SALUD Y HEGEMONIA EN VENEZUELA: BARRIO ADENTRO, CONTINENTE AFUERA

Jorge Díaz Polanco

CENDES-UCV

Caracas, 2008*Este trabajo comenzó inicialmente en el Centro de Estudios del Desarrollo (CENDES) de la Universidad Central de Venezuela, como un intento de evaluar los impactos de la Misión Barrio Adentro, puesta oficialmente en marcha por el Gobierno Bolivariano en 2003. Sin embargo, nuevos acontecimientos políticos, tanto en la escena nacional como en la internacional, las dificultades para manejar información y el interés y apoyo mostrado por el tema por parte del Centro de Estudios y Programas Interamericanos (CEPI) del Instituto Tecnológico Autónomo de México (ITAM) y la Fundación Ford para México y Centroamérica, hicieron posible extender el alcance del estudio y nos ofreció la oportunidad de indagar en la historia de los procesos políticos que conformaron los regímenes de gobierno actuales en Cuba y Venezuela, tratando de entender las razones de los procesos de colaboración que hoy se han convenido entre ambos países, siendo que en el pasado tales relaciones se caracterizaron mayormente por su antagonismo y conflictividad. Sabemos, al igual que muchas otras personas, que ni la salud ni la medicina están exentas de un marcado carácter político pero, tanto la experiencia cubana desde hace años, como la venezolana relativamente reciente, han puesto de manifiesto que no sólo se trata de lograr objetivos políticos en los países, sino de obtener la oportunidad de plantearse proyectos más ambiciosos, en una coyuntura de crisis del sistema-mundo y de las profundas incertidumbres que ella genera. La labor ha continuado y, a partir de un informe general que tuvimos la oportunidad de presentar y discutir en México, los acontecimientos recientes de la política venezolana nos han llevado a profundizar un poco más en el tema del impacto y de sus significados, tanto sanitarios como políticos, sobre todo porque acerca de estos temas, casi nada se ha difundido. Debo decir que lo que aquí se presenta forma parte de un proyecto mayor que compara el desempeño de diferentes sistemas de salud en el mundo.*

*A la hora de someter este trabajo al juicio de quienes tengan a bien leerlo, no queremos dejar escapar la oportunidad para hacer un reconocimiento a todas y todos quienes nos apoyaron en este quehacer. En primer lugar, nuestro agradecimiento a Yolanda D’Elia, responsable del trabajo de campo; a los Dres. Thais Maingón y Carlos Walter del CENDES por sus observaciones y comentarios; a mi asistente de investigación en el ITAM, Vicky Hernández, por su entusiasmo contagiante y su espíritu de trabajo; al personal administrativo del CEPI por su apoyo y, especialmente a la Sra. Rosa Martha Cosio, quien alegró cada mañana de trabajo con su dulzura y amabilidad y, muy especialmente a dos grandes personas: a un querido maestro en el campo de las Políticas de Salud, el Dr. Roberto Capote Mir, por sus aceradas críticas, su espíritu indomablemente científico y su solidaridad humana y a mi entrañable compañero y amigo de toda la vida Mario Bronfman y a su familia quienes, una vez más, me brindaron su calor y su apoyo durante mi estancia en ese maravilloso país que es México.*

*México D.F., junio de 2006*

*Caracas, mayo de 2008*

*PREFACIO*

*“Para aplacar pueblos primitivos y suspicaces,*

*la medicina ha demostrado ser más eficaz que las ametralladoras”*

*Richard Brown: The Rockefeller Medicine Men*

No solamente Brown en esta notable obra ha reseñado esta opinión del Jefe de la Misión Norteamericana en las Filipinas en los años 40, sino que ya lo había hecho Virchow cuando se refería a esta profesión y a las disciplinas científicas a ella asociadas. Es que, al igual que con cualquiera de las decisiones clave que un gobierno o Estado deba tomar, las referidas a la salud de la población tienen un lugar muy especial, en la medida en que tales decisiones afectan esferas muy diversas de las sociedades humanas: desde lo financiero, hasta lo más puramente espiritual.

Sin embargo, y a pesar de esta enorme importancia, la medicina como oficio ha ido perdiendo su relativa posición de privilegio mantenida con base en la imagen cuasi-religiosa que se ha propagado de esta profesión y de sus “sacerdotes” y, paradójicamente, ha ido adquiriendo un carácter más abiertamente *político*. Este proceso tiene que ver, quizá, con la creciente difusión de conocimientos sobre la salud y la enfermedad que, además de los médicos mismos, se ha hecho a través de numerosos medios de comunicación masivos durante mucho tiempo y en las últimas tres décadas, en internet. Pero también se me antoja verlo vinculado a las crisis de poder en las sociedades occidentales y especialmente a la crisis de la hegemonía norteamericana en el mundo, sobre todo después de la guerra del Vietnam. Los poderes hegemónicos mundiales están en crisis y el poder médico sobre la salud no debería ser ajeno a ella. Muchas obras se han escrito en torno a este tema pero nuestra favorita—que como es lógico es aquella en la cual pusimos algo nuestro- pone de manifiesto que esta forma de ejercer el poder es compleja y requiere de un análisis minucioso puesto que se manifiesta, al menos, en tres ámbitos: lo administrativo, lo técnico y lo político, propiamente dicho. En todo caso –discusiones de este tipo aparte por ahora- la salud he llegado a ser un tema muy vinculado al poder político en las sociedades y ello ha resultado mucho más evidente en las últimas décadas del siglo pasado y en lo que va de éste.

Hay, sin embargo, una notable diferencia cuando se examinan las prioridades, tanto del gobierno como de la población, en relación con la salud. Mientras en sociedades como la inglesa el Servicio Nacional de Salud llega a ser una esfera de compromiso y supervisión permanente por parte de la sociedad, en muchos países de América Latina, apenas si aparece en la agenda de los gobiernos. Otras son las prioridades. Muchas veces las condiciones de vida miserables privan sobre el ejercicio de los derechos ciudadanos y se entrega la vida por mendrugos y, en el peor de los casos, se mata por ellos. Pero una cosa es ver el problema desde la óptica del usuario y otra muy diferente, observarla desde la mirada de quien ejerce el poder. Cuando quien domina redescubre los vínculos entre poder y salud, las cosas cambian. Por ello, aunque nos sintamos tentados a hacer análisis cuantitativos sistemáticos y rigurosos de los problemas y las políticas de salud, no podemos dejar de lado en ningún momento, el significado e impacto político que la salud, su cuidado y la organización en que se sustenta, tienen como elementos que apuntalan el logro, conservación y crecimiento del poder. Cuando hablamos de poder nos referimos al poder político, obviamente, es decir, en su sentido más simple, a la capacidad de que los demás hagan lo que alguien desea que hagan. Felices quienes manejan el idioma de Shakespeare, en el cual la distinción entre *policy* y *politics* simplifica la discusión de este tema pues en el campo sanitario permite separar analíticamente lo técnico de lo político propiamente dicho. Para nosotros cada vez más la política de salud se ha convertido en un hecho *político*. De esta forma, cuando hablamos de la política de salud, hablamos tanto de *policy* como de *politics.*

En estas páginas intentamos hacer una revisión de ese proceso referido específicamente a las transformaciones recientes que ha sufrido el sistema de salud en Venezuela y al papel desempeñado por la Misión Barrio Adentro (MBA) puesta oficialmente en marcha a partir de 2003 por el gobierno del Tte. Coronel Hugo Chávez como Presidente de la República Bolivariana de Venezuela, y sus repercusiones en el resto de Latinoamérica y en el mundo en general porque, como se mostrará en este libro, Barrio Adentro no es sólo un proyecto local, sino que está vinculado a un propósito hegemónico regional cuyas repercusiones en el ordenamiento global pueden ser importantes.

Debemos señalar que aunque pretendemos acercarnos a una evaluación de los impactos de este programa, las dificultades para hacerlo crecen en forma directamente proporcional a la conflictividad política de Venezuela en esta coyuntura. El acceso a la información sobre salud y específicamente, a la evolución reciente de los principales indicadores, ha llegado a considerarse información confidencial, de manera que los análisis pueden incurrir en imprecisiones e inexactitudes a la hora de contrastar los resultados aquí presentados con las cifras que se publican desde las esferas gubernamentales. El 4 de octubre de 2007 el diputado Rafael Ríos, Presidente de de la Subcomisión de Salud de la Asamblea Nacional, dijo que es inaceptable que no se publiquen las cifras epidemiológicas y señaló:

*“La Salud Pública se debe iniciar con un buen sistema de información veraz y oportuno que esté al alcance de todos los venezolanos para que puedan verificar lo que está ocurriendo y controlar el funcionamiento”[[1]](#footnote-2)*

Por otra parte, cambios en la metodología con que se construyen los indicadores hacen poco confiable la información oficial. Sin embargo, en aras de la coherencia, hemos optado por asumir como referencia la información oficial y toda aquella que se ha publicado producto de procesos de investigación o, al menos, presentados de esa manera.

Entiéndase pues que la ambigüedad acerca del tema de la información eatará presente en los análisis cuantitativos; al mismo tiempo debe considerarse que esas cifras son las que el gobierno ha publicado, local o internacionalmente. El otro aspecto tiene que ver con el tiempo de impacto de la MBA sobre los indicadores seleccionados. La escogencia de los indicadores más relevantes sobre salud materno-infantil, intentan superar el hiato entre la puesta en marcha del programa y sus resultados, expresados en términos de la evolución de indicadores clave porque éstos responde en muy breve lapso a las intervenciones. Estas dificultades, no controlables por el autor, deben tenerse en cuenta a la hora de leer estas páginas y serán resaltadas cada vez que sea necesario. En consecuencia, se trata de un primer acercamiento al problema con relación al cual se extraen conclusiones sometidas a estas limitaciones.

INDICE DEL CONTENIDO

1. LOS ANTECEDENTES……………………………………………………. 7
2. EL CONTEXTO SOCIO-POLITICO VENEZOLANO…………… 10
   1. La Comisión Presidencial para la reforma de la Salud y la

Seguridad Social

1. EL ORIGEN DE LA MISIÓN BARRIO ADENTRO……………… 18
   1. Las Brigadas Médica Cubanas en el estado Vargas
   2. El Convenio Cuba-Venezuela
   3. El Plan Barrio Adentro para Caracas y la Atención Primaria

a la salud

* 1. Del Plan Barrio Adentro a la Misión Barrio Adentro

1. LAS RELACIONES CUBA- VENEZUELA………………………. 40
   1. Breve recuento histórico
2. BARRIO ADENTRO: SALUD Y PODER POLITICO………….. 62
   1. Consideraciones Metodológicas
   2. Niveles y desarrollo de Barrio Adentro
   3. Enfoque metodológico, ámbitos y niveles de análisis
   4. Dimensiones de impacto en el ámbito de condiciones de salud
   5. Dimensiones de impacto en el ámbito de la situación de salud
   6. Objetivos de la investigación
   7. Tratamiento de la información
   8. Limitaciones encontradas
   9. Los impactos atribuibles y esperados de Barrio Adentro
3. LOS RESULTADOS……………………………………………….. 75
   1. Barrio Adentro y la expansión de la cobertura
   2. Elevación de la calidad de vida: mejoramiento de los indicadores

De salud materno-infantiles

* 1. Eficiencia y efectividad del gasto en salud

1. EL NEGOCIO DE LA SALUD Y LA SALUD DEL NEGOCIO… 95
2. LA SALUD POSIBLE………………………………………………. 109

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS ……………………………. 117

1. **LOS ANTECEDENTES**

El tema de la atención primaria a la salud ha sido una inquietud constante, tanto de organismos internacionales como de muchos de los países de nuestra región desde hace ya varias décadas. Esas tendencias se expresaron como preocupaciones de numerosos organismos planificadores en algunos países y llegaron incluso a formularse en los programas de formación del personal médico. Fueron numerosos los talleres y seminarios que se llevaron a cabo con el objetivo de conseguir el médico necesario para cada país. Todos esos intentos tuvieron como denominador común la definición del médico general por considerarlo de importancia capital a la hora de organizar la atención primaria a la salud. Es de destacar que desde comienzos de los años sesenta, esos intentos contaron con el auspicio de la Oficina Panamericana de la Salud (OPS) que también apadrinó la búsqueda de conocimientos al respecto. Muchos de los proyectos así generados se enfocaron hacia el problema que representaban las tendencias tempranas hacia la especialización en la educación médica, por considerar estas tendencias atentatorias contra el establecimiento de un buen sistema de atención primaria. Pero la que puede efectivamente considerarse como su universalización, se dio merced a la iniciativa de la OMS a finales de la década de los años 70 con la conferencia de Alma Ata en la cual, por primera vez, los países se comprometieron al logro común de ciertas metas relacionadas con lo que entonces se denominó “Salud para todos en el año 2000” y que tenía implicaciones tanto para la educación médica y la investigación científica, como para la forma de organizar y administrar los sistemas de salud. Desde el punto de vista institucional en América Latina, la sede principal de estas iniciativas a nivel nacional, fueron las escuelas de Salud Pública y los adelantos logrados en esta materia, deben verse en relación con la relativa posición de poder que dichas escuelas tuvieron para ese momento en las facultades de medicina de los países de la sub-región latinoamericana. Así, en aquellos países en los cuales existía enfrentamiento entre las visiones predominantemente clínicas de la medicina y la salud con las concepciones colectivas reinantes en las escuelas de Salud Pública, éstas estuvieron relegadas de las decisiones en la materia o su influencia fue escasa. Por el contrario, prosperaron y dieron frutos en donde no existía tal rivalidad.

Es cierto que se desarrollaron, como se ha señalado, un conjunto de investigaciones al respecto que abarcaron desde el análisis de los curricula, hasta versiones experimentales de diseños educativos de pregrado en los cuales se intentaba vincular al estudiante de medicina con actividades comunitarias, como intentos de superar las visiones “hospitalocéntricas” (Bronfman y Díaz Polanco, 1978).

Desde el punto de vista de la investigación, se formaron grupos dedicados al análisis crítico de la epidemiología y de los modelos tradicionales que servían de paradigmas a la enseñanza e investigación en materia de salud, los cuales produjeron obras que pueden considerarse clásicas en esta materia.[[2]](#footnote-3) Estos grupos lograron, además, diseñar un espacio político-académico para el intercambio, difusión y puesta en marcha de sus ideas, como es el caso de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES) a la cual más tarde se añadieron otros grupos, promoviendo además, un liderazgo intelectual en este terreno.

En los años ochenta se definió a la medicina familiar como una especialidad que permitiría suplir la inexistencia del médico general y su escasa figuración en los planes de salud. Numerosos estudios se desarrollaron para poner en evidencia cómo la ignorancia pública acerca de las especialidades médicas y del papel de los médicos generales, inducía una demanda sesgada que significaba altos costos por las implicaciones que tenía sobre el patrón de uso de medicamentos y tecnología destacando, como consecuencia, los problemas de accesibilidad y de equidad que ello planteaba. Ese patrón de la demanda tenía desiguales impactos en diferentes sistemas de salud. En aquellos países en los cuales los sistemas operaban sobre la base de financiamiento privado en cualesquiera de sus modalidades, el acceso a los servicios se veía limitado por las condiciones socio-económicas de la población; por su parte, en los países con sistemas públicos de salud, imponía onerosas cargas para el Estado. En ambos casos, aún cuando con implicaciones sociales distintas, se trataba también de un problema de costos y de su contención. Ello llevó a algunos autores a plantear que las iniciativas que favorecían la atención primaria, especialmente el caso de la medicina familiar, eran intentos de frenar los costos, restringiendo el acceso a la tecnología de punta a los grupos sociales menos favorecidos constituyendo así, no una atención primaria, sino “primitiva” reproductora de las desigualdades sociales y las iniquidades en el terreno de la salud (Testa, 1983). Si bien es cierto que muchos de tales planteamientos pecaban de ser interpretaciones un tanto lineales y sesgadas, tuvieron la virtud a nuestro juicio, de poner en evidencia las relaciones entre salud y poder político al descubrir detrás del lenguaje técnico, los intereses y fines de grupos disímiles vinculados al sector.

