

El Derecho a la Salud en Venezuela

154 Período de Sesiones de la CIDH

Audiencia Pública de Venezuela

Martes, 17 de marzo de 2015

Informe presentado a la CIDH por:

PROVEA, Programa Venezolano de Educación-Acción en Derechos Humanos y

CODEVIDA, Coalición de Organizaciones por el Derecho a la Salud y a la Vida, de la cual forman parte:

Amigos Trasplantados de Venezuela

Acción Solidaria en VIH/SIDA

Asociación Venezolana de Amigos con Linfoma

Asociación Venezolana para la Hemofilia

Asociación Civil Senos Ayuda

Funcamama, Fundación de Lucha contra el Cáncer de Mama

PROVEA
todos
los derechos
para todas
y todos

CodeVida
Coalición de Organizaciones por
el Derecho a la Salud y a la Vida



	Pág.
I. Consideraciones generales	4
II. Omisión de medidas	5
La Ley Orgánica de Salud	5
El Sistema Público Nacional de Salud	5
III. Medidas ejecutivas	6
El financiamiento de la salud pública	6
La centralización y el financiamiento público de la medicina privada	6
El Sistema Paralelo de la Misión Barrio Adentro	7
Los convenios internacionales en importaciones	8
La regulación de precios y de importaciones del sector privado	8
IV. Servicios de salud	9
La infraestructura	9
El personal de salud	9
Los insumos médico-quirúrgicos	10
Los medicamentos	10
V. Casos de centros de salud	11
Hospital de Niño J.M. de los Ríos (HJMR)	11
Maternidad Concepción Palacios (MCP)	12
Hospital Universitario Manuel Núñez Tovar (HUMNT)	12
Hospital Universitario de Caracas (HUC)	13
Banco Municipal de Sangre (BMS)	13
VI. Personas en riesgo	14
Personas que requieren atención de urgencia e intervenciones	14
Embarazadas y recién nacidos	14
Niños y niñas en edades de vacunación	15
Personas que requieren diálisis y trasplantes	15
Personas con hipertensión y diabetes	16
Personas con cáncer	16
Personas con linfoma y mieloma	16
Personas con cáncer de mama	17
Personas con VIH/SIDA	17
Personas con problemas hematológicos	18
Personas con drepanocitosis y talasemias	18
Personas con problemas de salud mental	19
Personas en sitios apartados	19
V.I. Recomendaciones finales	20

I. CONSIDERACIONES GENERALES

1. Actualmente, el Estado venezolano **no ofrece seguridad de garantías mínimas de atención a la salud de las personas** en los centros asistenciales del país. En los **públicos** –que representan aproximadamente 90% de los entes prestadores, concentran 70% de las camas y constituyen el único medio accesible del que dispone más del **60% de la población**- existe un **extenso y pronunciado deterioro de los servicios, que los inhabilita para funcionar conforme a los estándares mínimos de una atención adecuada y oportuna**.
2. En los **privados** –que representan menos del 10% de los prestadores, poseen 6% de las camas y hacia los cuales **se ha desplazado la población por no encontrar garantías de atención en la salud pública**, incluyendo a los funcionarios del Estado cubiertos con fondos públicos-, **tampoco hay seguridad de atención**, dado que públicos y privados están siendo severamente impactados por una **crisis general de desabastecimiento de insumos y medicamentos**, con efectos especialmente devastadores en la salud pública.
3. El **estado de deterioro de la salud pública** es producto de **condiciones de restricción, múltiples y combinadas**, a las cuales han estado sometidos los centros de salud durante **un prolongado número de años**, y las cuales están asociadas a una **sistemática conducta de omisión** de las autoridades nacionales respecto de sus obligaciones de garantizar el derecho a la salud, establecidas en los artículos 83, 84, 85 y 86 de la norma constitucional. El empeoramiento de la salud pública ha **exacerbado las inequidades en salud**, trasladando los costos de este deterioro a las personas de menores recursos.
4. A la par, el Estado ha contribuido con el **socavamiento de la rectoría, gestión y financiamiento de las instituciones públicas nacionales y estatales** a las que competen responsabilidades concurrentes con el derecho a la salud, adoptando **medidas de amplio poder discrecional sobre la dirección de políticas y recursos**, que han distraído enormes esfuerzos hacia **estructuras paralelas**, hoy aisladas y con amplias restricciones, y han **reducido las capacidades de estas instituciones** para **conducir las políticas de salud** y administrar los servicios, resolver sus deficiencias y enfrentar con eficaz desempeño problemas de salud apremiantes de la población.
5. Agravando más la situación, las **políticas económicas y de orden interno** están generando una **crisis de desabastecimiento generalizado de insumos y medicamentos importados**, que se ha prolongado en el tiempo y ha provocado una alarmante y creciente suspensión o cierre de servicios en los centros de salud, fundamentalmente en los públicos, trayendo como consecuencia que en este momento personas con necesidades de salud se encuentren con **serias dificultades para conseguir atención y medicinas esenciales** y estén **perdiéndose vidas humanas**. Esto compromete la responsabilidad del Estado con sus obligaciones de proteger la integridad física y la vida de toda persona en Venezuela, y de prevenir y frenar cualquier riesgo inminente para la salud. Hoy, muchas personas están falleciendo en el país, no por enfermedades, sino porque los servicios de salud no tienen como atenderlas.

II. OMISIÓN DE MEDIDAS

La Ley Orgánica de Salud

6. La Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (CRBV), en su artículo 83, reconoció la salud como derecho social fundamental y estableció la **obligación del Estado de garantizarlo a todas las personas, sin distinción alguna, como parte del derecho a la vida**. Éste es un cambio notable respecto de su formulación en la Constitución de 1961 (artículo 76), cuando el Estado sólo debía proveer de medios de prevención y asistencia a quienes carecieran de ellos.

7. Transcurridos 15 años, todavía **no se ha promulgado una Ley Orgánica de Salud** que cumpla las garantías de la norma constitucional. En su defecto, según Sentencia del año 2012 del Tribunal Supremo de Justicia (TSJ) sobre recurso por omisión legislativa¹, rige en Venezuela la Ley Orgánica de Salud de 1998, enmarcada en la Constitución de 1961, la cual, violando principios de la C RBV, permitiría, por ejemplo, cobrar servicios en la salud pública por “baremos de recuperación de costos”.

El Sistema Público Nacional de Salud

8. La C RBV estableció, en sus artículos 84 y 85, la obligación del Estado de crear un **Sistema Público Nacional de Salud (SPNS)** de gestión **descentralizada y participativa, integrado al sistema de seguridad social** (incluyendo fuentes de financiamiento) y regido por principios de gratuidad, universalidad, integralidad y equidad, entre otros, prohibiendo su privatización.

9. La **salud pública** es la que compete al Ministerio de la Salud y abarca 230 hospitales, 245 ambulatorios II y III y 4.597 ambulatorios I y rurales. La **seguridad social** cuenta además con centros de Institutos de Previsión Social, que suman 17 hospitales y 77 ambulatorios, y los del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS), ente adscrito al Ministerio del Trabajo, constituido por 35 hospitales, 57 ambulatorios y farmacias, que distribuyen medicamentos de alto costo. El número y extensión geográfica de estos servicios es muy superior a los del sector privado.

