

Red de Sociedades Científicas Médicas Venezolanas

www.rscmv.org.ve

Comisión de Epidemiología

Nota Técnica N° 47

Caracas 5 de mayo de 2012

Los Hospitales Públicos en Venezuela Visión general

José Félix Oletta López



Hospital Vargas. Patio Central

I. Introducción y breve resumen histórico

Los notables cambios producidos en la calidad de la vida de los venezolanos, que acompañaron el progreso de la nación producto del desarrollo de la industria petrolera en el siglo XX, coincidieron, además, con la creación del ministerio de Sanidad y Asistencia Social en 1936; las acertadas políticas integradas de salud (fomento, defensa y restitución) aplicadas para el control y la erradicación de enfermedades transmisibles endémicas en la mayor parte del territorio nacional dieron frutos extraordinarios. El control de la malaria requirió 24 años, fue seguido de acciones igualmente exitosas para el control de las enfermedades de Chagas. El saneamiento ambiental, la creación de los acueductos rurales, la prevención y el tratamiento de las parasitosis intestinales como la necatoriasis, el mejoramiento de la vivienda rural, el saneamiento ambiental, el combate de la desnutrición y las carencias, junto con las exitosas campañas para el control y tratamiento de la tuberculosis y la atención de la salud de la madre y el hijo, condujeron en pocas décadas a reducir la mortalidad general, materna e infantil. (1) Algunas cifras dan fe de estos éxitos: la mortalidad por malaria que en 1936 era de 164 x 100.000 habitantes, descendió a 8,5 por cada 100.000 habitantes en 1950 y a 0 x 100.000 habitantes en 1962. En 1955, 430 municipios estaban libres de la enfermedad.(2,3) La planificación y la organización de las actividades sanitarias y la formación de personal capacitado produjo estos extraordinarios frutos, que se sumaron a los logros sociales, políticos y económicos que se lograron. (4) La red de dispensarios antituberculosos y la construcción de los sanatorios y hospitales antituberculosos fue fundamental para el control de esta enfermedad, el diagnóstico precoz, la búsqueda activa de casos y el tratamiento supervisado. La experiencia de la red ambulatoria antituberculosa se extendió pronto para el control de otras enfermedades, y sirvió como base organizativa y arquitectónica para el posterior desarrollo de la red de ambulatorios urbanos y rurales y la transformación de los hospitales antituberculosos en hospitales generales.

Algunos hitos hospitalarios en Venezuela (5,6,7,8)

El primer hospital colonial en Venezuela fue fundado en Coro, El Hospital de San Clemente, circa 1530.

El hospital más antiguo de Venezuela es el Hospital Central Dr. Urquiza de Maracaibo, fundado originalmente como hospital Santa Ana hace 404 años en 1608-1609.

El Hospital de San Pablo en Caracas, funcionó desde 1602 hasta 1812?

El Doctor Laureano Villanueva afirmó en 1888: "los hospitales de Caracas eran casas inmundas en donde se hacinaban los infelices que no tenían donde morir. Eran lugares de depósitos para proveer a los cementerios, pues todos estaban mal servidos en la parte facultativa, sin administración, higiene, sin recursos de ninguna especie, sucios, hediondos y con edificios en ruina".

El hospital Vargas de Caracas, abre sus puertas el 5 de julio de 1891 y con ello la modernidad de la asistencia, la docencia y la investigación médica en Venezuela

El hospital Universitario de Caracas decretado en 1943 es inaugurado en 1956.

Arturo Uslar Pietri, en 1993 acertadamente escribió: "*La transformación social y económica que está sufriendo nuestro país en el presente no es puramente la consecuencia de la Venezuela con petróleo, sino en gran parte de la Venezuela sin malaria*" (9) Esto determinó un impacto significativo en el desarrollo económico y social, en el aprovechamiento del territorio nacional, el avance de las comunicaciones y del desarrollo industrial, así como la implementación de la reforma agraria.

Las múltiples consecuencias derivadas en el campo de la salud, producto de acciones sanitarias exitosas, sometió al sistema de salud luego de los años 50 del siglo XX a nuevos retos, se estaba produciendo una profunda transición social, económica y demográfica; el crecimiento explosivo de la población producto de la reducción de la mortalidad general, una alta tasa de fecundidad y el aumento de la esperanza de vida, determinó además una transición epidemiológica compleja. El predominio de las enfermedades transmisibles fue sustituido a partir de la segunda mitad del siglo XX por el predominio de las enfermedades no transmisibles. Gabaldón insistía en que se debían estudiar sus factores de riesgo, sus determinantes y facilitadores de su aparición sin abandonar los programas de control y atención de las enfermedades transmisibles y entre ellas las metaxénicas. También otros problemas como los homicidios y suicidios y las muertes accidentales.

II. Logros y dificultades del desarrollo de la Red de Hospitales Públicos en Venezuela

Los factores anteriores, determinaron una demanda creciente de servicios de asistencia médica para atender las necesidades de la población. Durante la gestión del Dr. Gabaldón al frente del MSAS, este debió enfrentar el grave déficit de asistencia hospitalaria que no podía ser satisfecha con los antiguos y escasos hospitales creados a partir de la última década del siglo XIX y las 3 primeras décadas del siglo XX. Se procedió a estudiar y planificar un programa de construcciones hospitalarias, destinados a mejorar los hospitales existentes y crear otros en las principales ciudades de la Nación. Esto representó una considerable cantidad de recursos financieros del Estado, no solo por los elevados costos de construcción y dotación sino por requerir gran cantidad de personal que rápidamente reclamó apremiantes solicitudes de aumentos de sueldos y salarios, situación que se hizo recurrente desde entonces.(1)

En la década de los años 60, Venezuela atravesaba una difícil situación fiscal. El Gobierno Nacional debió reducir el gasto para equilibrar el presupuesto nacional. El MSAS le correspondió reducir el presupuesto en 13,14% en el segundo semestre de 1961. (10) A pesar de estas limitaciones, la gestión de Gabaldón al finalizar el quinquenio había logrado terminar instalaciones para 3.229 camas, estaban en construcción o ampliación 15 hospitales generales con 3.760 camas y en proyecto o ejecución 10 hospitales generales con 1.535 camas. Así se elevó para 1966 el número de camas disponibles o en construcción a 13.711. (11)

Venezuela se situó entre los países de América Latina más avanzados en la calidad y cobertura de los servicios médicos curativos, dotados con equipos modernos y atendidos por nuevas generaciones de profesionales, adiestrados en los Cursos de Postgrados Clínicos que habían sido estimulados mediante políticas institucionales del MSAS promovidas por el Dr. Gabaldón y por el Dr. José Ignacio Baldo, desde la Dirección de Enfermedades Crónicas, en alianza con las Facultades de Medicina de las Universidades Nacionales, así se ofrecieron cientos de oportunidades de perfeccionamiento profesional para los médicos venezolanos y el desarrollo exponencial de las especialidades clínicas en nuestro país. (4)

Las limitaciones económicas y la reducción progresiva del porcentaje de los recursos del presupuesto nacional asignados al MSAS, trajeron serios desequilibrios financieros que

desde entonces privilegiaron las estrategias de atención médica hospitalaria en desmedro de los recursos aplicados a la promoción de la salud, la prevención y el saneamiento ambiental. Las fuertes demandas sociales obligaron a que el ministerio de Obras Públicas y las Gobernaciones construyeran establecimientos hospitalarios con insuficiente planificación o justificación (12).

