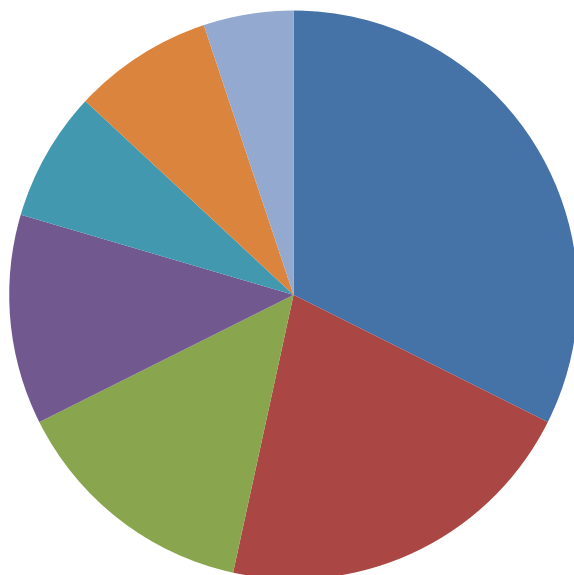
En Venezuela no existen cifras oficiales públicas que permitan saber cuántos y cuáles de los establecimientos están realmente en funcionamiento. La poca información sobre ello es la que reporta el personal médico y los mismos usuarios de servicios, cuando acuden a un establecimiento y lo encuentran cerrado o suspendido por alguna causa que impide prestarles atención. Durante los últimos años, las denuncias sobre mal funcionamiento de los centros de salud son diarias y recurrentes. La base de datos de prensa de la ONG Provea, reportó para el año 2011 un total de 240 denuncias sobre mal funcionamiento de los servicios. En el 2012, las denuncias aumentaron a 1.074. La mayoría de estas denuncias se refieren a 4 problemas:

- Falta de insumos básicos y medicamentos. Estas fallas son un problema crónico que obedece a deficiencias presupuestarias y a la ausencia de sistemas normativos de suministro y control. La Contraloría General de la República ha dedicado en sus últimos informes capítulos específicos sobre problemas en su compra, almacenamiento, manejo, distribución y suministro.
- Falta de personal médico por renuncia o ausencia, debido a bajos salarios, violación de derechos laborales y malas condiciones de trabajo. Los gremios de la salud han estimado entre un 30% y 50% de personal médico retirado de los hospitales públicos, que en su mayoría ahora trabajan exclusivamente para el sector privado.
- Problemas de infraestructura por deterioro o una inadecuada planificación de obras que han quedado inconclusas o mal hechas. Desde el año 2008, reposan en la Asamblea Nacional informes que contienen graves señalamientos de corrupción

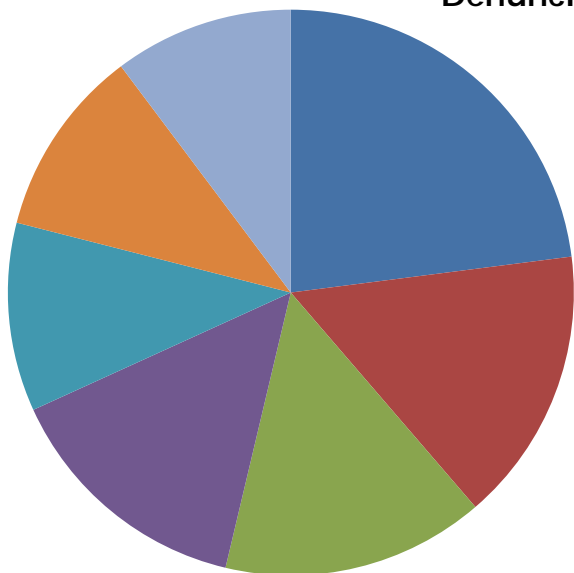
por este tipo de obras. Incluye el equipamiento dañado por mal uso, falta de mantenimiento o problemas de corrupción.

Denuncias sobre Servicios de Salud 2011 / Provea

- Falta de insumos básicos y medicamentos
- Falta de personal médico
- Problemas de infraestructura
- Fallas en el aire acondicionado
- Falta de insumos médicos quirúrgicos
- Mal estado de ambulancias o no disponibilidad
- Mala praxis médica



Denuncias sobre Servicios de Salud 2012 / Provea



- Falta de insumos básicos y medicamentos
- Falta de personal médico
- Falta de insumos médicos quirúrgicos
- Falta de equipos médicos u obsoletos
- Problemas de infraestructura
- Falta de mantenimiento
- Obras inconclusas

La falta de personal de salud es un problema estructural de los servicios, aunado a que las vacantes de estudiantes en postgrados de medicina han ido aumentando, alcanzando entre un 25% y 30% de cupos sin llenar, particularmente en medicina interna, pediatría, medicina crítica, neonatología, psiquiatría y nefrología, obstetricia y ginecología, traumatología, cardiología, gastroenterología y neumonología²⁵. En la Memoria y Cuenta del MPPS de 2011, las Direcciones Regionales de Salud reportaban, en el estado Anzoátegui, una tendencia persistente a la falta de personal asistencial (médicos residentes, especialistas y enfermeras), tanto en centros ambulatorios urbanos como en la red hospitalaria²⁶. En Monagas se reportaron deficiencias de personal de enfermería, y de inspectores y técnicos. En especialidades médicas hubo deficiencias en dermatología, anatomía patológica, reumatología, medicina física y rehabilitación y urología. Asimismo, las zonas rurales no tenían médicos generales²⁷. Estados como Aragua, reportaron déficits de médicos, enfermeras, bioanalistas y radiólogos, advirtiendo que ello causaba aumento de las emergencias²⁸. En Trujillo, se reportó la falta de médicos y enfermeras en ambulatorios rurales y hospitales²⁹.

En más de la mitad de los centros de salud evaluados en el EMES se encontraron necesidades de personal médico. 56,0% de los centros requería médicos residentes, 51,3% de médicos pediatras, 50,4% de médicos internistas, 62,4% de médicos intensivistas, 38,2% de médicos de otras especialidades y 56,5% de médicos generales. El déficit de médicos es más crítico que el de personal de enfermería, habiendo sido éste hasta hace unos años el principal problema de falta de personal que más se reportaba. De hecho, 24,8% de los centros manifestó necesidad de enfermeras o enfermeros y, 46,5% fallas de auxiliares de enfermería. También existen necesidades en categorías de personal que apoyan labores de atención y diagnóstico, realizan tareas de vigilancia epidemiológica y facilitan programas de salud en las comunidades. Al respecto, 72,4% de los centros reportó necesidad de personal paramédico; 60,4% de promotores de salud, 59,6% de epidemiólogos, 58,8% de trabajadores sociales, 50,4% de Comités de Salud y 42,1% de bioanalistas. Adicionalmente, 49,9% de los centros no cuenta con suficientes técnicos de equipos médicos, 38,4% requiere de personal de seguridad y 30,1% de personal de recepción.

²⁵ Provea. Informe Anual 2012. Capítulo del Derecho a la Salud. Pág.

²⁶ MPPS. Memoria y Cuenta 2011. Dirección de Salud de Anzoátegui. Pág. 420.

²⁷ MPPS. Memoria y Cuenta 2011. Dirección de Salud de Monagas, Pág. 393.

²⁸ MPPS. Memoria y Cuenta 2011. Dirección de Salud de Aragua. Págs. 372-373.

²⁹ MPPS. Memoria y Cuenta 2011. Dirección de Salud de Trujillo. Pág. 415.

Tabla 12: Centros de Salud con Déficit de Personal								
Categorías de Personal	Estados							
	Distrito Capital	%	Miranda	%	Vargas	%	Total	%
Médicos atención primaria	13	8,7	19	21,3	28	30,4	60	16,7
Médicos de familia	67	45,6	71	86,6	65	80,2	203	56,5
Pediatras	83	56,1	46	56,1	55	67,1	184	51,3
Internistas	85	57,8	36	46,2	60	78,9	181	50,4
Especialistas	53	36,3	30	37,0	54	66,7	137	38,2
Intensivistas	102	70,8	57	70,4	65	89,0	224	62,4
Residentes	95	64,6	43	52,4	63	81,8	201	56,0
Epidemiólogos	106	73,1	45	56,3	63	87,5	214	59,6
Enfermeras	36	24,2	15	16,9	38	40,4	89	24,8
Auxiliares de enfermería	84	57,1	23	26,4	60	70,6	167	46,5
Paramédicos	125	86,8	64	79,0	71	97,3	260	72,4
Promotores de salud	100	69,9	56	67,5	61	77,2	217	60,4
Trabajadores sociales	95	65,1	57	69,5	59	76,6	211	58,8
Comités de salud	74	50,7	52	64,2	55	66,3	181	50,4
Técnicos de equipos	79	53,7	41	50,6	59	76,6	179	49,9
Bioanalistas	70	47,6	31	37,8	50	62,5	151	42,1
Personal de recepción	54	36,7	12	14,1	42	51,2	108	30,1
Personal de limpieza	40	26,8	5	5,7	21	22,8	66	18,4
Personal administrativo	52	35,4	11	12,8	44	53,0	107	29,8
Personal de seguridad	64	43,5	18	21,2	56	70,9	138	38,4

La mayor inconformidad de los trabajadores de la salud, en los centros evaluados en el EMES, se encontró en el irrespeto de sus derechos laborales:

- En 69,9% de los centros, los trabajadores manifestaron no estar amparados actualmente por contratación colectiva.
- En 58,6% de los centros, los trabajadores opinaron que la libertad gremial y sindical se encuentra afectada.
- En 59,1% de los centros, los trabajadores expresaron que los sueldos son insuficientes.

En alrededor del 20% de los centros, los trabajadores de la salud indicaron disgustos o malestar con la falta de formación (25,5%), el maltrato que reciben por parte de directivos (24,6%) y las malas condiciones en las que trabajan dentro de los centros de salud (19,5%).