10. La **descentralización de los servicios de salud** comenzó en la década de los noventa, después de avanzar hacia finales de esta en la descentralización política con la elección por voto popular de alcaldes y gobernadores. Mediante ley y convenios se descentralizaron casi 80% de los hospitales y ambulatorios adscritos al Ministerio de Salud, a 17 de las 24 gobernaciones. Esta descentralización fue administrativa y no financiera, siendo competencia del Ministerio la transferencia anual de los fondos.

11. La norma constitucional dispuso la creación del **SPNS**, para **corregir el fraccionamiento** de los servicios en los distintos sectores de carácter público y **consolidar su gestión descentralizada** bajo rectoría del Ministerio de Salud, a fin de superar inequidades de disponibilidad, acceso, cobertura y calidad de la atención sanitaria. Sin embargo, **el Estado no avanzó en la creación del SPNS. Los servicios siguen careciendo de un marco de política y normativa común, y continúan fraccionados desde el punto de vista financiero, regulatorio, funcional y territorial.**

¹ Recurso presentado ante el TSJ en el 2010 y declarado inadmisibile en el 2012, interpuesto por las organizaciones Provea, AcSoJ, Accsi y Fundación Reflejos de Venezuela.

III. MEDIDAS EJECUTIVAS

El financiamiento de la salud pública

12. En su artículo 85, la CRBV establece la obligación del Estado de garantizar un presupuesto que permita cumplir los objetivos de la política sanitaria. No obstante, habiendo recibido una de las más altas sumas de ingreso por renta petrolera durante la última década, **Venezuela sigue presentando uno de los gastos públicos más bajos en salud**, en comparación con los esfuerzos que hacen otros países de América Latina. En Venezuela, este gasto representó 4,5% del PIB en 2011, mientras en Bolivia fue de 5%, en Argentina 7,9%, en Uruguay 8,6%, en Brasil 8,9%, en Cuba 10% y en Costa Rica 10,2%².

13. El **financiamiento público en salud no ha mejorado la accesibilidad económica a bienes y servicios sanitarios**. Las **transferencias públicas** en bienes y servicios sanitarios **no sobrepasa el 40% de los gastos en salud** de los hogares venezolanos³, y los **presupuestos asignados** a la salud pública están por debajo de **50% del gasto total en salud**. Adicionalmente, son **altamente deficitarios**, llegan con considerable **retraso** a los centros y **dependen en un 50% de créditos adicionales**, sujetos a la disponibilidad de divisas.

La centralización y el financiamiento público de la medicina privada

14. De forma regresiva y contraria a la CRBV, el Ejecutivo implementó una **política de recentralización de los servicios de salud**. En 2008 se dictaron varios decretos-ley, utilizando facultades legislativas por Ley Habilítate, para revertir la transferencia de servicios al Distrito Metropolitano de Caracas y al estado Miranda, impidiendo a sus autoridades intervenir en la gestión de hospitales y ambulatorios públicos de su jurisdicción. Posteriormente, a través de medidas administrativas, la mayoría de los hospitales pasaron a ser dirigidos por el Ministerio de la Salud.

15. Asimismo, el Ejecutivo intervino las aseguradoras privadas que proveían seguros médicos a organismos públicos, práctica existente con anterioridad a la CRBV como parte de reivindicaciones de contratación colectiva. Con estos recursos se crearon fondos auto-administrados y se autorizó la conformación de una **Alianza Interinstitucional de Salud (AIS)**, que en el presente **reúne a 45 organismos públicos**, la cual estableció con las **clínicas privadas un convenio de cobertura de servicios de salud para 8.000.000 de funcionarios, funcionarias y sus familiares**, con cargo a estos fondos, que representan **más del 20% del gasto público en salud**. Esta decisión hace imposible avanzar hacia el Sistema Público Nacional de Salud y va en detrimento del financiamiento de la salud pública y de la seguridad social.

² OMS. Estadísticas Sanitarias Mundiales, 2014.

³ Cifras del Banco Central de Venezuela (BCV). El porcentaje de gasto público en salud del total de gasto era 36,6% para 2011, de acuerdo con los datos reportados a la OMS publicadas en Estadísticas Sanitarias Mundiales 2014. Es también uno de los más bajos en comparación con algunos de sus pares en América Latina, entre ellos Brasil (45,7%), Chile (48,4%), Perú (56,0%), Argentina (66,5%), Uruguay (69,5%), Costa Rica (75,2%), Colombia (75,2%) y Cuba (94,7%).

El Sistema Paralelo de la Misión Barrio Adentro

16. Desde 2005, el Ejecutivo se ha **reservado y manejado discrecionalmente fondos extraordinarios** de los ingresos recibidos por exportaciones de petróleo. En el sector salud, estos ingresos se destinaron al **financiamiento de una estructura paralela, en la que se inserta la Misión Barrio Adentro (MBA)**, dentro del Convenio de Cooperación con la República de Cuba. Entre 2003 y 2012, la empresa estatal **Petróleos de Venezuela (PDVSA) invirtió en diferentes planes de la MBA un total de 18.531 millones de dólares**, lo cual equivale a **10 años de presupuesto de la salud pública**.

17. La **MBA se inició en 2003, al margen del Ministerio de la Salud**, para lo cual se trasladaron, a comunidades de sectores populares urbanos en varios estados del país, 14.345 médicos comunitarios de nacionalidad cubana. En 2004, el Ejecutivo tomó la **medida de elevar la MBA a carácter de sistema, paralelo al de la salud pública y la seguridad social**. El Ministerio de la Salud debió realizar el primer censo de médicos cubanos –un año después de estar instalados en el país– y coordinar un plan de construcción de consultorios con apoyo de PDVSA, cumplido parcialmente con importantes deficiencias en infraestructura. La MBA siempre funcionó bajo la **dirección y coordinación de la Misión Médica Cubana (MMC)** con total **hermetismo y nunca se integró al sistema sanitario**. En 2009, el Presidente declaró una **emergencia nacional** al encontrar **2.149 consultorios** abandonados de los 4.298 construidos (**50%**) y que **1.199 habían reducido sus actividades a medio tiempo**.

18. Con la **MMC**, en 2005, el Ejecutivo abrió un Programa Nacional de Formación en Medicina Integral Comunitaria (MIC), con profesores de nacionalidad cubana y un pensum de estudio de la Escuela Latinoamericana de Medicina (ELAM). Ninguna de las escuelas de medicina en universidades autónomas y experimentales fue consultada. En 2011, se graduaron 8.000 Médicos Integrales Comunitarios (MIC) y entraron a internados rotatorios en los que se evaluó su desempeño. Las evaluaciones arrojaron amplias deficiencias de competencia que fueron documentadas⁴. A pesar de ello, el Ministerio de Salud aprobó el ingreso de los MIC a postgrados de medicina, que muchos han abandonado por no contar con una base de formación médica completa.

19. El segundo programa fue la **Misión Barrio Adentro II**, iniciada en 2005, para construir y equipar **600 Centros de Diagnóstico Integral (CDI), 600 Salas de Rehabilitación Integral (SRI) y 30 Centros de Alta Tecnología (CAT)**. En 2012, la Contraloría General de la República (CGR) determinó la parálisis de 1.235 obras de los CDI entre 2005 y 2009, por entrega tardía de recursos y fallas de control interno en la adjudicación y supervisión. Hasta 2013, se habían culminado 561 CDI, 583 SRI y 35 CAT. En 2014, trabajadores de los CDI de los estados Táchira, Zulia y Vargas denunciaron abandono de los centros, un avanzado estado de deterioro de la infraestructura, falta de personal, de insumos médicos, de sábanas y de papel higiénico, y de aires acondicionados, así como bajos salarios y acoso por defender derechos laborales.

