



EFE

La escasez se ha extendido a 1.200 medicamentos

Situación de la salud pública en Venezuela

Jo D'Elia*

Día tras día se violenta el derecho a la vida de miles de venezolanos, quienes no solamente deben llevar su enfermedad a costas dentro de un sistema de salud más que precario, sino que tampoco encuentran las medicinas para aliviar sus males

El acceso a la atención sanitaria en Venezuela se encuentra en una situación extremadamente crítica, como consecuencia de las condiciones de precariedad a las que han llegado los centros hospitalarios y ambulatorios de la salud pública, después del persistente deterioro al que han estado sometidos durante los últimos años.

A esta situación se suma los altos niveles de desabastecimiento de medicinas para que las personas realicen sus tratamientos; de reactivos y suministros para hacer pruebas diagnósticas; de insumos básicos y repuestos de equipos médicos para el funcionamiento del sistema sanitario, tanto público como privado -en más de un 80 % de procedencia importada- debido a la mora del Estado con el pago de deudas en divisas a proveedores internacionales.

Dada esta grave situación, la población venezolana se encuentra actualmente afrontando violaciones sistemáticas y generalizadas de garantías mínimas para atender sus necesidades de salud, que están conduciendo a muertes injustas y a daños inaceptables a la salud e integridad física y psicológica de diversos grupos de personas.

LA RESPONSABILIDAD DEL ESTADO VENEZOLANO CON EL DERECHO A LA SALUD

El derecho a la salud en Venezuela alcanzó una mayor progresividad y cobertura en la Constitución de 1999, pasando a ser un *derecho fundamental de todas las personas*, bajo las mismas normas que rigen el derecho a la vida y a la integridad personal¹, y garantizado por el Estado de manera *universal, gratuita, equitativa e integral*.

Para garantizar el derecho a la salud, el constituyente de 1999 se enfocó en la reforma de la *salud pública*, la cual se encontraba en un severo estado de debilitamiento institucional y presupuestario por causa de la *desinversión*, la *fragmentación* y la *inequidad* de la estructura sanitaria que favoreció condiciones para la privatización del derecho y la exclusión de la mayoría de la población de servicios elementales.

En este sentido, la norma estableció como obligaciones del Estado: a) crear y ejercer la rectoría de un sistema público nacional de salud, que proviene de la *integración* de todos los servicios de salud públicos, además de los servicios de la seguridad social; b) gestionar el sistema de manera intersectorial, descentralizado y participativo; c) dar prioridad a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades; d) garantizar tratamiento oportuno y rehabilitación de calidad; e) garantizar un presupuesto para la salud que permita cumplir con los objetivos de la política sanitaria; f) promover y desarrollar una política nacional de formación de profesionales y técnicos, en coordinación con universidades y centros de investigación, así como una industria nacional de producción de insumos para la salud.

Sin embargo, ninguna de estas disposiciones se ha cumplido en los últimos años. En vía contraria, la situación del derecho a la salud ha mostrado en estos años evidencias de niveles preocupantes de retroceso.

LA PROBLEMÁTICA DE LA SALUD PÚBLICA

Los hospitales y ambulatorios de la salud pública redujeron drásticamente sus capacidades de atención. Debido a inaccesibilidad económica de los servicios privados y a la baja cobertura de aseguramiento de la población, la mayoría de las personas y fundamentalmente las de menores recursos, han continuado acudiendo a los hospitales y ambulatorios públicos, enfrentando actualmente los siguientes problemas:

1. ESCASEZ ALARMANTE DE MEDICAMENTOS, REACTIVOS E INSUMOS

Existen niveles alarmantes de escasez en el 2013 y 2014, reportando fallas de 37 % a 50 % en medicamentos. La escasez ha afectado 1.200 medicamentos, cuyos precios estaban regulados desde el año 2003, para tratar enfermedades infecciosas, hipertensión, diabetes, tiroides, psicotrópicos y oncológicos. También han desaparecido medicamentos de alto costo que suministra el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS) y el Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS) a personas en condiciones y problemas de salud crónicas: oncológicas, hematológicas, cardiopatas, hipertensión, diabetes y VIH.

