

# Artículo 12.

# El Derecho a la Salud

**Informe Conjunto de Organizaciones de Defensa del Derecho a la Salud al  
Comité de Derechos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas, con  
motivo del Examen del 3er Informe Periódico del Estado Venezolano en el  
Período de Sesión 55° del Pacto Internacional de Derechos Económicos,  
Sociales y Culturales**



**Informe elaborado por:**

**CODEVIDA**, Coalición de Organizaciones por el  
Derecho a la Salud y a la Vida

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

Mayo 2015

## **Executive Summary**

### **The Right to Health in Venezuela**

This report was prepared by the Coalition of Organizations for the Right to Life and Health (CODEVIDA), and the Venezuelan Program of Education and Action in Human Rights (PROVEA) for consideration of the members of the CESCR, on the occasion of Venezuela's exam, to be held in June 2015 in Geneva during the 55th Session of the Committee. The report is focused on Article 12 of the Pact, concerning the right to health.

In Article 12.1 on the recognition of the right to health and guarantees of full enjoyment, Venezuela still has not provided a health law that applies the Constitutional disposition regarding the creation of a National Public Health System articulated in its regulations, functions, financing and territorially, decentralized and under a national supervision; on the contrary, public health services and social security remain separated and the government has distorted the constitutional norm, adding more fragmentation, inequality and weakening governing institutions. The Government has established a parallel health system in which it has made substantial investments with unsatisfactory results, decreasing the budget allocated to public health centers and social security, where more than 60% of the Venezuelan population receives care. As well, given the deterioration of the public health system, the Government has contributed to consolidating a system of private health care for 8 million public workers, financed with public resources.

Regarding Article 12.2. a) on maternal and child health, Venezuela maintains a high and growing number of maternal and newborn deaths, which not only indicates severe obstacles of availability, access and acceptability of maternal and child services, but the absence of programs to address the high number of teen-age pregnancies, being one of the highest in Latin America; at the same time, vaccination coverage is below international standards and there are populations in the age of vaccination with significant lags. In Article 12.2 b), regarding prevention and treatment of diseases, the steep increase in malaria, as a result of deteriorating health services in endemic areas and the extractive activities, is of grave concern, as it is also the continued spread of HIV due to lack of epidemiological surveillance and prevention programs, as well as the constant interruptions of access to antiretroviral drugs for people with HIV. The number of cases of tuberculosis, due to deficiencies in public health programs is also of serious concern.

Article 12.2. d), regarding conditions which would assure medical services and medical attention to everyone in case of illness, the Venezuelan government currently does not offer minimal guarantees of health care for people in public facilities around the country, as a result of multiple restrictive conditions to which public health has been subjected for a number of years, combined with widespread shortages of medical supplies and imported drugs –also affecting private health centers-, which has been causing an alarming and growing suspension or closure of services, mainly public. Reports by public health personnel, by organizations of people affected, by unions and medical societies, and by academic institutions and suppliers, indicate that at least 50% of doctors have left public health and that there is a 60% chronic deficit of nurses; over a 30% lack of operational beds; more than 80% of public health centers with damaged equipment; 60% with lack of surgical and medical equipment; around 90% with lack of reagents; and over 40% with closed or inoperative surgical units. Overall, the population is facing over 60% of shortages in the provision of medicines.

The current situation of the right to health in Venezuela is one of extraordinary and critical features. Therefore, it is the duty of the Venezuelan State to take all necessary measures to address it, urgently and immediately, in strict compliance with the parameters set by the Venezuelan Constitution, and in accordance with the norms and standards established by international covenants on human rights. Such measures are needed to solve its causes and to protect people at risk, preventing them from suffering more consequences for their life and health. Measures should also be timely, relevant and consistent with the urgency of needs, based on criteria such as the level of risk to people and their families, according to their conditions and places where there are and barriers for mobilization.

Given this situation, we ask the honorable members of the Committee, to urge the Venezuelan government to adopt the following recommendations:

- a. To implement a recovery plan for hospitals and clinics of the public health and social security throughout the country, with specific goals and precise deadlines for monitoring, and to measure and present progress in the short and medium term, with the participation of health professionals, workers, directors of health centers, people affected and civil society organizations; including collaboration provided by international human rights bodies and international and regional cooperation agencies.
- b. To implement a transparent and flexible financing system in order to ensure sufficient and permanent availability, distribution and provision of supplies, reagents, medicines and equipment in health centers, laboratories and pharmacies, public and private, guaranteeing sufficient levels of security of inventories and refraining from applying rationing mechanisms to supposedly reduce demand, without considering real needs, or that could involve registries which may violate the confidentiality and privacy of individuals.
- c. Strengthen institutional and financial capacities for programs directed to mother-child health, chronic health conditions, endemic and epidemic diseases with emphasis on malaria, HIV and tuberculosis, in order to improve and expand monitoring and control, planning and management, prevention and effective response to needs of the population and of those directly affected.
- d. To pass an Organic Health Law in compliance with Constitutional norms and guarantees and, according to them, to reorganize the operational and financing structures of public health services and social security, as the main vertebra of the National Public Health System, with an appropriate budget and sufficient qualified health personnel, in coordination with health associations and unions, universities and governors and mayors in their respective jurisdictions.
- e. To effectively protect the legitimate rights of people affected by health conditions and their families, caregivers, journalists, advocates and human rights organizations, to present legal claims and to freely and peacefully demonstrate when facing violations of the right to health.

## Resumen Ejecutivo

Este informe fue elaborado por la **Coalición de Organizaciones por el Derecho a la Salud y a la Vida (CODEVIDA)**, y el **Programa Venezolano de Educación-Acción en Derechos Humanos (Provea)** para consideración de los miembros del **Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas**, con motivo del examen que rendirá el **Estado Venezolano** sobre el cumplimiento e implementación de las disposiciones del **Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales**, a llevarse a cabo en junio del año 2015 en Ginebra durante el 55° Período de Sesiones del Comité. El informe está enfocado en el artículo 12 del Pacto, respecto del derecho a la salud, y contiene información complementaria al Informe que presentó el Estado en el año 2012 y a su Respuesta a la Lista de Cuestiones, enviada al Comité en el año 2015.

Dentro del artículo 12.1, sobre el reconocimiento del derecho a la salud y las garantías a su pleno disfrute, Venezuela aún **no dispone de una Ley Orgánica de Salud**, que aplique las disposiciones de la Constitución respecto de la creación de un Sistema Público Nacional de Salud articulado en lo normativo, funcional, financiero y territorial, descentralizado y bajo una rectoría nacional; por el contrario, **los servicios de la salud pública y la seguridad social siguen separados** y el Estado ha desvirtuado la norma constitucional, agregando **mayor fraccionamiento, inequidad y debilitamiento a las instituciones rectoras**, mediante un **sistema paralelo de salud**, en el que se ha hecho una cuantiosa inversión con resultados poco satisfactorios, y que ha significado el **debilitamiento presupuestario de los centros de la salud pública y de la seguridad social, a los que acude más del 60% de la población venezolana**, y la **consolidación de un sistema privado de atención médica para 8 millones de funcionarios, pagado con recursos del Estado**, por el mismo debilitamiento de la salud pública.

Asimismo, en el artículo 12.2. a) sobre la salud materna e infantil, Venezuela mantiene un **alto y creciente número de muertes maternas, y de niños recién nacidos fallecidos**, lo que no solamente indica severos obstáculos de disponibilidad, acceso y aceptabilidad de servicios materno-infantiles, sino la **ausencia de programas que atiendan el alto número de embarazos en niñas y adolescentes**, siendo éste uno de los más elevados de América Latina; al mismo tiempo que las **coberturas de vacunación se encuentran por debajo de los estándares internacionales** y existen poblaciones en edad de vacunación con importantes rezagos. En el artículo 12.2. b) respecto de la prevención y tratamiento de enfermedades, es preocupante el **sobresaliente aumento de la malaria**, a consecuencia del deterioro de los servicios de salud en zonas endémicas y de las actividades extractivas; así como la **continua expansión del VIH** por falta de programas de vigilancia y prevención, y las constantes interrupciones de acceso a los antirretrovirales de las personas con VIH a las que se cubre. También preocupa el **número de casos de tuberculosis**, que obedece igualmente a deficiencias de los programas de salud.

Finalmente, en el artículo 12.2. d) sobre las condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad, actualmente **el Estado venezolano no ofrece seguridad de garantías mínimas de atención a la salud de las personas en los centros asistenciales del país**, como producto de **condiciones de restricción, múltiples y combinadas**, a las cuales han estado sometidos los de la salud pública durante un prolongado número de años, aunado a un **desabastecimiento generalizado de insumos y medicamentos importados**, que también afecta a los centros de salud privados, y la cual ha ido provocando una **alarmante y creciente suspensión o cierre de servicios de salud**, fundamentalmente los públicos. Reportes de personal de salud, grupos y organizaciones de personas afectadas, gremios y sindicatos, sociedades científicas, centros académicos y proveedores, hasta este año 2015, coinciden en señalar respecto del estado de los centros de la salud pública, una **pérdida de al menos 50% de los médicos**

**y un déficit crónico de 60% de personal de enfermería; una reducción superior a 30% de camas operativas; más de 80% con equipos dañados, cerca de 60% con fallas de material médico quirúrgico y 90% con fallas de reactivos; y más de 40% de los quirófanos, cerrados o inoperativos.** A nivel general, la población enfrenta un **desabastecimiento superior al 60% de medicamentos.**

La situación actual del derecho a la salud en Venezuela reviste **características críticas y 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. Las medidas a tomar, 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**; especialmente las personas en condiciones crónicas (VIH, cáncer, linfoma, leucemia, diabetes, hipertensión, trastornos cardiovasculares, epilepsia, esquizofrenia, entre otras), las embarazadas y aquellas que requieren diálisis, trasplantes, intervenciones quirúrgicas o atención de urgencia; las personas en cárceles y las que viven en zonas apartadas.