Como se ve, el tema de la atención primaria ha sido objeto de una enorme cantidad de discusiones sobre todo porque el compromiso político de los Estados no dio el resultado previsto en el plazo establecido (año 2000) y ello no es sólo atribuible a ineficiencias administrativas y de gestión, sino también a los nuevos problemas de salud que se fueron desarrollando en el mundo constituyendo casi epidemias mundiales, como es el caso del VIH-SIDA -por sólo poner un ejemplo- y a la reaparición en nuestros países de viejas y supuestamente superadas endemias, como es el caso de la malaria, la fiebre amarilla y el dengue. Igualmente debe tenerse en cuenta el papel que pueda haber jugado el envejecimiento de la población que ha venido ocurriendo en los países desarrollados y que comienza a verse en algunos países en desarrollo (Bronfman y Díaz Polanco, 1978).

A pesar de un desarrollo desigual de las iniciativas vinculadas al fortalecimiento de la atención primaria como política de salud en los países latinoamericanos, ésta terminó por imponerse, especialmente a través de la difusión de los éxitos logrados por la Medicina Familiar. En el caso venezolano, esta iniciativa comenzó en la década de los ochenta y significó un debate amplio entre los diferentes grupos profesionales vinculados a la salud, en virtud de las implicaciones que el médico familiar tendría como organizador del sistema de salud. Un lugar destacado dentro de los desarrollos de la atención primaria, ha sido ocupado por Cuba. El desarrollo post-revolucionario de la medicina en este país, basado en la atención primaria y en la focalización hacia los grupos más necesitados, produjo importantes resultados en la reducción de la mortalidad infantil, así como en otros indicadores sanitarios, fuertemente influidos por las condiciones de vida. En este modelo, la exigencia por la salud parece haber jugado un papel importante, al conjugar en la práctica cotidiana, la prestación de servicios de salud y el control social de la población para garantizar un comportamiento sanitario adecuado. Este modelo de formación masiva de personal de salud, obedeció a la necesidad que planteaba su escasez. Para 1960, había emigrado de Cuba más del 50 % de los médicos (OPS, 1962). Se hicieron entonces enormes esfuerzos para la formación de nuevo personal de salud que implicaron importantes innovaciones. En una población mayoritariamente joven, con altas tasas de natalidad y con grandes problemas de salud materno-infantil, este personal jugó un papel fundamental en la posterior y drástica disminución de los indicadores, que fueron citados como ejemplo mundial de eficacia del sistema cubano de salud.

Frente a las limitaciones de las diferentes formas de atención primaria y de los intentos de reforma de los sistemas de salud, Venezuela se ha visto en medio de un conjunto de iniciativas que parecen destinadas a construir una nueva institucionalidad en el terreno sanitario y que están especialmente dirigidas hacia la atención de la salud de las poblaciones más necesitadas, con un fuerte y decisivo apoyo del gobierno cubano. Se trata de la Misión Barrio Adentro (MBA), como opción de atención primaria. Pero esos lazos de colaboración entre Venezuela y Cuba no deben verse restringidos sólo al ámbito sanitario; de hecho, el proceso de cambio político actual por el cual atraviesa Venezuela, coloca importantes componentes políticos en el escenario, de manera que es necesario un esfuerzo analítico importante para poder distinguir entre las implicaciones en salud, y aquellas que están directamente relacionadas con la conquista, preservación y acrecentamiento del poder. Por ello se hace necesario un análisis del contexto político y un recuento de los hechos históricos que contribuyan a ubicar y esclarecer el sentido y la dirección de la MBA. Lo haremos en dos partes. La primera revisa el proceso político que condujo a la creación de la V República en Venezuela; la segunda analiza la historia de las relaciones entre Cuba y Venezuela a la luz del desarrollo de los convenios que dieron origen a la MBA.

1. **EL CONTEXTO SOCIO-POLÍTICO VENEZOLANO**

Basado en una economía básicamente rentista-petrolera, el Estado venezolano a partir de mediados de los años 40 se convirtió en una fuente de ingresos permanentes que no requería de esfuerzo productivo sistemático, de manera que la política entró en ese escenario como la forma en que se pactaba el acceso, disfrute y dilapidación de la riqueza petrolera entre los grupos acordados. Muchas predicciones sobre el futuro de la sociedad venezolana fueron elaboradas sobre la base de las crisis petroleras y su repercusión en el proceso de distribución y re-distribución de la riqueza, como fuerzas reordenadoras de las relaciones sociales (Silva Michelena, 1970). Desde esta perspectiva, a partir de 1959 el ejercicio del poder se podría definir como la alternancia pactada entre dos grupos políticos. Por eso, durante esos años de democracia post dictadura, el ejercicio de la ciudadanía se vio restringido y la base sobre la cual se diseñó el Estado, fue la exclusión social y política de importantes sectores de la población venezolana.

Una prolongada crisis fiscal, producto de la reducción de los precios del petróleo, condujo a devaluaciones monetarias sucesivas, como forma de enfrentar la crisis, con el consiguiente impacto en el ingreso personal y familiar y el deterioro de las condiciones generales de vida, además de un creciente proceso de endeudamiento externo. Se deshizo el sueño de una sociedad opulenta en la cual había llegado a existir pleno empleo, se deterioró gravemente la imagen de la democracia y de los partidos que habían venido sustentándola.

Para quienes pudieron divisar las crisis que se avecinaban, fue imperiosa la creación de la Comisión para la Reforma del Estado (COPRE) que intentó sin éxito, una reforma constitucional y promovió la descentralización del Estado, tema que escasamente avanzó en algunos sectores, especialmente en el terreno de la salud. Sin embargo, no existía en el gobierno la voluntad política para echar a andar la redistribución del poder político y nunca se contó con un verdadero respaldo a las políticas de descentralización. En el caso de los servicios de salud, que fueron transferidos entre 1993 y 1998 a 17 de las 24 entidades federales de la República, este proceso se dio prácticamente sin la participación del gobierno central el cual acató esta estrategia como una forma de deslastrarse de los problemas que significaban muchos años de desatención a la población más necesitada y su exclusión del sistema sanitario. Esta exclusión se patentizaba en las disposiciones establecidas al respecto en la Constitución de 1961, en la cual el sistema público de salud existía en virtud de la atención a quienes no pudieran acceder a alguno de los regímenes especiales, incluidos el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS) y el sector privado. Era, en suma, un sistema para pobres de solemnidad pero que, merced al “desfinanciamiento” progresivo a que fue sometido, carecía de los elementos esenciales para garantizar dicha atención, de manera que su evolución se caracterizó por una creciente tendencia a la privatización expresada, entre otras cosas, en el pago directo o indirecto por parte del usuario de los servicios que recibía, multiplicando así los problemas de acceso. Entre 1985 y 1998, el gasto público en salud no llegó pasar del 1,9 % del PIB y nunca fue más del 6 % del presupuesto nacional (Resven, 2005). Esta tendencia no varió demasiado con la descentralización porque la escasez de recursos colocaba a los gerentes de los sistemas regionales en la situación de cobrar a los usuarios o cerrar los establecimientos de salud[[3]](#footnote-4). El deterioro de los servicios sanitarios públicos no tuvo dolientes y es uno de los escenarios privilegiados para observar la crisis de legitimidad del sistema político venezolano que se expresó en el desmantelamiento de los partidos y en la quiebra de los canales de intermediación entre la sociedad civil y el Estado, especialmente con ocasión de la aprobación de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud en 1987 que puso de manifiesto la escasa capacidad regulatoria y autoridad política del entonces Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (MSAS) (Díaz Polanco, 1992). Las promesas incumplidas, las fantasías promovidas de un país rico viviendo de la renta y con crecientes oportunidades para todos, la incapacidad administrativa y la corrupción de los gobiernos fue el terreno abonado para el surgimiento de un nuevo tipo de liderazgo vinculado a una visión más centralista del Estado y de sus relaciones con la sociedad civil.

En 1998, luego de dos intentos de golpe de Estado, Hugo Chávez Frías gana las elecciones a las cuales se postuló con amplio apoyo de los votantes y, al mismo tiempo, un importante margen de abstención[[4]](#footnote-5). Este ascenso fue posible gracias a la alianza de fuerzas muy diversas, entre las cuales se cuentan quienes abjuraron de los partidos tradicionales y los marginados políticos del anterior pacto social, sobre todo los grupos más ortodoxamente marxistas-leninistas. Además del componente reinvindicativo que estos grupos podían enarbolar para proponer su acceso al poder, también los unía un fuerte resentimiento social, producto de la exclusión ya mencionada y de un discurso presidencial que contribuía manifiestamente a reforzar tales sentimientos, en virtud de la reciente legitimidad lograda en los comicios.

* 1. **La Comisión Presidencial para la Reforma de la Salud y la Seguridad Social**

Tal y como estaba previsto en la oferta electoral de Chávez, se convoca una Asamblea Nacional Constituyente (ANC) y se otorga al recién electo Presidente, una Ley Especial Habilitante que le permitiría tomar decisiones importantes, entre ellas, las relacionadas con el Sistema Público Nacional de Salud (SPNS) y el sistema de Seguridad Social. A los efectos del diseño del SPNS, se designó una Comisión Presidencial para recoger el consenso de los más de 40 actores involucrados en la que apareció como inminente la reforma del sistema de salud. Esta Comisión Presidencial tenía como metas:

1. Desarrollar y hacer efectivo el mandato constitucional de garantizar la salud como derecho social fundamental

2. Regular todo lo relacionado con la salud integral de la persona y la colectividad

3. Regular la organización, funcionamiento y financiamiento del Sector Salud

En sitios públicamente identificados y en la prensa escrita esta Comisión convocó a todos los actores interesados y comenzó su labor de escuchar y recibir propuestas para la nueva Ley y para el Sistema Público Nacional de Salud (SPNS) que debería estructurarse de acuerdo al mandato Constitucional y a las metas fijadas por la Comisión. En ese sentido, se recibieron más de 50 propuestas, se celebraron reuniones y asambleas con más de 40 actores del sector, se hicieron consultas específicas a los trabajadores de la salud y se invitó a expertos internacionales como conferencistas y asesores. Luego de varios meses de trabajo, la Comisión redactó un proyecto de Ley Orgánica, en el cual se destacaban las bases fundamentales para la puesta en marcha del SPNS, a saber:

* Unico
* Descentralizado, organizado como un sistema intergubernamental (SIS)
* Participativo
* Intersectorial
* Financiamiento y provisión públicos

El carácter único del sistema apuntaba hacia la necesidad de reunir, bajo una sola rectoría, a todos los sistemas públicos existentes en el país. Esta fragmentación es y ha sido una característica constante del sistema público de salud venezolano confiriéndole un alto grado de ineficiencia e iniquidad. Esa estructura fragmentaria, a su vez, es parcialmente el producto de las prebendas que diferentes grupos lograron construir para si. De hecho, los principales regímenes especiales tanto de salud como de seguridad social, están vinculados a las profesiones u oficios, siguiendo la lógica laborista del IVSS. De esta manera, la defensa de tales prerrogativas se hizo cada vez más enconada, en la medida en que se acentuaba la percepción inminente de la crisis fiscal y política, como una forma de asegurar parcialmente el nivel de vida de los grupos así favorecidos. Maestros y profesores, docentes universitarios y gremios contratantes con el sector público, fuerza armada, entre muchos otros, o disponían de seguros colectivos pagados por los empleadores, o tenían regímenes de atención a la salud paralelos que llegaron a constituir verdaderos sistemas asistenciales con estructura y funcionalidad propias, parcial o principalmente financiados con recursos públicos y relativamente autónomos en sus políticas.

Esta fragmentación del sistema de salud, con múltiples formas de contribución o cotización, además de redundar en la creciente ineficiencia del sistema sanitario público venezolano, impuso a sus usuarios una doble y hasta triple tributación y, merced al deterioro de su cobertura y calidad, reforzó la creencia en la mejor calidad de la prestación privada. Incluso, la distinción entre público y privado tiende a hacerse muy tenue, dadas las relaciones que se establecen entre el destino del gasto público dedicado a salud y los beneficiarios de tal gasto. De esta manera si se entiende el financiamiento como la variable definitoria de la naturaleza (pública/privada) del sistema de salud, habría que concluir que el venezolano ha sido y es un sistema de salud predominantemente privado (Díaz Polanco y otros, 2004).

La unificación del SPNS propuesto pasaba entonces, no sólo por decretar dicha unidad, sino por la necesidad de negociar con los actores afectados una tal decisión, de manera que esa negociación impusiese, tanto al oferente como al demandante de servicios, el reto de aumentar significativamente la cobertura y calidad de los servicios públicos, de manera de ofrecer a los grupos afectados, al menos, lo que tenían anteriormente. A nuestro juicio, partir de esta base tiene ventajas porque aunque hiciera más complejo el proceso, no debería fallar en el necesario aumento de la eficacia y la calidad de la oferta de servicios para el ciudadano.

Debía, además -siguiendo lo pautado en la Constitución sometida a referéndum popular en 1999- continuar y profundizar el carácter descentralizado de los servicios regionales de salud y promover la participación activa de las comunidades en su evaluación y control. Aquí el problema se presenta cuando desde el gobierno se define a la descentralización, a pesar de lo declarativo de los principios constitucionales, como una rémora de las políticas sociales llamadas neoliberales que tanto daño hicieron a comienzos de la década de los años 90 y que fueron apoyadas por la prestación de cooperación técnica por parte de los organismos multilaterales. Esa visión, predominante en grupos importantes en el poder, ha impedido hacer una lectura objetiva de los resultados que se obtuvieron con la descentralización de los servicios de salud entre 1992 y 1998. De esta manera, desde el nuevo gobierno se identificó descentralización con fragmentación del sistema de salud y con modelos políticamente inaceptables de carácter neoliberal (Díaz Polanco, 2006a).

Quizá el rasgo más relevante fue el referido a su financiamiento, en el cual se descartaba lo que había planteado la Ley de 1998 en lo referente a la administración privada de los fondos de salud. Se entendía que las Organizaciones Estadales de Salud (OES) que habían nacido como producto de la descentralización, se constituirían en los órganos administradores de los recursos que se transferirían a los sistemas regionales de salud desde el gobierno central. Se establecían condiciones para la participación de los sectores privados de prestadores de servicios, pero quedaba claramente establecido que la administración y la prestación de dichos servicios debería obedecer, entre otros, a los principios de equidad, solidaridad y gratuidad[[5]](#footnote-6).

Finalmente, se establecía un lapso estimado de 10 años a los efectos de la consolidación del sistema y se planteaba la necesidad de sustituir el régimen contributivo de atención médica del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS) e ir transformando progresivamente el financiamiento del Sistema Público Nacional de Salud (SPNS) hacia un régimen básicamente tributario de origen fiscal. Para ello, debía lograrse también la unificación temporal de las diversas fuentes de financiamiento en una suerte de Fondo Nacional de Salud, todo ello edificado sobre la suposición de una economía saneada y en crecimiento, una reforma fiscal y tributaria y criterios claros en materia de política redistributiva.

