

# VENEZUELA



- 1 Nueva Esparta
- 2 Vargas
- 3 Miranda
- 4 Distrito Capital
- 5 Aragua
- 6 Carabobo
- 7 Yaracuy
- 8 Cojedes
- 9 Trujillo
- 10 Portuguesa
- 11 Mérida
- 12 Táchira

**Fuentes:** Second Administrative Level Boundaries Dataset (SALB), que forma parte de la base de datos geográfica de las Naciones Unidas, disponible en: [http://www.who.int/whosis/database/gis/salb/salb\\_home.htm](http://www.who.int/whosis/database/gis/salb/salb_home.htm), y la base de datos Digital Chart of the World (DCW), disponible en: <http://www.maproom.psu.edu/dcw/>. Las fronteras y nombres que se incluyen en este mapa tienen el propósito exclusivo de ilustración, y no implican juicio alguno, ni aval o aceptación por parte de la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud.

**L**a República Bolivariana de Venezuela es un estado federal, organizado en 23 estados, un distrito capital y las dependencias federales, distribuidos en 335 municipios. Tiene una extensión territorial de 916.446 Km<sup>2</sup> y una población estimada de 26.577.423 habitantes en 2005 —49,7% femenina (1)—, con una densidad demográfica de 29 habitantes por Km<sup>2</sup> y una tasa de crecimiento promedio anual de 1,7% (2).

## CONTEXTO GENERAL Y DETERMINANTES DE LA SALUD

### Determinantes sociales, políticos y económicos

El crecimiento del producto interno bruto (PIB) fue aproximadamente 19% en 2004 y 9% en 2005 (2), debido principalmente a la renta petrolera. El nivel de pobreza, medida por ingreso, aumentó de 39,1% en 2001 a 42,4% en 2005 y la pobreza extrema pasó de 14,2% a 17,0% (1). En 2003, según el Informe Mundial de Desarrollo Humano (3), el país ocupó el puesto 14 entre 81 países en desarrollo (puesto 11 en 2001). El coeficiente de Gini pasó de 0,48 en 1998 a 0,46 en el primer semestre de 2004. El 20% más pobre tiene 4,7% del ingreso y el 20% más rico, 52,3%.

La tasa de inflación pasó de 12,5% en 2001 a 21,8% en 2004; a diciembre de 2005, la población económicamente activa (PEA) era 65,4%, de la cual 49,5% correspondía al sexo femenino (2). La tasa de ocupación fue 91,1% (15,9% en sector público y 84,1% en sector privado) y el empleo informal fue 47,6%. La tasa neta de actividad, que se refiere a la capacidad de ejercer actividades económicas productivas, fue de 65,3% en 2001 y 68,8% en 2004 (2), y su tendencia evolutiva indica que la proporción de personas que pueden ejercer actividades económicas en el país es cada vez mayor.

En el cuadro 1 se muestra la clasificación de Venezuela en territorios sociales (unidades de análisis conformadas por un conjunto de personas que comparten características socioculturales y económicas similares y que no necesariamente corresponden a los límites geopolíticos establecidos) y en la figura 1 se puede observar que la esperanza de vida se incrementa en los territorios con mayor desarrollo.

En 2004, la inversión pública en educación como porcentaje del PIB fue 4,9% (2). Para el año lectivo 2004–2005, la tasa neta de escolaridad por grupo de edad fue 51,7% preescolar, 90,7% básica y 30,6% media, diversificada y profesional (2). En 2001, la tasa de analfabetismo fue 6,4% (2). El 28 de octubre de 2005, Venezuela se declaró “Territorio libre de analfabetismo” después de la ejecución de la Misión Robinson, una iniciativa para enseñar a leer y a escribir a más de un millón de venezolanos distribuidos por todo el territorio nacional.

En 2004, el déficit habitacional cuantitativo de Venezuela fue de aproximadamente 1,1 millones de viviendas y el déficit habitacional cualitativo, 1,8 millones; 68% de las viviendas ocupadas se encuentran en asentamientos precarios y urbanizaciones populares construidas por el Estado (4).

Para combatir la pobreza, lograr la inclusión de los grupos excluidos y responder a los compromisos adquiridos para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), el gobierno nacional ha implementado programas sociales de cobertura masiva y rápida denominados “Misiones”. En particular, se destaca la Misión Barrio Adentro y la Misión Milagro para promover la salud. Otras misiones promueven educación, cultura, empleo, acceso a la alimentación, desarrollo sostenible, investigación y otras áreas del desarrollo humano.

### Demografía y mortalidad

En 2005, 31,2% de la población era menor de 15 años y 7,5% tenía 60 años y más (1). En 2004, la tasa de natalidad fue 24,4 por 1.000 habitantes; la tasa global de fecundidad fue 2,69 hijos por mujer y la tasa de mortalidad por 1.000 habitantes fue 4,5 (6,1 hombres y 3,9 mujeres) (1,2). Esta situación ha producido una pirámide poblacional de base cada vez más estrecha (Figura 2). Según el último censo (2001), 87,1% de la población era urbana, 57% reside en la zona costera, 22% en las áreas fronterizas y 21% en la región central (1).

La esperanza de vida al nacer fue 72,7 años (76,6 en mujeres y 69,8 en hombres) en 2002 y 73,2 años (76,2 en mujeres y 70,3 en hombres) en 2005 (2). En 2004, se observó una brecha en la esperanza de vida de 9,4 años entre los habitantes de los estados más y menos desarrollados (74,6 años en Distrito Capital y 65,2 años en Delta Amacuro) (1).

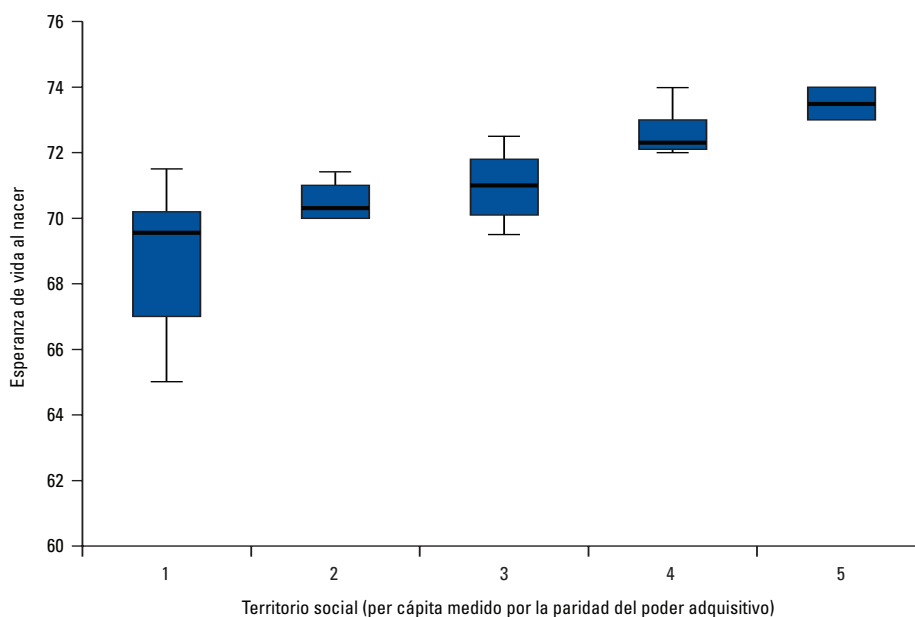
En 2004, los primeros 10 grupos de causas de mortalidad, expresados como tasas no ajustadas por 100.000 habitantes, fueron las enfermedades del corazón (93); el cáncer (67); los suicidios, homicidios y resto de muertes violentas (57,2); los accidentes de todo tipo (32,1); las enfermedades cerebrovasculares (31,7); la diabetes (27,3); ciertas afecciones originadas en el período perinatal (20,1); las enfermedades crónicas de las vías respiratorias

**CUADRO 1. Clasificación de Venezuela en territorios sociales, 2002.**

Territorio social 1 (Menor desarrollo)	Territorio social 2	Territorio social 3	Territorio social 4	Territorio social 5 (Mayor desarrollo)
Amazonas	Yaracuy	Lara	Nueva Esparta	Distrito Capital
Delta Amacuro	Sucre	Falcón	Aragua	Miranda
Guárico	Trujillo	Monagas	Anzoátegui	
	Portuguesa	Mérida	Bolívar	
	Barinas	Táchira	Carabobo	
	Apure	Cojedes	Zulia	

**Fuente:** Datos obtenidos del Índice y Entorno del Desarrollo Humano en Venezuela. INE-PNUD, 2002. Estratos definidos según la paridad del poder adquisitivo per cápita.

**FIGURA 1. Esperanza de vida al nacer según territorio social, Venezuela, 2002.**



**Fuente:** Instituto Nacional de Estadísticas. <http://www.ine.gob.ve>. Consultada en 2006. Cálculos propios.

inferiores (12,1); la influenza y neumonía (11), y las enfermedades del hígado (8,5). Destaca la diferencia por sexo en las muertes causadas por hechos violentos (100,4 en los hombres y 10,0 en las mujeres) y accidentes de todo tipo (49,1 en los hombres y 14,9 en las mujeres) (5). Las muertes por hechos violentos fueron la mayor causa de años de vida potencial perdidos en el país. El sub-registro de mortalidad en el país se encuentra entre 10% y 15%.