Frente a esta situación, solicitamos a los honorables miembros del Comité, se exhorte al Estado venezolano adoptar las siguientes recomendaciones:

- a) Implementar un **plan de recuperación de los hospitales y ambulatorios de la salud pública y de la seguridad social** de todo el país, que tenga metas y plazos precisos para hacer seguimiento, medir y presentar avances a corto y mediano plazo, con la participación de profesionales, trabajadores, directivos, personas afectadas y organizaciones de la sociedad civil; incluyendo la colaboración que puedan prestar organismos internacionales de protección de derechos humanos y agencias internacionales y regionales de cooperación.
- b) Poner en práctica un **sistema transparente y ágil de financiamiento para garantizar la suficiente y permanente disponibilidad, distribución y dotación de insumos, reactivos, medicamentos y equipamiento** de los centros de salud, los laboratorios y las farmacias, de carácter público y privado, velando que se guarden ciertos niveles de seguridad de inventarios y **absteniéndose de aplicar mecanismos de racionamiento** que puedan reducir la demanda, sin considerar las necesidades reales, o implicar **registros que violen la confidencialidad y la privacidad de las personas**.
- c) **Fortalecer las capacidades institucionales y financieras de los programas** dirigidos a la **salud materno-infantil, enfermedades crónicas, endemias y epidemias** con énfasis en **malaria, VIH y tuberculosis**, a fin de mejorar y ampliar sus funciones de vigilancia y control, planificación y gestión, prevención y respuesta eficaz a las necesidades de la población y de las personas directamente afectadas.
- d) Promulgar una **Ley Orgánica de Salud** que cumpla las normas y garantías del ordenamiento constitucional y, conforme a ellas, se reorganicen las estructuras de funcionamiento y financiamiento de los **servicios de la salud pública y de la seguridad social, como ejes vertebrales del Sistema Público Nacional de Salud**, con un presupuesto adecuado y personal de salud suficiente y calificado, en coordinación con gremios de la salud, universidades y gobernadores y alcaldes en sus respectivas jurisdicciones.
- e) Proteger eficazmente los **legítimos derechos a la denuncia y a la manifestación libre y pacífica**, de las personas con problemas de salud y sus familiares, personal asistencial, periodistas, defensores y organizaciones de derechos humanos; ante violaciones del derecho a la salud.

## Introducción

Este informe fue elaborado por la Coalición de Organizaciones por el Derecho a la Salud y a la Vida (CODEVIDA), integrada por Amigos Trasplantados de Venezuela (ATV), Acción Solidaria en VIH/SIDA (AcSol), Asociación Venezolana de Amigos con Linfoma (AVAL), Asociación Venezolana para la Hemofilia (AVH), Asociación Civil Senos Ayuda, Fundación de Lucha contra el Cáncer de Mama (Funcamama) y la Asociación Venezolana de Drepanocitosis y Talasemias, en conjunto con el Programa Venezolano de Educación-Acción en Derechos Humanos (Provea) para consideración de los miembros del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas, con motivo del examen que rendirá el Estado Venezolano sobre el cumplimiento e implementación de las disposiciones del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, a llevarse a cabo en junio del año 2015 en Ginebra durante el 55° Período de Sesiones del Comité.

El informe se enfoca en el artículo 12 del Pacto, que protege el derecho a la salud, y dentro de éste trata el reconocimiento del derecho a la salud y las garantías a su pleno disfrute (artículo 12.1.); la salud materna e infantil (artículo 12.2. a); la prevención y el tratamiento de enfermedades, y la lucha contra ellas (artículo 12.2. b); y las condiciones para asegurar a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad (artículo 12.2. d). En su elaboración, se trabajó con la Observación N° 14 del Comité, el Informe que presentó el Estado en el año 2012 y su Respuesta a la Lista de Cuestiones, enviada al Comité en el año 2015.

Se utilizaron fuentes oficiales de información que, en materia de salud, produce principalmente el Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS) y sus entes adscritos; así como denuncias reseñadas en medios oficiales y privados, e información publicada por organizaciones de la sociedad civil y proveedores nacionales. Cabe destacar los valiosos aportes que hicieron para este informe, la Red de Sociedades Científicas Venezolana (RSCV), Médicos por la Salud (Red de Médicos Residentes en Hospitales Públicos) y los reportes de seguimiento que realizan cada una de las organizaciones integrantes de CODEVIDA en temas relativos a la condición de las personas que forman parte de sus organizaciones.

Cabe señalar que, debido a los severos obstáculos existentes para el acceso a información pública, de manera general en los diferentes campos que abarcan los derechos sociales, y particularmente en salud, durante los últimos años ha tocado a la sociedad civil venezolana una ardua tarea de monitoreo, sistematización y constatación -a través de las personas directamente afectadas- de la situación real del derecho a la salud. Los críticos problemas de la salud en Venezuela, han hecho que en varias oportunidades, el Presidente de la República, Hugo Chávez, y luego el Presidente Nicolás Maduro, hayan tenido que reconocer errores y plantear incluso la reconsideración de decisiones. Sin embargo, los gestos de rectificación no han conducido a un cambio efectivo de políticas ni las medidas tomadas han detenido el desmejoramiento del sistema sanitario, principalmente por efecto del deterioro al que ha estado sometida la salud pública.

## Contexto

1. La situación actual del derecho a la salud en Venezuela reviste **características críticas y extraordinarias**, principalmente por efecto del **estado de deterioro de la salud pública** y como consecuencia de las **condiciones de restricción, múltiples y combinadas**, a las cuales ésta ha sido sometida 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.
2. A la par, el Estado ha contribuido al **socavamiento de la rectoría, gestión y financiamiento de las instituciones públicas nacionales, estatales y locales** 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.
3. 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.
4. Adicionalmente, en este contexto, el Estado ha promovido y permite **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; lo cual implica una doble afectación, en primera instancia, para **las propias personas afectadas en su legítimo derecho de protestar libre y pacíficamente** por las condiciones a las que están sometidas; en segunda instancia, para el **personal de salud, que hoy vive de cerca la situación y que afronta decisiones difíciles como producto de estas condiciones**; y en tercera instancia, para **periodistas y defensores y organizaciones de derechos humanos cuyo deber es informar, recoger testimonios y apoyar a las víctimas de violaciones del derecho a la salud**.

## Artículo 12.1. Reconocimiento del derecho a la salud y garantías a su pleno disfrute

5. 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**. Transcurridos 15 años, todavía no se ha promulgado una **Ley Orgánica de Salud** que cumpla las garantías de la norma constitucional, y sin embargo la Asamblea Nacional aprobó más de 20 leyes en materia de salud desde el 2002 hasta el presente, algunas de las cuales son señaladas por el Estado en el párrafo 482 de su Informe.
6. En Venezuela, el número y extensión geográfica de los servicios de la salud pública y de la seguridad social es muy superior a los del sector privado. La **salud pública** es la que compete al Ministerio de la Salud (MPPS) y abarca 240 hospitales, 587 ambulatorios urbanos I y 4.314 ambulatorios rurales I y II<sup>1</sup>. La **seguridad social**, a su vez, cuenta 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.
7. La CBRV estableció, en sus artículos 84 y 85, -como bien lo destaca el Estado en el párrafo 480 de su Informe- la obligación del Estado de crear un **Sistema Público Nacional de Salud (SPNS)** de gestión **descentralizada y participativa**, que debe integrar los servicios de la salud pública entre sí y éstos con los del **sistema de seguridad social** (incluyendo fuentes de financiamiento), y regido por principios de gratuidad, universalidad, integralidad y equidad, entre otros, prohibiendo su privatización. Sin embargo, el Estado no avanzó en la creación del SPNS como lo señala en el párrafo 157 de su Respuesta a la Lista de Cuestiones. 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.
8. La **Ley del Sistema de Seguridad Social**, promulgada en el año 2002 y a la cual se refiere el Estado en el párrafo 481 de su Informe, no se ha puesto en práctica. Esta ley, conforme lo dicta el artículo 86 de la CBRV y la creación del SPNS, en el artículo 84, dispone que la atención médica de los servicios de la seguridad social debe ser universal. Si bien, por medida del Ejecutivo en el año 2002 se dictó libre acceso a los servicios de salud del IVSS y que éste financia y distribuye medicinas de alto costo a personas inscritas en sus programas, como lo señalan los párrafos 218, 366 y 497, continua financiado y organizado bajo la misma estructura con la que se creó en la década de los años 40, sobrellevando un déficit financiero mayor al 70% de sus ingresos, en su gran mayoría provenientes de los aportes obligatorios de trabajadores y patronos.
9. En su artículo 85, la CBRV establece la obligación del Estado de garantizar un presupuesto que permita cumplir los objetivos de la política sanitaria. No obstante, **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

---

<sup>1</sup> MPPS: Memoria y Cuenta 2014. Caracas 2015.