En términos de los arreglos institucionales del sector, estas propuestas estaban planteando, implícita o explícitamente, la desaparición del IVSS, considerado como una de las instituciones más corruptas del país que en el pasado había hecho manejos dolosos de los fondos de pensiones y de atención médica, con una enorme deuda interna y una gran incapacidad operativa.[[6]](#footnote-7) Ello implicaba al mismo tiempo, un cambio radical en la concepción de la Seguridad Social, virtualmente inexistente en el país. Los “seguros sociales” habían venido funcionando sólo para los trabajadores formales, en forma esencialmente curativa y rehabilitadora y con discutibles niveles de efectividad y calidad (Díaz Polanco, 2006). La propuesta anteriormente descrita en sus fundamentos, fue aceptada por el Presidente y, en presencia de sus principales autores y dentro del marco de la Ley Habilitante que le había sido otorgada, ordenó medidas tendentes al paso de los servicios de atención médica del IVSS al MSAS[[7]](#footnote-8). Sin embargo las presiones provenientes de la Asamblea Nacional Constituyente (ANC) en virtud de la vinculación de ciertos asambleístas con el IVSS y la necesidad de afirmar el liderazgo de este Instituto sobre el sector salud, fueron creando dificultades a la hora de tomar las decisiones y el resultado fue dejar esas decisiones en manos de la Asamblea Nacional (AN) que surgiría de la ANC (Díaz Polanco, 2004).

A pesar de la claridad de estas conclusiones de la Comisión Presidencial y de lo que se estaba planteando para la Ley que regularía el SPNS, su consideración y aprobación, al igual que la de la Ley Orgánica de la Seguridad Social, fue postergada por las razones antes señaladas. Y así han transcurrido casi diez años. Los efectos de tal postergación pueden identificarse como:

* Desregulación, al carecer de Ley o de una normativa que permitiese operar al sector salud con una mediana eficiencia
* Incertidumbre para todos los actores involucrados en la medida en que la toma de decisiones nunca se ha llegado a concretar en un marco jurídico que de solidez a las decisiones y en la medida en que los intentos al respecto han excluido la consulta con dichos actores y han obviado las que se habían realizado anteriormente.
* Aumento improductivo del gasto público, tanto el dedicado al gasto corriente como el que se destina a otras acciones especiales, como es el caso de la MBA, cuya eficiencia e impacto se desconocen.
* Imposibilidad de valorar los productos del proceso de descentralización, por existir en los decisores visiones contradictorias y prejuiciadas al respecto.
* Supervivencia del IVSS, quizá el mayor impedimento para despejar la incertidumbre, dadas las características que de este Instituto se han señalado anteriormente.

Hubo intentos adicionales para tratar de llegar a consensos básicos, pero todos ellos terminaron en el fracaso.[[8]](#footnote-9) Recientemente, se hizo una propuesta de Ley Especial de Salud a la AN, la cual, incluso por su mismo carácter (el de no ser Orgánica), pareciera estar reñida con los principios establecidos en la Constitución de 1999. Una de las características más importantes de esa propuesta es la desaparición de las competencias regionales en materia de salud y su regreso, en forma centralizada, al MPPS[[9]](#footnote-10). Incluso, cuando se argumenta acerca de la rectoría del SPNS, se habla del “órgano con competencia en salud” de manera que se trata de ignorar el papel que debe desempeñar el Ministerio. Ello, a su vez, refleja las confusiones y contradicciones que existen entre los grupos que se disputan el ejercicio de esa importante función (la Rectoría); es decir, por el ejercicio del poder en el sector salud.

Por otra parte, es obvio que se trata de privilegiar al IVSS sobre el MPPS, con criterios que técnicamente parecieran no tener fundamento, en la medida en que el Ministerio (MSAS/MSDS/MS/MPPS) ha sido históricamente la institución responsable por la mayoría de los establecimientos de salud del país y poseedor de una importante experiencia histórica en materia del combate contra la endemias que azotaron el país entre 1936 y 1950. Estas pugnas, la violación del mandato Constitucional y haber descartado las recomendaciones de la Comisión Presidencial, así como la existencia de la Ley Orgánica de Seguridad Social que señala que la salud constituye una de sus regímenes prestacionales, tuvieron sus consecuencias, como se verá más adelante.

Pese a la fuerte oposición y a los estragos de una huelga general que incluyó la industria petrolera, el gobierno de Chávez logra sobrevivir y re-legitimarse electoralmente en condiciones no muy claras aún, por las denuncias y problemas que se crearon en torno al proceso de elecciones pero en el cual se supone que las “Misiones”, especialmente la MBA, debieron jugar un papel importante para la obtención del favor electoral, asunto sobre el que volveremos más adelante.

En el marco de una institucionalidad extremadamente lábil, comienza una suerte de depuración de los cargos públicos según la cual sólo los afectos al régimen pueden desempeñar tales funciones, asunto que ha sido públicamente reconocido por el régimen y que aún tiene vigencia, sobre todo en el caso de la industria petrolera en razón de la huelga del año 2000. Igualmente, se instaura una institucionalidad paralela especialmente importante en el caso de las políticas sociales y asistenciales, según la cual estos servicios deben ser prestados prioritariamente a quienes fueron definidos como “excluidos” por los regímenes políticos anteriores. Este proceso de discriminación, se va acentuar con el paso del tiempo y se vinculará progresivamente a la amenaza externa que se identifica en los discursos presidenciales y de otros importantes funcionarios públicos, especialmente con el gobierno norteamericano y aquellos de quienes se dice reciben apoyo de éste.

1. **EL ORIGEN DE LA MISION BARRIO ADENTRO**
   1. **Las brigadas médicas cubanas en el estado Vargas**

Entre los días 15 y 16 de diciembre de 1999 sucedió un desastre natural de enormes proporciones en diez estados venezolanos, que afectó fundamentalmente al estado Vargas, al norte del país. Más del 50% de los daños humanos y físicos del desastre ocurrieron en este estado. De los reportes que hubo para el momento del desastre, en Vargas resultaron afectadas 215.000 personas, de las cuales quedaron damnificadas cerca de 55.000 (ILDIS, 2000). La infraestructura hospitalaria y ambulatoria del estado quedó parcialmente inhabilitada y la que continuó operativa resultaba insuficiente para la magnitud de la tragedia.

El 17 de diciembre de 1999 llegó al país una brigada de médicos cubanos, por las iniciativas de ayuda humanitaria que prestaron muchos países a Venezuela. De acuerdo con un reportaje de prensa, “*El contingente médico cubano en Venezuela constaba de 454 personas, incluyendo 250 médicos, dijo Adalberto Sotolongo Castillo, epidemiólogo, de 37 años de edad, que coordina a sus compatriotas desde una base en La Guaira. La mayoría llegó entre dos y cuatro días después del desastre en el que murieron decenas de miles de personas y cientos de miles quedaron damnificadas*”[[10]](#footnote-11).

Como explica Pedro Ruiz, estas brigadas cubanas incluían personal médico, de enfermería, epidemiólogos y técnicos de higiene para prestar atención en medicina integral junto a médicos y voluntarios venezolanos, algunos de ellos de las comunidades afectadas: “*Desde el mismo momento establecieron un plan de acción inmediata, distribuyéndose por todo el territorio del estado...Nos cuenta la Brigada Cubana que la jornada de trabajo se estructura en dos sesiones una de las cuales se efectúa una consulta médica a nivel del ambulatorio y la otra sección de trabajo se dedica a realizar visitas a las familias en las cuales se efectúa el llenado de historia clínica familiar (Carpeta Familiar) así como el censo de las personas con factores de riesgo para la salud, personas enfermas y con discapacidades por enfermedad o por accidente. Esta clasificación permite establecer las prioridades (Dispensarización) en el seguimiento de los casos y establecer estrategias de atención (...). Con médicos y voluntarios se organizaron los primeros equipos. Cabe destacar que este grupo lo integraba personal venezolano. Se crearon 6 unidades de atención ambulatoria en colegios, iglesias y residencias privadas. Se organizaron en brigadas de promotores comunitarios cada una con 10 promotores (as). Para el momento hay 18 brigadas con 10 miembros cada una. Su labor principal es formar a la comunidad como preventora de salud. Los médicos cubanos se encargan de la capacitación*” (ILDIS; 2000: 20-22)

Posteriormente a la tragedia, las brigadas médicas continuaron en el estado Vargas hasta el año 2002 asistiendo en labores de atención y prevención de enfermedades, y se habían extendido a las zonas rurales de los estados Lara, Miranda, Trujillo y Bolívar. En el año 2000, la Embajada de Cuba en Venezuela reportaba un total de 108 cubanos/as integrantes las brigadas médicas[[11]](#footnote-12). Un reportaje de prensa del año 2001 hablaba de 48 brigadas médicas cubanas distribuidas a lo largo de toda la zona costera, con la presencia de epidemiólogos, cirujanos, traumatólogos, anestesiólogos, ginecólogos, pediatras, internistas y enfermeras. Según información recogida en varios reportajes de prensa, las actividades de los médicos cubanos después de la tragedia se desarrollaban de la siguiente forma: “*Ahora, en la fase posterior a la catástrofe, están tratando fundamentalmente casos de diarrea grave e infecciones cutáneas y respiratorias. Prevenir brotes de epidemias ha sido otro de los principales cometidos del contingente cubano aquí. Dado que 90% del sistema de aguas negras de la costa quedó destruido, estos esfuerzos revisten carácter de urgencia. Se fumigan las calles para impedir el desarrollo de potenciales portadores, como zancudos y roedores, con un producto cubano llamado Biorat, elaborado con arroz tratado con salmonella, que resultó efectivo en Honduras después del huracán Mitch*”[[12]](#footnote-13). “*'Hasta ahora no ha habido brotes', dijo Sotolongo, quien viajó a un lejano pueblo costero llamado Caruao, a unos 48 kilómetros al este de Naiguatá. Luego se trasladó al remoto pueblo de La Sabana, donde una brigada de ocho doctores ha ido de casa en casa, para practicarles a los residentes un examen gratuito, una costumbre común en Cuba, indicaron los galenos. 'Cada uno de nosotros ha visto unos 40 pacientes por día', dijo el internista Carlos Jiménez García, quien indicó que los parásitos, las hemorragias intestinales y las infecciones del oído y la piel eran las afecciones más comunes que había tratado. El sistema de agua fue tratado con cloro, algo que fue sugerido por los doctores cubanos*”[[13]](#footnote-14).

Las actividades de los médicos cubanos provocaron reacciones en contra del gremio médico venezolano y manifestaciones a favor de la población asistida. En el año 2000, voceros políticos de oposición denunciaban la presencia de personal cubano en Venezuela con intenciones de influencia ideológica y la Federación Médica Venezolana (FVM) protestaba las prácticas médicas realizadas por los cubanos sin la debida acreditación establecida en las leyes venezolanas sobre el ejercicio de la medicina. “*El grupo publicó un aviso de media página en un diario de circulación nacional señalando que los médicos extranjeros estaban trabajando ilegalmente en Venezuela y criticó especialmente a los cubanos por llamar la atención acerca de la escasez de personal médico disponible en las áreas afectadas[[14]](#footnote-15)*”. Como relata Pedro Ruiz*[[15]](#footnote-16)*: “*La presencia de estas brigadas ha generado todo tipo de comentarios y hasta enfrentamientos. Por una parte el Presidente de la Federación Médica Venezolana y el Colegio de Médicos del Estado Vargas plantearon denunciarlos ante el Cuerpo Técnico de Policía Judicial por práctica ilegal de la medicina. Por la otra los vecinos han enfrentado enérgicamente estas posturas, las cuales han sido calificadas de insolentes y antipatrióticas*”.

Al mismo tiempo, se hacían llamados de atención sobre las precarias condiciones de asistencia médica que presentaba la población del estado Vargas en vista de los reportes recogidos en prensa de los propios médicos cubanos: “*Soy médica internista y veo con suma preocupación que lo planteado por los médicos cubanos ya deja de ser un problema agudo causado por la tragedia reciente, ya son problemas de índole crónica que reflejan una grave falta de política sanitaria por parte del Gobierno. ¿Qué le parece, señor presidente Hugo Chávez, que sus amigos cubanos ya empezaron a criticar la gestión sanitaria en un país extranjero? Señores rectores de universidades: ¿Cuántos galenos se gradúan cada año? Federación Médica Venezolana: ¿Cuántos médicos tiene colegiados? Ministro de Sanidad: ¿Cuáles son las políticas sanitarias para las áreas rurales?, ¿dónde están los médicos que cumplen con el artículo 8 de Ejercicio de la Medicina? Sociedad Venezolana de Hipertensión: ¿Cuáles son las cifras reales de hipertensos en el país y qué se está haciendo al respecto?*”[[16]](#footnote-17).

En otro plano, los testimonios de las comunidades evidenciaban la falta de atención médica que era cubierta por el personal médico cubano: “*'Estoy muy contento de que estén aquí', dijo José Iriarte, de 42 años, trabajador de la Cantv[[17]](#footnote-18). 'Desde hace bastante tiempo que no veíamos un doctor aquí'. El miércoles, padre e hijo estuvieron rodeados por más médicos y enfermeras de lo que el promedio de los venezolanos ha visto en una década. Los seis pacientes que estaban esperando por recibir tratamiento eran menos, en una proporción de uno a dos, que los miembros de la Brigada Médica Nº 4 uno de los 48 grupos de médicos cubanos dispersos en los 640 kilómetros de la costa. Otra brigada de siete personas estaba atendiendo a la población en una escuela católica en este pueblo de unos 40 mil habitantes”.*

Dentro de un clima de tensión y de argumentos en pro y en contra, comenzaron a surgir distintas propuestas para la continuación de la ayuda médica prestada por el gobierno cubano al país. Entre las propuestas manejadas se encontraban: la posibilidad de enviar venezolanos/as a estudiar medicina en Cuba, la extensión de la permanencia de las brigadas médicas cubanas[[18]](#footnote-19) y/o un esquema integral de cooperación en el modelo de salud con apoyo directo de médicos cubanos en las zonas más desasistidas del país. Estas propuestas finalmente se concretaron con la firma de un convenio energético con Cuba en el año 2000, a través de cual el gobierno venezolano acuerda un amplio intercambio con Cuba en materia de salud a cambio del suministro de petróleo, y que se detalla a continuación.

* 1. **El Convenio Cuba-Venezuela**

Con ocasión de la visita a Venezuela del Presidente Fidel Castro, el 30 de octubre del año 2000 se firma el Convenio de Cooperación Integral entre la República de Cuba y la República Bolivariana de Venezuela en el cual se establece un programa de apoyo que comprende el traslado de personal de salud cubano al país, la formación en medicina de venezolanos/as en Cuba, el tratamiento de pacientes en instituciones de salud cubanas, así como la venta de equipos y productos médicos a Venezuela, a cambio de asesoría, asistencia técnica y suministro de crudos y derivados del petróleo durante 5 años[[19]](#footnote-20).