Dificultades	Estados						Total	%
	D. Capital	%	Miranda	%	Vargas	%		
Sin Contratación Colectiva	115	76,2	58	65,2	61	64,2	234	69,9
Sueldos insuficiente	83	55,3	37	41,1	48	50,5	168	50,1
Restricciones a la libertad gremial o sindical	96	65,8	29	33,3	63	71,6	188	58,6
Maltrato de Directivos	30	20,0	16	17,8	36	38,3	82	24,6
Disgusto con horarios	13	8,8	13	14,4	19	20,0	45	13,6
Malas condiciones de atención	33	20,8	11	12,4	23	24,2	67	19,5
Falta de formación	31	20,8	16	17,8	38	40,4	85	25,5

La situación es más grave en algunos tipos de centro, especialmente en los Centros de Barrio Adentro y los ambulatorios del IVSS:

- En 88,2% de los Centros de Barrio Adentro y 75% de los ambulatorios del IVSS, los trabajadores indican no estar amparados por el derecho a contratación colectiva.
- En 75,0% de los ambulatorios del IVSS, 62,5% de los ambulatorios públicos y 60,8% de los hospitales del IVSS, los trabajadores manifiestan que sus sueldos son insuficientes.
- En 72,0% de los Centros de Barrio Adentro y 66,7% de los ambulatorios del IVSS los trabajadores expresan ser afectados en su derecho a la libertad gremial o sindical.
- En 41,2% de los Centros de Barrio Adentro y 36,1% de los hospitales públicos, los trabajadores sienten malestar con el trato que reciben de los directivos de los centros.
- En 44,7% de los Centros de Barrio Adentro, los trabajadores señalan falta de formación y, en 32,1%, malas condiciones de trabajo.

Dificultades	Hospital Público		Ambulatorio Público		Centro de Barrio Adentro		Hospital del IVSS		Ambulatorio del IVSS		Clínica Privada	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sin Contratación Colectiva	31	50,8	45	51,1	75	88,2	0	0,0	3	75,0	12	13,0
Sueldos insuficientes	34	55,7	55	62,5	43	50,6	3	60,0	3	75,0	30	32,6
Restricciones a la libertad gremial o sindical	37	63,8	47	54,7	59	72,0	2	40,0	2	66,7	40	46,0
Maltrato de Directivos	22	36,1	14	16,1	35	41,2	1	20,0	1	25,0	9	9,8
Disgusto con horarios	9	14,8	6	7,0	18	21,2	0	0,0	1	25,0	11	12,0
Mala condiciones de atención	17	27,9	12	13,6	27	32,1	1	20,0	1	25,0	9	9,8
Falta de formación	20	32,8	10	11,4	38	44,7	1	25,0	1	25,0	15	16,5

Por otra parte, 35,3% de los centros de los 359 evaluados en el EMES, presentaba fallas de diferente índole. El 41,8% de las fallas se refería a reparaciones de infraestructura, el 18,7% a falta de personal para prestar atención en estos servicios, el 11,1% a falta de insumos, y el 10,7% a deficiencias relacionadas con servicios básicos (electricidad, agua y recolección de desechos sólidos, fundamentalmente).

	Nº	%
En reparación	520	41,8
Falta de personal	233	18,7
Falta de camas	93	7,5
Falta de insumos	138	11,1
Contaminación	81	6,5
Falta de servicios públicos	133	10,7
Falta de equipos	45	3,6
Total	1.243	100,0

La falla en la prestación de servicio por causa de reparaciones es la más extendida en todos los centros de salud. El resto de las deficiencias se concentran en los hospitales y ambulatorios públicos, siendo el déficit de personal de salud, la segunda causa más importante de los problemas de prestación en estos establecimientos.

Tabla 16: Centros de Salud con Fallas (%)						
	Hospital Público	Ambulatorio Público	Centro de Barrio Adentro	Hospital del SSO	Ambulatorio del SSO	Clinica Privada
En reparación	20,3	12,6	2,2	80,0	50,0	7,4
Falta de personal	15,6	10,5	2,2	0,0	0,0	1,1
Falta de camas	6,3	3,2	0,0	0,0	0,0	1,1
Falta de insumos	6,3	7,4	2,2	0,0	0,0	1,1
Contaminación	4,7	4,2	0,0	0,0	0,0	0,0
Falta de servicios	6,3	7,4	1,1	0,0	25,0	5,3
Falta de equipos	3,1	3,3	0,0	0,0	0,0	0,0

Los centros de salud también presentan condiciones de deterioro que se observan en su infraestructura, camas, equipos y servicios básicos:

- 45,3% de los hospitales públicos, 50% de los ambulatorios del Seguro Social, 28,5% de los ambulatorios públicos, 20% de los hospitales del Seguro Social y 19,6% de los Centros de Barrio Adentro, señalan deterioros generales de su infraestructura física.
- 32,8% de los hospitales públicos, 16,1% de los ambulatorios públicos y 6,5% de los Centros de Barrio Adentro, reportan equipos dañados.
- La falta de agua potable afecta a más del 40% de los centros de salud.
- 45,3% de los hospitales públicos, 44,6% de los Centros de Barrio Adentro y 33,3% de los ambulatorios públicos, presentan problemas con la disposición de sus desechos sólidos. Además, en similares porcentajes todos los centros manifiestan no contar con sistemas de recolección de estos desechos.
- 41,3% y 42,4% de los Centros de Barrio Adentro reportan problemas de electricidad y fallas de iluminación en los establecimientos.
- Las mayores fallas, que afectan de un 50% a 70% de los centros, son la falta de seguridad, transporte y teléfonos públicos.

En cuanto a la magnitud de las deficiencias que presentan los centros de salud del país, la disponibilidad de camas en hospitales, revela una pérdida de capacidad hospitalaria cercana al 55%, puesto que faltarían 21.000 camas para alcanzar el estándar internacional de 2,3 por cada 1.000 habitantes³⁰.

³⁰ Anyimar Cova Lugo. "Proponen sistema único de salud con contraloría estatal". En: El Universal. 27.11.10. Pág. 1-6.

Tabla 17: Áreas que presentan deterioro por tipos de centro

	Hospital Público		Ambulatorio Público		Centro de BA		Hospital del SSO		Ambulatorio del SSO		Clínica Privada	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Infraestructura	29	45,3	53	28,5	18	19,6	1	20,0	2	50,0	7	7,4
Camas	4	6,3	3	1,6	0	0,0	0	0,0	1	25,0	7	7,4
Equipos	21	32,8	30	16,1	6	6,5	0	0,0	0	0,0	7	7,4
Agua potable	27	42,2	79	42,5	45	48,9	0	0,0	2	50,0	18	18,9
Electricidad	25	39,1	33	17,8	38	41,3	1	20,0	0	0,0	15	15,8
Iluminación	24	37,5	66	35,5	39	42,4	0	0,0	1	25,0	7	7,4
Disposición desechos	29	45,3	62	33,3	41	44,6	0	0,0	0	0,0	14	14,9
Recolección desechos	29	45,3	66	35,5	40	43,5	1	20,0	1	25,0	15	16,0
Limpieza	14	21,9	31	16,7	15	16,3	2	40,0	2	50,0	8	8,4
Alimentación	19	29,7	0	0,0	67	73,6	1	20,0	0	0,0	35	37,6
Teléfonos Públicos	35	56,5	132	72,1	70	78,7	0	0,0	3	75,0	37	39,8
Seguridad	34	53,1	129	70,1	69	76,7	1	20,0	3	75,0	25	27,2
Transporte	33	51,6	98	53,8	40	44,4	2	50,0	2	50,0	35	38,0
Vías de acceso	17	27,4	68	37,0	28	30,4	1	20,0	2	50,0	16	17,0

La distribución de los recursos financieros en salud

El segundo campo para examinar la norma de equidad en las obligaciones internacionales contraídas por el Estado venezolano en el derecho a la salud, es el de la equidad financiera, definida como la norma en la que deben hacerse todos los esfuerzos necesarios para reducir o corregir las disparidades entre los recursos financieros destinados al sistema sanitario, asegurando una distribución equivalente entre recursos y necesidades, y una eficaz protección financiera de la población ante los costos de atención, asegurando que no recaiga en los hogares más pobres una carga desproporcionada de los gastos ni se produzcan privaciones de atención a la salud por falta de recursos económicos. Para el examen de este campo se requiere conocer cuánto se destina al gasto en salud y determinar en qué medida es suficiente para atender las necesidades de salud, así como es necesario saber los niveles de protección financiera de los que goza la población por las transferencias de este gasto al presupuesto de los hogares a través del acceso a servicios sanitarios públicos o de sistemas de aseguramiento que permitan afrontar los costos de atención. En este campo tiene especial relevancia el grado en que la accesibilidad a los servicios sanitarios está condicionada a la condición económica, situación a la que contribuyen las deficiencias de los servicios sanitarios públicos.

En Venezuela, las cifras de gasto público pueden obtenerse del presupuesto nacional, aprobado anualmente por el parlamento al Poder Ejecutivo, de las cuentas nacionales y de las encuestas que sobre presupuesto y gasto de los hogares se realizan cada cierto tiempo. Durante los últimos años se ha producido una doble contabilidad de las finanzas públicas, compuesta por los recursos programados en el presupuesto nacional y otros depositados en fondos alternos. Estos recursos entran al gasto en salud mediante solicitudes de créditos adicionales o de asignaciones directas que realizan los entes públicos encargados de la administración de los fondos. Los montos y asignaciones de estos recursos no son de conocimiento público y éstos han tenido cierta relevancia para el sector salud durante los últimos años. Mediante fondos colocados por Petróleos de Venezuela (PDVSA) se financió buena parte de la construcción y dotación de los establecimientos de atención primaria de la MBA; y a través del Fondo de Desarrollo Nacional (FONDEN) y del Fondo Chino-venezolano, se

han destinado recursos para la construcción, rehabilitación, equipamiento y dotación de establecimientos hospitalarios.

¿A cuánto asciende el gasto en salud?

A partir del procesamiento de cifras oficiales del Banco Central de Venezuela y el Sistema de Indicadores Sociales del Ministerio del Poder Popular para la Planificación (MPD), la investigadora Silvia Salvato estima que el gasto en salud en Venezuela se encuentre por el orden de 6% del Producto Interno Bruto (PIB). Este porcentaje no ha variado de manera significativa en la última década, indicando de entrada que la inversión en salud se ha mantenido cercana a las capacidades de infraestructura, tecnología y personal generadas en el pasado, manteniendo con el gasto efectuado el mismo nivel de actividad sin considerar el crecimiento de la población y las nuevas necesidades de atención de acuerdo con los perfiles demográficos y epidemiológicos.