Si bien el presupuesto asignado al MSAS creció en la década de los 70, la mayoría fue destinado a atender el ascendente y desproporcionado gasto derivado a los pagos de personal.(1,13)

Las estrecheces económicas de esos años se acentuaron aún más en la década de los años 80 y 90. (1) Los últimos hospitales construidos datan de comienzos de la década de los 80 y el crecimiento de la población superó ampliamente la oferta de servicios de asistencia médica hospitalaria. Las restricciones financieras no pudieron dar respuesta oportuna a las necesidades de inversión hospitalaria mediante programas de mantenimiento de infraestructura y equipos, reposición, modernización y actualización tecnológica de equipos e instrumentos. Esto impactó negativamente la oferta, cobertura y calidad de los servicios prestados. A mediados de los años 80 y durante los años 90 se desarrollaron los Planes Directores de Arquitectura Hospitalaria (MSAS,BM,BID),y planes de refacción de grandes hospitales públicos (14) que poco o nada fueron tomados en cuenta en las refacciones iniciadas en 2005 y en las decisiones tomadas desde entonces por el gobierno nacional para construir nuevos hospitales y ampliar la red.

III. Inventario de Hospitales Públicos y Privados en Venezuela

Los datos recopilados en 2007 indicaban un aproximado de 300 hospitales públicos y 457 hospitales privados, lucrativos y no lucrativos. La mayoría de los hospitales públicos pertenecen al MPPS, 214. El IVSS disponía de 33 hospitales. Las Gobernaciones, Alcaldías, Ministerio de la Defensa, PDVSA y otros entes públicos disponían de 53 hospitales. El número de camas arquitectónicas de los hospitales para ese año fue de 40.675. (15,16,17) La Asociación Venezolana de Clínicas y Hospitales estimó en mayo de 2011, que el número de camas hospitalarias del sector privado es cercano a las 2.300. (18) De estos, 90 % son hospitales con fines de lucro y 10% sin fines de lucro y 92,2% tienen una capacidad menor de 60 camas. (19)

IV. Clasificación de los hospitales Públicos (MPPS)

De acuerdo a su capacidad en número de camas, población de influencia, tipo de servicios clínicos de especialidades generales y otras especialidades, complejidad tecnológica y sede de postgrados clínicos, se clasifican en 4 categorías establecidas desde 1983 por el MSAS. (20) Cuadro N° 1.

Cuadro N° 1
Red de Hospitales del MPPS

Tipo	Número	Porcentaje	Nº camas
I	118	55 %	20-60
II	44	20 %	60-120
III	31	14%	250-300
IV	21	10%	> 300

• Decreto N° 1798 del 20-1-1983

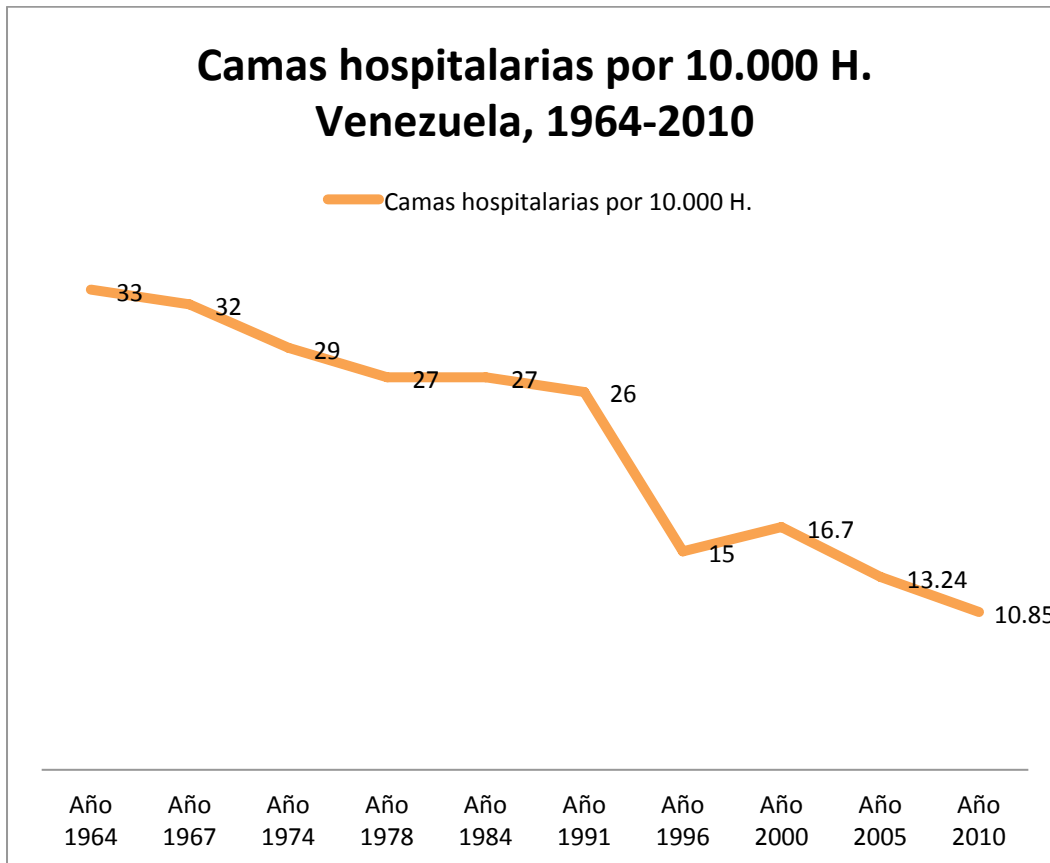
• 85 hospitales públicos tipo III y IV (MPPS, IVSS, FA, Gobernaciones, Alcaldías)

MPPS: Dirección de Hospitales 2007 (Ref. 23)

V. Evolución de la cobertura de los hospitales públicos en los últimos 50 años.

Según la Organización Mundial de la Salud, la tasa de 30 camas por cada 10.000 habitantes, es el promedio para América Latina. En países desarrollados se considera superior a 40 camas por cada 10.000 habitantes. En Venezuela a partir de finales de la década de los años 60 esta tasa ha venido descendiendo en forma dramática. Podemos observar en el siguiente cuadro lo ocurrido en Venezuela en el período 1964-1996. Pasamos de tener 33 camas por 10.000 habitantes en 1964 cuando superamos la meta Continental, a sólo 15 camas por 10.000 habitantes en 1996, lo que significa una reducción de la oferta de camas del orden de más del 50%. A partir de entonces, en los últimos 13 años, el número de camas disponibles descendió aun más, en 2009 se estimó en 9 por 10.000 habitantes. Las cifras más recientes tomadas de la Memoria del MPPS del año 2010 y de 2011, son de 10,85 y camas x 10.000 habitantes, respectivamente. (16,17,21,22) (Gráfico N° 1)

Gráfico N. 1



Fuentes: Ref. (16) Sistema de Salud en Venezuela. Una aproximación. Oficina de Asesoría Económica y Financiera de la Asamblea Nacional. Abril, 2002. Serie PT4020-016, p:30 y (17) OPS, Informe 1998 (21) MPPS 2011. Dirección General de la Red de Hospitales.