**El Convenio de Cooperación Integral Cuba-Venezuela en Salud**

|  |  |
| --- | --- |
| **Acuerdos** | **Especificaciones** |
| Traslado de personal de salud cubano a Venezuela | Traslado de médicos, especialistas y técnicos de la salud a Venezuela, quienes prestarían atención en lugares donde no hubiera disponibilidad de personal, así como entrenamiento a personal venezolano en el país, sin mención del tiempo de estadía del personal cubano en el país.  Los salarios del personal cubano así como la manutención de sus familias en Cuba, quedaban a cargo del Gobierno Cubano mientras que los gastos de alimentación, alojamiento y transporte serían pagados por el Gobierno Venezolano[[20]](#footnote-21). |
| Formación de personal médico y de enfermería en Cuba | Formación de post-grado para estudiantes venezolanos en especializaciones médicas, medicina general, epidemiología y otras a determinar con el fin de contribuir a fortalecer y ampliar los servicios del sistema de salud.  Capacitación de personal de enfermería y otros técnicos de salud en cursos intensivos para ser colocados en zonas aisladas, donde este personal no exista o sea insuficiente. |
| Tratamiento de pacientes en Cuba | Tratamiento de adicciones (drogas, alcohol y fármacos)  Tratamiento para restauración neurológica, retinosis, pigmentaria, ortopedia y traumatología, así como trasplantes de médula, corazón, hígado, riñón y córnea.  Chequeos médicos especializados y eventuales tratamientos a los trabajadores y técnicos petroleros de Venezuela. |
| Venta de equipos y productos médicos cubanos a Venezuela | Medicamentos genéricos.  Vacunas: Hepatitis B, antimeningococcia tipo B y antileptospirosis; interferón Alfa 2B humano recombinante, 3,5 y 10 MUI para el tratamiento de infartos; eritropoyectina humana para la anemia; anticuerpos monoclonales.  Medios de diagnóstico clínico: policinasol (ateromixol); trofin (reconstituyente antianémico y antiasmático de origen natural); melagenina (para vitiligo); coriodermina para psoriasis; crema basada en Factor de Crecimiento Epidérmico y medicamentos para la terapia retroviral contra el SIDA.  Medios de cultivo y medios criogénicos.  Equipos médicos: electrocardiógrafos con monitores, electroaudiómetros, equipos de electroencefalogía, electromiografía, prueba ergométrica, sistema ultramicro-análiticos (SUMA) y kits de diagnóstico, espectrofotométros, sistema para neurocirugía estereotáxica, oxímetros de pulso.  Materiales y artículos ortopédicos, suplemento alimentario para implantes óseos y otros biomateriales. |

Con el convenio se formaliza la ayuda médica de los cubanos que hasta ese momento se encontraban en el país y se abre la posibilidad de extender y profundizar la asistencia cubana en materia de salud. Bajo este marco jurídico, en el mes de noviembre del año 2000 se inicia el traslado de pacientes venezolanos a Cuba[[21]](#footnote-22) para recibir atención médica especializada y ser intervenidos quirúrgicamente en 14 centros de salud de ese país[[22]](#footnote-23), con casi todos los gastos pagados por el gobierno venezolano. Esta atención se presta para padecimientos de alto costo o para los que no existe disponibilidad de especialistas y tratamientos en el país, en las áreas de oftalmología, cardiología, pediatría, enfermedades de la piel, tumores, enfermedades infecciosas y parasitarias, enfermedades de la sangre, enfermedades articulares, órganos hematopoyéticos, enfermedades endocrinas y del sistema circulatorio, además de complicaciones del sistema nervioso. Estas son las actividades que más adelante, en el año 2003, el Presidente de la República llamaría la “Misión Milagro”.

Siguiendo los acuerdos, en el año 2000 también se hace efectivo el viaje de 56 estudiantes venezolanos a Cuba para formarse como especialistas en medicina general integral por un lapso de 6 años (pre y post-grado), según el pensum de las universidades cubanas. Igualmente, en el 2001, el embajador venezolano en Cuba, Julio Montes, hace pública la idea de recibir cerca de 1.500 médicos cubanos, para atender zonas desasistidas del país: “*La propuesta venezolana es hacer un llamado público a los médicos venezolanos para que ocupen las plazas que están vacantes en los sitios más recónditos y apartados del país, aquellos que tienen condiciones de vida muy difíciles, de transporte, de localización urbana y geográfica y poner esas plazas a la disposición de los médicos venezolanos inicialmente. Pero para los lugares que no fueran ocupados y para no dejar a la población desasistida de la atención médica, serán llamados los médicos cubanos, anunció Montes. La propuesta ya la hizo Cuba a Venezuela, pero aún no se ha definido la fecha para la salida de estos profesionales. Para Montes, el problema no radica en la 'indolencia' del médico venezolano. 'Existe un sistema de valores que ha producido médicos cuya intención es tener un título y una acción en alguna clínica. Realmente la medicina privada está siendo muy lucrativa, por lo menos para un sector', aseguró*”[[23]](#footnote-24).

* 1. **El Plan Barrio Adentro para Caracas y la Atención Primaria en Salud**

Desde 1999, la Alcaldía del municipio Libertador venía trabajando en un plan de desarrollo local que tuviera penetración en los barrios de los sectores populares de Caracas y ofreciera la posibilidad de integrar distintos campos de la política social (salud, alimentación, educación y economía social). Esta iniciativa llevaba por nombre “Plan Barrio Adentro para Caracas”, a cargo del Instituto de Desarrollo Local (IDEL) órgano adscrito a la Alcaldía Libertador. Tomando en cuenta la experiencia de Vargas y habiendo ya un acuerdo formal suscrito entre Cuba y Venezuela, el Alcalde del Municipio Libertador entra en conversaciones con el Embajador Cubano en Venezuela para establecer un convenio que permitiera incorporar al Plan Barrio Adentro al personal médico cubano que se encontraba en el país por las circunstancias anotadas.

La idea original era crear un sistema de prevención y promoción de la salud, contando con la asesoría, la capacitación y la asistencia directa de unos 1.000 médicos cubanos, asociada con las áreas de educación popular y alimentación, a través de mercados populares, la formación en artes y oficios y la generación de cooperativas, para lo cual existía apoyo financiero del Banco de Desarrollo Económico y Social (BANDES). Esta iniciativa coincide con varias propuestas que había hecho el Ministerio de Salud y Desarrollo Social (MSDS) dirigidas de un nuevo modelo de atención primaria, basado en una estrategia integral de promoción de la salud y participación comunitaria, y el cual serviría como piso para la edificación del nuevo SPNS, tal como estaba establecido en la Constitución de 1999 y en las discusiones del anteproyecto de Ley Orgánica de Salud.

En efecto, durante los años 2001 y 2002 la Alcaldía del Municipio Libertador y el MSDS entran en discusiones para definir el componente de salud del Plan Barrio Adentro. En estas definiciones ya existía una propuesta avanzada de Red de Servicios de Atención Primaria y Especialidades Ambulatorias, elaborada por la Coordinación de Atención Primaria del MSDS, en la que se adoptaba un concepto de la salud como calidad de vida. Ello exigía una nueva tipología, clasificación, ordenamiento y operatividad de los servicios ambulatorios, pero sobre todo una red integral que tomara en cuenta los modelos de medicina familiar de otros países -como el cubano o el brasileño- y llevar la atención médica hacia los problemas de la gente dentro de sus propios espacios de vida. “*En concordancia con la definición de atención primaria, que atiende primero y a lo largo de la vida, esta red exigirá una organización del trabajo coherente con este compromiso...El enfoque de redes de promoción de la calidad de vida nos indica coordinación, consenso, diálogo, comunicación, intercambio, integración, suma de esfuerzos, trabajo conjunto decisiones integrales en la búsqueda permanente de mejor calidad de vida”(MSDS, 2004:5).* De este modo, el MSDS proponía la creación de tres tipos de redes: los Núcleos de Atención Primaria en Salud (NAPIS), los Centros de Atención Primaria Integral (CAPRI) y los Centros de Especialidades Ambulatorias (CESPA).

**Avances de la propuesta de Sistema Público de Salud (MSDS, Año 2002)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Unidades** | **Establecimientos y Servicios** | **RRHH y horarios** |
| Núcleos de Atención Primaria  (NAPIS)  500 familias o 2.500 habitantes | Son unidades básicas que prestan atención integral a las personas, familias, comunidades y el ambiente natural, social (comunidad, escuela, trabajo) y técnico en consonancia con los principios de la estrategia de promoción de la calidad de vida y salud. Están integrados por módulos de salud y la remodelación de ambulatorios urbanos I y rurales I y II. Incluye las consultas externas de medicina general de hospitales. | 1 médico general integral  2 auxiliar de enfermería  3 promotores comunitarios  8 horas al día, de lunes a viernes |
| Centros de Atención Primaria Integral (CAPRI)  25.000 a 30.000 habitantes | Son unidades intermedias de atención primaria en salud con especialidades en medicina interna, pediatría y ginecología. Son unidades de apoyo y centros de referencia de los NAPIS. | 8 horas diarias, de lunes a viernes |
| Centros de Especialidades Ambulatorias (CESPA)  1 por cada 10 NAPIS  100.000 a 250.000 habitantes | Son unidades que tienen consulta especializada y emergencias. Están integrados por ambulatorios urbanos II y III y hospitales. Cuentan con especialidades en medicina interna, pediatría, gineco-obstetricia, salud mental y cirugía general; y sub-especialidades en: neonatología, otorrinolaringología, ortopedia, cardiología, dermatología, oftalmología u otras. Además ofrece cirugía ambulatoria, sala de partos, sala de observación y otros servicios complementarios como laboratorio e imagenología, entre otros. | De 12 a 24 horas |
| Atención de tercer nivel | Atención ambulatoria y hospitalización en sub-especialidades, como gastroenterología, endocrinología, inmunología, urología, cardiovascular, hematología, nefrología, infectología, neurología y fisiatría. |  |

Dentro de esta propuesta surge la idea de diseñar un esquema de atención primaria en salud en el Plan Barrio Adentro para Caracas, compuesto por los NAPIS y a los cuales el Presidente y la Alcaldía de Libertador prefirieron llamar Consultorios Populares. Los NAPIS debían conocer la realidad de las familias bajo su responsabilidad, a través del censo o diagnóstico de sus características sociales, demográficas y epidemiológicas; identificar los principales problemas de salud y situaciones de riesgo a las que están expuesta las comunidades que se atienden; elaborar con la participación de la comunidad un plano de la localidad para hacer visibles los determinantes del proceso salud-enfermedad; prestar atención integral respondiendo de forma continua y racionalizada a la situación de las familias y las personas, y al seguimiento de los casos de referencia y desarrollar acciones de promoción de la calidad de vida y de salud. El proyecto de NAPIS planteaba la construcción de nuevos módulos de salud con un diseño arquitectónico adaptado a sus funciones.

**3.4.**

**De Plan Barrio Adentro a la Misión Barrio Adentro**

En marzo del 2003, la Alcaldía del Municipio Libertador establece acuerdos específicos con Cuba en el marco del Plan Barrio Adentro para Caracas y el Convenio Cuba-Venezuela, para comenzar el traslado de médicos cubanos (formados en medicina general integral) a las parroquias más deprimidas del municipio que representan prácticamente el 90% del territorio,: “...*es hasta el mes de marzo del año 2003 en que por iniciativa del Alcalde Freddy A. Bernal Rosales del Municipio Libertador, y con la anuencia del Presidente de la República Bolivariana de Venezuela se establece un acuerdo entre la referida Alcaldía y la República de Cuba, como parte del ´Convenio Integral de Cooperación´ entre ambos países con miras a implementar un plan de salud en los barrios de Caracas, donde se encuentran las clases más desposeídas...*” (MSDS, 2004: 22)

Así es como el 16 de abril del año 2003 llegan al país los primeros 53 médicos cubanos a 10 parroquias del municipio Libertador.

El inicio del Plan Barrio Adentro representó una intensa actividad de ubicación e instalación de los médicos/as cubanos en casas de familia dentro de las propias comunidades, labor que realizó el IDEL en conjunto con la Coordinación de la Misión Cubana y la colaboración de las comunidades. La ubicación de los médicos/as fue decidida por las propias comunidades. Cuenta Rubén Alayón (Ex/coordinador del Plan Barrio Adentro): *“...nosotros teníamos previamente un trabajo en el barrio en el que seleccionábamos los sitios por asambleas...¿para qué casa va el médico?, eso lo decidía la gente allí reunida, - en casa mía, yo lo llevo, yo pongo esto, mira yo tengo real pa’ esto-“*[[24]](#footnote-25).No se esperó a que llegaran recursos para la instalación de los médicos/as y éstos sólo contaban con un estetoscopio y su ropa.

Las familias y las comunidades se encargaron de las necesidades de los médico/as, así como de la adecuación de los espacios para las actividades de consulta, en la misma casa donde se alojaría el médico o en casas prestadas. En este sentido explica el mismo Alayón: “...*se aclaraba, no es que vamos a comenzar y después el Estado se quiere coger los reales. Vamos a empezar y después presionamos al Estado para que continúe. Entonces la gente agarraba 4 gaveras de refresco, un poco de trapos para armar camillas y así comenzaron a darse las primeras consultas. Fue una cogestión en ese sentido*”[[25]](#footnote-26).

Según Alayón[[26]](#footnote-27), los primeros 53 médicos cubanos fueron ubicados en las parroquias con más afinidad política al gobierno, de tal manera que fuera sencillo su aceptación, además que la entrada a los barrios requería del apoyo de las pandillas que operan en la zona. El comienzo fue difícil, porque al saberse la existencia de estos médicos y la atención que se prestaba aumentaron rápidamente las demandas de la gente, sin ninguna previsión. Allí surge la idea de crear una Escuela de Promotores Sociales en la cual se capacitó a 300 personas. Con apoyo de estos promotores se dividió el municipio en 4 sectores: El Recreo-Catia; Valle-Coche; El Cementerio-San Agustín y Altagracia-San José.

El 14 de diciembre de 2003, en el Programa Aló Presidente Nº 174, el Presidente de la República inauguraba el primero de los 20 módulos previstos de Barrio Adentro, para dar comienzo a la sustitución de los consultorios provisionales en casas de familia por los consultorios definitivos.

En el mismo programa de radio y televisión, el Presidente explicó la evolución del Plan Barrio Adentro hasta esa fecha, con información aportada por la Coordinadora de la Misión Médica Cubana. Por cada módulo habría 1 o 2 médicos con medicinas traídas de Cuba para atender necesidades de salud de la población. La cantidad de estos medicamentos fue calculada por equipos médicos de Cuba bajo la supervisión directa del propio Presidente cubano, según el perfil epidemiológico de cada estado y zona del país[[27]](#footnote-28). Calculando una capacidad promedio de 16 consultas y 10 visitas domiciliarias al día (8 horas entre lunes y viernes) por cada médico/a, se llegaba a la cifra de 40 millones de consultas y 25 millones de visitas al año. Con la inauguración de estos módulos, el Presidente anuncia que el Plan Barrio Adentro se transforma en la Misión Barrio Adentro. La siguiente tabla resume este proceso:

**Evolución de la Misión Barrio Adentro (abril-diciembre 2003)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Fechas** | **N° médicos cubanos** | **Lugares de ubicación** |
| **Etapa de inicio y experimentación (abril-junio 2003)** | | |
| 16 de abril 2003 | 53 | 10 parroquias del Municipio Libertador de Caracas |
| 6 de junio 2003 | 191 | Municipio Libertador de Caracas |
| 18 de junio 2003 | 60 | Municipio Sucre del Estado Miranda |
| *Total acumulado* | *304* | *Caracas y Estado Miranda* |
| **Etapa de expansión (julio-agosto 2003)** | | |
| 28 de agosto 2003 | 686 | Municipios Paz Castillo e Independencia del Estado Miranda |
| *Total acumulado* | *990* | *Caracas y Estado Miranda* |
| **Etapa de implementación (septiembre 2003)** | | |
| 4 de octubre 2003 | 74 | Estado Lara |
| 6 de octubre 2003 | 1.336 | Estados Zulia y Carabobo |
| 15 de noviembre 2003 | 7.769 | Estado Apure y resto de los estados del país |
| 14 de diciembre 2003 | 2.400 | Resto del país |
| *Total acumulado* | *10.169* | *23 estados del país y Distrito Capital* |
| ***Fuente: Programa Aló Presidente N° 174 (14-12-2003)*** | | |

También, el Presidente juramentó a los miembros de la Comisión Presidencial para la Implantación y Coordinación Institucional del Programa Integral Misión Barrio Adentro, creada por Decreto Presidencial[[28]](#footnote-29) con atribuciones en las áreas de atención primaria en salud, estimulación de la economía social y transformación de las condiciones sociales, económicas y ambientales de los barrios populares del país. Esta misión quedó integrada por el MSDS, que presidió la comisión y asumió las funciones de secretaría, la Asociación Civil Barrio Adentro, el Frente Bolivariano de Luchadores Social Francisco de Miranda, el Estado Mayor Conjunto de la Fuerza Armada Nacional, el Ministerio de Energía y Minas, Petróleos de Venezuela (PDVSA), la Alcaldía del Municipio Libertador de Caracas y la Alcaldía del Municipio Sucre del estado Miranda.