Tabla 18: Gasto en Salud % PIB

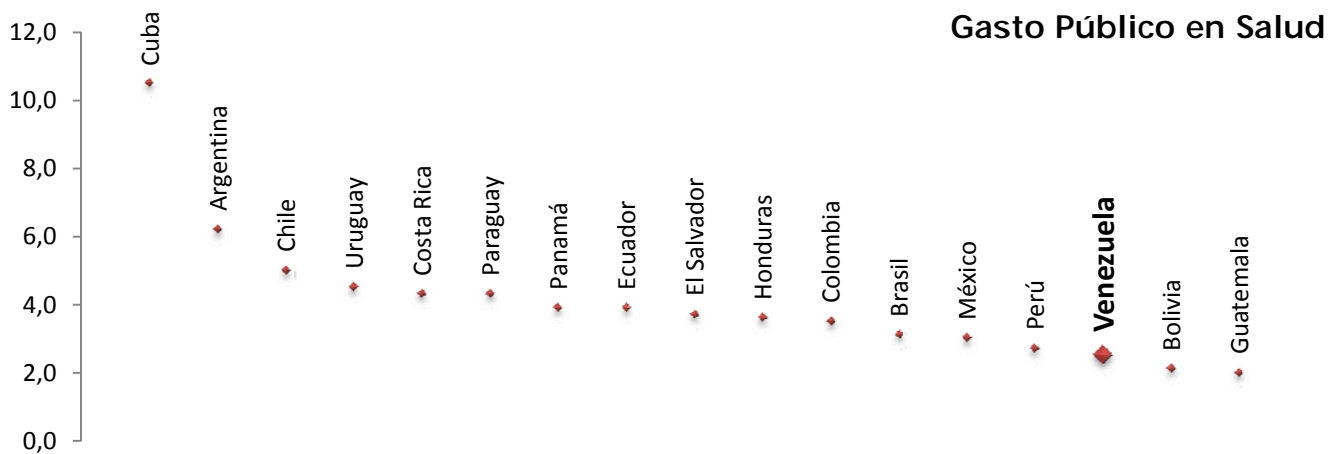
	Gasto Público en Salud	Consumo de Hogares en Salud	Transferencias Sociales en Salud	Gasto Nacional en Salud
1999	2,5	3,2	0,2	6,0
2000	2,6	3,0	0,2	5,9
2001	3,0	3,3	0,2	6,5
2002	3,4	3,2	0,2	6,8
2003	2,5	3,4	0,2	6,1
2004	3,2	3,0	0,2	6,3
2005	2,6	2,8	0,1	5,6
2006	3,7	2,9	0,1	6,8
2007	4,5	3,3	0,1	7,9
2008	3,1	3,0	0,2	6,3
2009	2,5	3,0	0,2	5,7
2010	2,5	3,0	0,2	5,7
Promedio	3,0	3,1	0,2	6,3

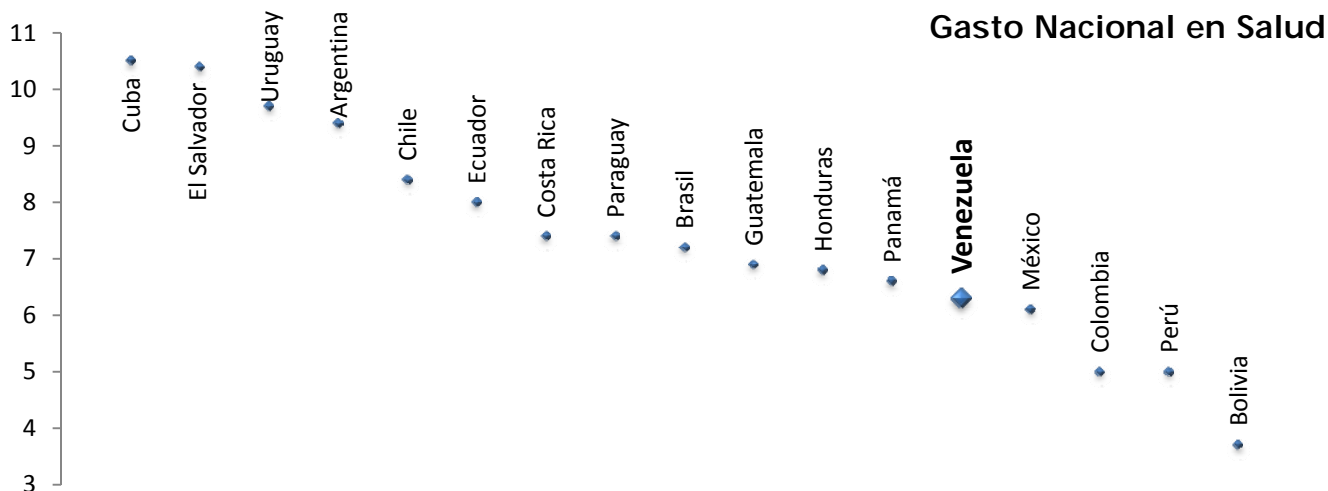
Elaborado por Silvia Salvato con base en cifras publicadas de BCV y SISOV.

En términos generales, el gasto en salud presenta cierta continuidad por efecto de las características propias del sector, en el que gran parte del gasto se destina a los pagos recurrentes del personal que presta los servicios. No obstante, el crecimiento de la población y los índices de inflación, sumado a la escasez de divisas en el país que impactan en la importación de insumos, medicamentos y equipos, ha tenido un efecto adverso para mantener el mismo nivel financiamiento de los servicios, sin mencionar lo que ello representa en términos del deterioro real de los salarios del personal. Debido a la rigidez del gasto, generalmente los ajustes en situaciones de escasez se

resuelven reduciendo las asignaciones destinadas a las inversiones y a la compra de los insumos de atención.

El gasto público en salud es casi igual que el gasto privado, entendido como el que pagan las personas y las familias para proveerse de servicios de atención sanitaria mediante sus propios medios económicos. El gasto privado es y ha sido incluso superior al público, con excepción del año 2007 en el que se realizaron los mayores esfuerzos financieros dirigidos a la construcción de los establecimientos sanitarios de la MBA a través de recursos extra presupuestarios. Tomando las Estadísticas Sanitarias Mundiales del año 2013, que publica anualmente la Organización Mundial de la Salud (OMS), la comparación del gasto público en salud de Venezuela con el realizan otros países de América Latina, nos sitúa en los puestos más bajos de inversión en salud, junto con países como Guatemala y Bolivia. Al sumar al gasto público el privado, Venezuela ocupa una mejor posición, quedando por encima inclusive de países como México y Colombia.





¿Cómo se distribuye el gasto en salud?

Contribuye a las deficiencias financieras del gasto en salud, la fragmentación que presenta el sistema sanitario público. Esto, además de elevar los costos de atención para los recursos fiscales, mantiene segmentada a la población en la atención que reciben de acuerdo con su capacidad de pago. A través del gasto público se financia gran número de instituciones que prestan servicios de salud. Cifras oficiales de los años 1995-2002 revelaban que, de los gastos imputados al presupuesto público en salud, 69% se destinaba a establecimientos sanitarios públicos, 15% a otros sistemas públicos, 9,4% a compras de servicios del sector privado y 6,5% al IVSS³¹.

Hasta el año 2010, el MPPS poseía 16 instituciones adscritas y, en el sector público, al menos 18 instituciones adicionales realizaban gastos de salud destinados a prestar ayudas médicas, reparaciones de equipos y pago de medicamentos, entre otros. A través de programas sociales, el gobierno ha venido también creando pequeños fondos de reserva para sufragar gastos de salud de los beneficiarios, que se descuentan de los subsidios individuales que a ellos se otorga³².

Por otro lado, desde la década de los noventa, el gasto público en salud se destinó en forma creciente a pagar servicios de emergencia que ofrecen los seguros privados de

³¹ Gasto Social y Equidad en Venezuela (1970-2004). Haydée García y Silvia Salvato. Capítulo 7. Balance y Perspectivas de la Política Social en Venezuela. Thais Maingon (Coord.) Ildis. 245-266.

³² Silvia Salvato y Eduardo Añez. El Financiamiento de la Salud Integrar más que dividir. Encuentro de Organizaciones Sociales (EOS) 2012.

Hospitalización, Cirugía y Maternidad para los empleados públicos. Por esta razón, desde el año 2005, en las clínicas privadas aumentaron las consultas de emergencia entre 80% y 100% con respecto al promedio de las mismas en años anteriores. El gasto por servicios privados imputados al gasto público alcanzó hasta el año 2009 alrededor de 20%, siendo destinado al sistema sanitario público en promedio un 45%.

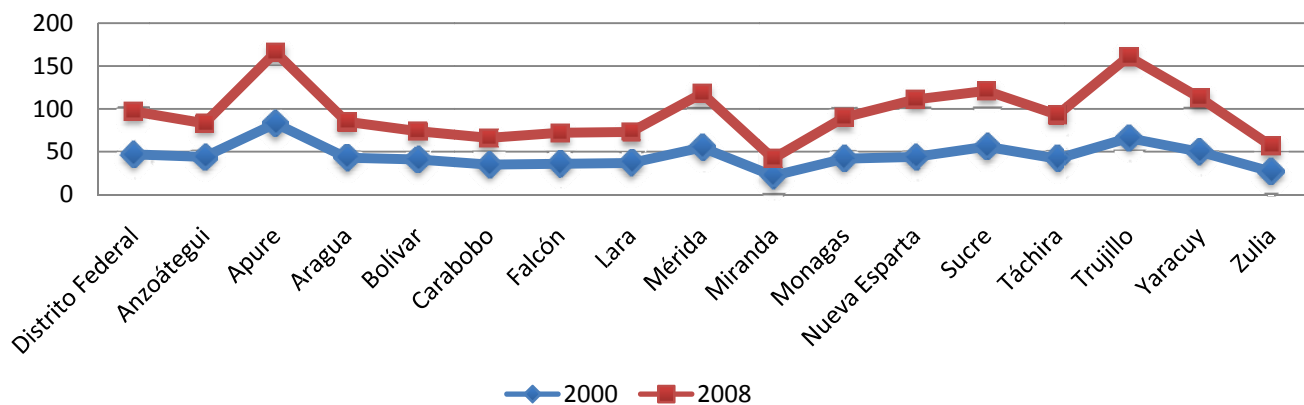
Tabla 19: Distribución del Gasto Público en Salud de Venezuela 2006-2009

Concepto	2006		2007		2008		2009	
	Monto	%	Monto	%	Monto	%	Monto	%
Sistema Público de Salud	6.141.904	47,30%	7.749.565	41,80%	10.164.680	47,90%	13.139.052	42,90%
Seguridad Social	2.726.217	21,00%	4.591.376	24,80%	2.691.996	12,70%	5.928.869	19,40%
Otros Sistemas Públicos Contributivos o no	1.668.164	12,80%	2.243.466	12,10%	3.570.707	16,80%	5.263.460	17,20%
Servicios del Sector Privado	2.461.655	18,90%	3.951.797	21,30%	4.778.778	22,50%	6.297.110	20,60%
Gasto Público en Salud	12.997.941	100,00%	18.536.205	100,00%	21.206.161	100,00%	30.628.491	100,00%
(3) Fondo de Asistencia Médica del IVSS Mantenimiento de edificaciones y proporción de Gastos Centralizados								
Elaborado por Silvia Salvato con base en cifras de ONAPRE Leyes de Presupuesto 2007-2009.								