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%<sup>2</sup>. 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 venezolanos<sup>3</sup> y los **presupuestos asignados** a la salud pública están por debajo de **50% del gasto total en salud**<sup>4</sup>. 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 asignación de más presupuesto a la salud, no ha llegado a ser un esfuerzo que cambie la situación de precariedad financiera en la que se encuentra la salud pública, contrariamente a lo señalado por el Estado en el párrafo 380 de su Informe.

10. Paralelamente, desde el año 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** a la de la salud pública y la de seguridad social, **en la que se inserta la Misión Barrio Adentro (MBA)**, dentro del Convenio de Cooperación con la República de Cuba, tal como lo señala el Estado en el párrafo 504. 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**<sup>5</sup>.
11. La **MBA se inició en 2003**, como se indica en los párrafos 488 y 517 del Informe del Estado, 158 y 169 de su Respuesta a la Lista de Cuestiones, omitiendo que dicha iniciativa se realizó al margen de la conducción, planificación y supervisión **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**, como la base de un **nuevo SPNS en construcción** y cuyas características **no son las estipuladas en el artículo 84 de la CRBV**, tal como lo asevera el Estado en el párrafo 486 de su Informe. 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**<sup>6</sup>.

<sup>2</sup> OMS. Estadísticas Sanitarias Mundiales, 2014.

<sup>3</sup> 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%).

<sup>4</sup> Leyes de Presupuesto 2013 y 2014.

<sup>5</sup> Petróleos de Venezuela, S.A. (PDVSA). Balance de la Gestión Social y Ambiental. Año 2012.

<sup>6</sup> Las palabras del Presidente fueron: “Declaremos la salud en emergencia. Detectamos 2.000 módulos de Barrio Adentro abandonados; sin médicos. Un descuido de todos. El fenómeno vino presentándose y se tomaron medidas, pero nunca pudimos con el problema. La culpa es de ‘todos’ [...] Como verdadero cristiano, como pecador, me confieso. Había consultorios sin médicos. Se estudiaron las razones, y se tomaron las acciones...” Hernán Lugo-Galicia: Chávez: Un ejército de batas blancas llegará en 2010. El Nacional, 05.10.09, pág. 2. Y Venezolana De Televisión: Declaraciones del Presidente Chávez en el Programa La Hojilla. 01.10.09.

12. Con la **MMC**, en el 2005, el Ejecutivo abrió un Programa Nacional de Formación en Medicina Integral Comunitaria dirigido a formar en 6 años **Médicos Integrales Comunitarios (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 dado el alto déficit de médicos residentes en los servicios hospitalarios, el Ejecutivo decidió que los MIC iniciaran internados rotatorios en 188 hospitales del país -sin haber cumplido todavía 3 años más de postgrado como Médicos Generales Integrales (MGI)<sup>7</sup>. En estos internados, el MPPS permitió que se evaluara su desempeño por parte de médicos docentes. Las evaluaciones arrojaron amplias deficiencias de competencia que fueron documentadas<sup>8</sup>. A pesar de ello, en el 2013 el MPPS aprobó el ingreso de los MIC a postgrados de medicina general integral e incentivó a unos 1.000 para que siguieran postgrados de especialidades en cirugía, pediatría, ginecología, obstetricia y anestesiología en hospitales públicos, ocupando las vacantes de médicos residentes. El Estado menciona en el párrafo 161 de su Respuesta a la Lista de Cuestiones que actualmente existen 16.628 MIC egresados y 21.237 en formación.
13. En el año 2005, también se crea la **Misión Barrio Adentro II**, -señalado por el Estado en los párrafos 489, 490 y 491 de su Informe; 170 y 171 de su Respuesta a la Lista de Cuestiones- para construir y equipar **600 Centros de Diagnóstico Integral (CDI), 600 Salas de Rehabilitación Integral (SRI) y 30 Centros de Alta Tecnología (CAT)**. En el 2012, la Contraloría General de la República (CGR) determinó la parálisis de 1.235 obras de los CDI entre los años 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.
14. El párrafo 492 del Informe del Estado; 159 y 172 de su Respuesta a la Lista de Cuestiones menciona la **Misión Barrio Adentro III**, creada para asignar recursos a la remodelación y reacondicionamiento de **hospitales públicos**. En el año 2007 se iniciaron obras simultáneas en 62 hospitales, que obligaron al cierre hasta por 6 años de salas, postgrados, emergencias y quirófanos. 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; obras que obtuvieron certificación de terminadas y recibidas, pero no fueron concluidas; y gastos

---

<sup>7</sup> La mayoría de diputados oficialistas en la Asamblea Nacional, aprobaron también una reforma a la Ley del Ejercicio de la Medicina, para dar reconocimiento jurídico a estos médicos.

<sup>8</sup> 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.

sin garantías suficientes, disponibilidad presupuestaria ni aseguramiento de precios justos y razonables<sup>9</sup>.

15. Igualmente, el párrafo 493 del Informe del Estado y 160 de su Respuesta a la Lista de Cuestiones menciona la **Misión Barrio Adentro IV**, creada en el 2010 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**<sup>10</sup>.
16. Asimismo, en el 2013, la Ministra de Salud Eugenia Sader anunció que se estrenarían 10 nuevos hospitales<sup>11</sup>. Sin embargo, sólo se inauguraron 4 en los estados Aragua, Carabobo, Distrito Capital y Guárico; y 3 de ellos no pudieron funcionar completamente por el grave déficit de personal de salud que existe en el país, la inadecuada tecnología de algunos equipamientos y la falta de insumos y medicamentos. Por lo tanto, la información pública disponible contradice que, como afirma el Estado en el párrafo 160 de su Respuesta a la Lista de Cuestiones, se hayan inaugurado 22 nuevos hospitales para abril del 2013. Actualmente, cursa investigación por presuntos delitos de corrupción contra la Ministra Sader, quien estuvo a cargo del MPPS entre los años 2010 y 2012.
17. El MPPS ha manifestado también año tras año su intención de crear una Red Integrada de Salud, supeditada a la MBA, lo cual se dispuso en el Primer Plan Socialista de Desarrollo Económico y Social de la Nación, 2007-2013, y el Segundo Plan Socialista de Desarrollo Económico y Social de la Nación, 2007-2019. Sin embargo, **la MBA todavía no se encuentra integrada a los servicios de salud pública ni a los de la seguridad social**. En el 2014, el MPPS aprobó nuevas Normas de Clasificación de Establecimientos Asistenciales del Sistema Público Nacional de Salud<sup>12</sup>, derogando las que existían desde el año 1983. En estas Normas, el MPPS define una Red Integrada de Salud que estaría “en transición” y que ciertamente incluye los servicios de la MBA y los de la Salud Pública, sin mencionar los de la seguridad social. Pero, aun cuando se habla de integración, los centros de la MBA nuevamente se separan del resto, en una “Red de Atención Comunal”.
18. El Estado además afirma en el párrafo 163 de su Respuesta a la Lista de Cuestiones, que la Red de Hospitales “está organizada en función de dar respuesta a la demanda de las Áreas de Salud Integral Comunitaria con niveles de complejidad médicos y tecnológicos de acuerdo a las necesidades reales de la población, el número de habitantes que debe atender y el perfil epidemiológico local”. No obstante, **la población venezolana desconoce hasta ahora dónde se encuentran estas áreas, a las que se denomina ASIC** en las Memorias y Cuentas del MPPS y no

---

<sup>9</sup> Contraloría General de la República. Informe 2013.

<sup>10</sup> A punto de parar trabajos en oncológico y cardiológico. En: *Últimas Noticias*, 13.08.13, pág. 4.

<sup>11</sup> Doris Barrios: La meta en 2013 son 10 hospitales nuevos. En: *Últimas Noticias*, 09.04.13, pág. 4.

<sup>12</sup> MPPS: Normas de Clasificación de Establecimientos Asistenciales del Sistema Público Nacional de Salud. Mayo 2014. En: <https://consultapublicampps.files.wordpress.com/2014/06/clasificaciondeestablecimientosvice2805141.pdf>

existe ningún documento oficial presentado públicamente que explique a los ciudadanos qué servicios del ASIC les corresponde y de qué manera los servicios cubrirán las necesidades de salud de la jurisdicción territorial que abarcan<sup>13</sup>.