⁴ Entre estas deficiencias se encuentran: dificultades para realizar historias clínicas, manejar términos médicos, hacer un examen físico, interpretar exámenes de laboratorio, electrocardiogramas o radiografías de tórax, y prescribir tratamientos. Una segunda evaluación con información suministrada por 10 especialistas de 5 hospitales del Distrito Capital y del estado Miranda reveló que, en cuanto a desempeño, los MIC no lograron competencias indispensables para realizar historias médicas sin supervisión, tampoco para orientar el diagnóstico, el plan de trabajo y las indicaciones en la consulta externa de manera independiente, ni para indicar tratamientos aceptables en caso de hospitalización.

20. El tercer programa fue la **Misión Barrio Adentro III**, para asignar recursos a la remodelación y reacondicionamiento de **hospitales públicos**. En 2007 se iniciaron obras simultáneas en 62 hospitales, que obligaron al cierre de salas, postgrados, emergencias y quirófanos hasta por 6 años. Hasta 2010, 77% de las obras no se había culminado. En 2008, diputados del partido de gobierno presentaron a la Asamblea Nacional un informe de irregularidades en 10 hospitales. En 2013, en 32 contratos de 8 hospitales, la CGR encontró inexistencia de instrumentos de planificación; obras no supervisadas, inspeccionadas ni evaluadas; obras iniciadas sin contrato; certificación de terminadas y recibidas, de obras no concluidas; y gastos sin garantías suficientes, disponibilidad presupuestaria ni aseguramiento de precios justos y razonables.

21. El cuarto programa comenzó en 2010, como **Misión Barrio Adentro IV**, para la construcción de **6 hospitales especializados en 5 estados del país**. En 2012, ingenieros y arquitectos consignaron a la CGR denuncias sobre doble financiamiento, incumplimiento de normas de licitación y modificación de proyectos después de obras avanzadas -dos habían cambiado de lugar. En 2011, la Comisión Permanente de Finanzas y Desarrollo Económico de la Asamblea Nacional informó que ninguno de los proyectos había avanzado más de 15% en su ejecución física. En 2013, el Presidente de la República ordenó inspeccionar las obras de construcción, confirmando que **todas estaban paralizadas**.

Los convenios internacionales en importaciones

22. Los fondos extraordinarios manejados por el Ejecutivo también se destinaron a la **profundización de una política de importaciones** de medicamentos e insumos. Desde 2005, **crecieron de 23 a 77 los contratos** de compra de medicamentos, vacunas, reactivos y equipos a la República de Cuba; y de insumos médico-quirúrgicos y equipos de diagnóstico a la República de China.

23. En 2013, la **CGR encontró irregularidades cometidas por funcionarios cubanos y venezolanos desde 2005 hasta 2013**, en contratos y actividades de importación, almacenamiento y distribución de medicamentos y material médico-quirúrgico procedentes de Cuba y destinados a los CDI. Algunas de estas irregularidades fueron: requerimientos no necesarios, incumplimiento de cronogramas de entrega y de cantidades previstas, doble adquisición, falta de celeridad en su retiro y nacionalización en las aduanas y debilidades de almacenamiento y distribución, produciendo vencimiento e inutilización.

La regulación de precios y de importaciones del sector privado

24. Desde 2010, el Ejecutivo implementó una **rígida política de regulación de precios a las empresas del sector privado**, que incluyó también al sector salud. En 2013, se emitió la Providencia Administrativa N° 294 con la que se aplicó un régimen de fijación de precios a 20 servicios médicos y 28 procedimientos diagnósticos de todos los servicios privados⁵.

⁵ Las clínicas, sociedades científicas, académicos, bioanalistas, laboratorios y cámaras, calificaron la medida de inaplicable y solicitaron que fuese postergada hasta que se hicieran ajustas a los precios reales. La Asociación Venezolana de Clínicas y Hospitales (AVCH) advirtió que la medida bajaría la calidad de la hemodinámica, los cateterismos, la terapia intensiva, los exámenes de laboratorio y de anatomía patológica.

25. Además, en el **marco de las políticas de control de acceso a las divisas**, el Estado disminuyó las asignaciones y liquidaciones efectivas a las empresas privadas para importar medicamentos, equipos y materiales médicos-quirúrgicos y de laboratorio, generando la acumulación de deudas con proveedores extranjeros que, en el caso de las empresas afiliadas a la Asociación Venezolana de Distribuidores de Equipos Médicos y Odontológicos (AVEDEM) suman actualmente 265 millones de dólares⁶, y el cierre de líneas de crédito. Existen además solicitudes de autorización de liquidación de divisas para importación por 152 millones, aún no aprobadas⁷.

IV. SERVICIOS DE SALUD

La infraestructura

26. Una de las fallas que más afecta los centros de salud públicos es el **deterioro de la infraestructura** (filtraciones en paredes y techos, inundaciones, roturas de aguas negras, falta de agua e interrupciones de energía eléctrica). Estas reducen los espacios, producen hacinamiento y problemas de contaminación. En 2013, el Presidente de la República calificó de deplorable la situación de los hospitales públicos y *“una vergüenza para la revolución”*, al constatar su estado de deterioro.

27. A los problemas de infraestructura, debe agregarse que la mayoría de los hospitales no tiene políticas ni protocolos para el manejo de desechos potencialmente infecciosos y es escasa la inversión en instalaciones, equipos y materiales para la correcta disposición de residuos sólidos. Los incineradores no funcionan, están dañados o trabajan en condiciones regulares, y no se dispone de controladores de contaminantes atmosféricos.

28. Entre 2009 y 2013, se **redujo drásticamente el número de camas operativas en los hospitales públicos**, pasando de 30.964 a 21.770. La mayoría de los hospitales ha tenido una disminución de 50% en camas operativas⁸. Según la Oficina Panamericana de la Salud (OPS), **la tasa de camas en Venezuela bajó de 1,3 x 1.000 entre 2005 y 2008 a 0,9 x 1.000 en 2009-2011, siendo el estándar recomendado 3 camas x 1.000**. En 2012, el Ministerio de Salud reportó que la reducción del número de camas de emergencia entre 2011 y 2012 había significado dejar de atender a 1.125.610 personas.

El personal de salud

29. La **insuficiencia de personal de salud**, además de la inadecuada infraestructura, es uno de los mayores problemas de la salud pública y una de las causas más frecuente del cierre de áreas de consulta externa y de cirugías electivas en los centros de salud. Como consecuencia de las múltiples restricciones para ejercer adecuadamente la práctica médica, la permanente violación de los derechos laborales y la hostilidad e inseguridad en los ambientes de trabajo, los hospitales y ambulatorios de la

⁶ US\$ 180 Millones corresponden a deudas de importaciones antes del 30/9/2013, US\$ 16 Millones corresponden a deudas de importaciones del último trimestre del 2013, US\$ 8 Millones corresponden a importaciones llegadas sin cierre y US\$ 61 Millones corresponden a importaciones del año 2014.