## SALUD DE LOS GRUPOS DE POBLACIÓN

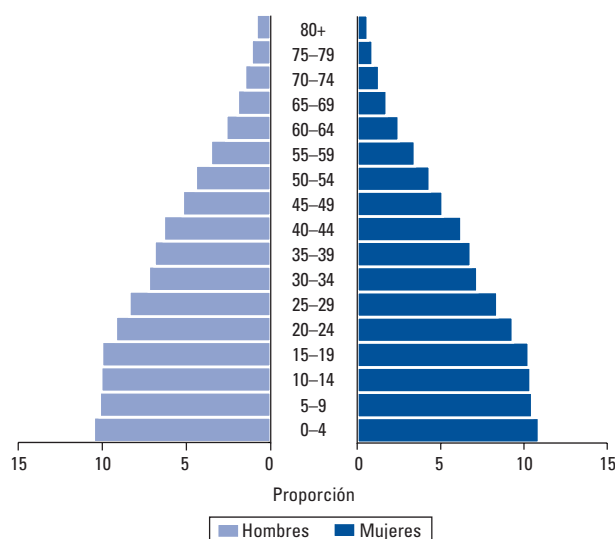
### Salud de los niños menores de 5 años

En 2005, los niños menores de 1 año representaron 2,2% de la población general (51,2% del sexo masculino); la prevalencia de

bajo peso al nacer disminuyó de 12,0% en 1999 a 8,0% en 2002 (1). La tasa de mortalidad infantil ha presentado una reducción sostenida en las últimas décadas (Figura 3). La mortalidad infantil, expresada en tasas por 1.000 nv, fue 25,8 en 1990, 17,7 en 2000 y 17,5 en 2004 (5). La proyección de esta tendencia por el método ARIMA indica que, para 2015, el país tendría una tasa de 10,7 muertes por 1.000 nv, cerca de cumplir el ODM de 8,5. El territorio social 2 (Cuadro 1) tiene la tasa más alta (21,7) y el territorio social 5 la más baja (14,6).

La contribución proporcional de las muertes en menores de 1 año de edad respecto al total de muertes disminuyó de 14,2% en 1990–1994 a 8,4% en 2000–2004. En 2004, 66,5% de las muertes de niños menores de 1 año fueron en el período neonatal y 33,5% en el período post-neonatal (5). La contribución propor-

**FIGURA 2. Estructura de la población por edad y sexo, Venezuela, 2005.**



cional de las cinco primeras causas de mortalidad fue la siguiente: 56,7% ciertas afecciones originadas en el período perinatal; 16,2% anomalías congénitas; 8,1% enfermedades infecciosas intestinales; 4,6% influenza y neumonía, y 3,5% accidentes de todo tipo (5).

En 2005, el grupo de 1 a 4 años de edad representó 8,4% de la población, 51,4% del sexo masculino (1). En 2004, la mortalidad por todas las causas expresada como tasa por 100.000 niños y niñas de 1 a 4 años fue 73,7 (76,6 niños y 70,7 niñas); las primeras cinco causas de mortalidad fueron accidentes de todo tipo (16,6), enfermedades infecciosas intestinales (13,8), influenza y neumonía (12,0), anomalías congénitas (10,7) y deficiencias de nutrición (9,8) (5).

**Salud de los niños de 5 a 9 años**

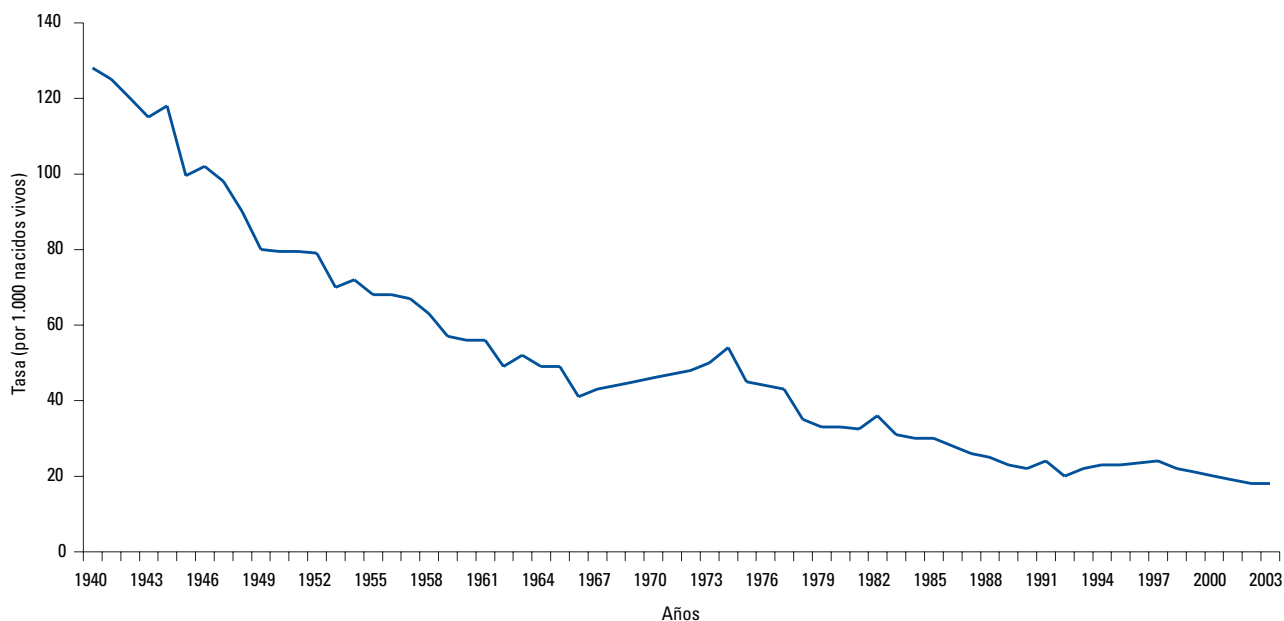
En 2005, el grupo de 5 a 9 años de edad representó 10,2% de la población, con 51,1% varones (1). En 2004, la mortalidad por todas las causas, expresada como tasa por 100.000 niños y niñas de este grupo de edad, fue 34,4 (40,9 niños y 27,6 niñas). Las primeras cinco causas de muerte fueron accidentes de todo tipo (12,2), cáncer (4,4), anomalías congénitas (2,7), parálisis cerebral (1,7) e influenza y neumonía (1,2). Destaca la diferencia de sexo en las muertes causadas por accidentes de todo tipo (16,8 niños y 7,3 niñas) (5).

**Salud de los adolescentes (10-14 años y 15-19 años)**

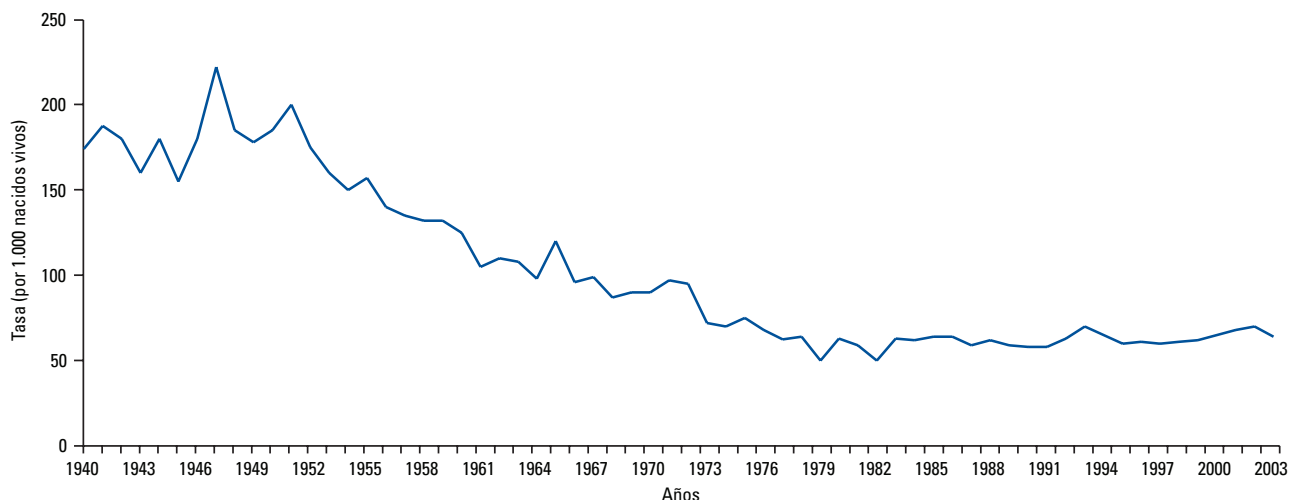
En 2005, el grupo de adolescentes de 10 a 19 años constituyó 20,1% del total de la población, 50,9% del sexo masculino; en 2004, la tasa específica de fecundidad de las jóvenes de 15 a 19 años se estimó en 91,7 por 1.000 habitantes (1).

En 2002, el Ministerio de Salud informó 98.099 nacimientos en el grupo de adolescentes de 10-19 años (22,4% del total de

**FIGURA 3. Tendencia de la mortalidad infantil, Venezuela, 1940-2003.**



Fuente: Ministerio de Salud, Dirección Nacional de Epidemiología, 2006, Venezuela.

**FIGURA 4. Tendencia de la mortalidad materna, Venezuela, 1940–2003.**

Fuente: Ministerio de Salud, Dirección Nacional de Epidemiología, 2006, Venezuela.

nacimientos), con una proporción más alta que el promedio nacional en los siguientes estados: Apure (31,2% del total de nacimientos), Guárico (27,8%), Cojedes (27,2%), Portuguesa (26,9%) y Barinas (25,7%). Presentaron bajo peso al nacer 12,6% de los hijos de madres de entre 10 y 14 años y 9,2% de madres de entre 15 y 19 años (8% de las madres de todas las edades) (6).

En 2004, la tasa de mortalidad en adolescentes entre 10 y 14 años fue 44,0 por 100.000 (52,0 sexo masculino y 35,0 sexo femenino) y en adolescentes entre 15 y 19 años fue 158,0 por 100.000 (253,0 sexo masculino y 59,0 sexo femenino) (1). La principal causa de muerte en adolescentes entre 15 y 19 años de sexo masculino fueron los hechos violentos (5).