Adicionalmente, una política de recentralización de los establecimientos sanitarios públicos de salud aplicada desde el año 2009, trajo mayores deficiencias para el presupuesto fiscal destinado a la salud. La descentralización es una norma constitucional en Venezuela para el sistema de salud, basada en los principios constitucionales de concurrencia entre todos los órganos del Estado con los derechos de las personas, de autonomía política de la cual gozan Estados y Municipios del país y de atribuciones o competencias exclusivas que dicha autonomía les permite a estas entidades en materia de salud.

A mediados de la década de los noventa, se inició el proceso de descentralización de los servicios a 17 de los 24 estados del país. A través de este proceso los gastos de los servicios de salud a cargo de las gobernaciones son cubiertos con el presupuesto del MPPS y asignados de manera insuficiente –siendo el gasto por persona menor a los 100\$- dentro de un patrón profundamente inequitativo en el que las asignaciones están atadas a la disponibilidad de establecimientos.

Distribución del Gasto en Salud entre los Estados (\$ Per Cápita)



Estas asignaciones representaron hasta el 2010 un promedio de 39,8% del presupuesto del MPPS y, desde 1999 han mostrado una tendencia decreciente, sin tomar en cuenta la inflación, el crecimiento de la población y los perfiles epidemiológicos de cada estado. De estas asignaciones dependen los servicios de salud descentralizados y, si bien la contribución de las gobernaciones a estos gastos ha sido poco significativa -entre otras razones por no haberse hecho efectiva la norma constitucional que les otorga competencias tributarias- la decisión de recentralizarlos en varios estados, creó severos problemas financieros al MPPS en los últimos años, repercutiendo negativamente en la reducción del gasto a hospitales, pago de personal y financiamiento de programas y proyectos sanitarios previstos.

La distribución del gasto público en salud por persona entre los estados, es reflejo de la profunda inequidad sanitaria en Venezuela, que afecta a los estados con mayor población y fundamentalmente a las poblaciones de sectores rurales y pobres de estos estados. Además de ser presupuestos insuficientes, el patrón de asignación por estado reproduce las inequidades de disponibilidad y acceso a servicios, y genera amplias brechas expresadas en un gasto que oscila entre 60\$ por persona en los estados Lara, Falcón, Carabobo, Zulia y Miranda, y 135\$ en los estados Apure, Trujillo, Sucre, Mérida y Yaracuy. Esta desigual distribución coincide con las disparidades de disponibilidad de establecimientos por estado presentadas en anterior capítulo.

Tabla 20: Distribución del Gasto en Salud \$ Per Cápita por Estados de Venezuela			
Estados	2000	Estados	2008
Distrito Federal	47	Apure	166
Apure	83	Trujillo	161
Trujillo	66	Sucre	121
Sucre	56	Mérida	118
Mérida	55	Yaracuy	113
Yaracuy	50	Nueva Esparta	111
Anzoátegui	44	Distrito Federal	97
Nueva Esparta	44	Táchira	93
Aragua	43	Monagas	90
Monagas	42	Aragua	85
Táchira	42	Anzoátegui	83
Bolívar	41	Bolívar	74
Lara	37	Lara	73
Falcón	36	Falcón	72
Carabobo	35	Carabobo	66
Zulia	27	Zulia	57
Miranda	22	Miranda	42

Elaborado por Silvia Salvato con base en cifras publicadas de ONAPRE, BCV y el INE.

Por otra parte, el destino de cantidades importantes recursos para la ampliación de la infraestructura sanitaria con recursos extrapresupuestarios³³ a través de la MBA, ha hecho que la centralización sea un obstáculo para el control y supervisión de la ejecución de los recursos financieros, creando severos retrasos y problemas de corrupción. En el 2010, el Ministro de Salud, reconoció que el excesivo centralismo afectó el ritmo de construcción de obras y el funcionamiento de la MBA:

“Uno de los problemas de barrio adentro ha sido la centralización de la ejecución; es decir, todo dependía de Caracas para poder hacerse (...) Estamos en función de descentralizar todo lo que tiene que ver con el mantenimiento (...) dar recursos a las regiones para que puedan ejecutar las obras (...) y la inspección que debe hacerse desde cada estado”³⁴.

³³ Los Balances de PDVSA, en el período 2003- 2010, indican que dicha empresa invirtió 6.516 millones de dólares en las Misiones de Salud, de los cuales 97,5% correspondió a la Misión Barrio Adentro en sus modalidades I, II y III y 2.5% a la Misión Milagro. El 83% del monto invertido se concentró en el lapso 2005-2007, representando en el año 2007 el 1.44% del PIB. En los años 2008 y 2009, la inversión fue insignificante, recuperándose en 2010 al alcanzar la cantidad de 651 millones de dólares.

³⁴ Vivian castillo: “descentralizaran recursos para apoyar barrio adentro”. En: El Universal, 09.11.09, pág. 1-6.

A los nuevos establecimientos de la MBA se suman los gastos de personal para ponerlos en funcionamiento, con el gran contingente de médicos de nacionalidad cubana traídos al país desde el año 2003. Según el MPPS, existen actualmente 32.000 médicos cubanos, los que representan el 80% del personal que trabaja en los Centros de Barrio Adentro. Su presencia es producto del Convenio Cuba-Venezuela dirigido a la cooperación en materia de asistencia médica, temporal y humanitaria, a cambio de suministro de petróleo. En el 2012, el Ejecutivo decidió la estadía permanente de los médicos cubanos en el país³⁵, a lo que se añade su colaboración en la formación de 14.000 jóvenes venezolanos como médicos comunitarios, que supone también nuevos gastos de personal para el presupuesto de salud.

¿Quiénes están protegidos de los costos de salud?

El gasto público nacional en salud es la principal fuente de financiamiento del acceso a la atención sanitaria en Venezuela sin condiciones o barreras económicas. De acuerdo con datos de la Encuesta de Presupuesto y Gasto Familiar (EPGF) del Banco Central de Venezuela (BCV) del año 2005, apenas 14% de la población se encontraba afiliada a algún tipo de seguro: 8% en el sistema de Seguro Social, 3% mediante seguros privados y 3% por otros sistemas públicos de previsión social. Estas cifras fueron ratificadas por la EPGF de 2009, en la que se encontró que 39,1% de la población estaba asegurada: 22,1% por el sistema de Seguro Social, 6% por un seguro colectivo de organismo público, 4% por otros sistemas públicos de previsión social, 3,9% por un seguro colectivo de empresa privada y 3,1% por un seguro privado. Apenas 28% de los asegurados son personas de los sectores más pobres del país (quintiles I y II)³⁶.

Aproximadamente 20% de este gasto está destinado a pagar servicios de clínicas privadas para la atención de unos 10.000.000 de empleados públicos y sus familiares, que a su vez se encuentran afiliados por ley, al sistema de seguro social y, en ciertos organismos a regímenes previsionales específicos como el del Ministerio del Poder Popular para la Educación y Universidades Autónomas y el de Ministerio del Poder Popular para la Defensa. Hasta el año 2009, este gasto se transfería a los empleados por vía de Pólizas de Hospitalización y Maternidad contratadas a empresas de

³⁵ Correo del Orinoco. <http://www.correodelorinoco.gob.ve/salud-publica/nicolas-maduro-medicos-cubanos-barrio-adentro-se-quedan-venezuela/>

³⁶ Banco Central de Venezuela. Las Misiones y Programas Sociales a través de la IV Encuesta Nacional de Presupuestos Familiares y otras fuentes. Septiembre 2011.

aseguradoras privadas. A partir de 2010, el gobierno puso en marcha la idea de aseguradoras públicas, que implicó absorber por vía de expropiación algunas de las más importantes aseguradoras privadas del sector público, y un acuerdo interinstitucional que representa actualmente a 42 instituciones públicas, para entablar negociaciones con el sector organizado de las clínicas privadas.

La política de atención sanitaria de los empleados públicos en el sistema privado, ha sido motivo por el cual la demanda de las clínicas ha crecido los últimos años. Según cálculos del mismo sector, la demanda de sus establecimientos pasó de 19% en 1999 a 40% en el 2010. Más del 60% de ésta proviene de empleados públicos que, además, usan de manera inapropiada las emergencias, por el tipo de planes que cubren los seguros. Se suma la intención del Ejecutivo de ejercer controles sobre los precios de la medicina privada. En el 2010 se dictó una medida de congelación de precios y, en el 2013, más de 1,500 clínicas debieron registrarse en la Superintendencia Nacional de Control de Precios y Costos (SUNACOP) a objeto de revisión de costos y fijación de precios. Esta situación ha tenido consecuencias negativas para las capacidades de atención de las clínicas. A propósito de esta situación, el Presidente de la Asociación Venezolana de Hospitales y Clínicas Privadas (AVHC), Hipólito García, declaró:

“...los centros de salud (privados) presentan fallas en los inventarios, medicinas, insumos y adquisición de bienes por el incremento excesivo de los costos y la saturación de las emergencias (...) las 200 clínicas que existen en el país cuentan con 7.600 camas que representa el 15%, pero atienden al 55% de los pacientes, mientras que en los hospitales públicos hay 42.500 camas. De allí, que las clínicas presenten un colapso. (...) el Estado debe a las clínicas 1.523.097.847 bolívares y a las aseguradoras 1.445.105.570 bolívares...”³⁷.