⁷ Entre los trámites establecidos se encuentran: la Autorización de Liquidación de Divisas (ALD) y Certificados de No Producción Nacional, de los cuales había 209 solicitudes pendientes hasta el último trimestre de 2014 y otras que no han podido ser procesadas porque el portal fue cerrado.

⁸ Informe de la Red de Sociedad Científicas Médicas Venezolanas. 2013.

salud pública han **perdido 6.700 médicos**, según estadísticas de la Federación Médica Venezolana (FMV), lo cual equivale a **24% del personal profesional disponible**. A ello se suma un **30% menos de médicos en formación o residentes**, alcanzando en algunas especialidades, como anestesiología, casi 90%⁹. Además, persiste un déficit de **personal de enfermería que los gremios calculan en 60%** y en los últimos años también se redujo el personal de laboratorio.

Insumos médico-quirúrgicos

30. La **carencia de insumos médico-quirúrgicos, repuestos para equipos y reactivos para laboratorios**, es otra condición restrictiva frecuente de la prestación de servicios en centros de salud públicos, que se agravó desde 2010 con el aumento de la inflación y las políticas de control y asignación de divisas. Desde 2013, existe una **crisis severa de desabastecimiento** de estos materiales – dado que 84% son importados- produciendo de forma alarmante la **suspensión de cirugías electivas y de emergencias, y de otras áreas de servicio como radiología, laboratorios y bancos de sangre**.

31. Una encuesta de la organización Médicos x La Salud (Red de Médicos Residentes), realizada en 130 hospitales de 19 estados del país, encontró: **61% de hospitales con fallas graves o absolutas de material médico quirúrgico; 65% con fallas graves o absolutas de catéteres y sondas; 86% con equipos de Rayos X dañados; 94% con tomógrafos dañados o sin funcionar; 94% con laboratorios con falla de reactivos y 44% de los quirófanos cerrados o inoperativos**.

32. Las empresas afiliadas a la Asociación Venezolana de Distribuidores de Equipos Médicos y Odontológicos (AVEDEM) reportan faltas que van, desde **suturas, gasas, soluciones antisépticas y salinas, guantes y batas estériles**, sistemas para administrar medicamentos y drenajes; **medios de contraste para diagnóstico por imágenes, reactivos de laboratorio**¹⁰, tubos y colectores para toma de muestras, cubetas y **parafina para biopsias**; hasta **catéteres y sondas, instrumental médico-quirúrgico**, máquinas de **anestesia** y gases anestésicos, **grapas quirúrgicas y engrapadoras, stents de todo tipo, resucitadores**, micro-nebulizadores y mascarillas de oxígeno, **repuestos de ventiladores para terapias respiratorias en cuidados intensivos**, implantes y prótesis, equipos de endoscopia y electrocirugía, y **radio-isótopos y radio-fármacos de medicina nuclear**, entre otros.

Los medicamentos

33. La crisis de desabastecimiento afecta también el **acceso a medicamentos**, ya que 70% de estos son importados. En hospitales públicos, Médicos x la Salud reportó que **67% de 130 hospitales se encontraban con fallas graves o absolutas de medicamentos**. Muchos hospitales han reportado incluso fallas de antibióticos, inyectoras y materiales básicos como yeso, guata, alcohol y compresas estériles. En 2012, las empresas farmacéuticas y droguerías reportaron fallas en un rango de 20-25% en medicamentos; que entre 2013 y 2014 aumentaron a 37-50% y, en la actualidad, alcanzan 50-60%.

⁹ Las especialidades deficientes más críticas son anestesiología, pediatría y neonatología, medicina interna, terapia intensiva, cirugía, cardiología, ginecología y obstetricia, oncología, infectología, urología, gastroenterología, dermatología, toxicología, psiquiatría y geriatría.

¹⁰ la falta de materiales y reactivos para hacer pruebas de VIH, sífilis, dengue, chagas, tuberculosis, hepatitis, toxoplasmosis, rubeola, y pruebas especiales de tiroides, hormonas, suprarrenales, marcadores tumorales, enfermedades de próstata, colesterol y problemas de coagulación

34. La cámara de empresas farmacéutica (FEFARVEN) reportó que, entre 2011 y 2015, el nivel de falla subió de **15% a 60% en la ciudad de Caracas y sube a 70% en el resto de los estados del país**. En sus inventarios existen 98 medicamentos en falla, que afectan con mayor severidad a personas con problemas del sistema nervioso central, hipo e hipertiroidismo, diabetes, hipertensión, cuadros de convulsión, asma, psicosis y enfermedades neuromusculares. Igualmente FEFARVEN ha señalado fallas intermitentes en analgésicos, anti-inflamatorios, antiácidos y antiparasitarios, anticonceptivos, vitaminas para embarazadas y cremas para quemaduras.

V. CASOS DE CENTROS DE SALUD

35. Las denuncias recogidas por Provea en sus bases de información indican que entre 2004 y 2013 **aumentó de 89 a 178 el número de hospitales y ambulatorios públicos con denuncias de restricción grave o severa en diferentes áreas de funcionamiento**. A medida que las denuncias han crecido, también **aumentó la multiplicidad y combinación de las restricciones, produciendo el cierre parcial o total de servicios**. La situación ha generado que los usuarios **paguen altas sumas de dinero en insumos, materiales y medicamentos** o que, quienes pueden, acudan a **servicios de clínicas privadas**, provocando el colapso en algunos de éstos. A continuación mostramos algunos casos críticos de centros.

Hospital de Niños J.M. de los Ríos (HJMR)

36. El HJMR, centro especializado en pediatría, de referencia nacional, ubicado en Caracas, recibe niños y niñas de escasos recursos económicos -65% de otros estados. Se encuentra en extremas condiciones de deterioro, con problemas de infraestructura, insalubridad, hacinamiento, déficit de personal y escasez de insumos médico-quirúrgicos.

37. Con una **capacidad de 420 camas, el hospital sólo tiene 160 habilitadas**. Se han **cerrado las áreas de infectología, neurocirugía y la emergencia, por inundación de aguas negras**, trasladando el servicio a un espacio improvisado, en el que sólo caben 6 camas. En 2015, familiares denunciaron el fallecimiento de tres niños con leucemia por enfermedades oportunistas. A todos los niños que ingresan se prescriben antibióticos para prevenir infecciones bacterianas por posibles contaminaciones en áreas del hospital.

38. La **falta de insumos médico-quirúrgicos es de 50 a 60 %** y los **equipos de tomografía y resonancia no funcionan**. Existe una **lista de espera de 4.428 niños desde 2012, por suspensión de cirugías electivas**. En 2013, el Ministerio de la Salud remodeló 7 quirófanos que estuvieron 5 años parados por remodelación, pero **nada más cuentan con 6 de los 36 anestesiólogos** que antes había;



sólo disponen de **4 cupos de terapia intensiva y no están funcionando los aires acondicionados**. En 2015, los médicos advirtieron del cierre técnico de los servicios de cirugía electiva y de emergencia.

Maternidad Concepción Palacios (MCP)

39. La MCP, centro especializado en gineco-obstetricia, de referencia nacional, ubicado en la ciudad de Caracas, recibe a mujeres y embarazadas de escasos recursos económicos de todas partes del país, y presenta severas restricciones de atención desde 2010, debido a problemas graves de infraestructura, falta de agua, déficit de especialistas y carencias de insumos médico-quirúrgicos.