### Salud de los adultos (20–59 años)

En 2005, el grupo de 20 a 59 años representó 51,3% de la población, siendo la mitad de sexo masculino (1). En 2004, las cinco primeras causas de muerte expresadas como tasa por 100.000 habitantes fueron: 82,3 hechos violentos (153,4 hombres y 11,1 mujeres); 57,3 cáncer (47,7 hombres y 67,0 mujeres); 49,2 enfermedades del corazón (68,6 hombres y 29,9 mujeres); 45,3 accidentes de todo tipo (76,1 hombres y 14,5 mujeres) y 13,8 diabetes (15,9 hombres y 11,7 mujeres) (5).

La mortalidad materna presentó una reducción sostenida hasta fines de la década de los setenta. A partir de entonces, su nivel se ha mantenido estable, con leves oscilaciones (Figura 4), pero persisten desigualdades internas según territorios sociales. En 2004, la razón de mortalidad materna fue 59,9 por 100.000 nv. El promedio anual de muertes maternas para el período 2000–2004 fue 331 (5). En 2004, la contribución proporcional de las primeras cinco causas de muerte materna fue de 28,6% por

edema, proteinuria y trastornos hipertensivos; 22,6% por otras complicaciones obstétricas; 20,8% por embarazo terminado en aborto; 13,8% por complicaciones relacionadas con el trabajo de parto y el alumbramiento, y 10,1% por complicaciones en el puerperio (5). En 2004, la cobertura institucional de atención del parto fue de 98% y la cobertura de control prenatal en establecimientos del Ministerio de Salud fue 25,5% (1).

### Salud de los adultos mayores (60 años y más)

En 2005, el grupo de 60 años y más representó 7,6% de la población, del cual 47,1% correspondía al sexo masculino (1). En 2004, la distribución proporcional de las principales causas de mortalidad fue 19,1% por enfermedades del corazón, 10,5% por cáncer, 6,8% por enfermedades cerebrovasculares, 5,1% por diabetes y 2,8% por enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores (5). En 2005, las principales causas de morbilidad fueron hipertensión arterial (17,2%), trastornos visuales (13,9%), trastornos respiratorios (12,7%), diabetes (11,3%) y osteoartritis y osteoartritis (10,0%) (7).

### Salud de los trabajadores

Los riesgos ocupacionales en la última década tienden a incrementarse, como consecuencia del empleo informal, el uso de locales no adecuados y el uso de la vivienda-hogar como centro de producción. En 2004, el Instituto Nacional de Prevención, Salud y Seguridad Laborales (INPSASEL) registró 1.339 casos debidos a trastornos músculo-esqueléticos (68,6%), patologías relacionadas con riesgos químicos (9,9%), trastornos por factores psicosociales (5,7%), trastornos del aparato respiratorio

(4,9%), patologías de la voz (4,3%), afecciones de la piel (3,1%), sordera ocupacional (2,5%), exposición a temperaturas extremas (0,4%), zoonosis relacionadas con trabajo (Brucelosis) (0,4%) y trastornos por radiaciones (0,3%) (8). Se presume que existe un subregistro significativo y se desconocen las cifras reales de discapacidad y muerte en el trabajo.

### Salud de las personas con discapacidad

De acuerdo con el censo de 2001, 4,2% de la población presentó algún tipo de discapacidad, lo que equivale a 927.397 personas (0,13% por ceguera, 0,15% por sordera, 0,38% por retardo, 0,15% por pérdida de extremidades superiores, 0,31% por pérdida de extremidades inferiores y 3,10% por otras causas) (1), aunque se supone que existe un subregistro. Por medio de la Misión Barrio Adentro se inició un proceso de fortalecimiento del servicio de rehabilitación integral.

### Salud de los grupos étnicos

La población indígena representa 2,3% de la población del país (532.743 habitantes) (1) y está distribuida en 36 etnias, ubicadas en 10 estados. Las enfermedades prevaletentes en esta población son tuberculosis, malaria, hepatitis, parasitosis intestinal, desnutrición, oncocercosis y trastornos respiratorios y digestivos. El Centro Amazónico de Investigación y Control de Enfermedades Tropicales (CAICET) informó que la incidencia de tuberculosis en la población Yanomami fue 10 veces más alta que en el resto de la población no indígena. En los estados Amazonas y Bolívar, las cuatro primeras causas de muerte en esta etnia son malaria (40,1% de la mortalidad registrada), desnutrición, hepatitis B e infecciones intestinales (gastroenteritis, disenterías amebianas y helmintiasis). La población indígena, en particular las etnias Yanomami y Añú, son altamente vulnerables a las infecciones de transmisión sexual por su contacto con mineros y turistas (9).

## CONDICIONES Y PROBLEMAS DE SALUD

### ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

#### Enfermedades transmitidas por vectores

En 2002 se registraron tres casos de **fiebre amarilla** en Zulia, dando inicio a un brote que se extendió hasta 2003; de los 34 casos en total, hubo 21 en Zulia (con 9 muertes), 11 en Táchira (con 5 muertes) y 2 en Portuguesa. Además, el sistema de vigilancia de Zulia registró 9 casos (con 6 muertes) en personas provenientes de Norte de Santander, Colombia. En 2004, se notificaron 5 casos en total, de los cuales 2 fueron en Mérida (con 1 muerte) y 3 en Monagas (con 2 muertes), mientras que en 2005 se presentaron 12 casos con 8 muertes en el país: 3 en Mérida

(con 2 muertes), 1 en Apure (con 1 muerte), 1 en Bolívar (con 1 muerte) y 7 en Portuguesa (con 4 muertes) (10).

En 2003 se instauró un sistema de vigilancia no convencional, por medio del cual en 2004 y 2005 se identificaron epizootias en primates en Apure, Barinas, Monagas, Sucre, Guárico y Portuguesa. A raíz del brote, se procesaron 953 muestras para aislamiento viral entre 2003 y 2005, logrando tres aislamientos en humanos y cuatro en primates (11). Además, en 2004, el Instituto Anatómico-Patológico de la Universidad Central de Venezuela introdujo la técnica inmunohistoquímica; hasta 2005 había llevado a cabo 121 estudios (85 en humanos y 36 en primates), de los cuales resultaron positivos para fiebre amarilla ocho humanos y tres monos araguatos (12).

La **leishmaniasis** cutánea americana ha sido diagnosticada en todo el país, a pesar de lo cual no existe un sistema nacional de vigilancia. De los estados de los que se cuenta con información, los que han registrado el mayor número de casos son Lara (288 casos humanos en 2005), Nueva Esparta (13 en 2001 y 21 en 2005, mientras que la prevalencia en caninos se estima entre 15% y 20%) y Sucre (6 en 2003 y 3 en 2004) (13).

La zona considerada de riesgo para la enfermedad de **Chagas** abarca 164 municipios en 18 estados, localizados en el piedemonte andino, la costa y el centro norte y llanos del país; 80% de la población en riesgo reside en comunidades rurales sin servicios básicos. En 2000, 16.670 casas fueron investigadas por la presencia de vectores contaminados, de las cuales 859 fueron positivas para *Rhodnius prolixus* y 51 para *Trypanosoma cruzi*. En 2004, fueron examinadas 5.746 casas, de las cuales 135 fueron positivas para *R. prolixus* y 26 para *T. cruzi*. Considerando la proporción de positivos del total de muestras examinadas, la seroprevalencia para *T. cruzi* fue de 8,1% en 2000 y de 5,8% en 2005 (14).

La población en riesgo de contraer **malaria** (es decir, los habitantes de municipios con transmisión de la enfermedad durante dos años consecutivos) ha disminuido de 36% en 2000 a poco menos de 20% en 2004. Sin embargo la incidencia de la enfermedad aumentó casi tres veces en el mismo período, de 0,3% en 2000 a 0,9% en 2004. La mayoría de los casos fueron causados por *Plasmodium vivax* (90% en 2004) (15). En 2003 se notificaron 31.719 casos, con una tasa de 611 por 100.000 habitantes para la población en riesgo y 121 por 100.000 habitantes para la población total. El estado con mayor incidencia fue Amazonas, con 7.131 casos por 100.000 habitantes, y el de menor incidencia fue Zulia, con 15 casos por 100.000 habitantes. En 2004 se informaron 46.655 casos (899 por 100.000 habitantes para la población en riesgo y 179 por 100.000 habitantes para la población total). La fórmula parasitaria a diciembre 2003 fue de 82,6% por *P. vivax*, 16,7% por *P. falciparum*; 0,6% mixtas (*P. falciparum* y *P. vivax*) y 0,1% por *P. malariae* (16).

El índice parasitario anual (IPA) ha aumentado desde 2001 y en 2004 se ubicó en 8,99 por 1.000 habitantes para todas las áreas. El IPA para *P. falciparum* disminuyó en 2004 comparado con el año anterior (0,89 contra 1,07), pero se mantuvo muy por

encima de los registros de 2001 y 2002; el IPA para *P. vivax* ha mantenido un aumento sostenido de 2,38 en 2001 a 8,08 en 2004 (15). El Ministerio de Salud ha iniciado el proceso de implantación de la combinación de mefloquina y artesunato para el tratamiento de malaria no complicada (17).

El dengue clásico y el dengue hemorrágico se han comportado de forma endemo-epidémica en el país, en donde circulan los cuatro tipos de virus. El año de mayor incidencia fue 2001, en el que hubo 85.262 casos, con una tasa de 446,15 por 100.000 habitantes (77.344 dengue clásico y 7.918 dengue hemorrágico); disminuyó progresivamente hasta 2004, cuando se registraron 30.693, de los cuales 28.707 correspondieron a dengue clásico y 1.987 a hemorrágico. En 2005 se produjo un incremento, con 42.217 casos notificados (39.536 dengue clásico y 2.681 hemorrágico) (18). Destaca la disminución progresiva del número de muertes por dengue hemorrágico en este período: de 50 en 2001 a 19 en 2004 (5).