Nota: Las camas hospitalarias se utilizan para indicar la disponibilidad de servicios hospitalarios. No hay una norma general a escala mundial para evaluar la densidad de las camas hospitalarias en relación con el total de la población. En la Región de Europa hay 63 camas hospitalarias por cada 10.000 habitantes, frente a las 10 de la Región de África. En general, las estadísticas sobre la densidad de las camas hospitalarias proceden de registros administrativos sistemáticos, aunque en algunos entornos sólo se incluyen las camas del sector público. OMS. Informe Mundial sobre estadísticas Sanitarias. 2009. (24) En el Informe de 2011, Venezuela estima en este documento un promedio de 13 por 10.000 habitantes para el lapso 2000-2009, estando esta cifra por debajo del margen de 36 registrado para países calificados como de ingresos medianos altos en el que la clasificación empleada ubica a nuestro país. (25)

En 1980 la población nacional según el INE-SISOV (26) era de 14.703.000 habitantes, con una tasa de 27 camas x 10.000 habitantes. Mientras que en 2011, con una población estimada de 29.277.736 la tasa se redujo a 10,85 por 10.000 habitantes. Es decir, **en 30 años, mientras la población de duplicó en número de camas de hospital disponibles se redujo 2,6 veces.** (cálculos propios)

La demanda de servicios hospitalarios por la población aumentó por las siguientes razones:

Cuadro N- 2

Aumento de la demanda de servicios por la población

- Aumento de la población se duplicó en 30 años.
- Aumento de las necesidades de servicio:
 - Envejecimiento de la población
 - Aumento de las enfermedades crónicas degenerativas
 - Aumento de la violencia
 - Aumento de los accidentes de tránsito.

El estudio de Cartaya V. (27) Indicó que entre 1980 y 1997 la red pública de hospitales aumentó en 1 %. Mientras que la red privada lo hizo en 16 %. En el período de 1998 a 2010 la red pública aumentó en menos de 1%. El número de hospitales públicos construidos en ese período fue de 5 (Informe para la Alta Gerencia MPPS, abril de 2011) ; no se conoce la cifra correspondiente al sector privado.

Las razones para el estancamiento del crecimiento de la red pública de hospitales se basan en la escasa inversión del gobierno nacional para ampliar la capacidad de la Red hospitalaria. En 1998, fueron inaugurados los hospitales de Aroa, estado Yaracuy y Tucacas, estado Falcón, luego de reanudar su construcción paralizada por dos décadas. Once años después, en 2009 se inauguró el hospital Cardiológico Infantil en Caracas. Entre 2001 y 2010 se inauguraron 5 hospitales con capacidad menor de 60 camas. En 2011 el MPPS informó de la construcción de seis hospitales Tipo IV prefabricados de 200 camas, por un costo de 2.800 millones de bolívares a ser entregados a final de 2012. (28,29) uno de ellos el hospital Cardiológico para adultos, otro el Hospital Oncológico, también en Caracas a la vez que las obras del Centro Oncológico de Guarenas han sido detenidas después de haberse reanudado en 2007. El Plan Barrio Adentro IV contempló en total 14 hospitales de especialidades en diversos estados. (www.mpps.gov.ve)

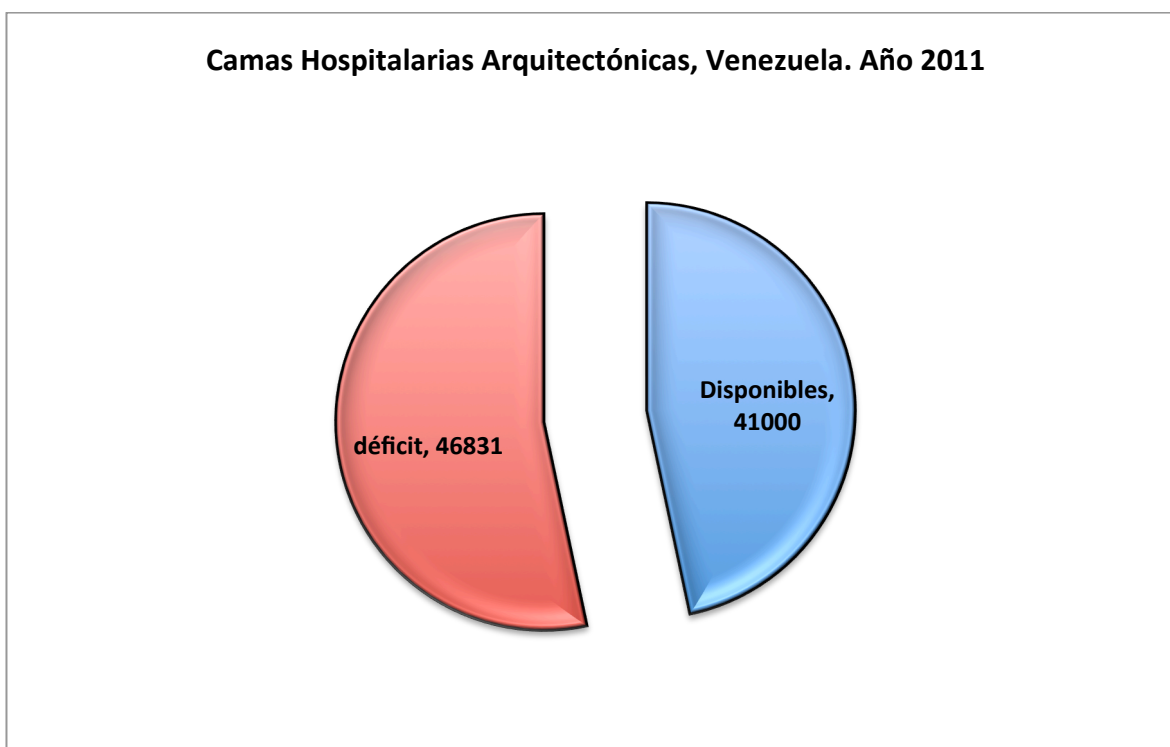
En las condiciones actuales, la estructura, organización, recursos tecnológicos y financieros asignados para el funcionamiento de la red de hospitales públicos y el régimen de dependencia del nivel central y descentralizado, grado de autonomía de gestión y administración resultan desordenados, inadecuados e insuficientes para atender la demanda y complejidad de los servicios requeridos para la atención de la población.

VI. Análisis de la disponibilidad real de camas hospitalarias del sector público

Si estimamos que hay 41.000 en 2011 camas arquitectónicas en el Sector Público, distribuidas en los hospitales adscritos al MPPS y al Seguro Social, en los CDI, en el Instituto Nacional de Servicios Sociales (antiguo INAGER) y en otros organismos estatales como MPPD, y PDVSA. Esta cifra se acerca a 14 camas por 10.000 habitantes. Las estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) indican que por cada 10 mil habitantes son necesarias 30 camas – en el país se necesitarían 87.831 para cubrir la demanda poblacional, que según el estimado del INE para este año es de 29.277.736 personas.