2. ALTO DÉFICIT CRÓNICO DE PERSONAL DE SALUD

De la salud pública se han retirado 15.000 profesionales de la medicina, que se traduce en un déficit mayor a 50 %. De los retirados, 46 % está trabajando en el sector privado. Además, persiste el déficit de personal de enfermería que los gremios calculan en 60 % y se agrega también el de bionalistas. Al déficit de médicos, se suma la disminución del número de estudiantes de medicina y de médicos residentes que hacen sus post-gradados en los hospitales públicos.

3. ALTO DÉFICIT DE CAMAS

En comparación con el estándar internacional de camas hospitalarias públicas (3 por 1.000 habitantes), Venezuela presenta un alto déficit, que ha ido creciendo en los últimos años hasta llegar a 70 %. Según datos de la Oficina Panamericana de la Salud (OPS), entre los años 2005-2008, la tasa de camas en Venezuela fue 1,3 por 1.000 habitantes y, entre los años 2009-2011, bajó a 0,9 por 1.000 habitantes.

4. DESMEJORA DE PROGRAMAS Y SERVICIOS ESENCIALES

Durante los últimos años, se redujeron las vacunaciones a nivel nacional, aumentó la mortalidad materno-infantil, se expandieron las enfermedades por parásitos y vectores, se paralizó en varias oportunidades el suministro de tratamientos e intervenciones para personas en condiciones crónicas y se agravó la poca disponibilidad de medios para el diagnóstico temprano.

5. DESASISTENCIA DE POBLACIÓN EN ZONAS APARTADAS

Los problemas de disponibilidad de una atención mínima en salud a personas en zonas apartadas son extremadamente graves. Algunos estados se encuentran con dificultades extremas en el suministro de alimentos e insumos médicos, servicios de traslado aéreo y de ambulancias fluviales, disponibilidad de centros de médicos. Los pocos centros presentan mala calidad, falta de material médico-quirúrgico y de medicamentos.



6. AUSENCIA DE UN SISTEMA DE ATENCIÓN A URGENCIAS

No existe en el país un sistema de atención de urgencias. Las personas heridas, quemadas o lesionadas, e infartadas, enfrentan traslados innecesarios que acortan la probabilidad de vida, por deficiencias de transporte, camas de emergencia, quirófanos y especialistas en servicios de emergencia. Asimismo, el país presenta un preocupante deterioro de sus bancos de sangre, de los cuales 48 % son públicos, y han caído las reservas de sangre por el bajo porcentaje de donantes voluntarios.

7. PRECARIAS CONDICIONES DE INFRAESTRUCTURA

Los centros de salud públicos presentan severas fallas de infraestructura y de servicios básicos que se traducen en el colapso frecuente de sistemas de aguas negras, falta de agua, iluminación, ascensores y aire acondicionados. Las constantes fallas eléctricas en estados del interior del país, ocasionan daños de equipos médicos indispensables para el diagnóstico y tratamiento de pacientes.

PRINCIPALES CAUSAS DE LA PROBLEMÁTICA DE LA SALUD PÚBLICA

1. DIRECCIÓN DE POLÍTICAS DESVIADA DE LAS NECESIDADES REALES

Desde el año 2002, el Gobierno nacional decidió conducir una política de Estado dirigida a desmontar las estructuras institucionales existentes, incluyendo la del Ministerio de Salud, con el fin de abrir espacio a una nueva, surgida del proyecto bolivariano y socialista. El gobierno confió este propósito al apoyo de Cuba y a mecanismos paralelos de decisión bajo control de la presidencia. De allí nace la Misión Barrio Adentro (MBA), como “eje del nuevo sistema

público de salud”, que ha operado fuera de las instituciones, normativas y servicios, y en la que se han invertido cuantiosos recursos manejados con amplia discrecionalidad y ninguna transparencia. Las consecuencias no se hicieron esperar. A partir del año 2005, la Misión Barrio Adentro I –de atención primaria– decayó en cobertura y operatividad llegando a paralizarse más del 50 % en el 2009, sin mostrar resultados visibles en una mejor situación de salud, ni responder a los problemas reales de la salud pública.