En 2005, la población en riesgo de **oncocercosis** en Venezuela representó 22,0% del total en las Américas. Existen 625 comunidades endémicas registradas en tres focos: nororiental, norcentral y sur; 74,4% de los casos pertenecen al foco nororiental. La población elegible para recibir tratamiento con ivermectina es de 99.484 personas susceptibles; de 2003 a 2005 se alcanzaron coberturas superiores a 85% (19).

### Enfermedades prevenibles por vacunación

En 2004 y 2005 se lograron coberturas superiores a 90% en la vacunación de rutina a menores de un año con BCG (96% y 95% respectivamente) y antiamebílica (94% en los dos años), mientras que el resto de vacunas permanecieron entre 80 y 90% en 2005 (80% OPV3; 87% DTP3; 87% Hib; 88% Hepat B, y 76% MMR). La cobertura con la vacuna pentavalente (DTP, hepatitis B y *Haemophilus influenzae* tipo b) pasó de 37% en 2004, año en el que se la introdujo en el país, a 80% en 2005 (20). Con el propósito de recuperar las coberturas, en 2004 el Ministerio de Salud implementó el Plan Nacional de Vacunación que, además de la población menor de 5 años con las vacunas establecidas en el Esquema Nacional de Vacunación, incluye a la población adulta en riesgo con vacunas contra hepatitis B y fiebre amarilla.

Es importante resaltar los logros obtenidos con la vacunación contra la fiebre amarilla en mayores de 1 año, después de un brote en 2003. Hasta 2005 se aplicaron más de 15 millones de dosis en el país, vacunando prioritariamente a la población mayor de 1 año que habita en 140 municipios de alto riesgo, localizados en nueve estados con una población estimada en 7.756.921. En estos municipios se ha obtenido una cobertura global de 90%. Además, la vacuna antiamebílica se aplica en forma regular, como parte del esquema del Programa Ampliado de Inmunización (PAI), a los niños de 1 año de edad, con coberturas superiores a 90% en los últimos tres años (20). Venezuela ha participado activamente en la Semana de Vacunación en las Américas (SVA) desde 2003 y ha utilizado esta iniciativa para fortalecer su programa regular y llevar a cabo campañas.

Respecto al comportamiento epidemiológico de las enfermedades prevenibles por vacunación, en 2005 se mantuvo la ausencia de casos confirmados de **poliomielitis** (el último fue notificado en 1989). En ese mismo año fue reportado un caso confirmado de **tétanos** neonatal (el último caso se había presentado en 2001) y uno de **difteria** (último caso en 1992); además, se incrementó el número de casos de **tos ferina**, de 286 en 2002 a 367 en 2003 y a 715 en 2004. En cambio, hubo un marcado descenso en el número de casos de **rubéola** confirmados clínicamente y por laboratorio: 2.724 en 2003 y 2.885 en 2004, en comparación con 4.047 notificados en 2002 y 9.996 en 2001 (6).

El país se vio afectado por un brote de **sarampión**, de la semana 36 de 2001 a la semana 46 de 2002, con un total de 2.501 casos distribuidos en 17 de los 24 estados del país, de los cuales Zulia fue el más afectado con 84% de los casos. El grupo más afectado por el brote fue el de menores de 5 años, en especial los menores de 1 año, con 699 casos y una tasa de 122.5 por 100.000. Los grupos de adultos jóvenes, fundamentalmente entre 20 y 34 años, presentaron también elevadas tasas de incidencia. El brote se debió a la importación del virus por un viajero procedente de Europa, que llegó al Municipio Zamora en el estado Falcón y no fue oportunamente detectado, produciendo su diseminación al resto del estado y, posteriormente, al resto del país. Gracias a intensas actividades de control, el brote solo duró 14 meses y se considera que se trató de la última presentación del virus del sarampión (D9) de amplia circulación endémica en las Américas.

### Enfermedades infecciosas intestinales

La mortalidad en niños menores de 5 años por enfermedades infecciosas intestinales expresada en tasas por 100.000 habitantes fue 37,3 en 2002 (21) y 35,3 en 2004, aproximadamente 70% en niños menores de 1 año (22). Se notificaron 1.213.460 casos de **diarrea** en niños menores de 5 años en 2004 y 1.214.461 en 2005 (23).

### Enfermedades crónicas transmisibles

Desde 2004, Venezuela está clasificada en el grupo de países de la Región de las Américas con mediana carga de **tuberculosis** (TB). En 2004 se notificaron 6.519 casos nuevos de TB en todas sus formas, lo que representó una tasa de 25,1 por 100.000 habitantes; la mayor incidencia fue en Delta Amacuro (111,9), Distrito Capital (66,2), Amazonas (44,0), Monagas (43,9), Portuguesa (33,9) y Vargas (31,2). De los casos nuevos de todas las formas de TB, la pulmonar representó 84,4% del total de casos notificados, 68,6% de ellos bacilífero; 51,3% se presentaron entre los 15 y 44 años, 8,9% correspondieron a menores de 15 años, y 15,3% a personas de 65 años y más. La tasa de meningitis tuberculosa en el grupo de 0 a 4 años fue 0,2 por 100.000. La comorbilidad sida/TB continúa en ascenso y presentan la asociación 5,0% de los casos nuevos de TB y 3,5% de las recaídas notificadas. El total de recaídas notificadas fue 425, de las cuales 68% se confirmaron bacte-

riológicamente. En el país se realiza una detección pasiva de casos, por lo que se presume un subdiagnóstico (24).

En 2004, la tasa de prevalencia nacional de **lepra** fue 0,54 por 10.000 habitantes; sin embargo, persisten tasas superiores a 1,0 en los estados Cojedes, Portuguesa, Barinas y Apure. Los casos nuevos son más frecuentes al avanzar en edad, en el sexo masculino, con predominio en zonas rurales y urbanizaciones no consolidadas. La forma multibacilar es la más prevalente. La tasa de detección fue de 0,27 por 10.000 habitantes (25).

### Infecciones respiratorias agudas

La mortalidad en niños menores de 5 años por enfermedades respiratorias agudas, expresada en tasas por 100.000 habitantes, fue 24,5 en 2002 (21) y 27,2 en 2004, de las cuales aproximadamente 60% fueron en niños menores de 1 año (22). Según cifras preliminares, se informaron 6.694.002 infecciones respiratorias agudas en 2004 y 6.716.211 en 2005 (23).

### VIH/sida y otras infecciones de transmisión sexual

De 1982 a 2005 se registraron 53.465 casos de sida, con 6.372 muertes. La epidemia se considera teóricamente concentrada, con una prevalencia en la población de 15 a 49 años de 0,7% y un estimado de 110.000 casos de infecciones por VIH. Debe tenerse en cuenta que solo se notificó sida en 13 de las 24 entidades federales, lo cual sugiere la existencia de un subregistro aún no estimado. La tendencia que se observó mediante la detección de enfermos es un incremento del mecanismo de transmisión heterosexual y una feminización de la epidemia. La razón hombre: mujer se ha reducido de 9,8:1 en 1990–1994 a 3:1 en 2000–2004. El Ministerio de Salud ofrece acceso universal y gratuito a terapia antirretroviral, pruebas diagnósticas y seguimiento inmunológico y virológico. La cobertura de tratamiento antirretroviral pasó de 52% en 2004 a 100% en diciembre de 2005 (26).

### Zoonosis

La coordinación de acciones entre los Ministerios de Salud y Agricultura y Tierras se ha fortalecido. A partir de una convocatoria regular de la Comisión Nacional de Zoonosis, se ha logrado la implementación efectiva de proyectos compartidos desde su planificación hasta la acción.

La distribución geográfica de **rabia** canina se ha reducido de 11 estados en 1991 a un estado (Zulia) en 2001. El número anual de casos de rabia canina en Zulia se mantuvo en ascenso constante, pasando de 82 casos en 2001 a 181 en 2004. Sin embargo, la intervención de las autoridades locales posibilitó la mejor estructuración de las campañas de vacunación realizadas a mediados de 2004 y una reducción de la incidencia de 57% en 2005 (76 casos) (27). En 2003 hubo dos casos de rabia humana transmitida por perro, mientras que en 2004 se registraron cinco casos de rabia humana, tres de ellos transmitidos por perro en Zulia y dos por murciélago hematófago en Sucre; no se registraron casos humanos en 2005 (6).

Con respecto a las **encefalitis equinas**, los Ministerios de Salud y de Agricultura y Tierras mantienen un programa conjunto de vacunación de équidos en los municipios considerados de alto y mediano riesgo. Se aplicaron 297.046 dosis en 2004 y 303.211 en 2005. En 2004 se registraron 29 focos de la enfermedad: 13 por encefalitis equina del este (EEE), nueve por encefalitis equina venezolana (EEV) y siete con serología positiva para ambos virus; en 2005 se registraron cinco focos: cuatro por EEE y uno por EEV (28). En 2005 se desarrolló un programa nacional de vigilancia de Virus del Nilo Occidental para monitorear su posible ingreso en el país.

En 2000 se registraron 419 casos de **leptospirosis** a raíz de las inundaciones de Vargas (29), número que descendió de forma gradual a 98 casos en 2004 (30). Las inundaciones de 2005 produjeron un brote con 90 casos sospechosos y seis muertes (31).

En el área avícola, el país ha estado históricamente libre de cualquiera de los virus que ocasionan la **gripe aviar**, lo que fue corroborado mediante un muestreo realizado a finales de 2005, con resultados negativos en la población avícola explotada con finalidad comercial, que totaliza unos 78 millones de aves (31). Se está implementando un sistema de vigilancia permanente, tanto en aves comerciales como de traspatio, así como un monitoreo de aves migratorias.

En 2003 se presentó una epidemia de **fiebre aftosa** que afectó 63 fincas; la incidencia de la enfermedad disminuyó a 13 fincas afectadas en 2005, con predominio en áreas del occidente del país. La **estomatitis vesicular** disminuyó de 22 focos registrados en 2003 a 12 fincas afectadas en 2005 y en este año continuó siendo una enfermedad de baja incidencia (27).