Faltarían 16 camas por cada 10 mil habitantes, 46.831, para que la situación se acerque a la estimación promedio. (Realmente nuestro país está en el Grupo de ingresos medios-altos en los que el promedio de camas es de 36 x cada 10.000 habitantes).(24) El déficit de camas hospitalarias sería de 46,6% en el año 2011. (Gráfico N· 2)

Gráfico N· 2



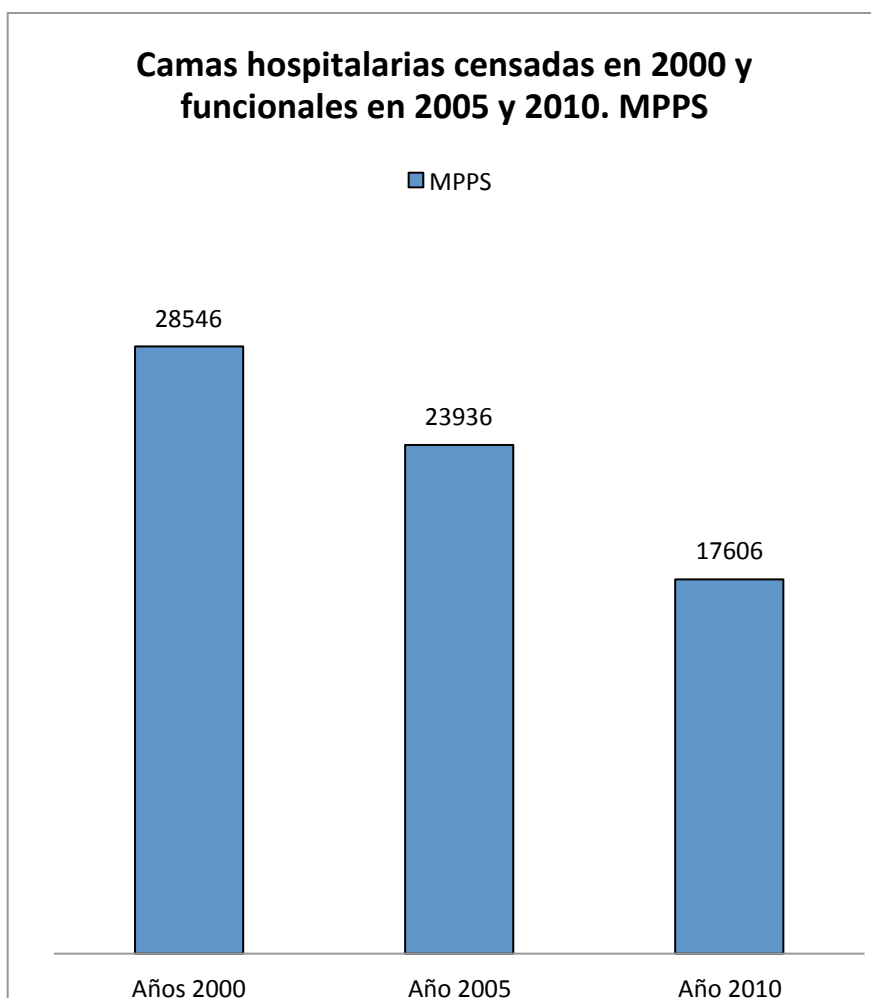
Nota: cálculos y elaboración propia.

Esto responde el por qué del "ruleteo hospitalario", las largas listas de espera para acceder a una intervención quirúrgica, los relatos de pacientes sobre la atención en pasillos, bancos y sillas; y la disminución del número de admisiones, atención de emergencias y operaciones que evidenciaron las memorias del Ministerio del Poder

Popular para la Salud.

El panorama oscurece si se toma en cuenta que de las 41 mil camas arquitectónicas sólo están operativas, o funcionales, es decir disponibles para ser utilizadas, 33.194 en el sector público. La disminución del número de camas funcionales del MPPS se aprecia en el gráfico N° 3.

Gráfico N° 3



Fuente: . MPPS 2011. Dirección General de la Red de Hospitales.

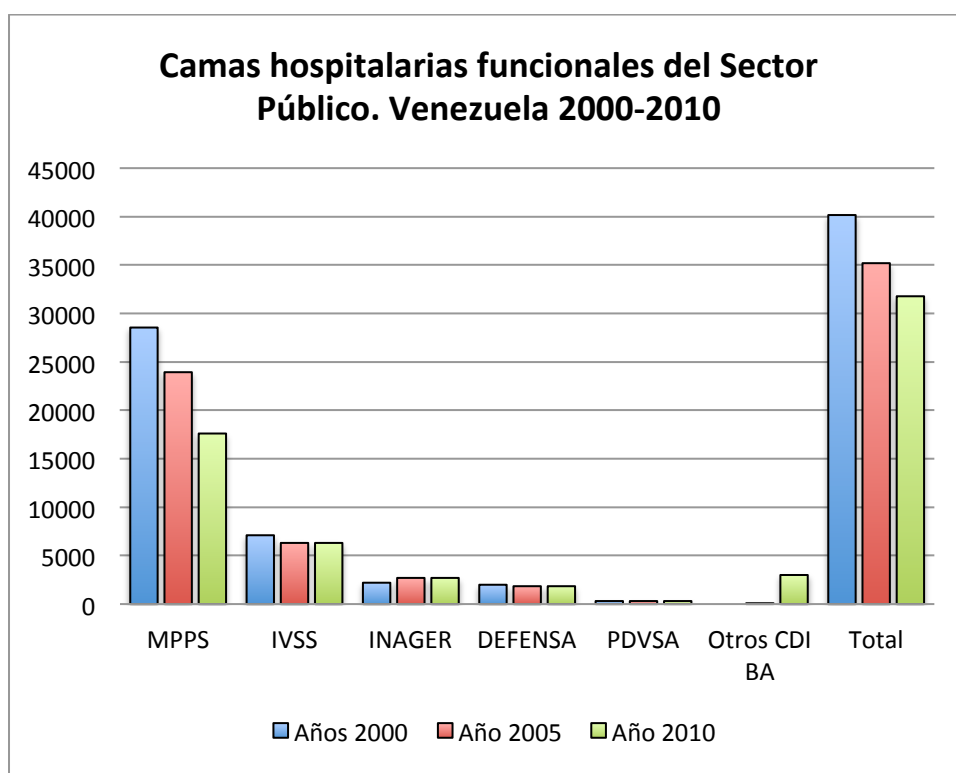
Unas camas no son utilizables por falta de presupuesto y otras porque el espacio que deberían ocupar está vacío o fue destinado a otro fin, o más frecuentemente no hay personal que las atienda. Entonces el déficit real o tangible es 62,2%.

En abril de 2011 las camas funcionales estaban distribuidas en el sector público, según el

MPPS, de la siguiente manera: 19.026 en hospitales adscritos al MPPS, 6.312 en centros del Seguro Social, 2.700 pertenecen al Instituto de Nacional de Servicios Sociales, (antiguo INAGER); 1.844 son del Ministerio de la Defensa, 312 de PDVSA y unas 3.000 están en los Centros de Diagnóstico Integral (CDI). (21) (Gráfico N· 4) En abril de 2012 el MPPS disponía de 28.895 camas arquitectónicas, de estas solo 23.505 estaban financiadas y 19.911 estaban funcionales.(22)

En comparación con el año 2000, en 2011 habían 6.965 camas funcionales menos en todo el sector público (17%), y si se coteja con 2005 fueron 1.996 menos (5.7%). (Gráfico N· 4) Las proyecciones indican que para 2015 se necesitarían 93 mil camas y para 2020 casi 100 mil. (cálculos propios basados en la proyección de población. INE, SISOV. 2000).