40. Tiene una capacidad de **490 camas, pero solo 100 se encuentran operativas**. Pasó de atender **850 partos mensuales a menos de 100 actualmente**. **Solamente 3 de los 11 quirófanos funcionan**, por no contar con anestesiólogos y pediatras especializados en neonatología. Las **unidades de cuidado intensivo neonatal y de adultos estuvieron cerradas desde 2009 hasta 2014**, fecha en la cual se logró el **ingreso de apenas 5 neonatólogos, siendo necesarios 80 para una institución de su tamaño**. Tampoco cuenta con suficientes residentes de ginecobstetricia y arrastran un déficit de 50% de enfermeras. Además carece de medicamentos e insumos médico-quirúrgicos básicos para la atención integral de las mujeres.

41. En 2010, ocurrieron **inundaciones** que llegaron a pabellones, escaleras y salas. Hasta 2012, se habían **cerrado por remodelación 2 pisos con 120 camas**. En 2013, las madres y los recién nacidos fueron **evacuados por el colapso de tuberías de aguas negras y la falta de aires acondicionados**. En 2014, la maternidad estuvo **sin agua por un mes**, obligando a las **madres a comprar botellas de agua mineral para asear a sus bebés** y recolectar agua en pipotes. Por estas condiciones, las madres y bebés corren alto riesgo de infecciones y la maternidad ha suspendido varias veces las emergencias y las cesáreas.

Hospital Universitario Manuel Núñez Tovar (HUMNT)



42. El HUMNT es un centro asistencial docente ubicado en Maturín, y es el principal hospital del estado Monagas. Desde 2009, este hospital atraviesa situaciones de colapso por problemas de hacinamiento, desbordamiento de aguas negras, inundaciones e interrupción de servicio de agua, inseguridad, además de falta de camillas y de insumos médico-quirúrgicos.

43. En este hospital **funcionan sólo 2 de los 9 quirófanos disponibles**. Se atienden **60 partos diarios y las**

embarazadas denuncian que deben esperar hasta 24 horas para ser atendidas. En 2013, familiares denunciaron que habían gastado 20.000 bolívares en medicinas, insumos médicos y artículos de limpieza para evitar la contaminación por desborde de aguas negras en los baños.

44. También en 2013, la Gobernación de Monagas declaró Emergencia de Salud en el estado por la precariedad del hospital, destinando 900 millones de bolívares para insumos, dotación y mantenimiento de equipos médicos, la mejora de la infraestructura y el pago de 6.200 trabajadores. Sin embargo, en 2014, colapsó la sala de partos por falta de especialistas. En 2015, el **área de cocina estuvo inundada de aguas negras por 12 días** y se paralizaron consultas por **filtraciones y desborde aguas blancas**. Actualmente, existen **servicios cerrados por falta de instrumental quirúrgico**.

Hospital Universitario de Caracas (HUC)

45. El HUC, centro asistencial docente de referencia nacional, ubicado en la ciudad de Caracas, ofrece la mayor cantidad de postgrados del país. Presenta actualmente una situación grave de falta de insumos médico-quirúrgicos, medicamentos y equipos. **300 de 1.200 camas se encuentran inoperativas**. Este hospital tiene una **lista de espera de 5.000 personas por diferentes tipos de cirugía** (cardiovascular, oncológica y hernia umbilical, entre otras). **600 niños y niñas esperan un turno de cirugía pediátrica y otros por emergencias urológicas**. No hay tomógrafo en el servicio de radiodiagnóstico e imageneología y se espera por la reparación de un resonador y de mamógrafo. En 2014, **fallecieron más de 50 personas en lista de espera del servicio de cirugía cardiovascular; de estas, 13 estaban hospitalizadas**. En 2015, **se suspendieron todas las cirugías por falta de suturas, compresas, sangre, anestesia, prótesis, instrumental, equipos, laboratorio y medicamentos**, y las personas hospitalizadas fueron dadas de **alta** para evitar más muertes.



Banco Municipal de Sangre (BMS)

46. El BMS es un centro de referencia nacional único en el país, especializado en la atención de personas con hemofilia, linfoma y drepanositosis. Funcionan en este centro 7 laboratorios para hematologías anormales, HLA, citometría de flujo, biología molecular, coagulación y serología.

47. El **déficit presupuestario de este centro alcanza 95%** y presenta extensos problemas de infraestructura, escasez de reactivos y de suministros por trabas burocráticas y falta de divisas desde hace varios



años. Las neveras se encuentran paradas y las cavas dañadas, hay falla de equipos y déficit de hemoterapistas, bionalistas, médicos hematólogos y enfermeras. Algunos de los exámenes ya no se están realizando, dejando desprotegidas a miles de personas a las que se están prescribiendo tratamientos a ciegas.

VI. PERSONAS EN RIESGO

Personas que requieren atención de urgencia e intervenciones

48. **250 personas al año, con accidentes cerebro-vasculares (ACV) y 500 con obstrucción de arterias coronarias, están en alto riesgo por fallas del instrumental, equipos y repuestos para cirugías; los marcapasos para 750 personas que cada año presentan deficiencias de corazón no se encuentran en el país; 500 personas que requieren salvar sus miembros inferiores, están en riesgo de amputaciones por falta de instrumentos que permitan evitarlas.**

49. **Personas con heridas de bala, quemaduras graves o traumatismos, tienen alta probabilidad de enfrentar serios obstáculos para recibir una atención médica inmediata y adecuada, por el alto déficit de ambulancias, camas y medicamentos y la escasez de material médico-quirúrgico, oxígeno, bancos de sangre, equipos de rayos X y personal de salud en emergencias de los hospitales públicos.** Desde 2012, aumentaron las denuncias de personas fallecidas en traslados o “ruleteo” de un centro otro para conseguir atención. Asimismo, **300 personas, en promedio, se encuentran anotadas en listas de espera por intervenciones quirúrgicas electivas en diferentes hospitales del país.**

13

Embarazadas y recién nacidos

50. Para embarazadas y recién nacidos no hay una atención adecuada y oportuna en maternidades y unidades pediátricas. **Los espacios presentan hacinamiento, no hay suficientes incubadoras, falta el agua y son normales los cortes de luz, hay equipos dañados, y no hay insumos quirúrgicos ni funcionan los bancos de sangre.** Además son pocos los neonatólogos, obstetras y anesestesiólogos.

51. **58% de embarazadas no recibe atención prenatal y Venezuela es actualmente el tercer país de América Latina con la tasa más alta de embarazo adolescente,** que el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) calcula en 101 nacimientos por cada 1.000 mujeres de 15 a 19 años. De cada 10 embarazos, 3 tuvieron sus hijos antes de los 19 años de edad¹¹.

52. 380 embarazadas fallecieron en 2014 por causas relacionadas con la atención del parto. También fallecieron 7.000 niños menores de 1 año, de los cuales 60% son recién nacidos o neonatos. La mortalidad materna no ha variado en la última década y desde 2006 la tasa de mortalidad infantil en menores de 1 año está estancada en 14 muertes por 1.000 nacidos vivos.