En cuanto a la **brucelosis**, en 2003 se aprobó el nuevo reglamento para la realización de pruebas diagnósticas y el destino de animales positivos. Esto provocó un incremento de las pruebas serológicas, de 504.310 en 2003 a 1.197.636 en 2005. La prevalencia de la enfermedad detectada en animales fue de 8 por 1.000 a nivel de campo en 2005. La vacunación pasó de 273.448 en 2004 a 478.182 en 2005 (6).

## ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

### Enfermedades nutricionales y del metabolismo

La prevalencia del déficit antropométrico nutricional en menores de 5 años se encontró en niveles bajos (peso/edad <10%; talla/edad <20% y peso/talla <5%). El problema predominante fue la talla baja para la edad (12,5%); el peso para la edad alcanzó 5,2% y el déficit nutricional agudo fue 4,1%. La prevalencia de sobrepeso fue 3,1%.

De 78.405 ingresos hospitalarios pediátricos (<13 años) por todas las causas en 24 hospitales centinela en 2004, 1,4% presentó desnutrición grave, con predominio de marasmo, y el grupo más afectado fue el de los menores de 1 año. De las patologías relacionadas con la malnutrición por déficit, las tasas más

altas correspondieron a diarreas (3,4%), helmintiasis (1,5%), bronquitis (1,3%), anemias (1,2%) y neumonías (0,4%) (32).

## OTRAS ENFERMEDADES O PROBLEMAS DE SALUD

### Desastres

Destacan las precipitaciones de 2002 y 2005 acontecidas en casi todo el país, que causaron inundaciones y deslizamientos de tierra; como resultado, hubo 300.000 personas damnificadas y 98 fallecimientos, así como un gran número de centros de salud afectados (33). En 2005 se registraron 90 accidentes en la industria petrolera, lo que indicó la imperiosa necesidad de potenciar o recuperar los márgenes de seguridad de la industria petrolera y química en el país (34). En 2003 se promulgó la Ley de Protección Civil y Administración de Desastres y en 2005 la Ley de Gestión de Riesgos. En 2005, el Ministerio de Salud concretó la creación de la Coordinación de Emergencias y Desastres; asimismo, la Secretaría de Salud del Área Metropolitana de Caracas creó la Unidad de Gestión de Riesgos en Salud.

El Ministerio de Salud preparó el Plan Nacional de Vigilancia, Prevención y Control ante una posible pandemia de influenza aviar y fortaleció el Sistema de Vigilancia Nacional de Infecciones Respiratorias Agudas, Neumonías e Influenza con la implementación de la ficha de investigación epidemiológica de enfermedad respiratoria aguda (35).

### Violencia y otras causas externas

En 2003 se creó la Comisión Interministerial para la Atención, Prevención y Educación Vial (CIAPEV). En 2004 se reactivó en el Ministerio de Salud el Programa Nacional de Accidentes y otros Hechos Violentos. En 2004 se registraron 117.227 muertes, de las cuales 5.437 fueron por accidentes de tránsito (21% del sexo femenino), 7.348 por homicidios (6,2% del sexo femenino) y 1.034 por suicidios (19,4% del sexo femenino) (36).

Entre 2000 y 2004 se informó un promedio anual de 4.000 denuncias por violencia intrafamiliar. La violencia física y psicológica representó más de 40% de las denuncias. En la relación agresor-víctima, se observa que en más de 80% los actos de violencia son realizados por la pareja o la ex pareja (37).

### Adicciones

La prevalencia de **tabaquismo** en mayores de 15 años descendió de 40% en 1984 (38) a 28% en 2005, según los estudios realizados por la Universidad Central de Venezuela y la Oficina Nacional Antitabáquica (39), todos de representatividad nacional. Este descenso fue acompañado de una reducción en el consumo per cápita de cigarrillos, de 2.100 en 1984 a 900 en 2005. En la población menor de 15 años la prevalencia de fumadores se incrementó de 2,7% en 1984 a 13,0% en 2000 (40). Estos resultados señalan que las políticas de control del hábito de fumar implementadas en el país han impactado mayormente a los adultos y

han tenido menor efecto en los jóvenes. Las resoluciones del Ministerio de Salud de prohibir la publicidad del tabaco y restringir el acceso a los productos del tabaco en menores de edad, aprobadas en marzo 2006, constituyen una estrategia para reducir la prevalencia del consumo en jóvenes. Estas resoluciones y las relativas a las regulaciones de productos del tabaco y de sus empaquetados colocan a Venezuela entre los países más avanzados en políticas de control y prevención del tabaquismo.

En 2000, el **consumo de alcohol** estuvo involucrado en 50% de los homicidios y suicidios y en 40% de los accidentes de tránsito (39). En 2003, los estudios sobre la prevalencia del consumo de bebidas alcohólicas realizados por la Comisión Nacional Contra el Uso Ilícito de las Drogas (41) encontraron que 31% de los encuestados eran consumidores habituales de alcohol, 36,7% comenzaron entre los 10 y 14 años, y 48,2% entre los 15 y 19 años. Desde 1979, el país cuenta con la Ley de impuestos sobre alcohol y especies alcohólicas, que reglamenta y regula el expendio, la producción, los impuestos y la publicidad de alcohol; esta última estuvo prohibida totalmente en radio y televisión entre 1979 y 2004, año en que se autorizó nuevamente la propaganda de cerveza, vino y licores en los mismos medios, para restringirse nuevamente en 2005. También está prohibida la venta a menores de 18 años y hay un impuesto sobre el expendio al público de especies alcohólicas nacionales o importadas.

El **consumo de drogas** en el país ha sido considerado como moderado de acuerdo a la Comisión Nacional Contra el Uso Ilícito de las Drogas. En 2005, la prevalencia de personas mayores de 15 años que habían probado algún tipo de drogas fue 2,2% (4% hombres y 0,7% mujeres). La franja de edad donde se observó el mayor consumo fue entre los 20 y 39 años (3% de la población). La droga de mayor consumo fue la marihuana, seguida por la cocaína y la piedra o crack; en todas ellas se observa un consumo mayor en hombres, excepto en el éxtasis, cuyo consumo por las mujeres fue 5,4%, en contraste con 1,1% en hombres. Las zonas del país donde se ubican las prevalencias más altas son Vargas (4,5%), Distrito Capital (4,2%) y Miranda (4,1%) (39).

### Contaminación ambiental

Se notificaron 25 muertes por envenenamiento accidental y exposición a plaguicidas en 2002 (21) y 24 muertes en 2004 (22). Según cifras preliminares, hubo 4.028 intoxicaciones por plaguicidas en 2004 y 3.572 en 2005 (23).

## RESPUESTA DEL SECTOR SALUD

### Políticas y planes de salud

La Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, aprobada mediante referéndum en 1999, propone un proceso de adecuación legislativa, institucional y de nuevas estrategias para realizar los cambios necesarios, y crea las bases para desarrollar la naturaleza jurídica y el modelo organizativo del sector salud

## Formación de médicos generales integrales a través de programas sociales denominados “Misiones”

Para combatir la pobreza, lograr la inclusión de los grupos social y económicamente excluidos y responder a los compromisos adquiridos para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio, el país ha implementado programas sociales de cobertura masiva y rápida denominados “Misiones”. En particular, se destacan la Misión Barrio Adentro y la Misión Milagro para promover la salud, la Misión Robinson para reducir el analfabetismo y la Misión Mercal para garantizar la seguridad alimentaria.

La formación de pregrado en Medicina General Integral tiene un enfoque comunitario y se lleva a cabo en la Misión Barrio Adentro, mediante un convenio con la República de Cuba. A mediano plazo se pretende la sustitución progresiva de los cooperantes internacionales por personal venezolano, con lo que se garantizaría el sostenimiento del proceso desde el punto de vista técnico y financiero. El programa se realiza bajo la modalidad de estudio-trabajo, con tres días a la semana en los consultorios populares y dos días en las aulas. La primera cohorte en formación en el país, desde 2005, cuenta con 15.000 estudiantes; adicionalmente, hay 2.500 estudiantes que asisten al mismo programa en Cuba. La meta es formar 25.000 médicos venezolanos que reemplazarán a los médicos cubanos en el país.

venezolano. El Artículo 83 establece que la salud es un derecho social fundamental, parte integral del derecho a la vida, y una obligación del Estado. Para garantizar el derecho a la salud, el Artículo 84 ordena la creación de un Sistema Público Nacional de Salud (SPNS), de carácter intersectorial, descentralizado y participativo, integrado al Sistema de Seguridad Social; está regido por los principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, integración social y solidaridad. El Artículo 85 establece que su financiamiento es obligación del Estado. El Artículo 86 establece que toda persona tiene derecho a la seguridad social como servicio público de carácter no lucrativo, que garantice la salud y asegure protección en diferentes contingencias. En este contexto, la Asamblea Nacional aprobó en 2002 la Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social, y se encuentra en proceso de formulación la propuesta de Ley Orgánica de Salud, la cual recoge las orientaciones de política y establece las normas para la nueva institucionalidad del sector.

El Ministerio de Salud tiene a su cargo la rectoría del sector salud, así como la regulación, formulación, diseño, evaluación, control y seguimiento de las políticas, programas y planes de salud. Mediante la estrategia de atención primaria conocida como Misión Barrio Adentro, se encarga de la integración de las fuentes de financiamiento y asignación de los recursos para la creación del SPNS, y de la atención integral de salud a todos los sectores de la población, en especial la de bajos recursos.

Durante el periodo 2001–2005 se sancionaron un conjunto de 68 resoluciones, 14 decretos, 7 leyes, 3 acuerdos y 1 providencia en salud; entre ellos destacan la regulación del programa de acceso y atención médica de segundo nivel denominado Red de Clínicas Populares, en la cual se registran los cambios en los servicios de atención del SPNS; la obligatoriedad de que los esta-

blecimientos de salud del SPNS solo adquieran los medicamentos incluidos en el Listado Básico Nacional de Medicamentos Esenciales; y la Ley Orgánica de Prevención, Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo.