Gráfico N· 4

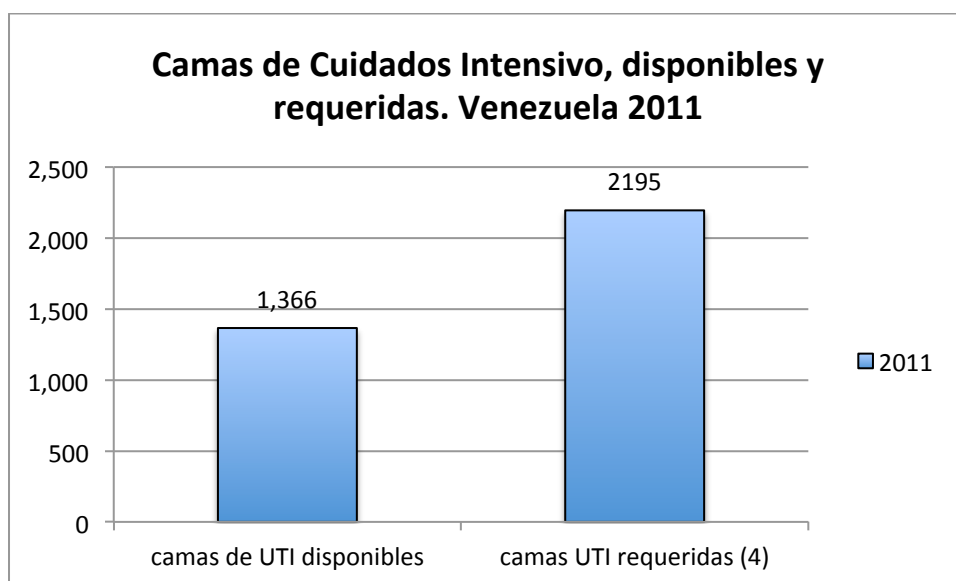


Fuente: Ref. (21). Gráfico elaboración propia.

Por otra parte, La OMS estima que por cada 10 mil habitantes debe haber 0,3 camas de Cuidados Intensivos para lograr cubrir la demanda. (30,31) Actualmente, en el país hay 1.366 cupos disponibles en UCI, (21) esto cubre algo más de la mitad de lo que se requiere. La cobertura es solo de 62,4%. De acuerdo al cálculo poblacional en el sector público debería haber al menos 2.195 camas. El déficit en 2011 fue de 37,6%. (Gráfico N·5)

Este tipo de cama es fundamental en la atención hospitalaria especializada, porque de los equipos de alta tecnología que ofrecen son apoyos fundamentales para mantener con vida a los pacientes críticos, condiciones básicas para mantener el funcionamiento y monitoreo de los órganos y sistemas vitales que apoyan a los pacientes quirúrgicos, de emergencia, por condiciones naturales y por violencia y accidentes. El caso de las camas necesarias para la atención pediátrica y de neonatos también está en crisis. Aunque no se tienen cifras precisas, se estima que falta más de la mitad de lo requerido. Las más grandes unidades de cuidados neonatales del país han entrado en crisis por hacinamiento, fallas de infraestructura, déficit de personal, equipos, insumos y medicamentos, como es el caso de las unidades neonatales del hospital Central de Maracay, CHET Carabobo, y Hospital de San Cristóbal, en el primer trimestre de 2012.

Gráfico N° 5



Fuente MPPS. Ref (21). Cálculos propios

VII. Indicadores de Movimientos Hospitalarios, Indicadores de Productividad y de Calidad (32) de los hospitales del MPPS.

Durante más de 30 años el MSAS produjo documentación actualizada anualmente y disponible sobre estos indicadores en todos los hospitales públicos del MSAS, distribuidos por Entidades Federales. A partir de 1999 esta información fue suspendida. Las recientes Memorias del MPPS, de 2010 y 2011 (33,34) permitieron conocer algunos detalles de las tendencias nacionales de estos indicadores en los últimos 7 años.

Durante el año 2011 la red pública hospitalaria del país evidenció deficiencias en cuanto a la productividad y calidad del sistema.(32) Así, reflejaron las cifras plasmadas en la Memoria que recientemente presentó el MPPS que indican las cifras más bajas en los últimos 7 años.

Cuadro N° 3

Movimientos e Indicadores Hospitalarios del MPPS
Período 2005 - 2011

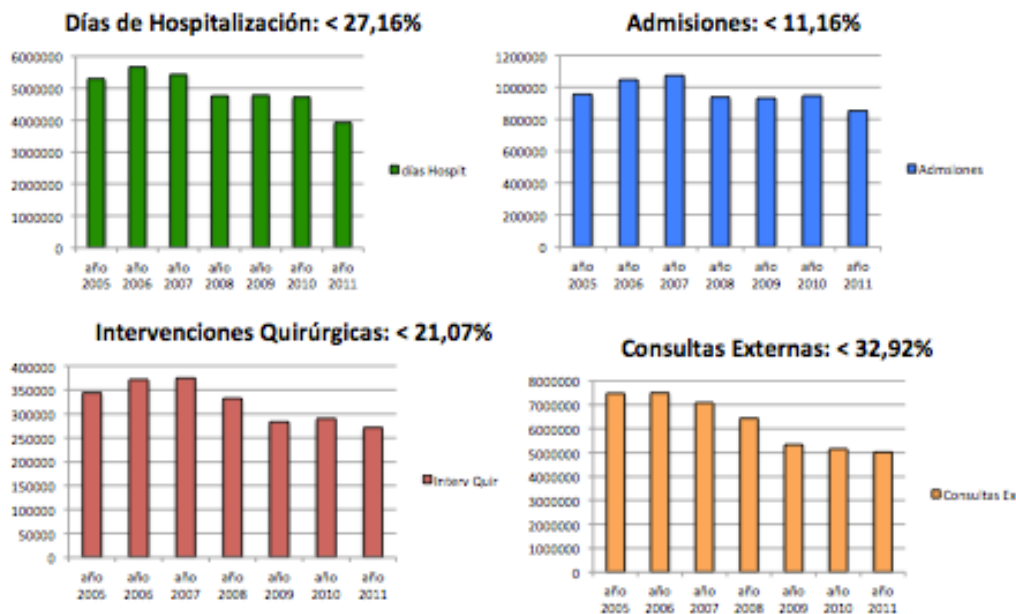
Año	Días de Hospitalización	Admisiones	Intervenciones Quirúrgicas	Consulta Externa
2.005	5.299.516	956.772	344.075	7.467.915
2.006	5.664.431	1.047.299	372.205	7.486.205
2.007	5.432.796	1.073.050	374.753	7.090.598
2.008	4.763.338	937.948	332.183	6.430.541
2.009	4.774.110	933.569	283.132	5.328.753
2.010	4.724.736	947.512	289.810	5.153.796
2.011	3.918.448	851.498	271.571	5.008.920

Fuente: Dirección General de la Red de Hospitales

Memoria. 2011. MPPS

Gráfico N° 6

Movimientos e Indicadores Hospitalarios MPPS 2005-2011
Fuente: Memoria MPPS



Entre los indicadores de productividad hospitalaria, seis de siete descendieron, lo que indica que diariamente se atienden menos pacientes y prestan menos servicios en la red de salud pública correspondiente al MPPS.

Cuadro N° 4

Movimientos e Indicadores Hospitalarios del MPPS
Período 2005 - 2011

Año	Emergencia	Estudios Radiológicos	Estudios de Laboratorio	Estudios de Anatomía Patológica
2.005	7.761.200	2.690.346	42.612.849	661.916
2.006	8.593.380	2.766.243	48.968.077	826.647
2.007	8.309.925	2.722.144	49.312.553	625.966
2.008	6.947.199	2.445.810	47.554.421	544.654
2.009	6.489.616	2.427.950	42.647.366	470.226
2.010	7.052.934	2.325.296	41.197.794	475.662
2.011	6.840.277	2.223.744	38.697.859	486.916

Fuente: Dirección General de la Red de Hospitales

Memoria. 2011. MPPS

Estos datos evidencian que no se está cumpliendo con el propósito de los hospitales. No es explicable que la población haya aumentado y que la prestación de los servicios de asistencia médica hayan disminuido. Todos los indicadores se muestran reducidos, y en cuanto a eficiencia, productividad y calidad la tendencia es francamente descendente. Las autoridades del MPPS deben revisar y analizar estos resultados, identificar las fallas y aplicar los correctivos.