19. **El país tampoco dispone de una red de emergencia provista por el Estado**, tal como se menciona en el párrafo 157 de su Respuesta a la Lista de Cuestiones. Si bien existen servicios de emergencia, en hospitales públicos y en algunos centros de Barrio Adentro, no hay ninguna forma de coordinación entre ellos –ni de los hospitales entre ellos, ni con los de Barrio Adentro; y por el contrario son graves las deficiencias de traslado y atención. En el 2011, el MPPS creó el Sistema Integral de Atención Médica de Urgencia (SIAMU), adscrito a la Fundación Barrio Adentro, con el objetivo de prestar un servicio gratuito de traslado de pacientes en el Distrito Capital. En el 2013, trabajadores del SIAMU, denunciaron que apenas funcionaban 5 de 25 ambulancias y que la ciudad de Caracas sólo contaba con las de Bomberos y Protección Civil, que suman apenas 64 de las 222 que debería haber según estándares internacionales<sup>14</sup>.
20. Asimismo, el Ejecutivo 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, además de negar que el Estado privilegió lo público a lo privado en materia de salud, como se afirma en los párrafos 379 y 380 de su Informe.
21. 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. En los Informes de Actuación de la CGR, de los años 2010, 2011 y 2012<sup>15</sup> se señalaron sucesivas irregularidades en la compra de medicamentos y vacunas a Cuba. Asimismo, en su Informe de 2013, la **CGR encontró irregularidades cometidas por funcionarios cubanos y venezolanos desde 2005 hasta 2013**<sup>16</sup>, en contratos y actividades de importación, almacenamiento y distribución de medicamentos y material médico-quirúrgico procedentes de Cuba y destinados a los CDI.
22. 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

---

<sup>13</sup> 600 áreas de salud integral comunitaria se prevé conformar en el país hasta 2019. En: [El Periodiquito](http://www.elperiodiquito.com/article/142706/600-areas-de-salud-integral-comunitaria-se-preve-conformar-en-el-pais-hasta-2019), 10.03.14. [en línea] <<http://www.elperiodiquito.com/article/142706/600-areas-de-salud-integral-comunitaria-se-preve-conformar-en-el-pais-hasta-2019>

<sup>14</sup> Patricia Marcano: *Caracas tiene 30% de las ambulancias que necesita*. En: [Últimas Noticias](#), 02.09.13, pág. 2-3.

<sup>15</sup> Dada esta situación las organizaciones Provea, Espacio Público y Acción Solidaria realizaron peticiones de información al MPPS sobre estas irregularidades. El 6 de agosto de 2014, el Tribunal Supremo de Justicia (TSJ) declaró inadmisibile un recurso de abstención contra el Ministerio por la falta de respuesta a la petición de información solicitada el 22 de octubre de 2012, en el cual exigían información sobre irregularidades en la importación de medicamentos.

<sup>16</sup> 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.

Administrativa Nº 294<sup>17</sup> con la que se establece un régimen de fijación de precios a 20 servicios médicos y 28 procedimientos diagnósticos de todos los servicios privados, que sólo se ha aplicado parcialmente<sup>18</sup>. 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 dólares<sup>19</sup>; y el cierre de líneas de crédito. Existen además solicitudes de autorización de liquidación de divisas para importación por 152 millones, aún no aprobadas<sup>20</sup>.

23. Además, de forma regresiva y contraria a la CRBV –que establece el carácter descentralizado de la gestión de los servicios de la salud pública-, el Ejecutivo implementó una **política de recentralización de los servicios de la salud pública**. 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.
24. Por otra parte, la **información acerca de los recursos sanitarios disponibles tampoco se actualiza con frecuencia** a no ser la información publicada en las Memoria y Cuenta del MPPS, la cual puede cambiar de un año a otro, y ser inconsistente con la que declaran autoridades sanitarias. A su vez, las Memorias y Cuentas del MPPS de un año se conocen al siguiente y desde hace un tiempo no se publican en sitios oficiales. A estos se añade que la custodia de muchos centros de salud públicos se encuentra en manos de vigilantes privados, integrantes de las Milicias Bolivarianas y otras figuras como las Brigadas de Salud, que generalmente **impiden la entrada de medios de comunicación social o de organizaciones de derechos humanos a las instalaciones sanitarias**<sup>21</sup>.
25. Dentro de esta situación, los médicos, enfermeras y usuarios de los servicios han venido siendo blanco de **actos de hostigamiento** por parte de grupos de civiles y de cuerpos de seguridad por ejercer su derecho a la denuncia y a la manifestación pacífica. El 10 de abril de 2014, médicos residentes del Hospital Universitario de Caracas (HUC), denunciaron la circulación de un ultimátum firmado por el Colectivo Tupak- Amarú, en el que se les acusaba de efectuar un paro para suspender emergencias y cirugías –que los mismos médicos desmintieron-, con amenaza de tomar las instalaciones, y “hacerlos sufrir lo mismo que a los pacientes” de no reiniciar actividades en un plazo de 48 horas<sup>22</sup>. En septiembre de 2014, por solicitud del gobernador del estado Aragua, la

<sup>17</sup> GACETA OFICIAL Nº 40.196 de fecha 26 de junio de 2013.

<sup>18</sup> 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.

<sup>19</sup> 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.

<sup>20</sup> 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.

<sup>21</sup> Instituto Prensa y Sociedad (Ipys) [en línea] <http://ipys.org.ve/alerta?id=3237&y=2012&m=12>

<sup>22</sup> Aseguran que en Clínico no hay paro. MSG. Últimas Noticias, 11.04.14, pág. 3.

Fiscalía abrió investigación contra el Presidente del Colegio de Médicos de ese estado, Ángel Sarmiento, por haber dado una rueda de prensa en la que alertaba sobre varios fallecimientos por bacteria o virus desconocido en el principal Hospital de la entidad<sup>23</sup>. El 6 de febrero de 2015, fue detenido el Presidente de la Asociación de Hospitales y Clínicas Privadas (AVCH), Carlos Rosales, por efectivos del Servicio de Inteligencia Militar (SEBIN) luego de haber participado ese mismo día en una entrevista por un canal de televisión privado, en la que alertó sobre la grave situación de los servicios sanitarios públicos y privados. Durante su detención, que duró varias horas, incomunicado y sin acceso a sus abogados y familiares, se le sometió a interrogatorio acerca de sus fuentes de información<sup>24</sup>. El 27 de febrero, los médicos Carlos Pepper y Luisiana Carrillo, del Hospital Dr. Patrocinio Peñuela Ruiz adscrito al IVSS en San Cristóbal, estado Táchira, debieron acompañar a efectivos del SEBIN para rendir declaraciones por haber atendido a jóvenes manifestantes que llegaron heridos a ese centro<sup>25</sup>.

## Recomendaciones

26. Promulgar una **Ley Orgánica de Salud** que cumpla las normas y garantías del ordenamiento constitucional y, conforme a ellas, reorganice las estructuras de funcionamiento y financiamiento de los servicios de la salud pública y de la seguridad social, como ejes vertebrales del Sistema Público Nacional de Salud, con un personal de salud suficiente y calificado, en coordinación con gremios de la salud, universidades, gobernadores y alcaldes en sus respectivas jurisdicciones.
27. **Devolver las competencias de gestión de los centros de salud públicos** que, por disposición de la Constitución y en lo que concierne a la estructura del Sistema Público Nacional de Salud, corresponde a los gobiernos estatales en sus respectivas jurisdicciones, en mancomunidad con los municipales y en el marco de la responsabilidad concurrente de todos los poderes del Estado con el derecho a la salud, bajo la rectoría de la autoridad sanitaria nacional.
28. Garantizar un **presupuesto público suficiente, transparente y adecuado** para el Sistema Público Nacional de Salud y su evolución progresiva, en correspondencia con las necesidades y condiciones de salud de la población, y con la solución a las deficiencias de carácter estructural del sistema sanitario, tomando las medidas necesarias para corregir los problemas de fraccionamiento, inequidad y duplicación de esfuerzos dentro de las diferentes estructuras existentes.

## Artículo 12.2. a). Salud materna e infantil

29. En el 2014, 380 embarazadas fallecieron 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, después de una reducción constante desde el año 2001, como lo señala el Estado en los párrafos 498 y 499 en su Informe. Entre 2012 y 2013, **la razón de mortalidad materna pasó de 92 a 110**

---

<sup>23</sup> Federación Médica Venezolana solidaria con Ángel Sarmiento. El Aragueño, , 19.09.14. En: <http://elaragueno.com.ve/federacion-medica-venezolana-solidaria-con-angel-sarmiento/>

<sup>24</sup> Sebin apresó al presidente de Asociación de Clínicas y Hospitales. El Universal, 06.02.15. En: <http://www.eluniversal.com/nacional-y-politica/150206/sebin-apreso-al-presidente-de-asociacion-de-clinicas-y-hospitales>

<sup>25</sup> Detienen a médicos del IVSS por atender a estudiantes heridos en Táchira

**madres fallecidas por 100.000 nacidos vivos, ubicando a Venezuela con una de las cifras más altas de América Latina**<sup>26</sup>, lo que fue omitido por el Estado en los párrafos 484, 501 y 502 de su Informe y luego reconoció en el párrafo 168 de su Respuesta a la Lista de Cuestiones. En 2013, la OMS y el UNFPA señalaron que Venezuela no alcanzará el Objetivo Nº5 de las Metas del Milenio, 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.