### Estrategias y programas de salud

En respuesta al cumplimiento de los ODM 4 y 5 para 2015, el gobierno venezolano ha establecido el Proyecto Madre, con una visión de atención integral e intersectorial, cuyo objetivo es la reducción de la mortalidad materna e infantil. El Proyecto Madre es una estrategia realizada e impulsada por el Ministerio de Salud para mejorar la salud de los niños menores de 5 años y las mujeres embarazadas. Este proyecto incorpora un fuerte contenido preventivo y de promoción de la salud como parte de la atención, por medio del cual se fortalecen los conocimientos sobre hábitos y estilos de vida saludables en las familias y comunidades, así como las prácticas de cuidado y atención en el hogar de las mujeres embarazadas y de los niños menores de 5 años, de forma de contribuir a un crecimiento y desarrollo pleno de todos los integrantes (42).

### Organización del sistema de salud

El sistema de servicios de salud se ha caracterizado por una organización y dinámica de funcionamiento complejas y segmentadas. Está integrado por los subsectores público y privado y por múltiples actores que cumplen las funciones de regulación, financiamiento, aseguramiento y provisión de servicios.

En la década de 1990 el sistema de salud emprendió un proceso de descentralización de los servicios del entonces Ministerio

de Salud y Asistencia Social a los estados, el cual logró la transferencia a 17 entidades federales; sin embargo, el proceso no llegó a consolidarse, por lo que hay estados descentralizados y centralizados en lo que se refiere al sector salud.

A finales de 2005, el Ministerio de Salud informó que existían 4.804 establecimientos ambulatorios públicos en el nivel primario, de los cuales 4.605 (96%) pertenecían al Ministerio, además de la red ambulatoria de la Misión Barrio Adentro con aproximadamente 8.600 puntos de consulta. Los hospitales de la red de establecimientos públicos sumaban 296: 214 dependientes del Ministerio de Salud o de las gobernaciones, 33 del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS), 29 del Instituto Nacional de Geriátrica (INAGER), 13 del Instituto de Protección Social de la Fuerza Armada (IPSA), 3 de Petróleos de Venezuela (PDVSA), 2 de la Corporación Venezolana de Guyana (CVG), 1 de la alcaldía de Miranda y 1 de la Policía Municipal de Caracas. El sector privado contaba con 344 centros de salud (315 instituciones lucrativas y 29 fundaciones benéficas). En 2003, el sector público contaba con 23.858 camas funcionales en hospitales (9,2 camas por 10.000 habitantes) (1).

La capacidad de resolución de la red ha mejorado con la introducción de la Misión Barrio Adentro y el tiempo de espera para cirugías y atención ambulatoria especializada ha disminuido mediante un convenio con el gobierno de Cuba para la atención de pacientes en dicho país, especialmente mediante la Misión Milagro, que consiste en cirugía oftalmológica.

### Servicios de salud pública

La Misión Barrio Adentro es una estrategia de atención primaria de salud que consiste en la organización de estructuras, programas, recursos humanos, técnicos y financieros, con el propósito de extender progresivamente los servicios y ampliar las acciones de salud integral para el fortalecimiento del SPNS. En 2003, esta Misión recibió de Petróleos de Venezuela (PDVSA) US\$ 169,4 millones para el fortalecimiento de la red primaria de atención en salud, los cuales fueron administrados directamente por el Ministerio de Salud mediante un fideicomiso con el Banco de Desarrollo Económico y Social. El convenio establecido entre el Ministerio de Salud y PDVSA consideró, además, la construcción de 100 módulos de atención primaria por parte de PDVSA.

La Red Nacional de Laboratorios de Salud Pública esta coordinada por el Instituto Nacional de Higiene "Rafael Rangel" y tiene como objetivo principal el fortalecimiento del trabajo cooperativo entre los estados, para vigilar, prevenir y controlar enfermedades transmisibles en el país y realizar la detección neonatal de hipotiroidismo congénito y fenilcetonuria.

Entre los logros más importantes de la Red se puede destacar el fortalecimiento de la capacidad diagnóstica y la vigilancia de enfermedades transmisibles a nivel nacional; en ese sentido, ha habido un incremento importante de pruebas diagnósticas procesadas en los laboratorios de la Red, de 123.483 en 2001 a

463.465 en 2005; la ampliación de la cobertura diagnóstica de los diferentes programas de salud en todo el territorio nacional, con el propósito de brindar una respuesta rápida y oportuna para la toma de decisiones (Caicara del Orinoco, Santa Elena del Uairén, Tumeremo, Güiria, Santa Bárbara del Zulia, Altigracia del Orinoco); el establecimiento y consolidación del diagnóstico de enfermedades metabólicas congénitas, con lo que el número de pruebas realizadas se incrementó de 40.442 en 2001 a 293.186 en 2005; el fortalecimiento del programa de prevención en la transmisión vertical del VIH, que repercutió en que actualmente todos los laboratorios regionales realizan el despistaje de VIH en mujeres embarazadas e igualmente se realiza el despistaje de Hepatitis B y Hepatitis C; y el establecimiento de un sistema de información que permite obtener un registro actualizado de la incidencia o seroprevalencia de las enfermedades transmisibles en todo el país. Además, se garantizó a la población el acceso a estos servicios en forma gratuita (43).

La inversión pública regular anual en el sector agua potable y saneamiento no superó el 0,2% del PIB de 2000 a 2005. En 2001 se consolidó un Plan Nacional de Saneamiento, con recursos adicionales de US\$ 88.9 millones, lo que significó un incremento presupuestario de 26,7% para el sector. Un factor que contribuye al déficit financiero del sector es el agua no facturada, que representa aproximadamente 63% (44).

La cobertura de distribución de agua potable pasó de 86% en 1998 a 91% en 2004 en zonas urbanas; las áreas no cubiertas corresponden principalmente a las zonas rurales y urbanas no consolidadas, así como a las poblaciones indígenas. Se cuenta con 151 sistemas de tratamiento. Existe deficiencia en la vigilancia y el control del servicio de calidad de agua en las zonas rurales. En 2003, 66% de la población rural tenía conexiones domiciliarias de agua potable (44). La población que cuenta con servicio de disposición adecuada de aguas servidas pasó de 66% en 2000 a 77% en 2004 (44) y el déficit se concentra en las zonas rurales y urbanas no consolidadas y en las poblaciones indígenas.

En Venezuela, 24,3% de los municipios disponen de rellenos sanitarios controlados y 59,2% utilizan vertederos a cielo abierto (45). El país no cuenta con rellenos de seguridad para los materiales peligrosos, incluidos los residuos hospitalarios. En 2004 fue promulgada la Ley de Residuos y Desechos Sólidos y se formularon las directrices para los Planes Regionales de Manejo de Residuos Sólidos. La recolección de los residuos sólidos en las medianas y grandes poblaciones y la disposición final en general constituyen problemas graves, ya que los residuos que no se recolectan se desechan sin control; como resultado, se transforman en un factor de riesgo que atenta contra la población expuesta, especialmente las personas que trabajan en contacto con los residuos y la población circunvecina a los sitios de disposición final.

El sistema de vigilancia de la calidad del aire es limitado; solo Caracas, Maracaibo y Valencia cuentan con redes de monitoreo, principalmente de material particulado, pero la información no está disponible y no existen inventarios de emisiones publicados.

Un estudio realizado en 2003 indica que las concentraciones promedio de partículas inhalables ( $PM_{10}$ ) en Maracaibo duplican las guías de la OMS (46). Cabe mencionar que desde agosto de 2005 dejó de venderse gasolina con plomo en el país.

La proliferación de fuentes de radiaciones ionizantes, sobre todo en la actividad médica, motivó que el Ministerio de Salud realizara un registro de los centros de salud que las utilizan, tanto públicos como privados; como resultado, se encontraron las siguientes deficiencias: 65% de los servicios no poseen dosimetría personal, 40% presentan fallas estructurales, y ninguno realiza monitoreo ambiental para el control de la exposición (47).

La disponibilidad alimentaria en 2004 indica suficiencia plena (>110%) de hierro, tiamina, niacina y vitamina C; suficiencia precaria (100–110%) de riboflavina; insuficiencia (95–100%) de vitamina A, e insuficiencia crítica (<95%) de calorías y proteínas. En 2002, la procedencia de los alimentos reveló que la producción nacional de calorías, proteínas y grasas fue baja, con mayor vulnerabilidad en el grupo de las grasas. En 2005, el valor promedio de la canasta alimentaria normativa fue US\$ 178, cuando el salario mínimo era de US\$ 189.

Entre 2000 y 2002, en Venezuela se registraron 31 brotes de enfermedades transmitidas por alimentos (48). El modelo de control de alimentos en el país se caracteriza por la intervención de varias instituciones con diversos marcos jurídicos, funciones y responsabilidades, que actúan de manera desvinculada (49).

Bajo el liderazgo del Ministerio de Salud se creó una comisión intersectorial para la ejecución de un proyecto que permita concretar la implementación del Reglamento Sanitario Internacional (RSI) en el país. Se crearon grupos técnicos para trabajar en áreas específicas: marco normativo, diagnóstico, organización, sistemas de alerta y vigilancia y sistemas de información. En virtud de la solicitud de la OMS de adelantar voluntariamente aquellos puntos del RSI que se relacionan con la preparación para la posible pandemia de gripe aviar, el grupo que más ha avanzado es el de “Puertos, aeropuertos y pasos de frontera”, que ya dispone de un protocolo para evaluar las capacidades básicas instaladas.