La otra fuente de financiamiento existente es la del Fondo de Atención Médica del IVSS que, de acuerdo con las últimas cifras oficiales del Sistema de Indicadores de Venezuela (SISOV) para el año 2009, la población asegurada representa 37,2% de la población económicamente activa y 15,7% de la población total del país. Sin embargo, este fondo ha mantenido una situación crónica de déficit financiero por más de tres décadas, que alcanza aproximadamente un 40%, debido a las bajas cotizaciones, a la

³⁷ Diputado Henry Ventura garantizó que el Gobierno no expropiará las clínicas Correo del Orinoco 31/07/13 - www.aporrea.org/contraloria/n233745.html

mora del pago de las contribuciones por parte de los patronos –especialmente el Estado- y a los altos costos de sus servicios. Al sector de los trabajadores públicos y privados, que son sus principales beneficiarios, se han sumado extensiones de cobertura que ampara a población no asegurada, mujeres amas de casa y personas mayores. Esta es la principal razón por la cual el IVSS no ha extendido su red de establecimientos en el país.

La atención sanitaria de 68% de la población venezolana depende del presupuesto aprobado anualmente al MPPS y de las asignaciones que éste haga a los establecimientos sanitarios públicos de los 24 estados del país, a los cuales se destina 72,5% de los recursos –y entre 70% y 80% para remuneraciones-, quedando muy poco para insumos, equipamiento, medicamentos, mantenimiento de servicios, construcción y rehabilitación; y para medicina preventiva y programas de promoción de la salud.

El modelo de salud que ha privado en Venezuela es –como bien se desprende de lo señalado hasta ahora- un modelo extremadamente curativo, en principio porque los recursos financieros dedicados a la salud son muy bajos y luego, porque las políticas hacia los servicios no han logrado resolver los severos problemas de fragmentación existentes que aumentan de manera ineficiente los costos de la salud en el sector público. En el país, la medicina preventiva está reducida a su mínima expresión. La vigilancia epidemiológica, el control y la prevención de enfermedades crónicas reciben aportes inferiores al 1%³⁸.

En este sentido, el financiamiento público para la atención sanitaria es claramente insuficiente, limitado e inequitativo, generando el debilitamiento de los servicios públicos y el aumento del gasto de los hogares en servicios del sector privado. Estimaciones efectuadas con base en el Sistema de Cuentas Nacionales del BCV³⁹ arrojan que, durante el período 1997-2007, el gasto de los hogares en salud representó 5% del PIB, con tendencia creciente.

³⁸ Dossier 33. Ministerio de Salud funcionará con 3.900 médicos menos a partir del 2013 <http://dossier33.com/2012/11/min-salud-funcionara-con-3-900-medicos-menos-a-partir-del-2013/>

³⁹ En la cuantificación efectuada por el BCV no están registrados todos los recursos que han financiado los gastos de funcionamiento y de inversión de las Misiones Barrio Adentro y Milagro (operaciones de la vista), ya que hasta el año 2006 la totalidad de los recursos para ambas Misiones provenían de recursos extra presupuestarios. Es a partir del año 2007, cuando se comienzan a asignar en el presupuesto nacional, una pequeña parte de los recursos para cubrir las Misiones. Por otra parte, el BCV no incluye en su cuantificación el gasto en salud de otras instituciones públicas, cuya función principal no corresponde al sector.

Concepto	Tabla 21: Consumo de los Hogares Venezolanos en Salud 1997-2007 % PIB										
	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Gasto de los hogares	2,20%	2,80%	3,20%	3,00%	3,30%	3,20%	3,40%	3,00%	2,80%	2,90%	3,30%
Transferencias sociales	0,20%	0,30%	0,20%	0,20%	0,20%	0,20%	0,20%	0,20%	0,10%	0,10%	0,10%
Transferencias de Gobierno	1,90%	2,00%	1,70%	1,70%	1,90%	1,70%	1,70%	1,70%	1,60%	1,60%	1,70%
Consumo individual efectivo	4,30%	5,10%	5,10%	5,00%	5,40%	5,10%	5,30%	4,80%	4,50%	4,70%	5,10%

Elaborado por Silvia Salvato con base en cifras publicadas del BCV. Sistema PRACEM.

Los resultados de la misma ENPF 2009 reflejan que las medicinas representan en promedio 47,3% del consumo de los hogares. Además, 86% del consumo de los hogares está concentrado en la población con mayores ingresos. Apenas 13.9% de la población más pobre consume servicios de salud. Es decir, sin seguro de salud, ni capacidad para cubrir los costos, están obligados a acudir a los establecimientos de salud públicos con independencia de la situación en que estos se encuentren y, para ellos, cualquier gasto en medicamentos o insumos tiene un peso mucho mayor en su consumo de salud que para la población con mayores ingresos.

Tabla 22: Gasto en Salud de los Hogares Venezolano por Cuartiles de Ingreso 2009					
Descripción	Cuartiles de Ingreso				Total
	1	2	3	4	
Medicinas	5,50%	12,90%	24,60%	57,00%	100,00%
Aparatos y Equipos Terapéuticos	3,20%	7,60%	20,10%	69,10%	100,00%
Servicios Médicos y Paramédicos	3,90%	11,00%	20,20%	64,90%	100,00%
Servicios Hospitalarios	0,40%	2,70%	9,80%	87,10%	100,00%
Total	3,90%	10,00%	20,20%	65,90%	100,00%

Elaborado por Silvia Salvato con base en cifras publicadas de BCV-EPGF 2009

Las brechas en la probabilidad de enfermar o morir

La equidad en las brechas de salud es el tercer campo para examinar en Venezuela el cumplimiento de la norma de equidad dentro de las obligaciones internacionales del Estado venezolano en el derecho a la salud, según la cual deben existir políticas y medidas públicas dirigidas a reducir los diferenciales en las probabilidades de enfermar o morir de la población, debido a diversas fragilidades o vulnerabilidades, a mayores riesgos para la salud y a una desigual influencia de los determinantes de la salud en los contextos de vida. Su ausencia u omisión trae como consecuencia que los sectores más afectados por acceso a los establecimientos y servicios de salud y a los sistemas de protección financiera, sean los más expuestos a muertes evitables y a enfermedades prevenibles.

Los datos de mortalidad en Venezuela representan la fuente más confiable y sistemática de la que se dispone para evaluar la situación de salud de la población. Los sistemas de vigilancia epidemiológica son muy deficientes y, en ciertos campos de salud, prácticamente no existen. El retraso de aproximadamente 2 años en la publicación de la mortalidad, sin embargo, representa un gran obstáculo para la toma de decisiones en materia de políticas y programas que protejan a la población de los problemas de salud. Por otra parte, no se cuenta con información de mortalidad desagregada por dimensiones que permitan conocer las condiciones económicas, sociales y culturales en las que han vivido las personas fallecidas.

En este capítulo se estudia la mortalidad de la población venezolana a través de la Mortalidad Inneceariamente Prematura y Sanitariamente Evitable (MIPSE)⁴⁰, el cual es un potente indicador que identifica aquellas muertes que no debieron ocurrir si las personas hubieran recibido una atención eficaz y oportuna. La OMS⁴¹ afirma que los

⁴⁰ La metodología MIPSE se ha venido desarrollando en los trabajos de Rutstein, Adler- Charlton, Poikolainen, Atlas de “Mortalidad Prevenible” de la Comunidad Europea, Mackenbach y Benavides. Es hoy un indicador internacional a través del cual se hacen compendios de causas de muertes potencialmente evitables. El listado de causas de muertes seleccionado para el presente estudio es el utilizado por la Comunidad Europea, por tener un alto grado de consenso entre especialistas de la medicina, y por su aplicabilidad fuera de la región. También se consideraron los aportes de Marino J. González quien incluye la desnutrición.

⁴¹ Organización Mundial de la Salud, The World health report 2000: health systems: improving performance (Switzerland: Geneva, 2000), Pág,12

diferentes grados de eficiencia con que los sistemas de salud se organizan y financian, y reaccionan ante las necesidades de la población, explican en gran medida la creciente brecha de tasas de mortalidad entre los ricos y los pobres, dentro de los países y entre los países. La efectividad consiste en que todas las fases de la atención proporcionen la adecuada y correcta respuesta para atender la emergencia o para prevenir la enfermedad.

A través de MIPSE se clasifican y estandarizan las causas de estas muertes como prevenibles y tratables, a fin de ser indicadores del desempeño de la asistencia médica y de las políticas de salud. El MIPSE entiende la asistencia médica en un sentido amplio que comprende prevención, curación y atención⁴², y destaca la responsabilidad de los sistemas sanitarios en muertes que pudieron ser evitadas por su acción, antes de los 75 años de edad. El MIPSE incluye toda muerte cuyas causas sean susceptibles de tratamiento o de prevención y, por lo tanto, evitables, si son atendidas en todas sus facetas por los servicios sanitarios. Estas causas son:

Evitables por Servicios

1. Tuberculosis
2. Cáncer de cuello de útero
3. Cáncer de útero
4. Enfermedad de Hodgkin (linfoma maligno)
5. Enfermedad reumática crónica del corazón
6. Neumonías, infecciones respiratorias agudas e influenza
7. Asma
8. Enfermedades del apéndice
9. Hernia abdominal
10. Colelitiasis/colelitis (vesícula biliar/cálculos biliares)
11. Hipertensión
12. Enfermedades cerebrovasculares
13. Complicaciones del embarazo, parto y puerperio
14. Causas perinatales
15. Cáncer de mama femenino
16. Enfermedad isquémica del corazón

⁴² Ellen Nolte y Martin McKee. Does Health Care Save Lives? Avoidable Mortality Revisited. (England: The Nuffield Trust, 2004) p. 16

- 17.Úlceras pépticas
- 18.Enfermedades vacunables (tétanos, difteria, pertusis, sarampión, rubéola, parotiditis, poliomelitis, invasiones por influenza b, hepatitis b, varicela, meningitis tuberculosa)
- 19.Anemias Carenciales
- 20.Tumor maligno de piel (melanoma y no melanoma)
- 21.Tumor maligno de testículos
- 22.Leucemia
- 23.Enfermedades de tiroides
- 24.Diabetes mellitas
- 25.Hiperplasia benigna prostática
- 26.Anomalías congénitas cardiovasculares
- 27.Incidentes adversos ocurridos durante la atención médica y quirúrgica