30. **Al respecto, a partir de lo que reportan los centros de salud materno-infantil 58% de embarazadas no recibe atención prenatal**<sup>27</sup> **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 edad<sup>28</sup>. Las embarazadas y recién nacidos no reciben 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 anesthesiólogos. La situación que atraviesan estos centros, no se compadece con los logros señalados por el Estado a través de la Misión Niño Jesús en los párrafos 173 y 174 de su Respuesta a la Lista de Cuestiones, programa sobre el cual existe muy poca información detallada que permita evaluar su desempeño.
31. El **Hospital de Niños J.M. de los Ríos (HJMR)**, centro especializado en pediatría, de referencia nacional, ubicado en Caracas, recibe niños y niñas de escasos recursos económicos -65% de otros estados. Con una **capacidad de 420 camas, el hospital sólo tiene 160 habilitadas.** Se han **cerrado las áreas de infectología, neurocirugía y emergencia, por inundación de aguas negras.** En 2015, familiares denunciaron el fallecimiento de tres niños con leucemia por enfermedades oportunistas. 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 anesthesiólogos** 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.
32. La **Maternidad Concepción Palacios (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. 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 anesthesiólogos y pediatras especializados en neonatología. Las **unidades de cuidado intensivo neonatal y de adultos**

<sup>26</sup> 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).

<sup>27</sup> Ana Carvajal, Médica Epidemio En: <http://www.eluniversal.com/vida/130309/apenas-42-de-las-embarazadas-acude-a-control-prenatal-imp>

<sup>28</sup> Encuesta Demográfica de Venezuela (ENDEVE).

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. 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. Por estas condiciones, la maternidad ha suspendido varias veces las emergencias y las cesáreas.

33. Por otra parte, la vacunación en Venezuela presenta retrocesos, aun cuando el Estado señala en el párrafo 500 de su Informe que se cumple a cabalidad el esquema de vacunas. 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 Organización Mundial de la Salud (OMS), con particular deficiencia en Triple Viral (Sarampión, Rubeola y Parotiditis), Influenza Tipo B, Antimarílica, Triple Bacteriana (Difteria, Tétanos y Tos Convulsa), Fiebre Amarilla, BCG (Tuberculosis y Meningitis), Anti Rotavirus, Anti Hepatitis B, Anti Neumococo y Pentavalente. Entre los años 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.

## Recomendaciones

34. Implementar un plan de atención a la salud de niños, niñas y adolescentes de ambos sexos de amplio alcance nacional en ambientes escolares, recreativos, culturales y comunitarios, y en el cual se involucre a todas las organizaciones sociales y entidades públicas y privadas, que permita reducir la incidencia del embarazo a edades tempranas.
35. Dar máxima prioridad a las maternidades y unidades de atención materno-infantil en centros de salud públicos en planes dirigidos a reducir los déficits de personal de salud, infraestructura, dotación y equipamiento y, con carácter de urgencia, presentar resultados concretos de avance en la solución a las deficiencias del Hospital J.M. de Los Ríos, la Maternidad Concepción Palacios y los Hospitales Públicos con mayor número de embarazadas atendidas en cada uno de los estados del país.
36. Realizar una exhaustiva evaluación de los programas de inmunización a nivel nacional, estatal y municipal, y solucionar sus debilidades técnicas, operativas y financieras en el plazo más breve posible; así como corregir las irregularidades y fallas en los procesos de producción, compra y distribución de vacunas, a fin de aumentar la disponibilidad, calidad y cobertura de la vacunación de acuerdo con estándares internacionales, y cerrar las brechas en población infantil rezagada.

## Artículo 12.2. b). Prevención y tratamiento de enfermedades, y lucha contra ellas

37. Desde el año 1999, por dictámenes de sentencias judiciales que promovieron organizaciones de la sociedad civil, el MPPS mantiene un programa de suministro de antirretrovirales sin costo para las personas con VIH a las que se prescriben estos medicamentos, como lo señala el párrafo 215 del Informe del Estado. No obstante, en el desempeño de su función de vigilancia el Ministerio sigue presentando un **sub-registro de casos de personas con VIH de 90%**, debido a la falta de campañas que promuevan la realización de la prueba<sup>29</sup> y de suficientes servicios especializados en todo el país; razón por la cual no puede considerarse que en Venezuela se haya alcanzado acceso universal a estas medicinas, como lo afirma el Estado en el párrafo 511 de su Informe. Por otra parte, a pesar de que también lo dictan varias sentencias judiciales, tal como los ejemplos señalados en los párrafos 362 a 364 del Informe del Estado, el MPPS **no garantiza aún el suministro de medicamentos para enfermedades oportunistas a todas las personas con VIH.**
38. De mayor gravedad es que **más de 45.000 personas con VIH** -que reciben tratamiento antirretroviral por parte del MPPS- **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 eficacia<sup>30</sup>. 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. 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.** 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**, desde hace varios años, lo que contradice la afirmación del Estado de garantizarlo plenamente en el párrafo 509 de su Informe para prevenir la transmisión vertical (de madre a hijo).
39. Sigue en **expansión la epidemia de VIH 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**

<sup>29</sup> De acuerdo con información publicada en las Memoria y Cuenta del MPPS, entre los años 2007 y 2010, se realizaron en el país 1,6 pruebas anuales por persona, lo cual está por debajo del estándar recomendado de al menos 2 pruebas al año y, en casos críticos, de hasta 4 pruebas.

<sup>30</sup> 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,

**respuesta al VIH, debido al aumento de 85% en nuevos casos de jóvenes con VIH y de 50% en muertes por Sida.** Aunque Venezuela es considerado un país de “epidemia concentrada” por una tasa de prevalencia de VIH menor al 5%, las deficiencias del Estado en materia de prevención y de vigilancia epidemiológica indican altas posibilidades de subestimación del número de casos. En el año 2005, el Instituto Nacional de Higiene Rafael Rangel, organismo adscrito al MPPS y encargado de coordinar la red de centros diagnósticos a nivel nacional, admitió que 11% de las pruebas realizadas ese año habían resultado reactivas.

40. 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.
41. Contrario a la tendencia de disminución que se señala en el párrafo 512 del Informe del Estado, 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%)<sup>31</sup>. La historia malárica del estado Bolívar en las últimas cuatro décadas evidencia que la ocurrencia y persistencia de la malaria es mayor en aquellas parroquias y municipios del estado donde predomina la actividad minera<sup>32</sup>. El Viceministerio de Redes de Salud Colectiva del MPPS<sup>33</sup> reportó que la Incidencia Parasitaria Anual (IPA) por cada 1.000 habitantes a nivel nacional era 21,7. Sin embargo señala para el Estado Bolívar valores de IPA muy superiores al promedio nacional, especialmente en los municipios Sifontes (132,8), Sucre (154,4) y Gran Sabana (142,7). En estas entidades municipales es público y comunicacional que la **actividad minera ilegal es realizada por grupos civiles armados y organizados al margen de la ley**, sin control por parte del Ministerio del Poder Popular del Petróleo y Minas, y **se encuentra protegida por autoridades militares integrantes de la Fuerza Armada Bolivariana de Venezuela**<sup>34</sup>.
42. 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. 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**. 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-

<sup>31</sup> MPPS: Boletines Epidemiológicos Semanales, años 2012, 2014

<sup>32</sup> Aché A. *et al.* (2002). In vivo drug resistance of falciparum malaria in mining areas of Venezuela. *Trop. Med. Int. Health.* 7: 737-743 / Moreno J et al 2007. Land use, diversity and abundance of anopheline vectors of malaria in the municipality of Sifontes, Bolivar State, Venezuela 73th Annual Meeting of the American Mosquito Control Association. AMCA. April 1-5 2007, Orlando, FL, USA / Bevilacqua et al (2015). Malaria control in Amerindian Communities of Venezuela. *EcoHealth on line*: DOI 10.1007/s10393-015-1026-3

<sup>33</sup> Boletín Integral de Salud Ambiental, semana epidemiológica 10, desde el 8 al 14 de marzo de 2015.