53. Entre 2012 y 2013, **la mortalidad materna pasó de 92 a 110 madres fallecidas por 100.000 nacidos vivos, ubicando a Venezuela con una de las cifras más altas de América Latina**¹². En 2013, la OMS y el UNFPA señalaron que Venezuela no alcanzará el Objetivo N°5 de las Metas del Milenio,

¹¹ Encuesta Demográfica de Venezuela (ENDEVE).

¹² La razón de mortalidad materna en algunos países de América Latina es: Uruguay (14), Chile (22), Costa Rica (38), Argentina (69), Brasil (69), Colombia (83), Cuba (80), Ecuador (87), Perú (89), Bolivia (200).

referido al compromiso de reducir en 75% la tasa de mortalidad materna y lograr el acceso universal a la salud reproductiva antes de 2015. Lo más grave, a juicio del UNFPA, es que las cifras de muertes se mantienen igual a cuando estas metas se aprobaron en el año 2000.

Niños y niñas en edades de vacunación

54. La vacunación en Venezuela presenta retrocesos. Entre 2005 y 2010, las cantidades de dosis se redujeron en 32% y las coberturas se mantienen por debajo del estándar de 95% que recomienda la OMS, con particular deficiencia en Triple Viral (Sarampión, Rubeola y Parotiditis), Influenza Tipo B, Antimariólica, Triple Bacteriana (Difteria, Tétanos y Tos Convulsa), Fiebre Amarilla, BCG (Tuberculosis y Meningitis), Anti Rotavirus, Anti Hepatitis B, Anti Neumococo y Pentavalente. Entre 2007 y 2009, el Ministerio de Salud **no suministró vacunas Antipolio, Pentavalente y Trivalente Viral a la población infantil menor de 5 años** y, en 2010, dejó de vacunar a casi 70% de la población infantil de 20% de los municipios del país que todavía presentan rezago. El número de vacunas producidas en Venezuela descendió 96% en la última década, pese a que el Estado financió una planta que hasta 2012 no había sido inaugurada.

Personas que requieren diálisis y trasplantes

55. **15.000 personas con problemas renales que requieren de diálisis no reciben las condiciones mínimas en atención, confort, salubridad, insumos médicos y exámenes rutinarios de sangre que establece el reglamento estipulado por el Ministerio de Salud**, notándose una ausencia de supervisión y evaluación por parte del ente rector a dichas unidades. Asimismo, se ha venido agravando la falta de unidades de diálisis. Los nuevos casos no consiguen cupo en las unidades existentes, poniendo en riesgo su vida, puesto que este tipo de terapia sustitutiva es su única opción.

56. **5.000 personas en lista de espera por trasplantes se encuentran en grave riesgo debido que, en 2013, el Ministerio de Salud decidió, de forma arbitraria y sin planificación, encargarse de la delicada y compleja tarea de la procura de órganos**, función que venía realizando por 15 años la Organización Nacional de Trasplantes de Venezuela (ONTV). El Ministerio estableció un programa de transición que aún no se ha cumplido y la tasa de donantes por millón de habitantes cayó en forma dramática de 4.5 a 1.7 entre 2012 y 2014¹³. Fundavene, organismo del Ministerio ahora encargado de esta labor, ya no suministra información a las personas en espera, lo que ha generado gran preocupación entre ellas y sus familiares.

57. Venezuela sólo cuenta con dos unidades de trasplante de médula en Caracas y la ciudad de Valencia en el estado Carabobo, debiendo haber 1 por cada 4 millones de habitantes. Estas unidades venían realizando con absoluto éxito un número importante de trasplantes al año. No obstante, **la unidad de Valencia, ubicada en la Fundación de Trasplantes del estado Carabobo, suspendió sus actividades en 2013 por no recibir los recursos que el Ministerio de Salud debe transferirle**

¹³ Hasta 2011 había una lista de 1.500 personas esperando por trasplantes de riñón y otras 1.500 personas esperaban por trasplantes de córneas.

anualmente. El personal ha sido trasladado a otros centros y su destino actual es el cierre, afectando a 720 personas en espera de trasplante.

Personas con hipertensión y diabetes

58. Más del 50% de la población mayor de 50 años se encuentra afectada o presenta riesgos de hipertensión o diabetes. Actualmente, estas personas no encuentran medicamentos de uso diario como anti-hipertensivos, insulina, antidiabéticos orales, tanto en los programas regulares de los órganos prestadores de salud como en farmacias privadas. Estos déficit también se observan en la casi imposibilidad de realizar test de laboratorio para el adecuado control de enfermedades crónicas.

Personas con cáncer

59. **1.500 personas con cáncer se encuentran afectadas por falta de reactivos, gammagramas óseos y fármacos de medicina nuclear como el yodo radioactivo.** Asimismo, no todos los medicamentos para quimioterapia que suministra el IVSS se consiguen. Entre 2011 y 2012, 19 unidades de radioterapia y 27 equipos de medicina nuclear, comprados a la Argentina en 2004, estuvieron paralizados por falta de mantenimiento al no renovarse los contratos con la empresa proveedora. En 2013, comenzaron a ponerse en marcha; no obstante, se dañan continuamente por interrupciones del suministro de energía y pasa tiempo sin poder ser reparadas por el desabastecimiento de repuestos¹⁴. **Venezuela todavía no aprueba la introducción de la vacuna que protege a las personas del VPH (Virus de Papiloma Humano), que causa cáncer de cuello uterino en mujeres.**

15

Personas con linfoma y mieloma

60. **560 personas con linfoma afrontan falta de medicamentos indicados en protocolos de tratamiento de quimioterapia en al menos 8 estados del país¹⁵.** Las personas reciben copias de medicamentos que los especialistas advierten no tienen el mismo efecto positivo de los originales, lo que conduce a que las personas deban realizar cambios de sus esquemas o que tengan recaídas tempranas al verse forzadas a interrumpirlos.

61. En todos los estados del país se reporta la inexistencia de reactivos para diagnóstico y control de hematología y química sanguínea, como por ejemplo la prueba de inmunohistoquímica. Son escasos los tomógrafos operativos y falta material de contraste para la realización de estudios. Además, los centros carecen de especialistas hematólogos preparados en la patología del linfoma, y no cuentan con un número de enfermeras suficiente ni, en general, de personal capacitado.

62. **El Instituto de Hematología y Oncología de la Universidad Central de Venezuela (UCV), institución con una trayectoria de 38 años y pionera en el estudio y tratamiento de los linfomas, se**

¹⁴ Profesionales, académicos y activistas de la salud, parlamentarios, pacientes y sus familiares consignaron una carta ante la Fiscal General de la República, en la que se denunció que el Estado venezolano había violado su obligación de garantizar el derecho a la salud y a la vida de las personas con cáncer, al no adoptar medidas positivas para subsanar con la debida oportunidad la interrupción de los tratamientos de radioterapia. En diciembre de 2013, se logró que las autoridades del MPPS procedieran a renovar -al menos por 1 año- el acuerdo de mantenimiento.

¹⁵ Zulia, Táchira, Carabobo, Lara, Nueva Esparta, Guárico, Aragua y Sucre.

encuentra cerrado técnicamente hace 9 meses por falta de insumos, recursos y por el estado precario de la infraestructura. También cerró la Unidad de Linfomas de Caracas, centro de diagnóstico y de protocolos a nivel nacional.