Evitables por Políticas Intersectoriales

1. Tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón
2. Enfermedad alcohólica del hígado
3. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida SIDA
4. Accidentes de tránsito o vehículos de motor
5. Suicidios
6. Homicidios
7. Resto de causas externas

Altamente Evitables

1. Desnutrición
2. Crecimiento fetal lento y desnutrición fetal
3. Duración corta de la gestación y bajo peso al nacer
4. Evitables por medidas higiénicas, saneamiento ambiental y educación sanitaria
5. Enfermedades infecciosas intestinales
6. Intoxicaciones debidas a contaminación ambiental (agua, aire y suelo)
7. Infección intrahospitalaria

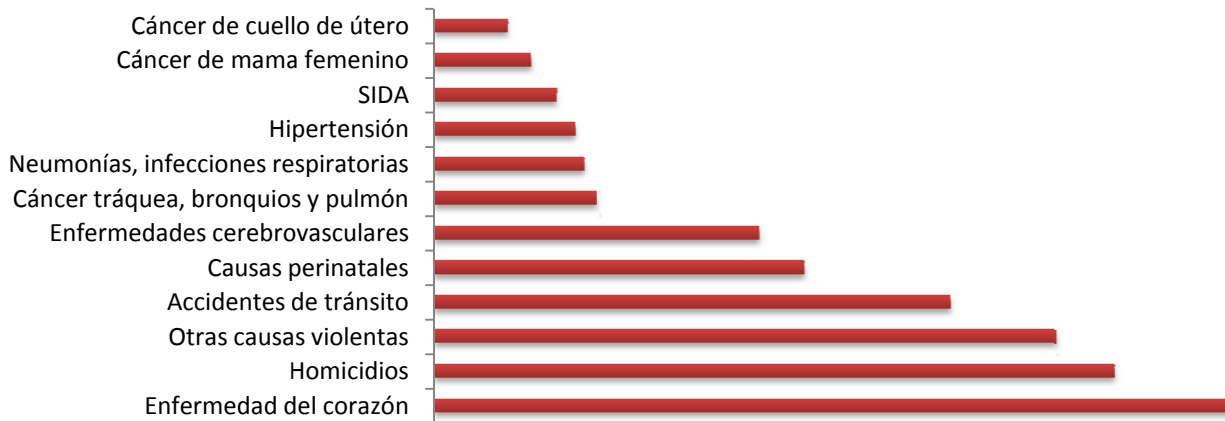
¿Qué probables son las muertes evitables?

Las estadísticas que registró el MPPS en el año 2009 -últimos datos disponibles, indican que, de un total de 134.731 fallecimientos ocurridos, 48,3% clasifican como muertes evitables, según la lista MIPSE. Las primeras 12 de estas muertes tienen como causas:

- Las enfermedades del corazón (8,4%).
- Los homicidios (7,1%), otras causas violentas (6,5%) y los accidentes de tránsito (5,4%).
- Las afecciones perinatales durante el embarazo (3,9%).
- Las enfermedades cerebrovasculares (3,4%).
- El cáncer de vías respiratorias (1,7%), las neumonías e infecciones respiratorias (1,6%).
- La hipertensión (1,5%).
- El Sida (1,3%).
- El cáncer de mama (1,0%) y el de cuello uterino (0,8%) en las mujeres.

La mayoría están asociadas a deficiencias sanitarias, pero el peso que tienen las causas violentas (homicidios, otras causas violentas y accidentes de tránsito) como segunda, tercera y cuarta causa de muertes, muestra que las políticas sanitarias son muy débiles para abordar intersectorialmente los problemas sociales que las producen.

12 Primeras Causas de Muertes Evitables en Venezuela 2009



En un segundo grupo de causas prevalecen también las que se relacionan con la disponibilidad y el desempeño de servicios sanitarios, pero también se encuentran en este grupo causas como la desnutrición y las infecciones intestinales que tienen un carácter altamente prevenible. Son éstas, además de la tuberculosis, enfermedades estrechamente asociadas a condiciones de pobreza extrema en las que existe hambre, falta de agua potable y condiciones sanitarias precarias:

- Las anomalías congénitas cardiovasculares.
- Las enfermedades infecciosas intestinales.
- La enfermedad del hígado como producto del alcoholismo.
- La diabetes.
- El suicidio.
- La desnutrición.
- La tuberculosis.
- Las complicaciones relacionadas con el embarazo, el parto y el post-parto.
- El cáncer de útero.
- Las úlceras.
- El cáncer de piel y la leucemia.

12 Segundas Causas de Muertes Evitables en Venezuela 2009

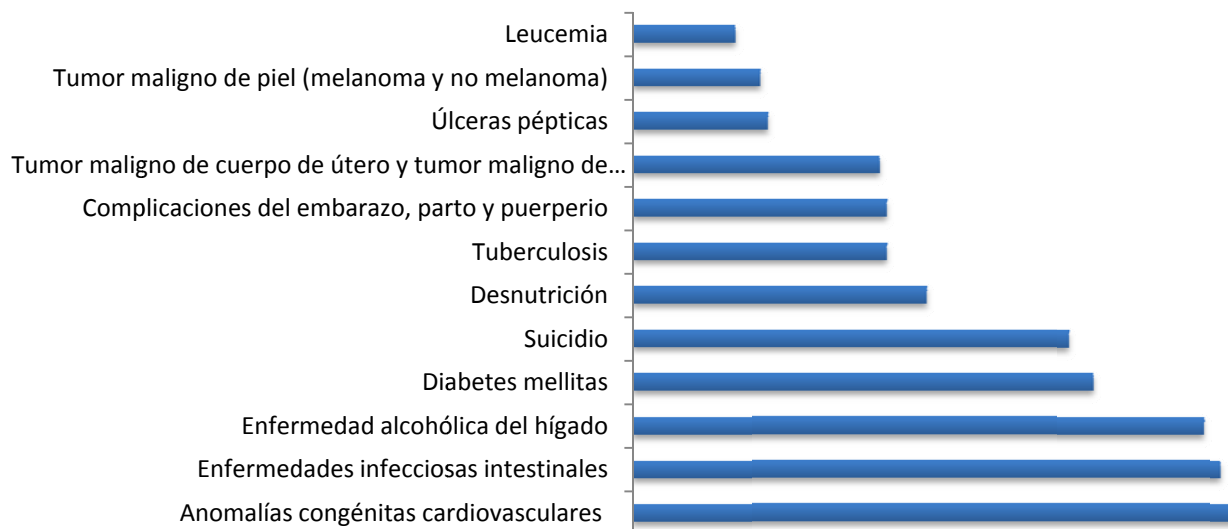


Tabla 23: Causas de Muertes Evitables en Venezuela 2009

Causas	N	%
Tuberculosis (incluye secuelas)	430	0,3
Tumor maligno de cuello de útero	1052	0,8
Tumor maligno de cuerpo de útero y tumor maligno de útero parte no especificada	418	0,3
Enfermedad de Hodgkin (linfoma maligno)	120	0,1
Enfermedad reumática crónica del corazón	73	0,1
Neumonías, infecciones respiratorias agudas e influenza	2125	1,6
Asma	95	0,1
Enfermedades del apéndice	95	0,1
Hernia abdominal	78	0,1
Colelitiasis/colecistitis (vesícula biliar/cálculos biliares)	86	0,1
Hipertensión	1993	1,5
Enfermedades cerebrovasculares	4579	3,4
Complicaciones del embarazo, parto y puerperio	434	0,3
Causas perinatales	5209	3,9
Cáncer de mama femenino	1368	1,0
Enfermedad isquémica del corazón	11279	8,4
Úlceras pépticas	229	0,2
Enfermedades vacunables (tétanos, difteria, pertusis, sarampión, rubéola, parotiditis, poliomieltis, invasiones por influenza b, hepatitis b, varicela, meningitis tuberculosa)	115	0,1
Anemias Carenciales	14	0,0
Tumor maligno de piel (melanoma y no melanoma)	210	0,2

Tumor maligno de testículos	43	0,0
Leucemia	174	0,1
Enfermedades de tiroides	42	0,0
Diabetes mellitas	776	0,6
Hiperplasia benigna prostática	29	0,0
Anomalías congénitas cardiovasculares	1022	0,8
Incidentes adversos ocurridos durante la atención médica y quirúrgica	57	0,0
Tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón	2301	1,7
Enfermedad alcohólica del hígado	973	0,7
Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida SIDA	1735	1,3
Accidentes de tránsito o vehículos de motor	7269	5,4
Suicidio	747	0,6
Homicidios	9595	7,1
Resto causas violentas	8771	6,5
Desnutrición	500	0,4
Crecimiento fetal lento y desnutrición fetal	5	0,0
Duración corta de la gestación y bajo peso al nacer	92	0,1
Enfermedades infecciosas intestinales	993	0,7
Total Causas MIPSE	65126	48,3
Otras causas fuera listado MIPSE	69605	51,7
Total Defunciones	134731	100

Una causa evitable que no se registra en las estadísticas de mortalidad es la que corresponde a la privación o negación de servicios por encontrarse los mismos incapacitados o inhabilitados para ser prestados. A través de seguimiento a prensa nacional y regional, en el 2008 se registraron 154 muertes por esta causa, en un total de 13 estados del país⁴³. En el 2011, igualmente se registraron 404 muertes sanitarias en 9 estados, relacionadas con fallas sanitarias⁴⁴. Aunque no se pudieron obtener registros de los mismos estados en los dos años estudiados, se observó un incremento de 250 muertes. Más del 90% de éstas ocurrieron en hospitales públicos y, en un porcentaje mayor al 80%, las víctimas eran hombres jóvenes entre 15 y 39 años de edad que requerían asistencia de emergencia por presentar heridas graves a causa de hechos violentos o accidentes.