2. DEBILITAMIENTO DE LOS PROGRAMAS DE SALUD

Los programas de salud presentan graves dificultades para cumplir con funciones esenciales de vigilancia epidemiológica, desarrollo de normativas, planificación, regulación y coordinación de las actividades curativas, preventivas y de rehabilitación. Debido a estas dificultades, la información en salud presenta niveles altos de subregistro, las medidas no son suficientes para el control de enfermedades y las coberturas de atención de los servicios son bajas.

3. PRECARIEDAD DE LAS CONDICIONES DE TRABAJO DEL PERSONAL DE SALUD

Las condiciones de trabajo del personal de salud son muy precarias, como producto de la violación de derechos a la contratación colectiva, a la reunión y a la manifestación pacífica, al descanso e incluso a la protección de la integridad personal y la vida.

4. CORRUPCIÓN

La Contraloría General de la República ha señalado reiteradamente en sus informes 2011, 2012 y 2013, irregularidades en la importación, almacenamiento y distribución de medicamentos procedentes del Convenio Cuba-Venezuela. Asimismo, se ha perdido gran cantidad de recursos en la ejecución de nuevas obras anunciadas en-

tre los años 2007-2010 mediante procedimientos de adjudicación directa por Decreto de Emergencia publicado en el 2006.

5. ALTA DEPENDENCIA DE IMPORTACIONES

El 84 % de medicamentos e insumos son importados, debido a que no se ha avanzado en fortalecer la producción interna. Las políticas han acentuado la dependencia de importaciones y, debido a la escasez de divisas, en los últimos años el MPPS ha venido aumentando el uso de convenios internacionales para abastecer los servicios de medicamentos, insumos, materiales, vacunas, reactivos y equipos.

6. INSOSTENIBILIDAD, INEQUIDAD Y POCA TRANSPARENCIA PRESUPUESTARIA

El gasto público en salud por vía de presupuesto ordinario ha crecido pero es muy bajo en comparación con lo que se gasta en América Latina, y menos de la mitad se destina a los hospitales y ambulatorios de la salud pública (48 %). Más del 30 % va a otras instituciones de salud del sector público, produciendo un alto fraccionamiento, y 21 % se destina a seguros privados para cubrir necesidades de unos 8 millones de empleados públicos y sus familiares.

DEMANDAS DE LA SOCIEDAD CIVIL AL ESTADO VENEZOLANO

Dada esta situación, organizaciones de personas afectadas, familiares y de derechos humanos, médicos, enfermeras y otros trabajadores de la salud, sociedades médicas e instituciones académicas, así como proveedores y distribuidores privados, han exigido a las autoridades nacionales que reconozcan la grave situación y presenten soluciones inmediatas, declaren una emergencia sanitaria en el país y se disponga de mecanismos de ayuda humanitaria internacionales para garantizar la salud y la vida de miles de personas.

La salud pública configura la mayor garantía de una efectiva atención sanitaria en Venezuela. Dependen también de ella los programas, las funciones de rectoría, vigilancia y contraloría sanitaria, la formación de recurso humano y el suministro de tratamientos. En este sentido, que persista esta situación, privando a la población de servicios sanitarios, constituye una amenaza para la protección del derecho a la salud en Venezuela, y acarrea violaciones de la Constitución y de los pactos y convenios internacionales en materia de derechos económicos, sociales y culturales, sin que valgan excusas basadas en la insuficiencia de recursos o en cualquier otra dificultad.

NOTAS

- 1 El derecho a la vida es un derecho humano fundamental cuyo goce pleno constituye una condición para el ejercicio de todos los derechos. La integridad personal es esencial para el disfrute de la vida humana. A su vez, los derechos a la vida y a la integridad personal se hallan directa e inmediatamente vinculados con la atención de la salud humana. Corte Interamericana de Derechos Humanos. Caso Albán Cornejo y otros vs. Ecuador (2007). En: http://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_171_esp.pdf; http://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_183_esp.pdf

*Director ejecutivo de Civillis DDHH y colaborador de Provea.