63. **Las personas con mieloma múltiple o cáncer de la médula ósea no encuentran medicamentos indispensables para tratarse en las farmacias de medicinas de alto costo del IVSS.** Además, se están suministrando algunos medicamentos no evaluados por autoridades internacionales de farmacovigilancia, por lo cual no se sabe cuáles son sus efectos reales ni su eficacia. Dada la grave situación en la que se encuentran los centros diagnósticos, las personas con mieloma no tienen acceso a diagnóstico, tratamiento ni estudio de la enfermedad, así como tampoco a donaciones de sangre; además, en los centros públicos no hay suficientes hematólogos-oncólogos actualizados en esta afección.

Personas con cáncer de mama

64. **3.285 mujeres diagnosticadas con cáncer de mama no consiguen todos los medicamentos esenciales de forma continua.** El cáncer de mama continúa en ascenso y ocupa el primer lugar de la mortalidad de las mujeres por causas oncológicas. El diagnóstico temprano es limitado por el insuficiente número de mamógrafos y ecógrafos en centros de salud públicos, y los que existen arrojan imágenes de muy mala calidad. Una vez diagnosticadas, las mujeres con cáncer de mamas deben esperar hasta dos años para poder hacerse las cirugías correspondientes. Faltan además película y material de contraste para tomografías y resonancias magnéticas, agujas de corte y vacío para hacer punciones, azul patente y radiofármaco para ganglio centinela, parafina para fijar las muestras, reactivos para gammagramas óseos, así como medicamentos y filtros para quimioterapia. Es crítica la falta de médicos mastólogos, radiólogos y cirujanos oncológicos; no se cuenta con un programa nacional de prevención, diagnóstico y tratamiento de cáncer de mama; las unidades de diagnóstico son insuficientes y no hay unidades de anatomía patológica.

Personas con VIH/SIDA

65. **Más de 45.000 personas con VIH afrontan, desde noviembre de 2009, episodios recurrentes de desabastecimiento de medicamentos antirretrovirales y de fármacos para infecciones oportunistas asociadas al Sida,** lo que genera frecuentes y prolongadas interrupciones, con el riesgo de que los tratamientos pierdan su eficacia¹⁶. Entre 2013 y agosto de 2014, se produjo la más grave interrupción en la provisión de antirretrovirales –entre 15 y 19 medicamentos en algunos meses–, desde que comenzó el programa público de acceso a tratamientos en 1999. El Informe “Tratamiento Antirretroviral Bajo la Lupa”, 2012, de la OPS, indicó que Venezuela fue el país de América Latina con el mayor número de episodios de desabastecimiento de antirretrovirales reportados en el año.

¹⁶ El suministro de los Tratamientos Antirretrovirales de Alta Eficacia (TAR) es responsabilidad del Programa Nacional de Sida/ITS del Ministerio de la Salud y obligación del Estado venezolano según varias sentencias del TSJ emitidas entre 1999 y 2002, impulsadas por organizaciones de VIH en el país. En 2012, más de 50 ONG de VIH solicitaron al Ministerio la intervención del programa por la recurrencia de fallas de inventarios y amplias deficiencias en los procesos de compra, distribución y entrega de los TAR,

66. Las personas con VIH también afrontan el **permanente desabastecimiento de reactivos para exámenes de anticuerpos contra el VIH, conteo de CD4/CD8, carga viral y genotipo, ni se consiguen reactivos para realizar pruebas de VDRL cuantitativo.**

67. Tampoco existen suficientes servicios especializados en VIH ni médicos tratantes en todos los estados del país. Las **embarazadas con VIH son víctimas de violencia obstétrica y no hay productos sustitutos de leche materna para niñas y niños de madres con VIH.**

68. Sigue en **expansión la epidemia por la ausencia de un programa de vigilancia epidemiológica y de una política pública integral de prevención, que incluya campañas oficiales para la prevención del VIH e ITS y el acceso a condones** femeninos y masculinos para la población sexualmente activa. Según informes oficiales, más de 11 mil personas contraen el VIH cada año, la mayoría jóvenes de 15 a 24 años de edad. Igualmente, el Informe Mundial sobre la Situación del VIH/SIDA, 2013, elaborado por ONUSIDA, señaló que **Venezuela retrocedió en sus capacidades de respuesta al VIH, debido al aumento de 85% en nuevos casos de jóvenes con VIH y de 50% en muertes por Sida.**

69. Los estigmas y la discriminación en centros de salud, por la condición de personas con VIH, están causando el aumento de enfermedades no asociadas al VIH e influyen en las muertes anuales por Sida. En junio de 2014, la Asamblea Nacional aprobó una Ley de Igualdad para las personas con VIH, a través de un trabajo conjunto entre la Defensoría del Pueblo y las organizaciones de sociedad civil que trabajan en este campo. La Ley fue promulgada el 30 de diciembre de 2014. No obstante, las condiciones restrictivas generales del sistema sanitario impiden su cabal implementación.

Personas con problemas hematológicos

70. **4.242 personas con hemofilia y otros problemas hematológicos no cuentan con una dotación regular de factores para la coagulación de la sangre,** que deben aplicarse una o dos veces por semana, dependiendo del diagnóstico, para evitar hemorragias espontáneas o traumáticas. La interrupción del suministro se debe al propósito de no agotar las existencias, lo cual expone a las personas con hemofilia a episodios hemorrágicos y a que sus vidas estén en riesgo, como ocurrió en 2013. **3.660 personas con condiciones hematológicas (leucemias, hemofilia y drepanocitosis) atendidas mensualmente a nivel nacional por el Banco Municipal de Sangre, se encuentran privadas de atención debido al cierre técnico de esta institución.**

Personas con drepanocitosis y talasemias

71. **25.017 personas con drepanocitosis –incluyendo niños- y 100 personas con talasemia mayor, tienen dificultades para recibir inmunización contra neumococos, hepatitis B y el virus de la influenza.** Los niños con drepanocitosis SS y S β 0 talasemia deben ser tratados con antibióticos de segunda opción por no disponerse de Penicilina Oral, causándoles maltrato físico al recibir cada mes una inyección intramuscular sumamente dolorosa.

72. El tratamiento del dolor agudo –primera causa de hospitalización- es inadecuado e inoportuno. Faltan filtros leucorreductores y reactivos para transfusiones, la detección de hierro hepático no existe

y la de hierro sérico es extremadamente reducida, y se carece de equipos y de personal capacitado para realizar el eco doppler transcraneal.

73. El diagnóstico de complicaciones oftálmicas, pulmonares, cardíacas y renales, es burocrático e ineficiente; la pesquisa neonatal es insuficiente, no se realiza seguimiento post-parto y sólo en 4 hospitales públicos del país se hacen estudios de hemoglobina post-natal.

Personas con problemas de salud mental

74. **10.000 personas con problemas de salud mental no son atendidas por centros de atención psiquiátrica¹⁷.** En 2012, **5.000 personas recluidas en Residencias Socio-asistenciales del IVSS denunciaron mal estado de la infraestructura, escasez de medicamentos y falta de presupuesto para comida y personal médico.** Al haber escasez de medicamentos, se exige a las familias retirar a las personas con condiciones psiquiátricas por dificultad para su control. A esto se añade el déficit de médicos residentes en psiquiatría. En el período 2012-2013, se inscribieron 3 candidatos para 20 cupos.