Desde la firma del Convenio Cuba-Venezuela y el masivo traslado de médicos cubanos al país, se acentuaron las protestas y acciones judiciales de la Federación Médica Venezolana contra Barrio Adentro[[29]](#footnote-30). Esto lleva a la firma de un convenio entre la Alcaldía Libertador y el Colegio Médico de Caracas, Dr. Fernando Bianco, mediante el cual éste último se hacía responsable de revisar las credenciales y acreditar a los médicos cubanos para ejercer la profesión en todo el territorio nacional, en contra del procedimiento habitual en el cual la Federación Médica Venezolana, que agrupa todos los Colegios Médicos regionales, debía llevar la iniciativa[[30]](#footnote-31).

Además, tanto el Dr. Bianco como la Defensoría del Pueblo afirmaban que la Alcaldía Libertador había realizado llamados a concurso de médicos venezolanos sin obtener ninguna respuesta. Adicionalmente, en el año 2003 comienzan a aparecer denuncias sobre la negativa de los hospitales públicos pertenecientes a la Alcaldía Mayor a la admisión de pacientes referidos por los médicos cubanos. Ello da pié a la intervención de la Defensoría del Pueblo, que realiza una evaluación de Barrio Adentro[[31]](#footnote-32), así como la creación de una red de referencia con algunos hospitales públicos, fundamentalmente los adscritos al Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS) y los hospitales militares del país. Igualmente se intensifica el envío de pacientes venezolanos a Cuba. De acuerdo con la Defensoría del Pueblo, los consultorios populares de Barrio Adentro en Caracas se apoyaban en 8 ambulatorios del IVSS.

En un reportaje de El Universal, se decía lo siguiente: “*Desde hace un año el Hospital Militar Carlos Arvelo fue convertido en el centro de referencia del Plan Barrio Adentro. Los militares y sus familiares sienten que este hospital no les pertenece, de hecho, 80% de los pacientes hospitalizados son PBA (Plan Barrio Adentro). Ahora tiene más validez la referencia de un médico cubano que el carnet militar". Es por ello que progresivamente y a costa de un esfuerzo económico los afiliados naturales están procurando asistencia en diversas clínicas privadas, manifestó un empleado, quien prefirió mantenerse en anónimo...”[[32]](#footnote-33).*

Grupos médicos de los hospitales públicos protestaron ante lo que definieron como abandono de los hospitales por parte del gobierno nacional y al desempleo que aquejaba al gremio. En un reportaje del diario El Mundo de Caracas, declara un médico del hospital Domingo Luciani*: "Hay doce mil médicos egresados de universidades venezolanas que están desempleados…hay aquí miles de supuestos médicos que no han cumplido con la norma vigente para legalizar su título en una universidad venezolana.”[[33]](#footnote-34)*

Los aspectos polémicos de la implantación de BA no se circunscribieron al gremio médico. Los odontólogos, quienes a diferencia de sus colegas médicos se sumaron entusiastamente a la MBA, denuncian irregularidades. “*Quienes denuncian aseguran que, además de la desproporción que hay entre el personal extranjero y nacional, se cometen otras irregularidades que no sólo afectan al gremio odontológico sino que también a los pacientes. `Se violan las normas de bioseguridad, porque se han instalado puestos de atención en lugares inadecuados. Un consultorio no es una silla odontológica en cualquier lugar”, manifestó uno de los especialistas.”*

*“Asimismo, agregaron que -de acuerdo con la más reciente jornada de actualización- no deberían usarse cortinas de tela para separar las unidades odontológicas, algo que no se cumple en muchos sitios, y los protocolos de limpieza son mucho más rigurosos que los que se siguen en Barrio Adentro. También señalan que han presenciado casos de mala praxis, que los cubanos han callado”.[[34]](#footnote-35)*

Otras protestas provienen de las diferencias salariales que se establecen entre los médicos venezolanos y los cubanos, así como a los retrasos en los pagos. A los problemas de tipo gremial se suman otros que provienen de las denuncias de mala praxis y de iatrogenia, producto, según los denunciantes, de la insuficiente formación del personal cubano, de la falta de mecanismos adecuados de referencia y contrarreferencia en el sistema de salud, de la carencia de insumos necesarios y, últimamente, del abandono de muchos módulos, cuyo personal ha desaparecido y las estructuras se ha ido deteriorando progresivamente, sin que existan iniciativas para rescatarlos[[35]](#footnote-36).

Por otra parte, varias encuestadoras independientes han encontrado que la aceptación de la MBA es general, aunque muestra diferencias entre las distintas clases sociales. Aún en aquellas clases más acomodadas, la MBA tiene una alta aceptación y reconocimiento. Asimismo, los niveles de satisfacción son muy altos en las clases populares y muchos de sus beneficiarios en estas zonas llegan a definirlo como “lo mejor que les ha pasado”.[[36]](#footnote-37)

En el año 2004, el MSDS establece una estrategia de apoyo a la MBA. En enero de ese mismo año se suscribe el Acuerdo Bolivariano de Compromiso con la Consolidación de la MBA, con participación de los miembros de la Comisión Presidencial de Barrio Adentro, los gobernadores y alcaldes partidarios del gobierno y la Misión Médica Cubana[[37]](#footnote-38). En este año, la Coordinación Nacional de Atención Primaria del MSDS asume las funciones de coordinación de la misión por parte del ente ministerial, así como la secretaría técnica de la Comisión Presidencial de BA. En este sentido, la Coordinación se convertía en “...*la plataforma organizativa-estructural que depende directamente del Despacho del Ministro de Salud y Desarrollo Social, para impulsar a nivel nacional la Política de Atención Primaria y la Misión Barrio Adentro*”[[38]](#footnote-39).

Habiéndose convertido en un programa nacional, el MSDS adopta la perspectiva de adecuar la red de servicios ambulatorios existente al modelo de la misión y de acuerdo con los fundamentos de la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) de la Declaración de Alma Ata y canalizar a través de la estrategia “barrio adentro” los objetivos de la política social en materia de alimentación, educación popular, deporte, recreación, cultura, economía social, comunicación y participación. De acuerdo con José León Uzcátegui Director Ejecutivo del IAES-MSDS, “*Barrio Adentro es el eje integrador en el intento de desarrollar una política social no neo-liberal impulsada por el Gobierno Nacional con fundamento en lo establecido en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. Lo que comenzó como una experiencia de llevar atención médica a grupos excluidos en las barriadas más pobres de la capital del país, pronto se convirtió en una política pública dirigida a promover salud y calidad de vida de la población*”[[39]](#footnote-40).

De esta manera, el objetivo central de la Misión es: “...*la concreción de la Atención Primaria en Salud como prioritaria de la política de salud del Ministerio de Salud y Desarrollo Social, para dar respuesta a las necesidades sociales de la población, especialmente a la excluida, bajo los principios de universalidad, equidad, accesibilidad, gratuidad, transectorialidad, pertenencia cultural, participación, justicia y corresponsabilidad social, contribuyendo a mejorar la calidad de salud y vida*”[[40]](#footnote-41). En cumplimiento de esta tarea, los objetivos específicos que se planteaba la Coordinación eran los siguientes:

* Implantar un modelo de gestión participativo, mediante la organización y participación de las comunidades, apoyada en la contraloría social.
* Fortalecer la red ambulatoria aumentando su capacidad resolutiva mediante la construcción de los consultorios populares.
* Desarrollar y potenciar las capacidades y habilidades de los recursos humanos institucionales y comunitarios, mediante la educación y la formación permanente.
* Monitorear la consolidación nacional de Barrio Adentro y establecer la normativa por la cual se regirían los Coordinadores Regionales de Barrio Adentro.

Dentro de estos 4 objetivos dirigidos hacia la institucionalización de BA a nivel nacional (construcción de consultorios populares, educación y formación, fortalecimiento a las organizaciones comunitarias, así como el control, seguimiento y normalización de las actividades de Barrio Adentro) transcurren las actividades del año 2004:

* 1. Se realiza un primer inventario de los consultorios populares provisionales, certificación de terrenos, personal cubano y estadísticas de funcionamiento en cada estado del país, con la meta de lograr 1 médico cada 250 familias o 1.250 habitantes.
  2. Se establece un esquema de responsabilidades compartidas en cuanto al financiamiento y responsabilidades de construcción de módulos definitivos de BA, a través de convenios con FUS, FIDES, FONVIS, Dicomai, Funda Caracas y PDVSA, institución que asume la mayor parte, con una meta de 5.000 consultorios construidos y dotados al final de año.
  3. Se abre el post-grado de Medicina General Integral para médicos venezolanos, en el Instituto de Altos Estudios en Salud Pública “Arnoldo Gabadón”, adscrito al MSDS. Adicionalmente se propone un extenso programa de capacitación para la municipalización de la salud y se reorientan los estudios de las carreras vinculadas a la calidad de vida, con las universidades autónomas y experimentales, especialmente con la Universidad Bolivariana de Venezuela (UBV)[[41]](#footnote-42).
  4. Se construye una alianza con el IVSS para la implantación de un segundo nivel de atención, convirtiendo ambulatorios de esta institución en Clínicas Populares, con la meta de abrir 7 clínicas en Caracas, 2 en Maracaibo y 1 en Valencia.
  5. Se crea una estructura de coordinaciones regionales y municipales de Barrio Adentro, con carácter permanente, adscrita y nombrada por la Comisión Presidencial de Barrio Adentro.

En la gestión del MSDS del año 2004, se adopta un esquema de conformación del Sistema Público de Salud, constituido en Consultorios Populares (primer nivel de atención primaria); Clínicas Populares (segundo nivel de atención especializada) y Hospitales del Pueblo (tercer nivel de atención hospitalaria y de emergencias). También se intenta construir desde BA una acción más integrada de política social, en la interacción “barrio adentro” con otras misiones, especialmente con la Misión Mercal (relacionada con la alimentación popular).

De acuerdo con las estadísticas levantadas por la Coordinación Nacional de Atención Primaria del MSDS, en mayo del 2004 existían en el país un total de 13.084 médicos y 361 coordinadores de nacionalidad cubana; y apenas 29 médicos y 9 personas cumpliendo actividades de coordinación de nacionalidad venezolana. Igualmente, se calculaba un total de 3.054 odontólogos cubanos y 543 venezolanos, así como 1.430 optometristas cubanos y 87 venezolanos. Se estimaba un total de 8.500 consultorios populares provisionales y solamente 230 consultorios definitivos construidos; unas 1.415 clínicas en funcionamiento y 3.014 sillas odontológica ubicadas en consultorios provisionales o casas prestadas. Finalmente se calculaba un total de 457 ópticas en todo el país.

En agosto del 2004 se realizó el Segundo Encuentro Interdisciplinario para la elaboración del Programa Nacional de Formación de Profesionales del Sector Salud a través de la Misión Sucre, donde se intentaba ajustar el modelo profesional médico y de enfermería para el nuevo SPNS, más democrático, cooperativo y de responsabilidad compartida, y elaborar un diseño curricular de formación que respondiera a las necesidades sociales del país.

De lo que hasta ahora conocemos, las fuentes de financiamiento pueden ser identificadas en Petróleos de Venezuela, Ministerio de Salud y Ministerio de Minas. Sin embargo, el valor que aporta la misión cubana es desconocido y el volumen global de recursos no es posible determinarlo porque no figura específicamente en la ley de presupuesto de la nación. Esta situación parece aclararse para el año 2005 donde el gasto social alcanza a más del 40 % del presupuesto total. [[42]](#footnote-43)

A pesar de los esfuerzos de las autoridades regionales de salud por coordinar sus actividades con la MBA, ello casi nunca fue posible porque no existía un mecanismo adecuado para ello, sobre todo en el terreno financiero. Esta situación podría haber cambiado luego de las últimas elecciones de gobernadores y alcaldes celebradas en diciembre del 2004 y en las cuales, según los resultados procesados y ofrecidos por en Consejo Nacional Electoral (CNE), todos los estados, con excepción de dos, quedaron en manos de gobernadores afectos al actual gobierno. Ello probablemente no garantizaría que se adelantase una contabilidad social, pero era probable que garantizara que el desconocimiento de las modalidades y montos del financiamiento, se planease como un problema. Pero siguió existiendo la desinformación al respecto. Se ignora cuál es realmente el gasto real y cómo contribuyen las fuentes de financiamiento inicialmente identificadas, salvo lo que recientemente se ha publicado bajo el auspicio de la OPS (2006) y que presenta, como ha sido puesto de manifiesto por investigadores venezolanos, serias fallas metodológicas[[43]](#footnote-44). Lo mismo ocurre con la información epidemiológica de la que, por lo menos hasta donde sabemos, el mismo Ministerio dispone de un reporte semanal en que incluye: Número de personal cubano y venezolano por tipo, desagregado por estado, casos vistos, consultas, en terreno, familias visitadas, acciones de enfermería, vidas salvadas, partos realizados, actividades educativas y notificación de las principales causas de atención por enfermedades transmisibles con vigilancia semanal, lo cual da una idea de la cobertura, pero muy poco en relación con los efectos e impactos de la MBA. Sin embargo, el acceso a esa información es difícil porque según la opinión de varios expertos, se mantiene en estricta confidencialidad.[[44]](#footnote-45) Por esa razón ha sido casi imposible hasta ahora evaluar el papel de la MBA en los cambios del perfil epidemiológico de la población. Lo que parece quedar claro es que es una iniciativa políticamente rentable, sobre todo porque se le dio especial impulso en el momento de la celebración del referéndum revocatorio de diciembre de 2004, como se verá más adelante.

Desde de el punto de vista financiero y administrativo, la MBA introduce una cierta indisciplina fiscal al no contemplarse esos gastos dentro de los presupuestos ordinarios de la nación ni disponer de un sistema transparente y abierto de rendición de cuentas. Desde el punto de vista social e institucional, podría representar un aumento de las ineficiencias del sistema de salud en la medida en que mantiene y aumenta la fragmentación de dicho sistema y no se puede evaluar su calidad e impacto real sobre las condiciones de salud. De hecho, no existen estudios sistemáticos que den idea acerca de los logros y limitaciones de BA aunque sí se conocen estudios opináticos acerca de la satisfacción de los usuarios así como datos relacionados con los niveles de eficiencia y cobertura, tales como los mencionados anteriormente pero que no permiten ir más allá de una mera aproximación formal al desempeño de esta nueva red. Se carece de información objetiva porque a los médicos cubanos, que constituyen la mayoría de los recursos médicos de BA, les está prohibido expresamente dar información.

Como puede verse, es difícil hacer un balance acerca de la efectividad de la MBA. Es obvio, sin embargo, que esta iniciativa ha dado respuesta a algunas de las necesidades más sentidas de las clases populares en Venezuela, como lo es el saber que se dispone de atención cercana y constante. Ello no significa que no existan serias fallas, las cuales pueden, muchas veces, poner en peligro incluso la propia vida de los usuarios. La experiencia de la MBA no puede ser sólo analizada desde un punto de vista estrictamente sanitario. Significa muchas otras cosas que a lo largo de estas páginas iremos identificando y tratando de aprehender lo mejor que nos sea posible.

En todo caso, queda claro que la hipótesis acerca de la doble lógica de la MBA - la sanitaria y la política- coexisten en esta experiencia y es probable que ésta última tenga clara preponderancia sobre la primera en ciertas coyunturas.

Con motivo de la celebración del referéndum presidencial, el propio Presidente de la República calificó el lanzamiento de las misiones como parte, más de una estrategia político-electoral que social y también como respuesta política a los cuestionamientos que desde la oposición se venían haciendo al gobierno después de 4 años de gestión gubernamental. Las misiones, especialmente la MBA, puestas en marcha meses antes de la celebración del referéndum revocatorio del mandato presidencial en el 2004, contribuyeron en gran medida, a que el presidente obtuviese el respaldo necesario para salir airoso de esa prueba[[45]](#footnote-46).