Los datos publicados evidencian:

El número de intervenciones quirúrgicas (271.571), en 2011, disminuyeron 6% con respecto al año 2010, cuando se realizaron 289.810. Si se comparan con 2005 (344.075) el declive fue de 21%.

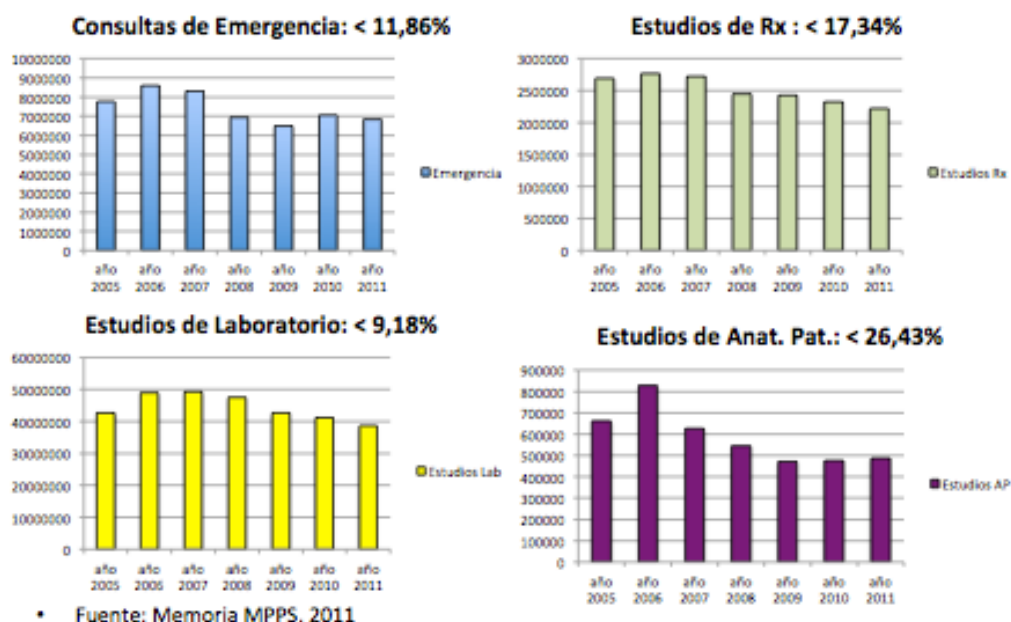
Las consultas externas bajaron de 7.467.915 cifra de 6 años atrás, a 5.153.796 el año pasado, para situarse en 5.008.920 en 2011, lo que significa un descenso total de 32%. **En las admisiones hospitalarias** 851.498 ingresos, hubo un descenso de 11% en relación con 2005 (956.772) y de 10% al cotejar con 2010 (947.512).

En los hospitales se recibieron 3% **menos emergencias** (6.840.277) este año que el pasado (7.052.934), y 11% menos que hace seis años (7.761.200).

La cantidad de estudios radiológicos y de laboratorio también mostraron un descenso. Los Rayos X pasaron de 2.690.346 estudios en 2005, a 2.325.296 en 2010, para finalmente contabilizar 2.223.744, por lo que disminuyeron 17% en seis años.

Mientras que **las muestras de laboratorio procesadas bajaron 6%** de 2010 a 2011.

Gráfico N° 7
Movimientos Hospitalarios
MPPS. 2005-2011



Los indicadores de utilización se representan en el cuadro N° y en el gráfico N°. El descenso de todos estos índices de utilización se corresponde con las denuncias presentadas por los usuarios que no encuentran respuestas oportunas y efectivas a sus demandas y que manifiestan su insatisfacción por la calidad de los servicios.

Cuadro N° 5

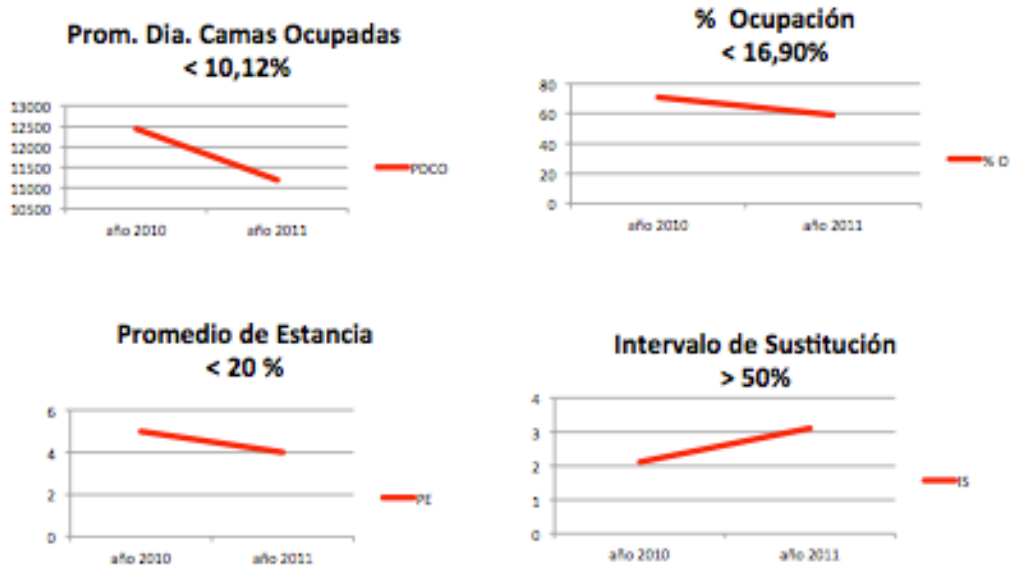
Indicadores Hospitalarios de los hospitales adscritos al MPPS

Indicadores Hospitalarios	Año 2.010	Año 2.011
Indicadores de Utilización		
Promedio Diario Camas Ocupadas	12.443	11.196
Porcentaje de Ocupacion	71	59
Promedio de Estancia	5	4
Intervalo de Sustitucion	2,11	3,11
Indice de Rendimiento	50,65	46,26

Memoria. 2011. MPPS

Gráfico N° 8

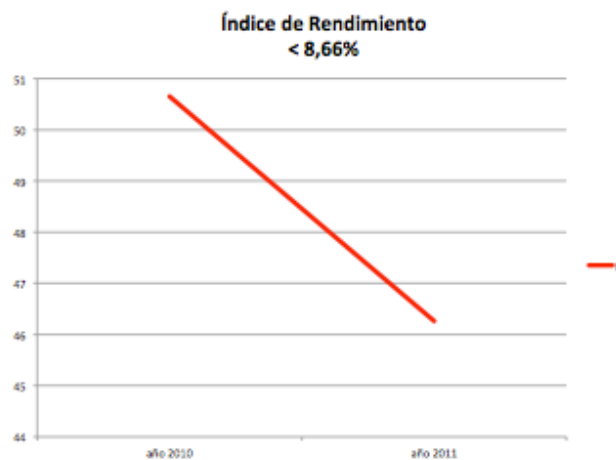
Indicadores Hospitalarios de Utilización MPPS 2010-2011.