### Servicios de atención a las personas

Durante los primeros 18 meses de la Misión Barrio Adentro se llevaron a cabo, en forma gratuita, 163 millones de consultas médicas (6,5 consultas por ciudadano), 14,8 millones de consultas odontológicas y 3,8 millones de consultas oftalmológicas, y se entregaron 1,4 millones de lentes; además, se realizaron 567.000 consultas de emergencia y 1,1 millones de tratamientos de rehabilitación. Como complemento, a mediados de 2004 se inició la Misión Milagro, mediante la cual (hasta febrero de 2006) se habían intervenido en Cuba 176.000 venezolanos por causas oftalmológicas al tiempo que 8.500 pacientes de países latinoamericanos fueron operados en Venezuela por las mismas causas.

La Red de Servicios está constituida por consultorios y clínicas populares, centros de diagnóstico integral, sala de rehabilita-

ción integral, centros de alta tecnología y hospitales. Para su funcionamiento, en los 24 estados del país se creó el Comité Técnico Regional de Barrio Adentro, integrado por representantes de Gobernación, Alcaldía, Dirección Regional de Salud del Ministerio de Salud, Dirección Regional del Ministerio de Vivienda y Hábitat, Misión Médica Cubana, Comités de Salud, Frente Francisco Miranda, Fuerza Armada Nacional y Empresas Mixtas.

Se estableció como meta que cada consultorio popular cubra a 250 familias o 1.250 personas, para lo cual se requerirían aproximadamente 14.000 consultorios populares. A fines de 2005, estaban funcionando aproximadamente 640 consultorios populares y 1.670 se encontraban en proceso de dotación bajo la coordinación del Ministerio de Salud. Además, existen aproximadamente 6.900 puntos de consulta que funcionan en cuartos dentro de viviendas facilitadas por familias residentes en zonas populares para dicho fin, los cuales serán reemplazados, progresivamente, con 4.600 consultorios populares. La infraestructura en funcionamiento podía cubrir a 11,4 millones de personas. Los consultorios disponen de 103 medicamentos gratuitos para el tratamiento de las enfermedades más prevalentes. También hay consultorios odontológicos (1 por cada 4 consultorios populares) y hasta noviembre de 2005 cerca de 2.000 odontólogos venezolanos habían sido incorporados a la Red. Además, hay 470 ópticas en funcionamiento, 1 por cada 6 consultorios, y se necesitarían aproximadamente 1.450 ópticas para cubrir las necesidades de la población.

En marzo de 2006 existían 100 centros de diagnóstico integral en todo el país, los cuales funcionan durante 24 horas todo el año, y prestan servicios de emergencia y de cuidados intermedios e intensivos; para la misma fecha habían proporcionado 4,1 millones de exámenes de laboratorio, 567.000 consultas de emergencia, 792.000 ultrasonidos, 398.000 rayos X, 324.936 electrocardiogramas, 1.108 cirugías, 59.000 endoscopias y 1,1 millones de tratamientos de rehabilitación. También en marzo de 2006 existían 100 salas de rehabilitación integral, con los siguientes servicios: electroterapia, tracción cerviceo-lumbar, termoterapia, hidroterapia, gimnasio pediátrico, gimnasio para adultos, terapia ocupacional, medicina natural y acupuntura, logopedia, foniatría y podología. Los centros de alta tecnología fueron concebidos como centros de diagnóstico médico por imágenes mediante procedimientos no invasivos.

En octubre de 2005, el Ministerio de Salud abrió un proceso de consulta para la identificación de los equipos que deberían ser instalados en sus 214 hospitales. La Comisión Nacional de Evaluación de Tecnología en Salud (CONETS), conjuntamente con un grupo de expertos, elaboró protocolos técnicos dirigidos al diagnóstico tecnológico necesario para el óptimo funcionamiento de los hospitales públicos. Sesenta por ciento de las camas y 50% de los quirófanos del país se concentran en 43 hospitales del Ministerio de Salud, la mayoría de ellos ubicados en las capitales de las 24 entidades federales (50).

El Ministerio de Salud es el organismo responsable de coordinar todo lo referente a la organización, el funcionamiento, el mo-

nitoreo y la evaluación de los bancos del Programa Nacional de Bancos de Sangre (PNBS), mediante la oficina de coordinación nacional. Los objetivos principales del PNBS son garantizar sangre segura y proporcionar productos y servicios de calidad, en correspondencia con las necesidades y derechos específicos de la población, tomando en cuenta el enfoque de género y etnias durante todo el ciclo de vida.

La Red de Bancos de Sangre está conformada por 270 unidades, de las cuales hay 86 en el Ministerio de Salud, 28 en el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales, 126 en instituciones de carácter privado y 30 en instituciones diferentes a las anteriores; además se prestan servicios de transfusión en 1 clínica popular y en 4 centros de diagnóstico (51).

### Promoción de la salud

La Constitución establece que la salud es un derecho social fundamental enmarcado en el derecho a la vida, donde convergen múltiples determinantes: físicos, biológicos, demográficos, sociales, económicos y ambientales. Así, la política de salud forma parte de un conjunto más amplio de políticas de Estado que priorizan los factores sociales; igualmente, en lo local se prioriza la política de núcleos de desarrollo endógeno por medio de los territorios sociales, donde se articulan las respuestas institucionales y las necesidades comunitarias.

Otro mandato constitucional es la participación de la sociedad en la ejecución y el control de la gestión pública y en el desarrollo de planes estratégicos de intervención local; en este sentido, los Comités de Salud se conformaron como instancias de organización y participación comunitaria para la solución de los problemas en materia de salud y hasta ahora se cuenta con más de 8.000 comités a nivel nacional. En 2006 se aprobó la Ley de los Consejos Comunales, para favorecer la articulación e integración entre las diversas organizaciones comunitarias y permitir al pueblo ejercer directamente la gestión de las políticas públicas y proyectos comunitarios. En ese mismo año se creó el Ministerio de Participación Ciudadana y Desarrollo Social, el cual se deriva de la división del Ministerio de Salud y Desarrollo Social.

### Recursos humanos

La planta de puestos existentes en el Ministerio de Salud en 2005 comprendía un total de 150.263 trabajadores, incluidos los profesionales, de los cuales 3,6% estaban en el nivel central, 12,6% en los estados centralizados, 72,7% en estados descentralizados y 11,2% en los organismos adscritos. De este total, 85,7% estaban en plazas fijas o nombradas, 11% eran contratados y 3,3% eran suplentes (59).

En 2003 el personal de hospitales, servicios ambulatorios y administración central del IVSS comprendía 43.390 plazas, de las cuales 33.620 eran asistenciales y 9.770 administrativas (1). En 2000 había 20 médicos por cada 10.000 habitantes, valor que

contrastaba entre Distrito Capital (42,2) y Sucre (11,5) (59). Según el censo de la Federación Médica Venezolana de 2005, hay aproximadamente 53.300 médicos activos registrados en Venezuela; de estos, aproximadamente 1.100 trabajan en la Misión Barrio Adentro junto con 15.000 médicos cubanos, por lo que en 2005 la razón de médicos por 10.000 habitantes fue 25. En 2000, la razón de enfermeras por 10.000 habitantes fue 4,5 y el mayor valor se registró en Falcón (9,8) y el menor en Nueva Esparta (2,0) (59). La formación en Medicina General Integral se lleva a cabo en la Misión Barrio Adentro, que se ejecuta mediante un convenio con la República de Cuba y se realiza bajo la modalidad de estudio-trabajo; tiene como finalidad a mediano plazo la sustitución progresiva de los cooperantes internacionales por personal venezolano que garantice la sostenibilidad del proceso desde el punto de vista técnico y financiero. La primera cohorte en formación en el país, desde 2005, cuenta con 15.000 estudiantes; adicionalmente, hay 2.500 estudiantes que asisten al mismo programa en Cuba. La meta es formar 25.000 médicos venezolanos que reemplazarán a los médicos cubanos en el país.

### Suministros de salud

El Ministerio de Salud regula y fiscaliza lo concerniente al circuito del medicamento, desde la producción hasta la utilización por parte de los pacientes. El número de productos farmacéuticos actualmente comercializados con registro sanitario es de 4.347; de estos productos, 33% están clasificados como de venta sin prescripción facultativa, mientras que 67% necesitan ser prescritos por un médico (52,53). La Lista Básica de Medicamentos Esenciales más reciente, elaborada por el Comité Terapéutico Nacional del Ministerio de Salud, está conformada por 328 principios activos, que se comercializan bajo 534 presentaciones farmacéuticas (54) y cuyas fichas técnicas se describen en el Formulario Terapéutico Nacional (55). El mercado nacional de medicamentos pasó de US\$ 1.860 millones en 2004 a US\$ 2.100 millones en 2005, de los cuales 63% correspondieron a la industria transnacional y 37% a la nacional (56). El segmento de los psicotrópicos está representado por 10 sustancias activas, cuyo consumo para 2005 fue de 1.073 Kg; en el caso de los estupefacientes, el segmento está compuesto por 30 sustancias activas cuyo consumo nacional para 2005 fue de 431 Kg (57). En lo referente a la farmacovigilancia, los dos centros ejecutores (el Centro Nacional de Vigilancia Farmacológica del Instituto Nacional de Higiene y el Centro de Fármaco Vigilancia de la Universidad Central de Venezuela) procesaron 529 notificaciones de Reacciones Adversas a Medicamentos (RAM) en 2004 y 533 en 2005, las cuales fueron enviadas al Uppsala Monitoring Center de Suecia (centro colaborador de la OMS) (56,57). En 2005 se restringió la distribución de cuatro grupos importantes de antimicrobianos (quinolonas, macrólidos-lincosamidas, cefalosporinas de tercera generación y aquellos cuyo principio activo sea la rifampicina) (58).