Estas tendencias se afirman cuando se ve el porcentaje de abstención en las elecciones parlamentarias celebradas en diciembre de 2005, el cual alcanzó la cifra más alta de cualquier elección previa (80 %)[[46]](#footnote-47), congruente con los sondeos de opinión que mostraron un descenso promedio de 10 puntos porcentuales de la percepción de desempeño del gobierno y porque en las entrevistas realizadas en 20 establecimientos de la MBA y similares, se muestra una cierta desorganización en relación con la coordinación de actividades, los patrones de participación comunitaria y la provisión de insumos. La abstención electoral fue producto, no sólo de esta percepción de la ineficiencia, sino del llamado que hicieron la casi totalidad de los diferentes grupos políticos de oposición, a no votar.

Como puede verse en lo hasta aquí descrito, la participación del gobierno cubano en el financiamiento y gestión de BA, ha sido muy destacada. De hecho, puede considerarse que dicha Misión no existiese de no haber contado con ese apoyo. Sólo en 2005 se ha intentado la coordinación entre el MS y la misión cubana en Venezuela pero tales intentos no han dado todos los resultados que eran de esperarse, como puede ser información confiable y accesible públicamente.

Aquí se describen algunos de los elementos iniciales de ese proceso. BA avanza hacia una tercera etapa en la cual se incorporarán los hospitales de alto nivel (en Venezuela se les llama tipo IV) a los cuales se les denomina “hospitales del pueblo” en la nueva nomenclatura del Ministerio.

La MBA es pues, una nueva manera de enfrentar los problemas de la atención a la salud basada esencialmente en el apoyo cubano el cual se considera en cierta forma una suerte de paradigma digno de ser aplicado dadas las malas condiciones del SPNS en Venezuela y el prestigio que alcanzó la medicina cubana gracias a sus logros en materia de atención primaria, de innovación tecnológica y de cobertura.

Su origen, financiamiento y organización, han pasado por diferentes etapas, no solamente en lo referente a sus formas de operar sobre la realidad, sino también, en sus relaciones con la institucionalidad preexistente en Venezuela en materia de salud. Ella (BA) expresa claramente una de las formas en que las relaciones Cuba-Venezuela se han dado en el marco de la transformación social y política que ha venido experimentando el país desde 1999 en adelante. Inicialmente, parece ser una de las formas de retribuir el apoyo de Venezuela a Cuba, mediante la venta subsidiada de petróleo. Sin embargo, esto requiere de un análisis más detenido.

Queda claro que desde el punto de vista social BA es una estrategia inobjetable. Cuenta con el apoyo popular mayoritario y aún en grupos disidentes, hay un reconocimiento de que algo como eso era necesario. Sin embargo, más allá de los logros sanitarios que se puedan obtener –lo cual está aún por demostrarse- la esencia de BA se encuentra en su capacidad para captar adeptos al régimen y aumentar su legitimidad, dentro y fuera del país.

Todo lo hasta aquí planteado nos remite a la necesidad de revisar las relaciones Cuba-Venezuela que han sido muy contrastantes a todo lo largo del así llamado “período democrático” en Venezuela.

# LAS RELACIONES CUBA-VENEZUELA

# Breve recuento histórico

Las relaciones entre Cuba y Venezuela han atravesado por etapas muy disímiles desde mediados del siglo pasado hasta el presente. A partir de 1948, con el derrocamiento en Venezuela del Presidente Rómulo Gallegos, que conduciría más tarde a instauración de la dictadura del General Marcos Pérez Jiménez, han ocurrido cambios que tienen que ver con la situación política específica de cada uno de los dos países y de sus diferentes momentos históricos.

Ambas dictaduras, la de Fulgencio Batista en Cuba y la de Pérez Jiménez en Venezuela, fueron casi contemporáneas y coincidentes en las formas de la represión aplicada en contra de la sociedad, así como en la forma en que se gestaron, aunque no así en relación con los vínculos que establecieron con las fuerzas progresistas. En el caso de Cuba, ya Fulgencio Batista entra a formar parte de la Junta de Gobierno en 1933, y en 1940 gana las elecciones presidenciales gobernando -a pesar de varios intentos de golpe de Estado sojuzgados que le sirven para ascender a General- hasta 1944 cuando es sustituido por Grau San Martín (Márquez S., 1969). El Presidente Grau lleva a cabo una purga muy importante en el ejército con el propósito de excluir a los partidarios de Batista y es curioso el hecho señalado por Márquez Sterling que durante esa época, el Partido Comunista Cubano (PCC), bajo las órdenes de su presidente, Blas Roca, propuso armar un movimiento revolucionario en Venezuela, (Márquez S., 1969).

Durante la primera presidencia de Batista se reestablecen relaciones con la Unión Soviética en función del apoyo a la guerra contra el nazi-fascismo de la segunda guerra mundial lo cual implicó contar con la participación y apoyo del PCC (Mires, 1979; Márquez S., 1969). Al respecto, señala Mires: “*...el sometimiento casi absoluto del PCC a la política internacional soviética lo llevó nada menos que a apoyar, más aún a participar en el gobierno de Batista rompiendo con ello los nexos que había establecido, tras duro trabajo, con la oposición democrática (p. 69)”*  Este estigmaen el PCC perdurará hasta tal punto que sólo algunos años después del triunfo de la revolución castrista recobrará su legitimidad al ser refundado, como producto de las fuerzas revolucionarias (Mires, 1979). Este hecho podría contribuir a explicar por qué los movimientos revolucionarios anti-Batista, adquirieron inicialmente un carácter anticomunista y, de igual forma a despejar la perenne discusión acerca del “engaño” de Fidel Castro a la revolución y al Movimiento 26 de Julio, en el sentido de que la orientación Marxista-Leninista posterior del movimiento, estaba prefigurada en la concepción del líder (Mires, 1979) asuntos que pueden ser constatados incluso en el famoso discurso del líder cubano con motivo del asalto al Cuartel Moncada (Castro, 1971).

Los problemas de orden público y los derivados de la escasez de bienes y servicios producto de la situación de guerra y post-guerra, abren la posibilidad para Batista, quien se hallaba exiliado en México, de armar un golpe de Estado que se lleva a cabo exitosamente el 10 de marzo de 1952, convirtiéndose en una dictadura que perdurará hasta comienzos de 1959 (Márquez S., 1969).

De manera similar, Pérez Jiménez, entonces coronel de las Fuerzas Armadas Venezolanas, forma parte de la Junta de Gobierno que derroca al Presidente Gallegos y, posteriormente, se erige en dictador. Sin embargo estaba perfectamente claro que su ascenso significaba la puesta en marcha de mecanismos eficientes de represión en contra de las fuerzas progresistas y, especialmente, contra al Partido Comunista de Venezuela (PCV), ante la aprobación entusiasta de tal política por parte de los Estados Unidos. Ambos regímenes, el cubano y el venezolano, fueron coincidentes en cuanto a las fechas de sus respectivos derrocamientos; la venezolana concluyó con la rebelión cívico-militar de 23 de enero de 1958 y la de Batista en enero de 1959, menos de un año después, merced al triunfo de la revolución comandada por Fidel Castro.

Los tiempos que siguieron, aún cuando no coincidentes en tanto que modelos políticos, si lo fueron en términos de la represión que sobrevino. En Cuba, porque la implantación del modelo socialista de revolución que surgió a partir de la crisis de los misiles en octubre de 1962, requirió de instrumentos de decisión que debían sobreponerse a la resistencia que presentaban los grupos contrarrevolucionarios y anticomunistas y que permitieran la transición al socialismo desde el nacionalismo precedente, especialmente una vez que el gobierno se declaró abiertamente en contra del imperialismo norteamericano y, de esta manera, se reforzó el apoyo de la entonces Unión Soviética a la revolución cubana (Mires, 1979). En Venezuela, el derrocamiento de la dictadura fue el producto de los esfuerzos combinados de partidos y organizaciones políticas, proscritas de la vida pública por la dictadura, que conjugaron sus esfuerzos y coordinaron sus acciones con un amplio sector las de las fuerzas armadas disidentes. Pero en Venezuela, a diferencia de Cuba y luego de un breve lapso de transición, se llamó a elecciones en las cuales participaron todos los grupos políticos conocidos entonces. Mientras en Cuba se echaban las raíces del socialismo pro-soviético, en Venezuela se perfilaba un modelo similar a un capitalismo de Estado con una democracia de corte liberal.

Pero la revolución cubana, símbolo para casi todas las izquierdas latinoamericanas de entonces, no se limitó a su desarrollo local, sino que intentó expandirse al resto de los países de América Latina. Este carácter expansionista debe entenderse en el contexto de la “Crisis de Octubre”, en la cual la URSS puso de manifiesto su concepción de Cuba como base soviética, asunto que produjo serias críticas al socialismo soviético por parte de los cubanos e hizo aparecer a Cuba como un satélite imperial de distinto cuño. Apunta Mires:*“Las contradicciones de Cuba respecto a la URSS, derivaron del profundo carácter nacional de la revolución. El carácter nacional de la revolución la convierte, precisamente por eso, en una revolución internacional como pocas en la historia.”* (Mires, 1979: 269)*.* De esta manera el afianzamiento de la revolución cubana pasó por la necesidad de solidaridad y apoyo a todos los movimientos revolucionarios antiimperialistas y antifeudales, no sólo de Africa como es bien conocido, sino sobre todo, de América Latina. Mires, comentando esta contradicción que identifica entre la URSS y Cuba y comentando la dependencia soviética de la revolución cubana y su carácter internacional y latinoamericanista, señala: *“...si de nuevo resurgen los movimientos revolucionarios en América Latina, de seguro contarán con la más amplia solidaridad cubana.”* (Mires, 1979 p. 269). La dependencia económica de Cuba hacía pues necesario que su desarrollo independiente pasara a estar inexorablemente vinculado a la América Latina. *“De ahí también que una eventual revolución latinoamericana era vital no sólo política sino también económicamente para los cubanos.”* (Mires, 1979: 270)

La posición estratégica de Venezuela, los lazos que entonces unían a la izquierda venezolana con la idea de la revolución, y la percepción de condiciones objetivas creadas por la lucha guerrillera en Venezuela, fueron factores que hicieron de éste un país especialmente objeto del apoyo y solidaridad cubanos. Hay autores que encuentran múltiples afinidades culturales e ideosincráticas entre Venezuela y Cuba y para quienes, entre 1958 y 1978, estas relaciones pasaron por la hermandad, el conflicto y la reconciliación (Boersner, 1983).

Al lado de estas razones, hay otras de carácter interno y de enorme importancia que tienen que ver con la forma en que se constituyó la democracia representativa en Venezuela. Si bien es cierto que el movimiento popular que derrocó a Pérez Jiménez contó con el decidido apoyo de todas las fuerzas políticas –incluido el Partido Comunista de Venezuela (PCV)- también lo es que estas fuerzas de izquierda fueron posteriormente, sistemática y programadamente excluidas del poder. Las elecciones de 1959 fueron ganadas por Acción Democrática (AD) y su máximo líder, Rómulo Betancourt, se constituyó en el primer Presidente de la llamada era democrática. Su proyecto de país, desde el punto de vista económico se apoyó en un modelo de crecimiento hacia dentro, basado en la sustitución progresiva de las importaciones y la industrialización del país ya que Venezuela hasta entonces había venido viviendo merced a la renta petrolera y a un altísimo nivel de importaciones. Desde el punto de vista político, intentó una democracia pluripartidista y representativa pero de estructura centralista, y excluyente de la mayor parte de las fuerzas de izquierda (Rangel, 1968; Silva Michelena, 1970).

El propósito fue lograr desarrollar una clase empresarial criolla que apuntalase este crecimiento hacia dentro. Sin embargo, desde la izquierda, se aspiraba a construir el socialismo a la soviética y ello provocó la exclusión inmediata de estas fuerzas políticas que, como respuesta, comenzaron la organización de la lucha subversiva, que se extendió a lo largo y ancho del país. Este pacto social entre las fuerzas democráticas se dio entre los partidos AD, Unión Republicana Democrática (URD, ambos socialdemócratas) y el socialcristianismo (COPEI) y es conocido como Pacto de Punto Fijo, no por la ciudad falconiana del mismo nombre, como llegan a afirmar algunos autores, sino porque se firmó en la casa del dirigente socialcristiano y posterior presidente de la República, Rafael Caldera, que tenía ese nombre (Gómez, L; López, M y Maingón T, 1989).

La izquierda, fundamentalmente constituida por el PCV, fue después ampliándose con las rupturas políticas que se dan en AD, lo que hace surgir el Movimiento de Izquierda Revolucionaria (MIR), uno de los brazos armados más importantes de la guerrilla urbana de la época. Otras escisiones de AD se dan posteriormente y se amplía el espectro político de la izquierda. Así surge el Movimiento Electoral del Pueblo (MEP) presidido por Luis Beltrán Prieto Figueroa que se incluye como partido de izquierda, pero dentro de las reglas de juego de la naciente democracia.

A pesar del escaso apoyo campesino y popular que logró conseguir la guerrilla, ésta logra crear situaciones de inestabilidad política a todo lo largo de la década de los sesenta y buena parte de los años setenta cuando, merced a la obvia percepción de su fracaso y a la gestión del entonces Presidente Raúl Leoni (también de AD), comienza un proceso lento de pacificación y los grupos políticos subversivos, sobrevivientes de la represión desatada en la década anterior por el gobierno de Betancourt, se integran a la vida democrática. Ya a finales de los setenta, las guerrillas eran prácticamente inexistentes en Venezuela (Irazábal, 1974).

Durante toda esta época las relaciones entre Cuba y Venezuela fueron muy tensas porque era obvio el apoyo que las fuerzas subversivas recibían desde la isla. A tal punto fue de esta forma, que hubo un desembarco de efectivos militares cubanos en playas del oriente de Venezuela, descubierto y parcialmente neutralizado por el gobierno de entonces ya que seis generales del ejército cubano lograron integrarse a la lucha guerrillera en Venezuela.[[47]](#footnote-48) El 11 de noviembre de 1961, en una alocución, el Presidente Betancourt anuncia al país el rompimiento de relaciones diplomáticas con Cuba. Entre otras cosas, ese decreto establece que la decisión se había tomado una semana antes pero el hecho de que existieran cubanos asilados en la embajada venezolana en La Habana y la colaboración del gobierno de México en su traslado fuera de la isla, lo retrasó, señala Betancourt, “por razones humanitarias” (Secretaría de la Presidencia, 1961). Continúa la resolución: *“Las razones que han determinado esta decisión del Gobierno Nacional son conocidas por el país...una desafiante agresividad frente a Venezuela, a sus gobernantes libremente electos, a sus instituciones democráticas...los recientes exabruptos del Canciller de ese gobierno (Cubano) en los cuales se acusó al nuestro (Gobierno) y al Jefe del Estado de actuar bajo los dictados e indicaciones de potencias extranjeras”.*

La resolución continúa destacando el hecho de que, a pesar de estas agresiones, el gobierno de Venezuela jamás se prestará a ser sede de intentos de derrocar al régimen de Castro. Finalmente, es de destacar que en el mismo documento aquí citado, se expresa la solidaridad de las Federaciones de Centros Universitarios de las Universidades nacionales, los sindicatos agrícolas y de trabajadores industriales, así como gremios y asociaciones profesionales de todo el país.

Los Estados Unidos, ante el expansionismo de la revolución cubana reaccionan poniendo en marcha la “Alianza para el Progreso” una de cuyos más significativos actos, fue la visita del Presidente Kennedy a Venezuela en diciembre de 1961 cuando, desde un humilde caserío rural a unos cien kilómetro de Caracas, hizo entrega de tierras a campesinos acompañado por el Presidente Betancourt. Al respecto, señala el Movimiento Venezolano por la Paz y la Liberación Nacional: “*Durante veinticuatro horas el Poder Ejecutivo de los Estados Unidos se trasladó a la residencia del Presidente de Venezuela, haciendo rodear su traslado de tal movilización de fuerzas que el acontecimiento, más que la visita de un huésped, parecía la entrada de un ocupante”* (s/f).