⁴³ Anzoátegui, Aragua, Bolívar, Lara, Carabobo, Distrito Capital, Delta Amacuro, Falcón, Mérida, Miranda, Sucre, Vargas y Zulia

⁴⁴ Amazonas, Anzoátegui, Sucre, Aragua, Bolívar, Carabobo, Distrito Capital, Falcón, Guárico, Miranda, Monagas, Táchira, Trujillo y Zulia

	2008	2011
Ruleteo o traslados	35,1	60,1
Contaminación del centro de salud	14,2	28,2
No admisión por fallas de servicios	14,2	26,2
Presunta mala praxis o negligencia de autoridades	5,1	10,2

La muerte por “ruleteo”, entendida como el traslado reiterado de personas que requieren atención médica a varios centros de salud, sin recibirla, ocupa el primer lugar en ambos años. Generalmente este evento tiene dos desenlaces negativos: la víctima es admitida, pero muere en horas o días por falta de atención, ó la víctima perece durante los traslados, de centro en centro. En promedio, las personas mueren al ser trasladada por segunda vez, aun cuando se encontraron casos en los que las víctimas fueron trasladadas hasta 7 veces, sin encontrar un centro que le pudiera ofrecer asistencia. Un dato relevante son los traslados fallidos a los CDI o un Barrio adentro, de los cuales son remitidos a hospitales por carecer de servicios de emergencia. Dentro de los traslados se encuentran los que se realizan entre estados vecinos, los cuales ocurrieron un 22,6% en el año 2011. Dos relatos del año dan cuenta de estas situaciones:

“Desde que llegó al hospital, como a las 1:00 de la tarde, lo dejaron ahí y sólo le pusieron un suero y ni lo cocieron. Murió desangrado, porque el tiro le afectó la arteria”.

“Como pude lo agarré entre mis brazos y lo conduje al principal centro asistencial. Una hora después los médicos lo refirieron al Hospital General, donde fue ´ruleteado´ mientras le hacían placas y análisis, luego acordaron su traslado y se murió dentro de una ambulancia a causa de traumatismo craneo encefálico severo”.

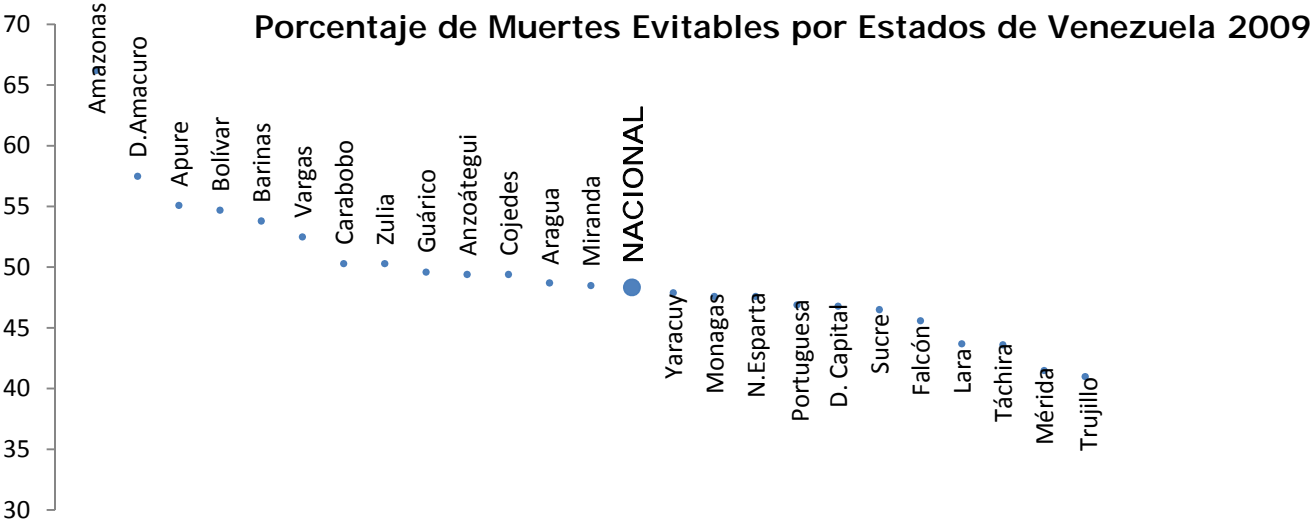
”Para ser atendida en algún centro de salud mi hija sufrió un “viacrucis” y a pesar de ello murió. Se recorrieron 4 hospitales, en esos centros no hubo atención médica, sin cupo y sin recursos”.

La segunda causa de muerte se presenta en los niños recién nacidos por contaminación bacteriana. En el año 2011 hubo un incremento preocupante de estas muertes, ocurriendo de manera masiva en retenes de hospitales o maternidades. En tercer lugar, se encontraron las muertes que fueron producto de la no admisión en el

centro. Estas negativas de asistencia responden generalmente a la falta de insumos, de personal médico de turno, camas, insumos, equipos, medicamentos, ambulancias, camillas y banco de sangre. En último lugar, se reportaron muertes por presunta mala praxis médica o negligencia de autoridades de seguridad (policías, efectivos de la Guardia Nacional o del Ejército) denunciados por los familiares de las víctimas.

¿Dónde son más probables las muertes por causas evitables?

Por encima del promedio nacional se encuentran 13 estados del país con los mayores porcentajes de muertes evitables. Son ellos: Miranda, Aragua, Cojedes, Anzoátegui, Guárico, Zulia, Carabobo, Vargas, Barinas, Bolívar, Apure, Delta Amacuro y Amazonas. La condición de estos estados es que las causas por las que están falleciendo las personas son susceptibles de cambio por efecto del sistema sanitario y de las políticas de salud. Que estas muertes existan en un número significativo de estados es señal de que no se están haciendo los esfuerzos necesarios para que las intervenciones sean eficaces y efectivas en la solución de los problemas.



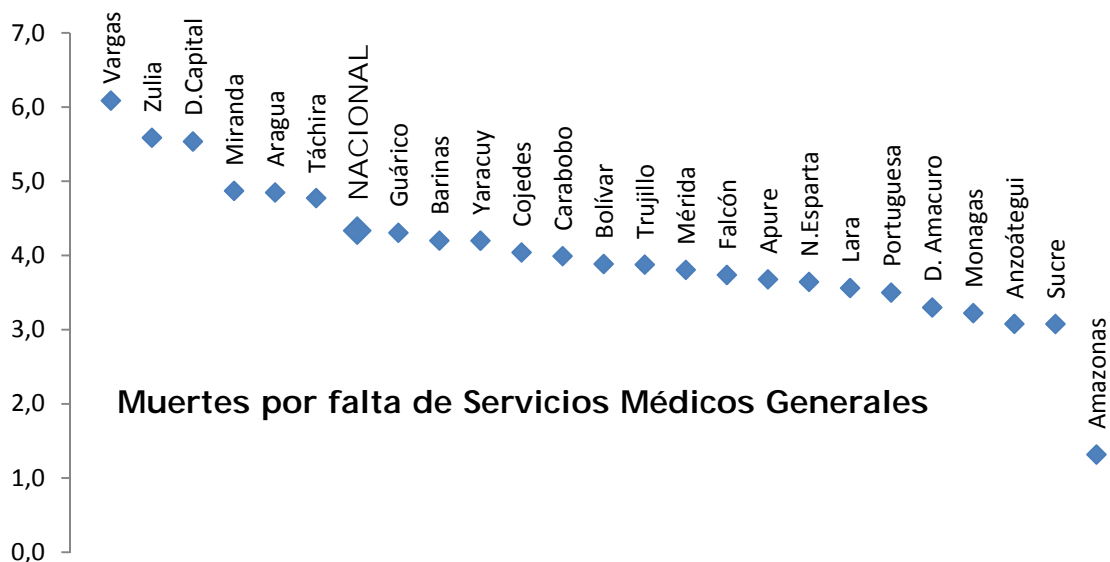
Los estados presentan comportamientos diferenciales en relación con las primeras causas de muerte evitable más recurrentes en sus territorios. En 8 estados del país, las causas violentas indeterminadas -entre las que se incluyen muertes donde hubo daño físico por razones externas no atribuibles a terceros- ocupan el primer lugar y el

número de fallecidos por estas causas es muy superior a las que se reportan en otros estados.

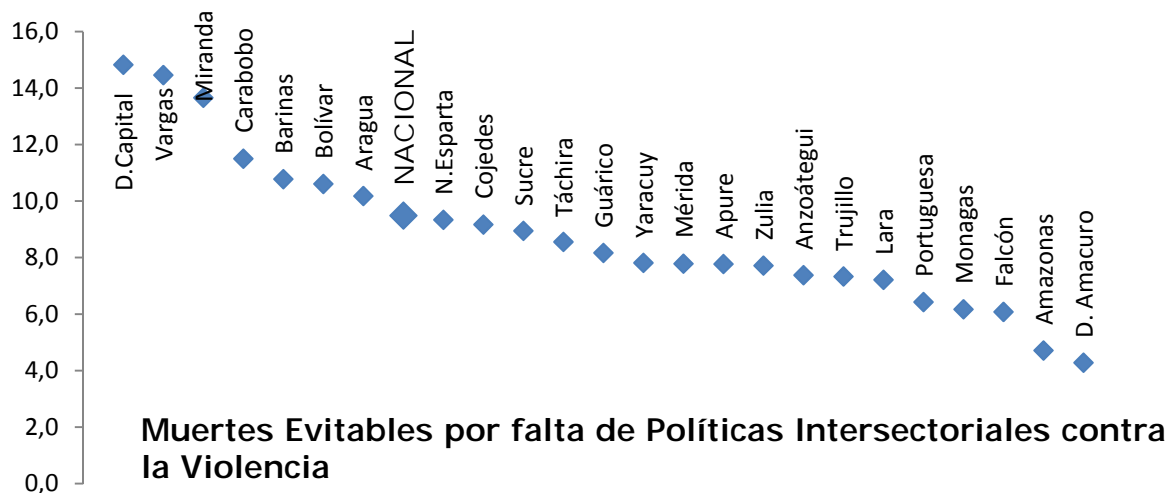
A la cabeza de este grupo se encuentra el Distrito Capital. En 10 estados del país, en cambio, la principal causa de muerte evitable son los homicidios, ocupando el primer lugar el estado Zulia. En los 6 estados del país restantes, la principal causa de muerte evitable son las enfermedades del corazón, siendo Aragua el estado con el mayor número de muertes por esta causa.