Personas en sitios apartados

75. Los **pueblos indígenas** afrontan condiciones extremadamente restrictivas de **disponibilidad, acceso, aceptabilidad y calidad de atención a la salud.** Las comunidades del estado Bolívar han solicitado agentes comunitarios de salud para el pueblo kariña, alimentos, insumos médicos, traslado aéreo y ambulancias fluviales. Las comunidades del estado Monagas, han solicitado un módulo de salud con médicos, ambulancias terrestres y fluviales. En el estado Amazonas, el pueblo pemón ha señalado mala praxis, falta de material médico-quirúrgico y medicamentos en el Hospital Rosario Vera Zurita, único centro de salud de la Gran Sabana. En ese estado, 12 comunidades del pueblo pemón del Parque Nacional Canaima, han reclamado alimentación y salud por vía aérea. Allí sólo existe un ambulatorio con 2 médicos rurales. En el estado Delta Amacuro, la comunidad de koberuna del pueblo warao, no contaba con médico ni embarcación para traslado de personas en casos de urgencia.

76. La **malaria** se ha elevado de manera considerable en los últimos años. **Entre 2012 y 2014, los casos pasaron de 44.150 a 71.802,** siendo Bolívar el estado que aporta la mayoría de los casos (87,7%). En la región del río Caura, segunda cuenca de importancia en extensión y de producción hídrica en este estado, y donde vive una importante población indígena, el patrón de incremento de la malaria es similar al registrado para el estado, como indica el número de los casos de malaria según lugar de origen de infección por parroquia del Municipio Sucre, notificados en los Boletines Epidemiológicos para las mismas fechas.

Tabla Comparativa de Casos de Malaria para los años 2012 y 2014, en las parroquias del Municipio Sucre del Estado Bolívar

Parroquia	2012	2014
Aripao	620	1.586
Guaratao	463	349
Las Majadas	160	73
Maripa	378	760
Moitaco	295	600
Total	1.916	3.368

¹⁷ Información denunciada en 2012 por el Comité de Familiares y Pacientes Psiquiátricos, Geriátricos, Custodiables, Farmacodependientes y con VIH.

77. Esta situación evidencia que en Venezuela la malaria está en **situación de epidemia**, con tendencia creciente y **sin evidencia de capacidad para ser controlada y revertida**.

78. En 2014, la malaria en los grupos etarios de edad pre-escolar, escolar y bachiller (intervalo 0-19) igualó la casuística en grupos etarios en edad laboral activa (intervalo 30-49), situación que **pone de relieve la transmisión activa de la malaria en el hogar y centros educativos, elevando la condición de vulnerabilidad de niños, niñas y adolescentes en el país**.

RECOMENDACIONES

La situación actual del derecho a la salud en Venezuela reviste **características críticas extraordinarias** y, por consiguiente, es obligación del Estado venezolano **abordarla de manera urgente e inmediata** y tomar todas las medidas necesarias, dentro del **cumplimiento estricto de los parámetros que fija la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela** y conforme a las **normas y estándares que establecen los pactos internacionales** en materia de derechos humanos, a fin de solucionar los problemas que la causan y **proteger a las personas en riesgo con la diligencia debida** para evitar que éstos tengan consecuencias para su vida y salud.

Dada la **gravedad y la magnitud de los problemas**, creemos que la necesidad de encontrar soluciones y de implementarlas en el tiempo más corto posible debe ser una **tarea que cuente con el apoyo de todos los actores** que, desde los organismos internacionales de protección de los derechos humanos y de las agencias internacionales y regionales de cooperación, puedan colaborar y prestar conocimientos técnicos, científicos y logísticos en la delicada labor de la procura de bienes y servicios sanitarios, y que en la actual situación venezolana abarca desde temas de infraestructura hasta los de medicamentos e instrumental médico.

Las medidas a tomar, además, deben ser **oportunas, pertinentes y consistentes con el carácter urgente de las necesidades**, tomando como criterios los niveles de riesgo que corren las personas según sus afecciones, lugares en los que se encuentran y barreras para su movilización o la de sus familiares. Hemos querido ofrecer en este informe un enfoque que destaca los grupos de personas más afectadas y relacionar las restricciones con sus necesidades, tarea en la que colaboraron muchas personas directamente afectadas, organizaciones médicas, organizaciones de derechos humanos, organizaciones académicas y organizaciones de proveedores.

En forma más específica:

- a) Debe implementarse en el menor tiempo posible un **sistema ágil, simple y flexible que garantice el flujo continuo de divisas hacia los sectores sanitarios**, así como **planes de seguimiento y monitoreo de inventarios** de medicamentos e insumos, estableciendo los niveles de seguridad que deben ser respetados, considerando los tiempos requeridos para que las soluciones surtan efecto.

- b) Debe **evaluarse y medirse el impacto de las políticas como producto de la situación económica del país y de la sensible disminución de los recursos del Estado**, estableciendo mecanismos que resguarden el sector sanitario de las consecuencias negativas que estas políticas puedan tener, ya que, en el estado que se encuentran los servicios sanitarios, una disminución de los recursos puede tener impactos catastróficos y producir la pérdida de un mayor número de vidas humanas o causar daños a la salud severos e irreparables.
- c) Debe realizarse lo antes posible un **examen exhaustivo de los obstáculos que en cada uno de los centros de salud** impiden resolver las restricciones y mejorar y restituir su pleno funcionamiento y actividad, con el concurso amplio y directo del personal, trabajadores, directivos, personas afectadas y todas aquellas organizaciones que quieran colaborar en la superación de los problemas.
- d) Debe **darse prioridad a los centros de salud públicos**, tanto en lo que se refiere a las medidas urgentes como a las relacionadas con políticas de financiamiento y gestión, **sin descuidar a las personas que se atienden en el sector privado**, porque también ellas están siendo afectadas por la crisis de desabastecimiento.
- e) Debe realizarse una **minuciosa evaluación de las necesidades y requerimientos de los programas y unidades del Ministerio de la Salud**, a fin de restablecer sus capacidades de planificación, gestión y control de la situación epidemiológica y de habilitación en decisiones para dar respuestas eficaces a las necesidades y deficiencias de los servicios.
- f) Debe elaborarse con la participación de todos los sectores involucrados en el sector salud, **un proyecto de ley orgánica de salud** que cumpla a cabalidad las normas y garantías establecidas en los artículos 83, 84,85 y 86 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela y que **restituya las competencias de gobernadores en la administración y gestión de los sistemas sanitarios públicos de sus respectivas jurisdicciones**.

Finalmente, solicitamos que **cesen de manera inmediata los actos de hostigamiento contra quienes informan, documentan y denuncian la situación que se vive en Venezuela en materia de salud** y, en general, en materia de derechos humanos. Asimismo, solicitamos el **resguardo**, en primera instancia, de **las propias personas afectadas en su legítimo derecho de protestar libre y pacíficamente** por las condiciones a las que están sometidas; en segunda instancia, **del personal de salud, que hoy vive de cerca la situación y que afronta decisiones difíciles como producto de estas condiciones**; y en tercera instancia, de **periodistas y defensores y organizaciones de derechos humanos cuyo deber es informar, recoger testimonios y apoyar a las víctimas de las situaciones descritas**.