Las relaciones entre Cuba y Venezuela fueron restablecidas en 1974, en el primer gobierno de Carlos Andrés Pérez. Ello ocurre una vez pacificado el país y cuando la defensa de la democracia, política fundamental de los gobiernos anteriores, es sustituida durante el primer gobierno de Rafael Caldera (1969-1973) por otra que enfatiza en la necesidad de la presencia de Venezuela en El Caribe y en la cooperación pacífica y el respeto mutuo entre los diferentes regímenes políticos de la región, lo cual se hizo manifiesto en la firma del Protocolo de Puerto España, que congelaba la disputa fronteriza entre Guyana y Venezuela (Boersner, 1983).

La inestabilidad política provino también desde la derecha en la ocasión en que Rafael Leonidas Trujillo, el dictador dominicano, atentó contra la vida de Rómulo Betancourt durante un desfile militar en Caracas.

Muchas veces durante este lapso fueron suspendidas las garantías constitucionales en razón de lograr hacer más efectiva la labor de los cuerpos de represión, llegando esta situación a prolongarse por años. Esta represión se hizo con los métodos conocidos: desapariciones, allanamientos a viviendas y encarcelamientos que muchas veces se caracterizaron por el ejercicio de la tortura física y psicológica. De esta forma, se logró conformar un modelo de sociedad en la cual la minoría de izquierda fue sistemáticamente excluida del poder político y los partidos se convirtieron en los creadores de la mayor parte de las organizaciones de base, tanto de carácter sindical como profesional y otras, que surgieron como canales de comunicación entre el Estado y la sociedad civil.

El Presidente Betancourt llegó a afirmar: *“La tesis de que las calles son del pueblo, es falsa y demagógica. Las calles son de la sociedad organizada, de los partidos políticos y de todos aquellos grupos que, dentro de las reglas democráticas, pueden ejercer libremente sus derechos”* (Betancourt, 1969). La hegemonía de AD por ese tiempo era manifiesta. Los grupos de poder al interior del partido fueron tejiendo, dentro de la administración pública, importantes redes clientelares que posteriormente se harían más complejas durante los lapsos en los cuales COPEI ejercería la Presidencia y el gobierno del Estado durante las décadas de los setenta y ochenta.

De esta forma, el Estado siguió siendo el principal actor de la economía y la clase empresarial entendió que todas sus iniciativas deberían pasar por el filtro clientelar de la administración pública así constituida. En el nuevo modelo económico, y merced a la renta petrolera, muchas actividades económicas fueron definidas como prioritarias y subsidiadas por el Estado, de manera que la lucha por disfrutar de esos privilegios también afectó a la clase empresarial incluyéndola dentro de las redes clientelares del Estado. Venezuela se convirtió así, en palabras de Domingo Alberto Rangel, en una “dictadura de los partidos” (Rangel, 1971).

A diferencia de otros países, fueron los partidos políticos venezolanos, especialmente AD, los que dieron origen a las organizaciones sindicales, de manera que, aún cuando éstas fueran multipartidistas, el sindicato fue siempre la expresión de los intereses del partido hegemónico y no de la clase trabajadora. Lo propio puede decirse de otras organizaciones sociales surgidas a la luz de este panorama político. Este es el caso de la confederación de Trabajadores de Venezuela (CTV) y de las organizaciones sindicales similares que, tanto desde el socialcristianismo, como desde el socialismo, se constituyeron como opciones de militancia para los trabajadores. Un proceso similar ocurrió con otras prebendas sociales. En el caso que nos ocupa, los servicios de salud fueron progresivamente “capturados” por grupos de interés y así surgieron variadas opciones que protegían a profesionales de diverso rango, trabajadores formales, profesores, y una variada gama de otros sectores sociales. La consecuencia fue el desmembramiento de estos servicios y su creciente ineficiencia, así como el fortalecimiento de los sectores privados que se aventuraban en este tipo de inversiones (Testa, M; Díaz Polanco, J.; Vera, S. y Goldfeld, R, 1983).

Desde el punto de vista social, ya desde 1950, merced a los intensos procesos de urbanización promovidos durante la dictadura y que formaban parte de una grandiosa inversión en obras públicas monumentales, Venezuela había dejado de ser una país rural y las migraciones del campo a la ciudad, fueron constituyendo, sobre todo después de 1958, grandes cinturones de miseria alrededor de las principales ciudades del país. Este fenómeno se presentó incluso en aquellos casos “experimentales” que, como Ciudad Guayana, ciudad industrial al sur del país, fueron cuidadosamente planificados desde el gobierno. Esa masa popular que llegó a habitar en barriadas con casi ningún servicio y altos niveles de desempleo, se vio propulsada por la bonanza económica de mediados de los años setenta y, como se señala más adelante, creyó ciegamente en las promesas de un progreso indetenible. No podían o no querían avizorar lo que estaba por venir.

Por el lado de la economía, los precios del petróleo que se habían mantenido más o menos estables hasta los años setenta, experimentaron un alza importante a mediados de esa década y un nuevo gobierno de AD, presidido por Carlos Andrés Pérez –ex-ministro de asuntos interiores de Betancourt y cerebro principal de la represión antiguerrillera- logra generar pleno empleo pero con base en esa estructura clientelar anteriormente descrita, de manera que la exclusión de las minorías se acentuó. Esta bonanza petrolera fue seguida por una crisis fiscal que condujo, en 1983 bajo el gobierno presidido por Luis Herrera Campins de tendencia socialcristiana, a la devaluación monetaria, tendencia que se acentuó en los años siguientes pasando el tipo de cambio de Bs. 4,30 a más de Bs. 3000 por dólar estadounidense en la actualidad.[[48]](#footnote-49) Esa devaluación y la aplicación de los llamados “programas de ajuste” a finales de los ochenta, provocó estallidos sociales espontáneos por la creciente pérdida del poder adquisitivo del salario y de la calidad de vida, al deteriorarse cada vez más los servicios públicos y los diversos mecanismos de redistribución del ingreso, panorama que contrastaba ampliamente con lo que había sido la abundancia de los años setenta y las promesas electorales del progreso ilimitado (Equipo Proceso Político, 1978; Sonntag y Maingón, 1992).

# La consecuencia más grave de esta situación, desde el punto de vista político y social, fue el descrédito y la pérdida de legitimidad de los partidos políticos como mecanismos de representación colectiva, asunto que se iba poniendo de manifiesto en una creciente tendencia a la abstención electoral, contrastando con los altos niveles de participación anteriores. El gráfico 1 muestra esta tendencia a la abstención en las elecciones presidenciales y parlamentarias. Puede observarse cómo desde el porcentaje más bajo en las elecciones correspondientes a 1973, comienza un aumento progresivo que se dispara a partir de 1983, año de la devaluación del signo monetario y del inicio de una de las varias crisis fiscales y financieras del Estado.

Una situación similar, aunque menos acentuada, puede verse en el caso de las elecciones regionales y municipales, que se muestra en el gráfico 2. La disminución que se observa para el 2005 puede ser atribuida a los problemas de confiabilidad que se han presentado en el Consejo Nacional Electoral (CNE) con el cambio en la tecnología utilizada para el voto y su contabilización, temas que han sido frecuentemente denunciados desde la oposición al gobierno actual pero que, en todo caso, reflejan claramente la pérdida de confiabilidad de los venezolanos en el sistema electoral y en el sistema de partidos. Estos asuntos han sido, además, objeto de especial consideración en las misiones de la OEA y la Unión Europea que han asistido como observadores en estos procesos electorales, especialmente, en el referéndum revocatorio de 2004 y en las elecciones parlamentarias de 2005. Aún cuando los organismos mencionados no encontraron objeciones al nuevo sistema de votación, ello no modificó la desconfianza de gran parte de los electores para ejercer el derecho al voto.

Este escenario estaba preparado para el surgimiento de nuevas opciones de organización política. Después de dos fallidos intentos de golpe militar y del enjuiciamiento y destitución de Carlos Andrés Pérez como Presidente por el uso indebido de una partida secreta, el Movimiento Bolivariano Revolucionario 2000 (MBR-2000), liderado por el Teniente-Coronel Hugo Chávez Frías, aglutinó a su alrededor todo ese descontento y exclusión y, lanzándose a las elecciones de diciembre de 1998, logró conseguir una importante mayoría de los votantes con las promesas de “refundar” el país mediante la convocatoria a una Asamblea Nacional Constituyente (ANC) que para 1999 produjo una nueva Constitución y fundó lo que hoy se llama la V República, la cual le da su nombre al principal partido que apoyaba al gobierno: el Movimiento Quinta República (MVR) y que presagiaba la ineluctable identidad entre Gobierno, Estado y Partido. La nueva clase en el poder está así formada por este movimiento que aglutina a los disidentes de AD y COPEI, la antigua izquierda (especialmente el PCV), el partido Patria para todos (PPT) que es una escisión de la Causa Radical (Causa R)[[49]](#footnote-50) y una fracción del Movimiento al Socialismo (MAS) autodenominada Podemos. Mientras el MAS provenía de una escisión del PCV, en razón de su oposición al estalinismo característico del PCV, Podemos resulta de la división del MAS, producto del desacuerdo entre sus militantes por el apoyo brindado al régimen de Hugo Chávez. [[50]](#footnote-51)

Una vez en el poder, Chávez intensifica sus relaciones con el régimen cubano y comienza a establecer alianzas con los líderes árabes de la OPEP. Así, de una relación que se caracterizó por profundas diferencias y a veces conflictos abiertos, Venezuela llega a la firma de convenios de cooperación con Cuba sobre la base del intercambio de petróleo por asesoramiento técnico en diversas materias, la más importante de las cuales está constituida por los aportes cubanos en educación y salud. El primero de esos convenios se firma en 2000 y es refrendado en 2005.

El convenio firmado en 2000 establece, en su artículo 1, la participación de organismos públicos y privados de ambos países e incluyen, de ser necesario, a las ONG´s y Universidades e institutos de investigación, todo de acuerdo a lo previsto en relación con los proyectos de desarrollo nacionales y regionales. El artículo 2 reza textualmente*: “En aplicación del presente Convenio, la República de Cuba prestará los servicios y suministrará las tecnologías y productos que estén a su alcance para apoyar el amplio programa de desarrollo económico y social de la República Bolivariana de Venezuela, de los cuales ésta no disponga... Tales bienes y servicios serán definidos cada año, según el acuerdo de ambas partes, precisando el monto monetario, las especificaciones, regulaciones y modalidades en que serán entregados. Estos bienes y servicios serán pagados por la República Bolivariana de Venezuela, en el valor equivalente a precio de mercado mundial, en petróleo y sus derivados.”* [[51]](#footnote-52)

Ya en este artículo se plantea el intercambio por petróleo y se señala que los bienes y servicios a ser prestados por Cuba lo serán en la medida de su inexistencia en Venezuela. Esto es importante porque la definición de inexistencia no vendrá dada por las capacidades reales o potenciales de Venezuela, sino por las carencias y necesidades del gobierno cubano. Sobre este tema volveremos más adelante. El artículo siguiente (3) establece las cuotas petroleras a ser entregadas a Cuba y que montan a un total de 53.000 barriles diarios a precios de mercado. Nuevamente, esta ambigüedad acerca de los precios deja abierta diferentes opciones a la hora de pagar los servicios recibidos. Un informe técnico de la Oficina de Asesoría Económica y Financiera de la Asamblea Nacional (OAEFAN) que analiza los convenios internacionales suscritos por Venezuela, señala específicamente: *“Este convenio prevé el intercambio de 53.000 barriles diarios de petróleo por asistencia médica, servicios educativos en salud y medicamentos y equipos de uso médico. Este convenio fue suscrito el año 2000 por cinco años de duración, renovables. El monto pactado representa un 2.44% de la producción promedio de Venezuela a los niveles del año 2005 que fue de 2.170.000 barriles diarios. Al precio de 39.82 US $ el barril, esta cantidad en el año asciende a 759,8 millones de dólares, equivalente a Bs. 1,6 millardos a la tasas de 2.150 Bs. por US $, igual al 0,7% del PIB ese año y al 1,75% del Presupuesto Nacional...Dicha estimación incluye los aportes especiales de PDVSA (estimados), de las Gobernaciones, del IVSS y de regímenes especiales de SALUD del sector público, que ascendía al 4.3% del valor del PIB. Como ese valor recibido en servicios y en especies no se contabiliza como ingreso, no figura en el presupuesto fiscal ni, por lo tanto, en los gastos aplicables al sector salud. Podría decirse en consecuencia que el presupuesto de gastos del sector salud estaría subestimado para el 2006, en la cantidad equivalente en servicios prestados por la contraparte, equivalente, aproximadamente, a las cantidades mencionadas antes si no hay cambios reales en las partidas utilizadas en este cálculo en el 2006 respecto al 2005.”[[52]](#footnote-53)*

Por otro lado, puede obtenerse una segunda conclusión referida a que PDVSA debería ser resarcida de alguna manera respecto a las regalías canceladas por este concepto puesto que en realidad no estaría facturando esta producción. Las regalías equivalen al 30% del valor de la producción. De lo contrario, estaría acusando una pérdida real por esa cantidad, mientras que el Estado registraría doblemente el ingreso, por una parte como regalía pagada por PDVSA, y por la otra, por una cantidad igual, por concepto de servicios y productos recibidos gratuitamente para los programas de salud.

Otra valoración importante que debe hacerse es que la cantidad de servicios y bienes con que “paga” la contraparte, no necesariamente se mantiene en equilibrio con la recibida en petróleo. Si se produce una subida del precios del petróleo y la cantidad de bienes y servicios suministrados siguen en los mismos niveles de cantidad física (horas hombre, horas aula, cantidad de medicamentos, etc.) está operando un mecanismo de subsidio pues no se reconocen los nuevos precios. Equivaldría a la venta con descuento de los barriles de petróleo despachados mientras dure el alza del precio puesto que el precio de los hidrocarburos ha venido experimentando un aumento sostenido desde que se firmó el Convenio. El aumento del precio actual en relación al primer trimestre de 2005 es de 32 % y respecto al del año 2004 de un 85%. Para abril de 2006 este porcentaje sube a 108,8 % con respecto al precio de referencia (2004). Como el acuerdo es en términos físicos y no en términos monetarios, la contraparte no está obligada a compensar el incremento del precio de los hidrocarburos. Quiere decir que no se deterioran los términos de intercambio, lo cual opera en detrimento de Venezuela, al menos mientras los precios del petróleo se conserven elevados. El presupuesto de ingresos no se afecta por cuanto de todos modos la producción canjeada debería descontarse del cálculo de producción anual, cualquiera sea el precio de exportación. En cuanto a los ingresos imputables al sector salud, ellos deberían seguirse haciendo de acuerdo a un precio de referencia que bien pudiera ser el de la fecha de renovación del Convenio.