## Investigación y desarrollo tecnológico en salud

En materia de información científica y técnica en salud, en 2005 se oficializó la Biblioteca Virtual en Salud de Venezuela (<http://www.bvs.org.ve>), cuya Secretaría Ejecutiva está a cargo del Instituto de Altos Estudios en Salud Pública “Dr. Arnoldo Galdón”, dependiente del Ministerio de Salud. Se consolidó y acreditó SciELO Venezuela (<http://www.scielo.org.ve>), que cuenta con 22 títulos de revistas.

## Gasto y financiamiento sectorial

La inversión pública social, como porcentaje del PIB, pasó de 11% en 2000 a 12,1% en 2004. La inversión social real por habitante disminuyó de US\$ 516,8 en 2000, a US\$ 226,9 en 2005. El gasto público en salud pasó de 1,4% del PIB en 2000 a 1,6% en 2004 (2). A partir de 2000 se incrementó la inversión pública y se estabilizó la privada. El gobierno buscó orientar parte de los recursos petroleros hacia la población excluida y empobrecida.

## Referencias

- Venezuela, Instituto Nacional de Estadísticas. Disponible en: <http://www.ine.gov.ve>. Acceso el 29 de agosto de 2006.
- Venezuela, Sistema Integrado de Indicadores Sociales para Venezuela. Disponible en: <http://www.sisov.mpd.gov.ve>. Acceso el 29 de agosto de 2006.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Informe sobre desarrollo humano 2005. La cooperación internacional ante una encrucijada: ayuda al desarrollo, comercio y seguridad en un mundo desigual. Nueva York: PNUD; 2005. Disponible en: <http://hdr.undp.org/reports/global/2005/espanol/>. Acceso el 24 de agosto de 2006.
- Venezuela, Fundación Vivienda Popular. Situación habitacional en Venezuela. Disponible en: <http://www.viviendaenred.com>. Acceso el 5 de septiembre de 2006.
- Venezuela, Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Anuario de mortalidad 2004. Caracas: MSDS; 2005. Disponible en: <http://www.msds.gov.ve/msds/documentos/Anuario.zip>. Acceso el 8 de agosto de 2006.
- Venezuela, Ministerio de Salud y Desarrollo Social, Dirección General de Epidemiología y Análisis Estratégico. Archivos de 2001–2005.
- Venezuela, Instituto Nacional de Geriátrica. Proyección de la población de adultos mayores y sus principales causas de morbilidad y mortalidad. [Presentación de A. Capielo]. Caracas: INAGER; 2005.
- Venezuela, Instituto Nacional de Prevención, Salud y Seguridad Laborales. Disponible en: <http://www.inpsasel.gov.ve/>. Acceso el 25 de septiembre de 2006.
- Venezuela, Centro Amazónico de Investigación y Control de Enfermedades Tropicales “Simón Bolívar”. Disponible en: <http://www.innova.org.ve:8000/>. Acceso en 2006.
- Venezuela, Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Reporte internacional periódico de vigilancia de fiebre amarilla, 2001–2005. Caracas: MSDS; 2005.
- Universidad Central de Venezuela, Instituto Anatomopatológico. Archivos; 2005.
- Venezuela, Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Reunión Nacional de Zoonosis, 2006. Caracas: MSDS; 2006.
- Venezuela, Ministerio de Ciencia y Tecnología, Instituto Nacional de Investigaciones Agrícolas; Centro Nacional de Investigaciones Agropecuarias, Laboratorio de Enfermedades Vesiculares, 2005.
- Benítez J. Programa Nacional de Control de Chagas. Situación 2006. Caracas: Ministerio de Salud y Desarrollo Social; 2006.
- Venezuela, Ministerio de Salud y Desarrollo Social, Programa de Malaria; 2003.
- Organización Panamericana de la Salud. Malaria en Venezuela. Quito: OPS; 2006.
- Villegas L. Paludismo en Venezuela. Caracas; 2004.
- Venezuela, Ministerio de Salud y Desarrollo Social, Dirección de Vigilancia Epidemiológica. Informe anual de casos de dengue, 2004. Caracas: MSDS; 2005.
- Venezuela, Ministerio de Salud y Desarrollo Social, Programa Nacional de Eliminación de la Oncocercosis; 2006.
- Venezuela, Programa Ampliado de Inmunizaciones. Boletines. Caracas: PAI; 2006.
- Venezuela, Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Anuario de mortalidad, 2003. Caracas: MSDS; 2004.
- Venezuela, Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Anuario de mortalidad, 2005. Caracas: MSDS; 2006.
- Venezuela, Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Boletín Epidemiológico. Semana epidemiológica N° 52; diciembre de 2005.
- Venezuela, Ministerio de Salud y Desarrollo Social, Programa Nacional de Tuberculosis y Otras Enfermedades Respiratorias; 2006.
- Venezuela, Instituto de Biomedicina. Disponible en: <http://www.biomedicina.org.ve/>. Acceso el 28 de julio de 2006.
- Venezuela, Ministerio de Salud y Desarrollo Social, Programa Nacional de Prevención de VIH/SIDA; 2006.
- Centro Panamericano de Fiebre Aftosa. Sistema de Información Epidemiológica. Disponible en: <http://siepi.panaftosa.org.br/Painel.aspx>. Acceso el 22 de septiembre de 2006.
- Venezuela, Servicio Autónomo de Sanidad Animal, División de Control Zoonosario; 2005.
- Venezuela, Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Encuentro Nacional de Leptospirosis. Caracas: MSDS; 2005.
- Venezuela, Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Informe de la situación de leptospirosis en Venezuela. Caracas: MSDS; 2005.

31. Venezuela, Servicio Autónomo de Sanidad Animal, Oficina de Apoyo y Vigilancia Epidemiológica; 2005.
32. Venezuela, Instituto Nacional de Nutrición, Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional; 2005.
33. Venezuela, Ministerio de Relaciones Interiores y Justicia, Dirección Nacional de Protección Civil; 2006. Disponible en: <http://www.pcivil.gob.ve/>. Acceso el 11 de septiembre de 2006.
34. Asociación Venezolana de la Industria Química y Petroquímica, 2006. Disponible en: <http://www.asoquim.com/>. Acceso el 15 de agosto de 2006.
35. Venezuela, Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Plan nacional de vigilancia, prevención y control ante una posible pandemia de influenza aviar. Caracas: MSDS; 2006.
36. Venezuela, Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Perfil de país sobre accidentes y otros hechos violentos. Caracas: MSDS; 2005.
37. Venezuela, Ministerio del Interior y Justicia, Cuerpo de Investigaciones Científicas, Penales y Criminalísticas, 2005. Disponible en: <http://www.cicpc.gov.ve/>. Acceso el 14 de septiembre de 2006.
38. Venezuela, Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. Estudio Nacional Antitabáquico; 1984.
39. Venezuela, Ministerio del Interior y Justicia, Oficina Nacional Antidrogas. Disponible en: <http://www.ona.gob.ve/>. Acceso el 15 de agosto de 2006.
40. Primer informe. Encuesta Mundial de Tabaquismo en Jóvenes. EMTAJOVEN Venezuela. Ministerio de Salud y Desarrollo Social; 2000.
41. Venezuela, Comisión Nacional Contra el Uso Indebido de las Drogas; Unión Europea. Informe Final. I Encuesta de Hogares sobre Consumo de Drogas en la República Bolivariana de Venezuela; 2006.
42. Venezuela, Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Propuesta de alianza con universidades y sociedades científicas para fortalecimiento de Proyecto Madre; 2006.
43. Venezuela, Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Red Nacional de Laboratorios de Salud Pública, 2001–2005.
44. Venezuela, Ministerio del Ambiente y de los Recursos Naturales. Informe de gestión del sector agua potable y saneamiento, 1999–2004. Caracas: MARN; 2005.
45. Organización Panamericana de la Salud. Informe de la evaluación regional de los servicios de manejo de residuos sólidos municipales en América Latina y el Caribe. Washington, DC: OPS; 2005.
46. Velásquez H, Molina B, Morales J, Cano Y, Romero A. Niveles de contaminación atmosférica por gases ácidos (SO<sub>2</sub> y NO<sub>2</sub>) y partículas inhalables (PM<sub>10</sub>) en dos sitios de la ciudad de Maracaibo, Venezuela. Presentado en el I Congreso Internacional de Cuenca del Lago de Maracaibo, agosto de 2006.
47. Venezuela, Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Informe de los servicios de radiofísica sanitaria. Caracas: MSDS; 2004.
48. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Sistema Regional de Vigilancia de las Enfermedades Transmitidas por Alimentos; 2006.
49. Organización Panamericana de la Salud; Instituto Interamericano de Cooperación para la Agricultura; Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación. Proyecto Sistema Nacional Integrado de Control de Alimentos; 2005.
50. Organización Panamericana de la Salud. Informe sobre la cooperación estratégica de país. Caracas; 2006.
51. Venezuela, Ministerio de Salud y Desarrollo Social, Coordinación Nacional de Bancos de Sangre. Presentación en Power Point.
52. Venezuela, Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Lista básica nacional de medicamentos esenciales, 2003. Caracas: MSDS; 2005.
53. Venezuela, Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Formulario Terapéutico Nacional, 2004. Caracas: MSDS; 2004.
54. Venezuela, Ministerio de Salud y Desarrollo Social, Dirección de Drogas, Medicamentos y Cosméticos, Departamento de Psicotrópicos y Estupefacientes. Archivos; 2005.
55. Venezuela, Centro Nacional de Vigilancia Farmacológica. Archivos, 2005.
56. Venezuela, Instituto Nacional de Higiene “Rafael Rangel”. Archivos. Caracas; 2005.
57. Intercontinental Marketing Services-Health. Global pharmaceutical market forecasts: market reports. Disponible en: <http://www.ims-global.com/insigth/report/global/report.htm>. Acceso el 21 de septiembre de 2006.
58. Venezuela. Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela; 2 de enero de 2006; (38.348):5–8.
59. Venezuela, Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Indicadores básicos de salud de la República Bolivariana de Venezuela, 2004. Caracas: MSDS; 2005.