• Fuente: Memoria. MPPS, 2011

Gráfico N° 9

Indicadores Hospitalarios de Utilización. MPPS. 2010-2011



• Fuente: Memoria, MPPS, 2011.

Los indicadores de productividad hospitalaria de los hospitales del MPPS en el lapso 2010

a 2011 se representan en el cuadro N·6 y en los gráficos N· 10 y N· 11.

Cuadro N· 6

	<u>. 2010</u>	<u>-2011</u>
Indicadores de Productividad		
X Diario Ptes. Atendidos Consulta Externa	17.292	17.272
X Diario Ptes. Atendidos Emergencia	23.284	18.740
X Diario Intervenciones Quirurgica	972	936
X Diario De Partos	952	791
X Diario Autopsias	43	58
X Diario Exámenes De Laboratorio	133.359	106.022
X Diario Estudios Radiologicos	7.394	6.177

Nota (x): Promedio

Gráfico N· 10

Indicadores de Productividad Hospitalaria

MPPS. 2010-2011

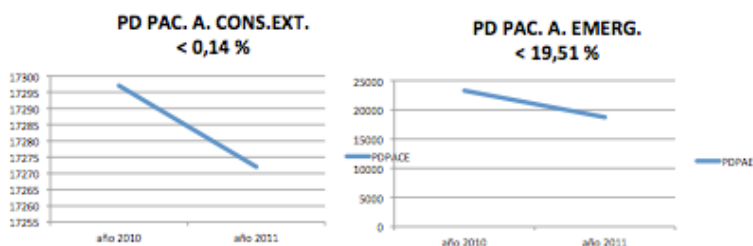
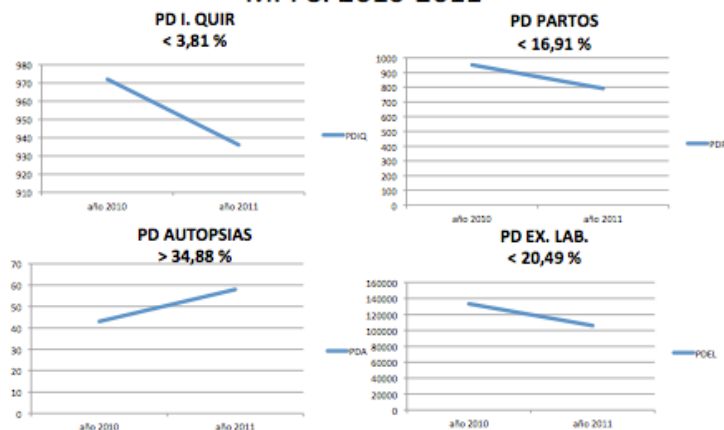


Gráfico N· 11

Indicadores de Productividad Hospitalaria

MPPS. 2010-2011



• Fuente: Memoria MPPS, 2011.

Los indicadores de Eficiencia hospitalaria de los hospitales del MPPS correspondientes al período 2010 y 2011 se muestran en el cuadro N°7 y el gráfico N° 12.

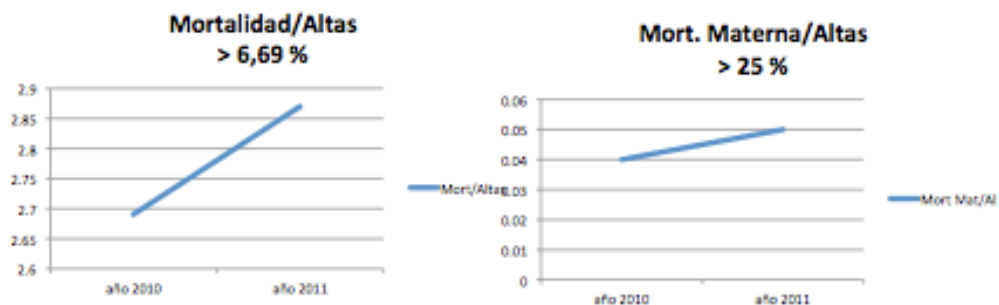
Cuadro N° 7

	2010	2011
Indicadores de Eficiencia		
% Mortalidad / Altas	2,69	2,87
% Mortalidad Materna / Alta	0,04	0,05
% Cesareas / Partos	35,15	36,21
% Mort. Neonatal/ Nacimientos	0,02	0,02
% Altas No Med / Altas	4,30	4,15
% Autopsias / Defunciones	24,90	40,64

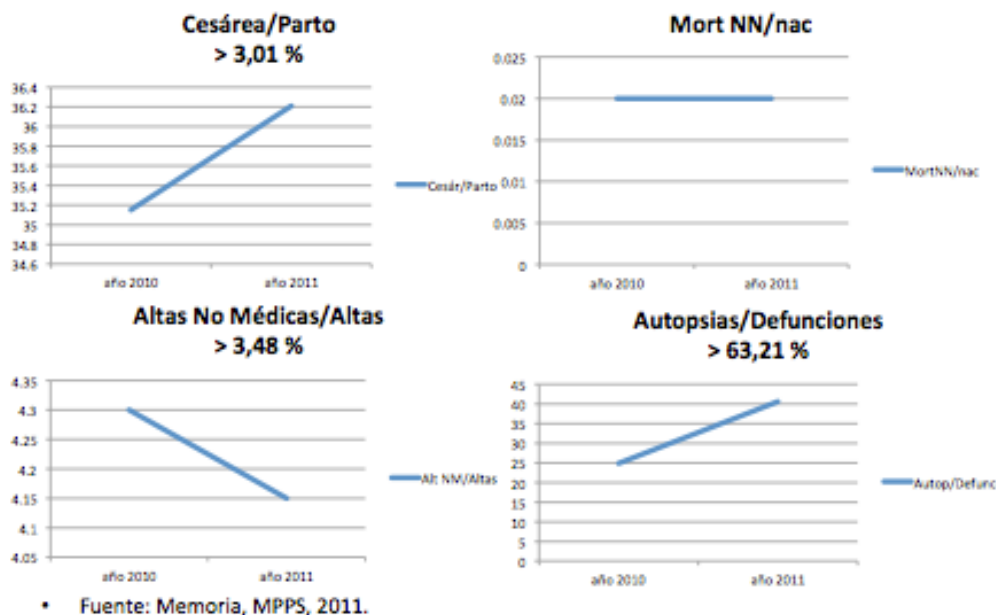
Memoria. 2011. MPPS

Gráfico N° 12

Indicadores de Eficiencia Hospitalaria MPPS. 2010- 2011



• Fuente: Memoria, MPPS, 2011.



VIII. Consecuencias de la crisis hospitalaria sobre el derecho a la asistencia sanitaria

La crisis de los servicios hospitalarios en Venezuela ha repercutido sobre **el derecho a la asistencia sanitaria**, en todas sus dimensiones y promueve la exclusión (35):

La universalidad de los servicios para atender a la totalidad de la población no puede ser garantizada en el momento actual, por la insuficiencia de establecimientos operativos que no permiten una adecuada cobertura de la demanda y complejidad de los servicios.

Se identifica:

- Déficit de la infraestructura
- Capacidad arquitectónica insuficiente y con obsolescencia.
- Distribución desigual y limitación de disponibilidad de recursos físicos, humanos y tecnológicos.
- Las áreas mas críticas identificadas son: emergencias, quirófanos, salas de parto y cuidados intensivos.