<sup>34</sup> Beriain, D. (2015). Amazonas Clandestino. Discovery Max: <https://www.youtube.com/watch?v=ojwI0Z9sjpg>

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.**

43. Si bien las muertes por **tuberculosis** han descendido -como lo destaca el Informe del Estado en su párrafo 514, esta enfermedad -relacionada con ambientes de pobreza y hacinamiento- ha tenido **una prevalencia sostenida**, como producto del debilitamiento de los programas de salud en sus funciones de vigilancia y prevención<sup>35</sup>. Entre los años 2010 y 2013, el MPPS reportó 3.325 y 3.214 casos respectivamente; y en el 2012 hubo un repunte de 3.449 casos<sup>36</sup>. No obstante, el Programa Nacional de Tuberculosis (PNT) del MPPS contabilizó 6.700 ese mismo año, lo que representa un **sub-registro de 49%**. El Dr. Jacobus de Waard, del Instituto de Biomedicina, indicó que la cifra de casos diagnosticados en Venezuela se debe a la falta de campañas de información. Según su opinión, no se ha prestando la debida importancia a la detección de esta enfermedad en servicios de salud en zonas apartadas y comunidades pobres<sup>37</sup>.
44. Por otra parte, el **acceso público a información epidemiológica en el país es irregular**. Los anuarios de mortalidad se divulgan con dos y hasta tres años de retraso, y las estadísticas de morbilidad son débiles, con altos niveles de sub-registro. Las estadísticas de salud que se producen en el marco de la Misión Barrio Adentro I y II, llegan al MPPS a través de informes que presenta la Misión Médica Cubana (MMC) y **no es pública**, a no ser los datos que el MPPS coloca en su Memoria y Cuenta anual, con frecuentes inconsistencias. Los Boletines Epidemiológicos Semanales, que presentan información de notificación obligatoria sobre mortalidad materna e infantil y la incidencia de enfermedades, ha dejado de publicarse en ciertos períodos de tiempo por medida de autoridades ministeriales. En el año 2007, Jesús Mantilla, Ministro de Salud, dio orden de suspender la publicación del Boletín porque, según su opinión, las cifras se usaban para “alarmar a la población y desestabilizar al gobierno”<sup>38</sup>. Debido a esta decisión, el boletín dejó de divulgarse durante 18 meses continuos. Nuevamente, **desde el mes de octubre de 2014 se suspendió la publicación de este Boletín sin justificación que lo explique**. Tanto en el MPPS como en el IVSS se ha conocido de órdenes que **prohíbe a funcionarios y al personal de salud suministrar información a personas, organizaciones o medios de comunicación**<sup>39</sup>.

## Recomendaciones

45. Adoptar con urgencia un plan de **medidas articuladas, coherentes y de comprobada eficacia**, con plena participación de la sociedad civil, para **revertir los retrocesos en la capacidad de respuesta al VIH** y permita presentar dentro del menor plazo posible una **efectiva reducción de la epidemia y el aumento de la cobertura de tratamientos y atención a las personas con VIH**; y el cual comprenda la regularización del suministro de antirretrovirales, la implementación de campañas y métodos de prevención, el acceso universal a medicamentos para enfermedades oportunistas, la

<sup>35</sup> Héctor Lozano: “*Todavía estamos lejos de la erradicación de la enfermedad*”. En: *Correo del Orinoco*, 24.03.13, pág. 21.

<sup>36</sup> MPPS: Boletines Epidemiológicos. Años 2011-2014.

<sup>37</sup> Alexander Escorche Caña: *Tener tos por más de tres semanas puede ser síntoma de tuberculosis*. En: *Correo del Orinoco*, 24.03.13, pág. 20.

<sup>38</sup> Diario El Nacional, 08.07.2010. Regresaron enfermedades olvidadas. En [http://el-nacional.com/www/site/p\\_contenido.php?q=nodo/144364/Ciencia%20y%20Bienestar/Regresaron-a-Venezuela-enfermedades-olvidadas](http://el-nacional.com/www/site/p_contenido.php?q=nodo/144364/Ciencia%20y%20Bienestar/Regresaron-a-Venezuela-enfermedades-olvidadas)

<sup>39</sup> Diario El Universal. 20.05.2010. Orden de silencio en el IVSS pone a gremios médicos en alerta. En [http://www.eluniversal.com.ve/2010/05/20/ccs\\_art\\_orden-de-silencio-en\\_1906873.shtml](http://www.eluniversal.com.ve/2010/05/20/ccs_art_orden-de-silencio-en_1906873.shtml)

disponibilidad de laboratorios y de reactivos suficientes para pruebas de control en todos los estados del país, el fortalecimiento técnico y financiero del programa de VIH/ITS del MPPS a nivel nacional y estatal, y la implementación de la Ley de Igualdad para las Personas con VIH, mediante protocolos adoptados por servicios de salud, organismos públicos y la empresa privada.

46. Igualmente, adoptar en el menor tiempo posible un **plan que combine medidas y métodos eficaces**, en conjunto con otros organismos y poderes públicos, pueblos indígenas y comunidades locales, que se traduzca en la **reducción efectiva de la expansión de la malaria, mediante el fortalecimiento de los servicios de salud, el control epidemiológico y la erradicación de actividades extractivas ilegales** en las zonas endémicas.
47. Garantizar la **publicación periódica de todas las estadísticas vitales y epidemiológicas**, corregir las deficiencias que causen problemas de sub-registro, incluyendo el **fortalecimiento de los equipos de epidemiología en las regiones**; remover los obstáculos que impidan la actualización regular de la información relativa a mortalidad y morbilidad; y **abstenerse de aplicar medidas de censura o restricción del acceso a la información de salud en manos del Estado**.

#### **Artículo 12.2. d). Condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad**

48. Actualmente, el Estado venezolano **no ofrece seguridad de garantías mínimas de atención a la salud de las personas** en los centros asistenciales del país, lo cual contrasta ampliamente con la afirmación hecha por el Estado en el párrafo 487, donde asegura que 80% de la población tiene pleno acceso a más de 13.000 centros de salud. 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**. 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.
49. Las denuncias recogidas por Provea en sus bases de información indican que **entre 2004 y 2013, 40% de hospitales y ambulatorios públicos presentaron 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. En el 2014, la mayoría de las denuncias recogidas por Provea fueron relativas a la falta de insumos médico-quirúrgicos, falta de insumos básicos y medicamentos, fallas de equipos, déficit de personal de salud y, como consecuencia de todas estas deficiencias, el cierre 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**.

50. Los centros y servicios de la salud pública presentan **precarias condiciones físicas** (filtraciones en paredes y techos, inundaciones, roturas de aguas negras, falta de agua e interrupciones de energía eléctrica). Estas deficiencias de infraestructura reducen los espacios, producen hacinamiento y problemas de contaminación. En 2013, el **Presidente de la República, Nicolás Maduro, calificó de deplorable la situación de los hospitales públicos y “una vergüenza para la revolución”, al constatar su estado de deterioro**<sup>40</sup>. Mencionó que el avance en la MBA no era el mismo que se había hecho en los hospitales, olvidando que dos etapas de la Misión fueron destinados al tema hospitalario<sup>41</sup>. En marzo del 2014, el Presidente volvió a reconocer: **“No hemos podido levantar el sistema hospitalario**. Ya venía con grandes dolencias y, allí está, medio se recupera y medio se cae, medio se quita el dolor y medio vuelve, pero le estamos cayendo”<sup>42</sup>. 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.
51. Entre 2009 y 2014, se **redujo en 10.143 el número de camas operativas en los hospitales públicos**, pasando de 30.964 a 20.821. De acuerdo con cifras levantadas por la Red de Sociedades Científica Venezolana (RSCV), la mayoría de los hospitales ha tenido una disminución de 50% en camas operativas<sup>43</sup>. 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<sup>44</sup>.
52. 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, siendo que no firman contratación colectiva desde el año 2003<sup>45</sup>, y la hostilidad e inseguridad en los ambientes de trabajo, los hospitales y ambulatorios de la 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

<sup>40</sup> SIBCI: Presidente Maduro anunció primeros 5 objetivos de la Revolución en Aragua. 12.12.13. En: <http://www.vtv.gob.ve/articulos/2013/12/12/presidente-maduro-anuncio-primeros-5-objetivos-de-la-revolucion-en-aragua-9487.html>

<sup>41</sup> *Ejecutivo Nacional inspecciona obras del Hospital Periférico de Coche*. En: *Vive TV*. 03.03.013. [en línea] <[http://www.youtube.com/watch?v=GTf07\\_uC3\\_0](http://www.youtube.com/watch?v=GTf07_uC3_0)

<sup>42</sup> Palabras del Presidente Nicolás Maduro el 10.03.14 en acto de graduación de 2.585 médicos integrales comunitarios transmitido por cadena nacional de medios de comunicación. Disponible en: [https://www.youtube.com/watch?v=HOKiYuZ2w\\_o](https://www.youtube.com/watch?v=HOKiYuZ2w_o)

<sup>43</sup> Informe de la Red de Sociedad Científicas Médicas Venezolanas. 2013.

<sup>44</sup> MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA SALUD: *Memoria y Cuenta 2012*, pág. 114.

<sup>45</sup> En el 2013 el MPPS decidió unilateralmente una nueva “Normativa Laboral” que cubre a 314.000 trabajadores de los sectores de la salud pública, seguridad social y previsión social, que luego de firmarse no cumplió el propósito de homologación y mejoras en beneficios.

anestesiología, casi 90%<sup>46</sup>. 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.

53. 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**. En 2015, 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**.
54. 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**<sup>47</sup>, 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, **radio-isótopos y radio-fármacos de medicina nuclear**, entre otros.
55. La crisis de desabastecimiento afecta también el **acceso a medicamentos**, ya que 70% de estos son importados, en contradicción con la afirmación hecha por el Estado de haber logrado alcanzar la seguridad y soberanía farmacéutica del país, como se señala en el artículo 484 de su Informe. En hospitales públicos, Médicos x la Salud reportó para el mes de marzo de 2015 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%**.
56. En los párrafos 164 a 166 de la Respuesta a la Lista de Cuestiones, el Estado acusa a “sectores políticos que han apostado a la desestabilización del país”, por ser causantes de las deficiencias en la dotación de medicamentos a los hospitales y farmacias; y afirma estar enfocado en hacer

---

<sup>46</sup> 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.