Tabla 25: Causas de Muerte Evitable más Recurrente en los Estados de Venezuela 2009					
Otras Causas Violentas		Homicidios		Enfermedades Corazón	
D. Capital	2.261	Zulia	996	Aragua	255
Miranda	751	Carabobo	935	Táchira	144
Lara	373	Bolívar	614	Falcón	83
Vargas	293	Barinas	245	Trujillo	61
Sucre	248	Anzoátegui	216	Cojedes	55
Monagas	239	N. Esparta	128	D. Amacuro	31
Guárico	61	Mérida	93		
Amazonas	29	Portuguesa	76		
		Apure	74		
		Yaracuy	73		
Total	4.255	Total	3.450	Total	629

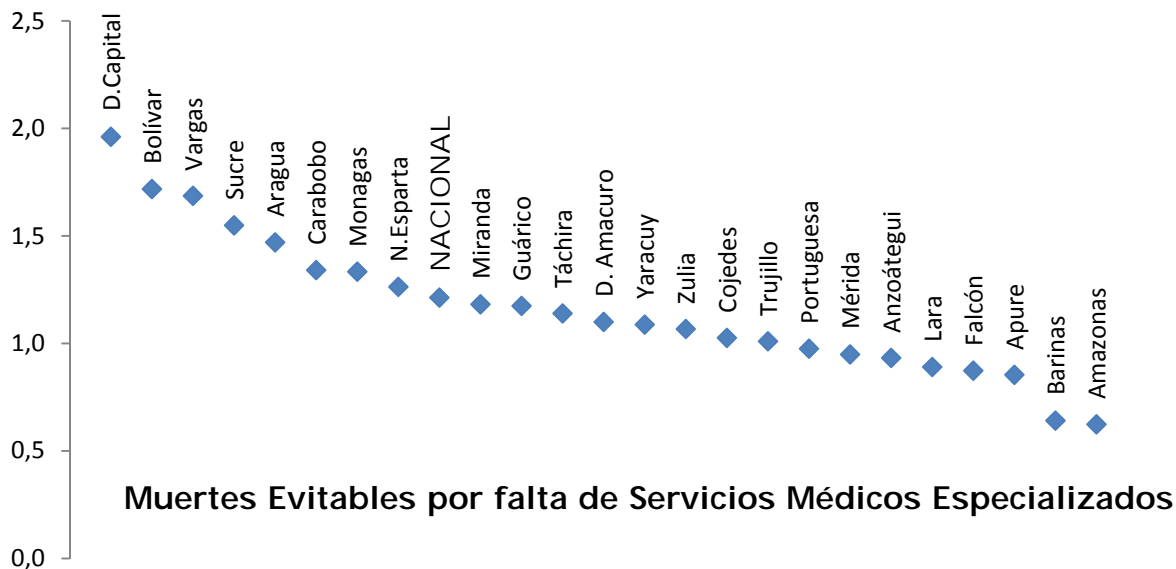
En la distribución del tipo de causas de muerte evitable por estados es más claro observar las brechas existentes en las probabilidades de enfermar o morir por causas evitables. En lo que respecta a muertes derivadas de falta de controles médicos por afecciones de corazón o altos riesgos de presentarlas, o por condición de embarazo y atención al parto, los datos señalan que los estados en los que ocurren mayores inequidades son Vargas, Zulia, Distrito Capital, Miranda, Aragua y Táchira.



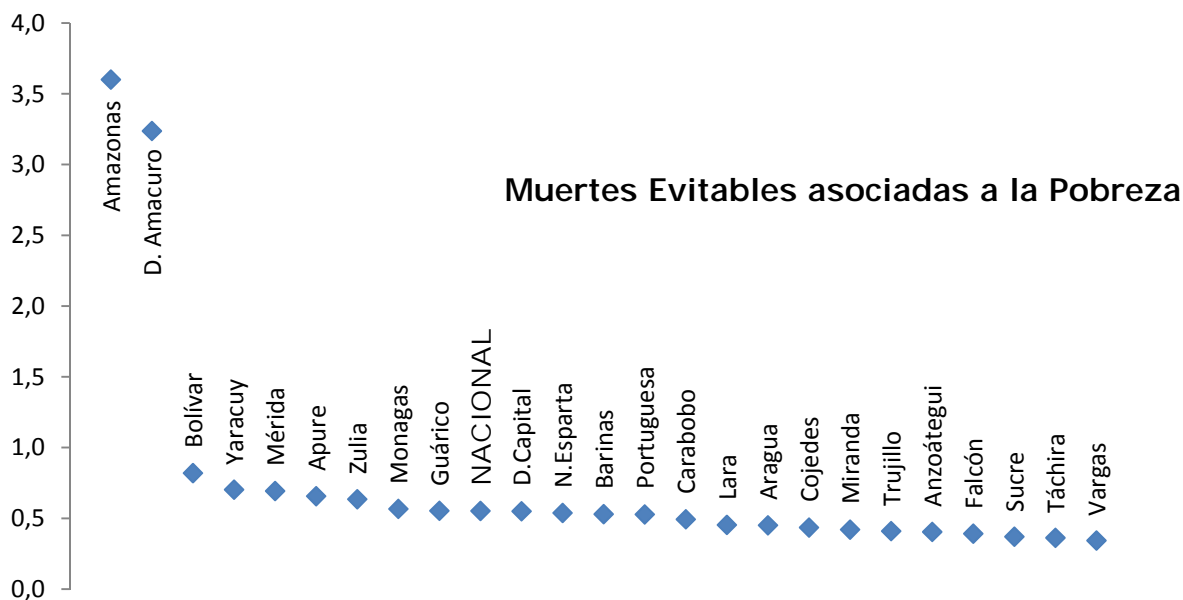
Cuando se trata de muertes evitables por causas asociadas a la violencia, algunos estados de los anteriores repiten, como Vargas, Distrito Capital, Miranda y Aragua, sumándoseles los estados Carabobo, Barinas y Bolívar.



Las muertes por causas relacionadas con la falta de servicios especializados necesarios en condiciones de salud crónicas como el VIH y el cáncer, los estados más afectados son de nuevo Vargas, Distrito Capital y Aragua, además de Bolívar y Carabobo, con tres estados más, como son Monagas, Sucre y Nueva Esparta.



Finalmente, en lo que respecta a muertes evitables por causas que se relacionan con situaciones de pobreza extrema, es claro que los dos estados donde estas muertes se concentran son Amazonas y Delta Amacuro. Le siguen a mucha distancia, los estados Bolívar, Yaracuy, Mérida, Apure, Zulia, Monagas y Guárico.



Anexo 1

Metodología del Estudio y Monitoreo de Equidad Sanitaria (EMES)

El estudio consistió en un trabajo de campo en el que se aplicaron instrumentos para diagnosticar la situación de las garantías y estándares de la equidad sanitaria en los centros de salud de Distrito Capital, Miranda y Vargas. Los instrumentos fueron administrados por 116 monitores de organizaciones de base y de trabajadores, entrenados en 4 talleres de formación. Se recogió información de 359 centros de salud 65 (18%) Hospitales públicos, 95 (27%) Clínicas privadas, 92 (49%) Centros de Barrio Adentro, 95 (51%) Ambulatorios públicos (17% usuarios), 5 (1,4%) Hospitales del IVSS y 4 (1%) Ambulatorios del IVSS) y se entrevistó a 3.034 usuarios en estos centros. Los coordinadores de campo presentaron los resultados de la aplicación de los instrumentos en informes semanales de campo. La actividad fue coordinada por las organizaciones colaboradoras Asopropas y Vida en Vargas.

Número de Usuarios en Centros de Salud								
Tipo de Centro	Estados						Total	%
	Distrito Capital	%	Miranda	%	Vargas	%		
Hospital Público	519	29,8	158	27,1	148	20,8	825	27,2
Ambulatorio Público	191	11,0	149	25,6	188	26,4	528	17,4
Centro Barrio Adentro	409	23,5	115	19,8	195	27,3	719	23,7
Hospital del Seguro Social	169	9,7	0	0,0	0	0,0	169	5,6
Ambulatorio del Seguro Social	56	3,2	0	0,0	15	2,1	71	2,3
Clínicas Privadas	395	22,7	160	27,5	167	23,4	722	23,8
Total	1.739	100,0	582	100,0	713	100,0	3.034	100

Se elaboró un plan de monitoreo local para dividir las zonas de los estados de acuerdo a las posibilidades de las organizaciones colaboradoras y los coordinadores de campo. Siguiendo esta dirección, se estableció como meta la cantidad de 480 centros de salud (hospitales, clínicas, ambulatorios y módulos de Barrio Adentro) objetos de levantamiento de información. Aparte de ello, igualmente se acordó que cada monitor debe visitar un número de 4 a 5 centros de salud con sus respectivas comunidades. No obstante, sólo en 355 centros se culminaron las entrevistas satisfactoriamente. Además se enviaron solicitudes formales de información sanitaria

a las autoridades locales de salud de los estados. La acción fue llevada a cabo por las organizaciones colaboradoras A.C. Vida en Vargas y ASOPROPAS. Algunos de los organismos que recibieron petición fueron:

- Comisión permanente de Contraloría, políticas públicas y descentralización del Consejo Legislativo del Estado Vargas.
- Fundación de prevención y salud de la Alcaldía del Municipio Vargas.
- Coordinación de la Misión Barrio Adentro I regional.
- Fundación regional El Niño Simón. Vargas
- Fundación Vargas Salud
- Dirección de salud del Estado Vargas.
- Fundación de Misiones del estado Vargas.
- Distrito Sanitario I, estado Vargas.
- Dirección Nacional de los Comités de Salud del Ministerio del Poder Popular para la Salud
- Dirección Regional de Salud del Distrito Capital

Los centros fueron pre-seleccionados para ser objeto de aplicación de instrumentos de levantamiento de información de los diagnósticos locales. Dichos centros fueron validados en grupos focales con comunidades organizadas de los estados, con el objeto de identificar cuáles se encuentran en funcionamiento y cuáles no, para así determinar los centros definitivos que formarían parte de la muestra de los mencionados diagnósticos. Posteriormente se realizaron acercamientos a los centros de salud con el objeto de determinar: a) si estaban en funcionamiento, b) su idoneidad para el estudio, y c) establecer vínculos con las autoridades para desarrollar la actividad. Se aplicaron los instrumentos para el levantamiento de información local sobre la situación de la equidad sanitaria en los estados por los monitores locales. Las personas a quienes se les aplicó dicho instrumento varían de acuerdo a su relación con el centro, a saber: autoridad oficial, personal de salud y usuarios. Por cada centro de salud, se entrevistaron: una persona como autoridad oficial, una como personal de salud y entre 10 y 20 personas como usuarios.