La no discriminación de la asistencia sanitaria se ha visto afectada por: **discriminación institucional (estructural) y económica**. Si bien los servicios son gratuitos, la negación e imposibilidad de ofrecer atención médica se ha tornado cada vez más frecuente, por insuficiencia de insumos, equipos, medicamentos y recursos humanos. (Es común el cartelito: "Cerrado por falta de equipos, material o personal"). No hay dinero para tratamientos o pruebas diagnósticas. Estas son barreras que obligan a buscar asistencia en otros centros asistenciales más distantes o a desplazarse a la atención del sector privado de la salud.

La **discriminación Personal** ha sido identificada en la forma de maltrato o tratos degradantes hacia los usuarios que demandan los servicios. (36) (Informe Convite Provea, 2007).

Los problemas más importantes identificados son:

- Déficit y deterioro de infraestructura y servicios básicos
- Insuficiente capacidad arquitectónica
- Desigual distribución y carencia de recursos físicos, humanos y tecnológicos
- Gestión institucional no profesionalizada
- Insuficiencia presupuestaria y fallas en los criterios para la asignación de recursos financieros.
- Carencia de presupuestos programas, planificación por metas, objetivos evaluación y resultados.
- Deficiencia en los procedimientos de auditoría, evaluación y control de la calidad de procesos y servicios.
- Desorden administrativo y del control de gasto
- Desarticulación y desmembramiento de equipos de trabajo
- Incumplimiento de procedimiento normativos
- Barreras de acceso a los servicios. (funcionales y económicas)
- Pérdida de la calidad y la dignidad de los actos profesionales. Ausencia de mecanismos de garantía y evaluación de la calidad de los servicios.
- Deficiencia en los mecanismos de información y vigilancia epidemiológica hospitalaria.
- Ausencia de planificación para atender las necesidades del desarrollo de la red como consecuencia del crecimiento de la población y la transición epidemiológica.
- Ausencia de criterios e indicadores que justifiquen la construcción de hospitales por patologías en vez de los hospitales generales.
- Re-Centralización de las competencias de dirección, gestión, administración, recursos humanos.

Referencias

1. Oletta López J.F. Hacia un Contrato Social de la Salud. MSAS. Conmemoración del 62º Aniversario de la creación del ministerio de Sanidad y Asistencia Social. Caracas 20 de marzo de 1998.
2. Berti A.L. Arnoldo Gabaldón. Testimonios de una vida al servicio de la gente. Edic. de la Cámara de Diputados del Congreso de la República de Venezuela. p: 65. Caracas, Venezuela, 1997.
3. Gabaldón A. The nation wide campaign against malaria in Venezuela. Trans. Roy. Soc. of Tropical Medicine & Hygiene, 1949, 43: 113-164.
4. Gabaldón A. Una Política Sanitaria. Tomo I, XXVI, p:96,132. MSAS, Caracas, 1965.
5. Beaujón O. Ayer Asistencia de Coro. Discurso de incorporación a la Academia Nacional de la Historia. 9 de agosto de 1973.

6. Archila R. Historia de la Medicina en Venezuela. Tema 7. Época Colonial. Hospitales. ULA, Mérida, Ediciones del Rectorado, 1966. P:105-135.
7. Ibidem, 246.
8. Chacín Álvarez L.F. Historia Cronológica del Hospital Vargas. Academia nacional de Medicina. Sociedad de Médicos y Cirujanos del Hospital Vargas. Julio, 1991. p: 205.
9. Uslar Pietri A. En la nueva era de Arnoldo Gabaldón. Pedro grases. Un paso cada día. Vol 19, p: 197-199. Edit. Seix-Barral, Caracas, 1993.
10. López Ramírez T. El ministro Arnoldo Gabaldón: un lustro de progreso de la salud pública Venezolana. En: Arnoldo Gabaldón. Testimonios de una Vida al servicio de la gente. Berti AL. Op cit 1. P: 97-98.
11. República de Venezuela. Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. Memoria y Cuenta 1963. Ministro Arnoldo Gabaldón. Exposición.
12. Op. Cit. 1, p: 99.
13. Op. Cit. 2 p: 241.
14. Jiménez de León M.E. Plan Director de Arquitectura Hospitalaria. Guía de Diseño y Renovaciones. Tesis de ascenso. USB, 1997.
15. MSDS. Dirección de Hospitales. 2001.
16. Oficina de Asesoría Económica y Financiera de la Asamblea Nacional. Sistema de Salud en Venezuela. Una aproximación. Serie PT 0402-016, abril 2002. P:29-32.
17. OPS, 1998.
18. García Hipólito. Asociación Venezolana de Clínicas y Hospitales. Situación Actual del Sector Salud Venezolano. Visión de la AVCH, Congreso Venezolano de Medicina Interna, Caracas mayo de 2011.
19. Jaén, María Helena (2001): *El sistema de salud en Venezuela: desafíos*. Caracas, IESA.
20. República de Venezuela. Decreto 1798. 20 de enero de 1983. Normas sobre clasificación de establecimientos de atención médica del sub-sector público. Publicado en Gaceta Oficial N° 32.650 de fecha 20/01/83.
21. MPPS. Informe para la alta gerencia. Dirección de la Red de Hospitales. 2011.
22. MPPS. Dirección de la Red de Hospitales, abril 2012.
23. MPPS. (2007) Establecimientos hospitalarios adscritos al Ministerio de Salud (MS) según tipo, ubicación, dirección, fecha de inauguración, número de camas, director y teléfonos. Venezuela 2007. Documento.
24. OMS. *Informe Mundial sobre estadísticas Sanitarias. 2009. Disponible en www.who.org*
25. OMS. *Informe Mundial sobre estadísticas Sanitarias. 2011. Disponible en www.who.org*
26. República Bolivariana de Venezuela. INE, población según censo de 2000.
27. Cartaya, Vanessa (coord.), Rodolfo Magallanes y Carlos Domínguez (1997): *Venezuela: Exclusión e integración. ¿Una síntesis en construcción?*, Ginebra, Instituto Internacional de Estudios Laborales. Documento de trabajo.
28. AVN. Hospitales especializados se inaugurarán por módulos preconstruidos a partir de marzo 2012. 13 de julio de 2011.
29. Diario Los Andes. Osorio Gabriela: Ministra Sader inspeccionó terreno donde

- construirán el hospital IV. Mérida. Viernes 17 de junio de 2011.
30. Celis E, Rubiano S, 2005. Desarrollo del Cuidado Intensivo en América Latina. *Todo Hospital*, marzo, 2007/234 (97-100).
 31. OMS y Ministério da Saúde Brasileiro. Política para a área de Terapia Intensiva. Juhno, 2003. www.saude.gov.br
 32. García Servén, J. R. (1993) Indicadores de gestión para establecimientos de atención médica. Editorial Disinlimed C.A. Caracas.
 33. República Bolivariana de Venezuela. Memoria 2010. MPPS.
 34. República Bolivariana de Venezuela. Memoria 2011. MPPS.
 35. Situación de la Asistencia médica en los establecimientos públicos de salud. FMV. PONENCIA CENTRAL RETOS DE LA PROFESIÓN MÉDICA “EL DESARROLLO DE LOS RECURSOS HUMANOS”. LXV Reunión Ordinaria de la Asamblea. Margarita- Estado Nueva Esparta. 26 al 29 de Octubre de 2010. Capítulo N° 9. Expectativas de los pacientes. p: 272-287.
 36. Provea. Informe Convite, 2007. www.derechos.org.ve