<sup>47</sup> 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

seguimiento y control de las redes de distribución -y el contrabando-, donde cree estar el mayor problema, sin que hasta el momento de la entrega de este informe la situación haya mejorado. La Federación Farmacéutica Venezolana (FEFARVEN) reportó que, entre los años 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.

57. En abril de 2015, el MPPS anunció la creación del **Sistema Integrado de Acceso a los Medicamentos (SIAMED)** que representa la implementación, como en otras áreas de la economía, de un sistema de racionamiento de los medicamentos disponibles, a partir del registro de las personas y la presentación de sus récipes. Hasta el cierre de este informe, el Ministro de Salud indicó que se había inscrito 20% de las farmacias y cerca de 200.000 personas, de un universo de población que consume medicamentos de millones de personas. Si bien, el consumo de medicamentos por parte de la población venezolana puede ser elevado, en comparación con otros países de América Latina, las causas del desabastecimiento no parecen estar en un exceso de demanda sino en una falta de oferta. Así pues, el SIAMED parece ser un mecanismo de ajuste de la demanda a una oferta reducida a la mitad (de selectividad o racionamiento) que no considera si cubre o no necesidades<sup>48</sup> y que puede conducir a violaciones de la confidencialidad y privacidad de las personas.
58. La grave situación que atraviesan los hospitales y la mayoría de los centros de salud públicos pueden ejemplificarse en los siguientes casos:

a) El **Hospital Universitario de Caracas (HUC)**, centro asistencial docente de referencia nacional, ubicado en la ciudad de Caracas, que 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 del mamógrafo. **En 2014, fallecieron 50 personas en lista de espera del servicio de cirugía cardiovascular del Hospital Clínico Universitario, de las cuales, 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.

---

<sup>48</sup> El niño Daniel Solórzano de 4 años de edad, sufría de una rara enfermedad, llamada Tirosinemia tipo I. Se considera rara la enfermedad por cuanto de 100.000 personas 1 la padece. Afortunadamente para dicha afección hay un tratamiento el cual lamentablemente es sumamente costoso e inexistente en nuestro país. Para adquirirlo, una vez que Daniel fue diagnosticado de la enfermedad, fue necesario iniciar un trámite ante Ministerio del Poder Popular para la Salud. Mientras la salud de Daniel empeoraba el Ministerio se demoró 10 meses en aprobar los recursos para la compra del medicamento que le ayudaría a controlar los efectos de la enfermedad y tener una mejor calidad de vida. Daniel murió y no logró acceder al medicamento.

b) El **Hospital Universitario Manuel Núñez Tovar (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. 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. 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;

c) El **Banco Municipal de Sangre (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. 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 hemoterapeutas, 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;

d) 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 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; y

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

59. Debido a la precaria atención y el desabastecimiento de medicamentos, reactivos e insumos básicos, las personas que viven en condiciones crónicas enfrentan una situación crítica, en la que está en peligro su derecho a la vida. Entre estas se encuentran:

- a) **16.000 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<sup>49</sup>**, 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<sup>50</sup>;
- b) **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;
- c) **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 repuestos<sup>51</sup>. 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;
- d) **560 personas con linfoma afrontan falta de medicamentos indicados en protocolos de tratamiento de quimioterapia en al menos 8 estados del país<sup>52</sup>.** 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. 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;
- e) 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 fármaco-vigilancia, por lo cual no se sabe cuáles son sus efectos reales ni su eficacia. Dada la

<sup>49</sup> Gaceta Oficial N° 37.976 el 9 de julio del 2004.

<sup>50</sup> Informe de la Fundación de Ayuda al Paciente Renal Venezolano (FUNAPREVEN). Caracas 12 de febrero de 2015. Llamado de atención de manera pública a los entes competentes en materia de diálisis.

<sup>51</sup> 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.

<sup>52</sup> Zulia, Táchira, Carabobo, Lara, Nueva Esparta, Guárico, Aragua y Sucre.

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;

- f) **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;
- g) **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;**
- h) **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 Sβ0 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. 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. 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;
- i) Los **niños y niñas con fibrosis quística,** enfermedad hereditaria que compromete los pulmones, páncreas e hígado. En enero de 2014, representantes del Ministerio de Salud aseguraron a la Asociación Civil Centro de Pacientes con Fibrosis Quística (CEPAFIQUI) la plena dotación de medicamentos y de suplementos alimenticios a las 12 unidades intrahospitalarias de fibrosis quística, existentes en centros de salud del país<sup>53</sup>. Sin embargo, en el mes de abril,

<sup>53</sup> Garantizan fármacos para fibrosis quística. Últimas Noticias, 16.01.14, pág. 4.

las madres de 15 niños con fibrosis quística del estado Aragua, denunciaron que tenían tres meses esperando conseguir los alimentos y medicamentos de sus hijos (viscozyme, panzytrat, salburol, tuberbut, budecort, azitrocimicina y ciprofloxacina), sin los cuales las repercusiones son bajar de peso, dificultades para respirar y problemas gastrointestinales<sup>54</sup>.

j) **Las personas con problemas de salud mental. 10.000 personas con problemas de salud mental no son atendidas por centros de atención psiquiátrica<sup>55</sup>. 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.

60. Igualmente, como consecuencia de la falta de médicos e insumos médico-quirúrgicos en servicios de urgencias, cirugía electiva y trasplantes de órganos, numerosas personas se encuentran en riesgo de perder la vida o de ver agravada su condición de salud. Entre ellas se encuentran:

a) **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.**

b) **Personas con heridas de bala, quemaduras graves<sup>56</sup> 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.**

c) **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 2014<sup>57</sup>. 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.

---

<sup>54</sup> Madres de pacientes con fibrosis quística no consiguen medicamentos ni alimentos. 04.04.14. *El Siglo*, pág. 10.

<sup>55</sup> Información denunciada en 2012 por el Comité de Familiares y Pacientes Psiquiátricos, Geriátricos, Custodiables, Farmacodependientes y con VIH.

<sup>56</sup> Discapacitado falleció tras ser ruleteado en cinco hospitales. Natalia Matamoros. *El Universal*, 17.03.15, pág. 3-10.

<sup>57</sup> Hasta 2011 había una lista de 1.500 personas esperando por trasplantes de riñón y otras 1.500 personas esperaban por trasplantes de córneas.

d) **600 niños y niñas con cardiopatías congénitas** esperan ser operados en el Hospital de Niño J.M. de los Ríos. De acuerdo con el Jefe del Servicio de Cirugía Cardiovascular, “Los retrasos en las intervenciones pueden generar serias complicaciones para los niños; algunos se vuelven inoperables, se comienza a sufrir de hipertensión pulmonar (en cuyo caso habría que someter al paciente a un trasplante cardiopulmonar, que no se hace en el país); las operaciones tardías pueden no tener el mismo efecto, así se disminuye su expectativa de vida y se les conduce tarde o temprano a la muerte”<sup>58</sup>.

e) unas 50.000 personas en listas de espera de cirugías electivas a nivel nacional, fue reportado por Médicos por la Salud en el año 2014.

61. Las **personas privadas de libertas en las cárceles venezolanas enfrentan severas adversidades de atención a la salud**. En la mayoría de los establecimientos no existen servicios mínimos de atención, personal asistencial, equipos ni medicamentos; a pesar de que las condiciones de reclusión en las que se encuentran (alto hacinamiento, insalubridad, falta de agua, ventilación e iluminación) son altamente favorables a la aparición de epidemias y enfermedades, y el retraso en traslados a centros asistenciales impiden una intervención oportuna. Como consecuencia, han fallecido numerosas personas, entre las cuales destacan las muertes por Sida<sup>59</sup>.
62. Los **pueblos indígenas** afrontan condiciones extremadamente restrictivas de **disponibilidad, acceso, aceptabilidad y calidad de atención a la salud**, aún cuando el Estado reporta en el párrafo 58 de su Informe importantes avances en programas de salud dirigidos a los pueblos indígenas, Es significativo el deterioro de la infraestructura de puestos centinela de malaria y ambulatorios rurales tipo I en áreas remotas con población indígena en el Municipio Sucre, estado Bolívar<sup>60</sup>. Asimismo, la insuficiente dotación de materiales, insumos y equipos para realizar una adecuada y oportuna vigilancia epidemiológica, en áreas remotas con población indígena en la región del río Caura y río Erebató<sup>61</sup>, ha exacerbado inequidades en salud en comunidades indígenas del pueblo Ye'kwana y Sanema, trasladando los costos de este deterioro a una población aproximada de 5.067 habitantes para el año 2014<sup>62</sup>.
63. En el año 2013, las comunidades del estado Bolívar solicitaron 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**<sup>63</sup>. 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

---

<sup>58</sup> Más de 600 niños con cardiopatías en lista de espera. Victoria Manuela Orozco. *Últimas Noticias*, 15.04.14, pág. 4.

<sup>59</sup> Observatorio Venezolano de Prisiones. Informe sobre la situación de privados de libertad en Venezuela con motivo de la revisión del tercer informe periódico de la República Bolivariana de Venezuela ante el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU, 55º periodo de sesiones, 1 al 19 de junio de 2015.

<sup>60</sup> Informe de Inspección de ambulatorios rurales tipo 1 en comunidades indígenas en la región del río Caura <http://www.arcgis.com/apps/MapJournal/index.html?appid=0f315011d6284e459fb28c3fc3bea4ab&webmap=59c9d597a40b4d8997e737bdaf22ce62>

<sup>61</sup> Bevilacqua et al. 2009. Orientaciones para fortalecer el programa de malaria en zonas remotas con población indígena en el Caura, Venezuela. *Boletín de Malariología y Salud Ambiental* Vol. XLIX, No 1

<sup>62</sup> Población proyectada con modelo de crecimiento geométrico basado en datos del Censo Nacional de Población y Vivienda del año 2011 [http://www.ine.gov.ve/index.php?option=com\\_content&view=category&id=95&Itemid=9](http://www.ine.gov.ve/index.php?option=com_content&view=category&id=95&Itemid=9)

<sup>63</sup> *Indígenas necesita módulos de salud*. En: *La Prensa de Monagas*, 31.05.13, pág. 10.

salud de la Gran Sabana<sup>64</sup>. 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<sup>65</sup>. 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<sup>66</sup>.

64. En el 2013, la Coordinadora de Organizaciones Indígenas de Amazonas (COIAM) y HORONAMI Organización Yanomami denunciaron **violaciones del derecho a la salud por la presencia de mineros ilegales provenientes de Brasil y Colombia**: "...la Amazonía venezolana se ha visto golpeada por la presencia de cientos de mineros ilegales provenientes de Brasil y Colombia, causando graves daños ambientales por la explotación del oro en los hábitats y tierras indígenas, introduciendo enfermedades endémicas y epidémicas; y atacando violentamente a numerosas comunidades, poniendo en peligro no sólo su vida física, sino su integridad sociocultural y posibilidades de sobrevivencia a futuro, sin contar con acciones efectivas por parte del Estado venezolano que permitan controlar la entrada de garimpeiros a territorio Yanomami..."<sup>67</sup>.

65. La Organización Horonami del Pueblo Yanomami denunció el mismo año el **fallecimiento de 76 mujeres, hombres y niños en el Alto Orinoco del estado Amazonas por malaria, neumonías y diarreas**. Expresaron en su comunicación: "Nosotros no entendemos por qué si en nuestros sectores contamos con diferentes centros de salud como los ambulatorios rurales tipo I y tipo II, en la realidad es como si no existiera nada, porque por distintos motivos no se están dando respuestas a los problemas de salud de nuestras comunidades. Para nosotros esta es una situación muy grave y alarmante..."<sup>68</sup>. En el 2014, reiteraron su denuncia: "Desde el año 2009, la atención a la salud en el Alto Orinoco ha venido decayendo y la situación es cada vez peor (...). La red ambulatoria tiene muchas deficiencias: por largos meses no hemos tenido médicos en los ambulatorios, faltan muchos medicamentos esenciales, en especial para el tratamiento de la malaria, falta combustible para poder atender las comunidades y trasladar las emergencias, falta más apoyo aéreo para visitar los sectores de difícil acceso, los Agentes Comunitarios Yanomami de Atención Primaria en Salud no están recibiendo suficientes medicamentos y muchos de ellos no disponen de radio para comunicarse (...)"<sup>69</sup>.

66. En la cuenca de río Caura (Municipio Sucre del estado Bolívar) la malaria pasó de 4.662 a 14.026 casos entre los períodos 1995-1999 y 2007-2013<sup>70</sup>, y la parroquia Aripao que concentra la mayor población indígena de la cuenca alcanzó un IPA de 298,5 por cada 1000 habitantes, en el año 2014.

---

<sup>64</sup> Morelia Morillo: *Capitanes pemón expondrán al vicepresidente situación de la salud en Gran Sabana*. En: *Nueva Prensa de Guayana*, 21.01.13, pág. C-2.

<sup>65</sup> Estefanía Todisco: *Indígenas de Kamarata exigen constancia y atención al gobierno*. En: *Correo del Caroní*, 11.02.13, pág. B-3.

<sup>66</sup> José G. Ruiz: *Población Indígena Koberuna en peligro por brote de dengue*. En: *Notitarde*, 11.07.13, pág. 9.

<sup>67</sup> COIAM: Comunicado de las organizaciones indígenas del estado Amazonas a propósito de los 20 años de la masacre de los Yanomami de Haximú. 16.08.13. En: <http://www.derechos.org/ve/2013/08/16/coiam-comunicado-de-las-organizaciones-indigenas-del-estado-amazonas-a-proposito-de-los-20-anos-de-la-masacre-de-los-yanomami-de-haximu/>

<sup>68</sup> Informe de Horonami, organización yanomami, sobre fallecidos en diferentes comunidades yanomami del Alto Orinoco durante el año 2013. 20.12.2013. Informe Anual 2013, Provea, pág. 188. En: [http://www.derechos.org/pw/wp-content/uploads/2013\\_08PueblosInd%C3%ADgenas.pdf](http://www.derechos.org/pw/wp-content/uploads/2013_08PueblosInd%C3%ADgenas.pdf)

<sup>69</sup> Pueblo indígena Yanomami marcha en Puerto Ayacucho por el derecho a la vida y la salud. Se reunieron con el Director Regional de Salud y entregaron un documento con sus exigencias. Organización del Pueblo Yanomami "HORONAMI", 21.02.15. Disponible en: <http://www.aporrea.org/actualidad/n265638.html>

<sup>70</sup> Fuente: Base de datos casuística malaria. Instituto de Salud Pública del estado Bolívar.

Ello como consecuencia del incremento de la actividad de minería ilegal<sup>71</sup> a partir del año 2006, en bosques húmedos tropicales protegidos<sup>72</sup> localizados en territorios ancestrales autodemarcados por los pueblos Ye'kwana y Sanema, tal como ha sido denunciado por la Organización Indígena del Caura KUYUJANI<sup>73</sup>. **La inacción del Estado Venezolano y su falta de voluntad política para eliminar la minería ilegal en la Reserva Forestal El Caura y territorios indígenas ancestrales autodemarcados, propician el incremento de la malaria y otras enfermedades metaxénicas** en comunidades indígenas y criollas asentadas tradicionalmente en la zona. Esto ocurre como consecuencia de la degradación ambiental, cambios en el patrón de asentamiento y dinámica de demográficas locales, pérdida de cohesión social, y presión de colonización con modelos de desarrollo foráneos a la cultura tradicional amerindia de la zona, que perpetúan el ciclo pobreza-enfermedad-crisis ambiental-pobreza. La ausencia de libertades políticas, económicas y culturales locales, así como falta de transparencia en la información epidemiológica y ausencia de educación en salud, han sido señalado como factores que limitan las oportunidades y capacidades de los pueblos indígenas de la cuenca del río Caura para vivir un vida libre de malaria<sup>74</sup>.

## Recomendaciones

67. Implementar en el menor plazo posible un **plan de recuperación de los hospitales y ambulatorios de la salud pública y de la seguridad social de todo el país**, que tenga metas y plazos precisos para hacer seguimiento, medir y presentar avances a corto y mediano plazo, con la participación de profesionales, trabajadores, directivos, personas afectadas y organizaciones de la sociedad civil; incluyendo la colaboración que puedan prestar organismos internacionales de protección de derechos humanos y agencias internacionales y regionales de cooperación.
68. Poner en práctica un **sistema transparente y ágil de financiamiento para garantizar la suficiente y permanente disponibilidad, distribución y dotación de insumos, reactivos, medicamentos y equipamiento de los centros de salud, los laboratorios y las farmacias**, de carácter público y privado, velando que se guarden ciertos niveles de seguridad de inventarios y absteniéndose de aplicar mecanismos de racionamiento que puedan reducir la demanda, sin considerar las reales, o implicar registros que violen la confidencialidad y la privacidad de las personas.

---

<sup>71</sup> Pronunciamiento de Horonami Organización Yanomami sobre la presencia de minería ilegal en el Alto Ocamo. 26.09.12. En: <http://www.derechos.org.ve/2012/09/26/pronunciamiento-de-horonami-organizacion-yanomami-sobre-la-presencia-de-mineria-ilegal-en-el-alto-ocamo/>

<sup>72</sup> La zona está protegida por el decreto de creación de la Reserva Forestal El Caura #1045 de fecha 23/01/1968

<sup>73</sup> Denuncia presentada por la Organización Indígena KUYUJANI por ante el Ministerio Público en fecha 23/03/2015 <http://www.derechos.org.ve/2015/03/24/organizacion-kuyujani-acudio-al-ministerio-publico-a-denunciar-atropellos-de-la-fanb-contra-indigenas-yekwana-y-sanema/>

<sup>74</sup> Bevilacqua et al (2015). Malaria control in Amerindian Communities of Venezuela. *EcoHealth on line*: DOI 10.1007/s10393-015-1026-3