En general y en relación con la totalidad de los convenios firmados por Venezuela entre 2000 y 2005, la OAEFAN señala:

1. *Los gastos pueden estar subestimados por causa de aquellos convenios comerciales basados en trueques. Es decir, bienes y servicios recibidos a cambio en operaciones de trueque, no estarían contabilizados como gasto puesto que tampoco se contabilizó como ingreso el aporte en bienes (petróleo) concedido por Venezuela a favor de la contraparte.*
2. *Los ingresos pueden estar sobreestimados en los mismos casos, pero ambos movimientos están más o menos en equilibrio, dependiendo de que las variaciones en el precio del petróleo impliquen variaciones similares en los bienes y servicios ofrecidos por la contraparte.*
3. *Los ingresos por regalías pueden estar duplicados en la contabilidad fiscal en el caso de los convenios basados en trueques si PDVSA no es compensada por el fisco en los pagos de este tributo por la producción correspondiente.*
4. *Cuando se hacen operaciones con descuento otorgados en Convenios multilaterales o bilaterales, los ingresos fiscales distintos a regalías estarían sobreestimados si no se toma en cuenta el nivel de descuento concedido.*
5. *En las operaciones de venta a crédito, PDVSA percibe el monto de la factura en una fecha que puede corresponder a un ejercicio posterior de manera que paga de contado lo correspondiente a regalías pero puede diferir el pago correspondiente a ISLR (Impuesto sobre la Renta, inciso nuestro) y a dividendos. Si los intereses concedidos lo son a tasas reales negativas, PDVSA sufre un empobrecimiento por el diferencial de la tasas de interés, lo que afecta sus dividendos y por lo tanto el ingreso petrolero del Estado.[[53]](#footnote-54)*

Con estas evidencias está demás resaltar el perjuicio económico que significa para Venezuela los términos del intercambio establecidos con la República de Cuba. Sin embargo, es imposible desligar estos acuerdos de lo que anteriormente señalábamos con relación a la necesidad de autoafirmación de la revolución cubana y de la concepción internacionalista de los movimientos revolucionarios socialistas en América Latina. En el caso de Cuba, además, es vital este tipo de acuerdos en virtud de la desaparición de la URSS y, en consecuencia, de la falta de apoyo que desde entonces ha tenido la revolución cubana.

Todo este proceso de cooperación se encuentra comprendido en una estrategia política conocida como ALBA (Alternativa Bolivariana para las Américas) que surge como propuesta del gobierno venezolano frente al ALCA (Area de Libre Comercio de América Latina), iniciativa propuesta desde Washington como opción de apertura de mercados entre los Estados Unidos y nuestra región. Debemos señalar que el ALBA encierra, de alguna manera, una estrategia de hegemonía venezolana en las relaciones comerciales y de distintas formas de cooperación entre los países de la región. De hecho, no todos los países son bolivarianos y algunos de ellos ya han firmado el convenio con EE.UU., de manera que esta forma de integración tiene sus limitaciones que provienen, tanto del terreno económico como del político. El gobierno venezolano en una suerte de represalia por estas firmas del ALCA (fundamentalmente por parte de Perú y Colombia) tomó la decisión de salirse de la Comunidad Andina de Naciones (CAN) con el argumento que Colombia y Perú abrirían sus mercados a la competencia entre los productos venezolanos y los estadounidenses.[[54]](#footnote-55) Es además obvio que la intencionalidad, más que económica, es política y se fundamenta en el poder financiero de la economía petrolera venezolana, dados los altos precios actuales del petróleo. Hay ya múltiples muestras de esa intencionalidad, como lo es la compra de bonos de la deuda de la República Argentina, entre otras y, más recientemente, la denuncia del Grupo de los Tres (G-3) por parte de Venezuela como una plataforma estratégica para el ALCA.

En todo caso, vale la pena revisar el acuerdo a que se llegó en 2005 con relación a estos convenios y, en general a todas las actividades de cooperación entre Venezuela y Cuba.

En abril de 2005, reunidos en la Habana, las delegaciones de ambos países ratificaron los convenios de 2000 así como la voluntad de desarrollar el ALBA, mediante la aprobación de un plan estratégico. Ese acuerdo, en su artículo 3, reza textualmente: *"Ambos países elaborarán un plan estratégico para garantizar la más beneficiosa complementación productiva sobre bases de racionalidad, aprovechamiento de ventajas existentes en una y otra parte, ahorro de recursos, ampliación del empleo útil, acceso a mercados u otra consideración sustentada en una verdadera solidaridad que potencie las fuerzas de ambos países".*

El Plan Estratégico acordado contempla entre las acciones de mayor relevancia las siguientes:

* Inaugurar en el 2005 en Venezuela, 600 Centros de Diagnóstico Integral; 600 Salas de Rehabilitación y Fisioterapia y 35 Centros de Alta Tecnología que brindarán servicios gratuitos de salud, de elevado nivel profesional a toda la población venezolana.
* Formación en Venezuela de 40 mil médicos y 5 mil especialistas en Tecnología de la Salud, dentro del Programa Barrio Adentro II.
* Formación en Cuba de 10 mil bachilleres egresados de la Misión Ribas en la carrera de Medicina y Enfermería, que estarán distribuidos por todos los policlínicos y hospitales del país, los que tendrán como residencia hogares de familias cubanas.
* Cuba continuará su contribución al desarrollo del Plan Barrio Adentro I y II, mediante el cual hasta 30 mil médicos cubanos y otros trabajadores de la Salud a lo largo y ancho de la geografía venezolana, estarán prestando sus servicios a fines del 2do. semestre de este año.
* Serán intervenidos quirúrgicamente este año en Cuba por distintas afectaciones de la visión, 100 mil venezolanos. Para ello, se han creado todas las condiciones en los centros de atención hospitalaria con los medios más modernos y sofisticados existentes y condiciones de vida para su estancia confortable. Esto es lo que se conoce con el nombre de “Misión Milagro”.

Asimismo, Cuba mantendrá su apoyo para contribuir al éxito de los Programas especiales Bolivarianos, entre ellos a:

* La Misión Robinson I, mediante la cual Venezuela se declarará como el segundo territorio libre de analfabetismo en América, habiendo enseñado a leer y a escribir a un millón cuatrocientos seis mil venezolanos.
* La Misión Robinson II, en la que se encuentran estudiando un millón doscientos sesenta y dos mil venezolanos, para alcanzar el Sexto Grado[[55]](#footnote-56).
* La Misión Ribas, que forma a bachilleres para darles acceso a los estudios universitarios, a jóvenes venezolanos a los que la Revolución Bolivariana les brinda esa oportunidad. Al respecto se promoverá el cumplimiento del Plan de Becas que Cuba ofrece.
* La Misión Sucre para la universalización de la enseñanza superior.
* La Misión Vuelvan Caras para la formación de obreros especializados y darles acceso a nuevas fuentes de empleo.
* En adición, ambos países trabajarán en el diseño de un proyecto continental para eliminar el analfabetismo en América Latina.

En relación con estas estrategias vale la pena hacer algunos comentarios. El primero es el referido a la denominación común de “Misiones” que se aplica a los diferentes programas, los de salud incluidos. La mayor parte de ellos no se planifican técnicamente y no cuentan con estudios de factibilidad y viabilidad desde las oficinas de planificación del gobierno. Surgen como ideas espontáneas (al menos así aparecen) en los programas semanales que desarrolla el presidente Chávez, conocidos como “Aló Presidente”. De esta manera, los Ministros y funcionarios gubernamentales allí presentes se enteran de las tareas que deberán desarrollar.[[56]](#footnote-57) El término “Misión” adquiere así una doble connotación; por una parte, transmite hacia la población la idea cuasi-religiosa de una iniciativa destinada a enfrentar males seculares y evoca la religiosidad de este tipo de iniciativas que se daban en la época colonial y que se continuaron en las relaciones que se establecieron y siguen vigentes entre los grupos religiosos y la población indígena, reforzada esta idea mística, por algunos de los nombres que se les endosan y que pertenecen a héroes de la independencia en los siglos XVIII y XIX. Un segundo aspecto, tiene que ver con la concepción militar que subyace a su formulación y que nace del propio “background” del proponente. Una misión militar no es algo que pueda ser llevado a cabo, sino algo que es inevitable hacer. Es una orden que no puede no ser cumplida. Esta combinación de elementos cuasi-religiosos y militares le imprime a la “Misión” un cierto mesianismo, vinculado a la “ideología bolivariana” supuestamente inspirada en el Panamericanismo. En este sentido, la “venta” de la idea a la población, no sólo genera adhesión de las masas desposeídas, sino que refuerza la idea del Estado todopoderoso y benefactor, heredero directo de todas las glorias del pasado, que se ha instalado para eliminar de forma definitiva todas las inequidades e injusticias cometidas desde la colonia y que, en opinión de los funcionarios del actual gobierno, fueron reforzadas por los 40 años de democracia representativa. Otro efecto importante de este peculiar estilo, es la retroalimentación de grupos incondicionales para los cuales este tipo de improvisaciones no son sino una muestra de la calidad y fuerza del liderazgo del Presidente. [[57]](#footnote-58)

Otros aspectos igualmente relevantes, tienen que ver con el carácter continental de algunas misiones, como es el caso de la erradicación del analfabetismo y evidente fortalecimiento de la economía cubana, estancada y empobrecida por muchos años de bloqueo económico norteamericano. Este aspecto resulta particularmente importante, sobre todo cuando se le mira en relación con la salud. No sólo se trata de trueque de petróleo por servicios médico- asistenciales en sus diversas modalidades (Misión Barrio Adentro, Misión Milagro), sino de la apertura de un mercado de comercialización de medicamentos y de tecnología. Aún cuando no disponemos de cifras acerca de cuántos Centros de Diagnóstico Integral (CDI, que define el nivel II de la MBA) han sido puestos en funcionamiento, las inauguraciones de CDI vistas a través de la televisión en cadena nacional ponen de manifiesto que la tecnología de cada uno de estos centros, es traída desde Cuba y, muy probablemente, comercializada por ese país. En abril del 2006 en un informe presentado al país en una de sus alocuciones, el Presidente Chávez anunció la puesta en marcha de 21 nuevos CDI y 135 salas de rehabilitación. [[58]](#footnote-59) Pero lo más significativo es que Cuba podría convertirse en el distribuidor de petróleo para toda el área del Caribe, como lo demuestra el acuerdo para poner en marcha la refinería de petróleo en la provincia de Cienfuegos, proyecto que fue abandonado previamente por PEMEX.[[59]](#footnote-60) Ello ha requerido de una enorme inversión venezolana en la isla y coloca a Cuba en una posición preeminente en lo externo en cuanto a la distribución de petróleo se refiere, e internamente, sirve de motor reactivador de su economía.

Nuevamente resalta acá la relevancia que se le concede al tema político de la integración latinoamericana bajo un nuevo esquema de intercambio y solidaridad, tema que aparece ligado a las crecientes deficiencias y a las brechas que deja la política internacional de los Estados Unidos, sobre todo después de la invasión a Irak y la creciente impopularidad del Presidente Bush.

En relación con la noción de Estado que resulta de la actual administración venezolana, la idea de la gratuidad de los servicios que recibe la población, sobre todo en materia de salud, es un importante mecanismo de reproducción del imaginario popular para el cual estos derechos no tienen costo y provienen de la graciosa concesión del líder, de manera que la noción de Estado queda supeditada a la de Gobierno y ésta subsumida en el Presidente. De allí la marcada tendencia, públicamente denunciada en varias ocasiones, al autoritarismo y a actos reñidos con las reglas de la administración pública.

En cuanto a la eficacia y efectividad de las Misiones para Venezuela y exceptuando en este momento las vinculadas a salud, no se conocen cifras que permitan apreciar sus resultados. Tampoco se han realizado investigaciones que vinculen esta intervención en salud (MBA) y sus efectos finales. Sólo se difunden resultados administrativos como cobertura, número de consultas, toneladas de medicamentos repartidos, etc. que sólo nos hablan de gestión, más no de resultados. [[60]](#footnote-61)Incluso en el terreno de alfabetización, no pareciera haberse alcanzado logros importantes. Las misiones que tienen que ver con la educación superior, como es el caso de la Misión Ribas, están sustentadas en la creación y puesta en marcha de la “Universidad Bolivariana de Venezuela” (UBV) pero su funcionamiento ha dejado mucho que desear, tanto desde el punto de vista académico, como administrativo. Existe la duda de parte de importantes sectores académicos venezolanos acerca de la calidad de los profesionales que podría formar, no sólo por la brevedad de los lapsos establecidos para las diferentes carreras, sino por los contenidos mismos que ni siquiera fueron discutidos en los organismos designados para ello, como es el Consejo Nacional de Universidades (CNU) el cual, según la Ley de Universidades vigente, debe aprobar todos los nuevos proyectos de esta naturaleza en materia de educación superior. Aquí se plantea el significado de la eficacia y la efectividad de estos programas, en términos de la distinción que es analíticamente posible entre su manifiesta intencionalidad educativa y las metas políticas implícitas del régimen en el poder. Sobre estos temas volveremos en varias ocasiones.

Administrativamente, la UBV desde su creación en el año 2004, ha tenido ocho Rectores diferentes porque ha existido una disputa enorme entre los intelectuales afectos al gobierno para hacerse del cargo y porque muchas veces se han sucedido conflictos internos en los cuales sus docentes han propuesto cambios inaceptables para la dirección política del MVR.[[61]](#footnote-62)

Aunque esos aspectos de la actividad en materia de políticas públicas y sociales no está directamente vinculada a nuestra tarea, es importante resaltar que en estas misiones como en las de salud, sus éxitos y fracasos están directamente vinculados al desempeño del gobierno y, por tanto, al ejercicio de sus capacidades técnicas. Este aspecto es particularmente importante porque el desmantelamiento de los cuerpos técnicos en los aparatos del Estado, ha sido manifiesto y políticamente motivado, como ha sido públicamente reconocido por el propio Presidente Chávez.[[62]](#footnote-63)

Sin embargo, debe tenerse en cuenta que las actividades de las Misiones, no necesariamente responden sólo a la eficacia técnica en el plano de lo social y lo económico, sino a la eficacia política, tanto interna, como externa. Internamente, han sido instrumentos de proselitismo político; externamente han servido como efecto-demostración, apuntando a neutralizar la hegemonía norteamericana en la región y a establecer patrones propios de desarrollo, así como proponer la transformación del sistema político hacia el llamado “socialismo del siglo XXI”. Esta transformación se pretende que tenga carácter transnacional, como queda explicitado en los acuerdos y convenios anteriormente citados y en concordancia con lo expresado acerca de la solidaridad latinoamericana y el carácter internacional de la revolución cubana. Este carácter internacional debe entenderse en el marco de la necesidad de Cuba para alcanzar el socialismo el cual, desde un punto de vista ortodoxamente marxista, no existe sino meramente en el plano ideológico, dado el carácter subdesarrollado y dependiente de la economía de la isla. En este contexto, la propuesta bolivariana, sin poder asumir una dirección ideológica clara, coincide con el antiimperialismo cubano y, en esa medida, entra a formar parte de lo que podría ser una revolución de carácter latinoamericano, creando así las condiciones para los intentos de implantar el socialismo en la región. Tales principios están establecidos explícitamente en las líneas generales del plan de la nación 2001-2007. En la parte correspondiente al “Equilibrio Internacional”, leemos: *“Con el propósito de revertir la tradicional concentración de poder en los organismos internacionales y estimular la acción concertada de los países en vías de desarrollo, estimularemos la solidaridad y la cooperación entre los distintos actores del sistema internacional, para que las directrices que de ella emerjan, sean el resultado de una interacción equitativa en la toma de decisiones mundiales…La mayor legitimidad que se derivará de esta democratización permitirá contrarrestar las medidas unilaterales de carácter extraterritorial…Crearemos cátedras bolivarianas en los países latinoamericanos y fortaleceremos la actividad de los Institutos Venezolanos de Cooperación y Cultura existentes en El Caribe”* (MPD, 2000).En ese mismo documento, el tema del equilibrio social, dentro del cual se encuentra la salud, plantea y desarrolla los principios constitucionales en relación a la necesidad de constituir el SPNS pero no hay mención alguna de las “Misiones”. Como ya se dijo, estas iniciativas aparecen en forma espontánea, de manera que ese carácter pareciera justificar su no aparición en los presupuestos nacionales, dando origen a los problemas de acceso a información de este tipo que se verán más adelante. En este contexto, la salud en Venezuela y especialmente la MBA, adquieren una dimensión que trasciende lo meramente sanitario y se encaminan más hacia intentos de asentar las bases de un proyecto de hegemonía entendido como el predominio en materia de política interna y externa, de directrices provenientes del nuevo centro de poder que se intenta construir a nivel del subcontinente.

1. **BARRIO ADENTRO: SALUD Y PODER POLITICO**
   1. **Consideraciones metodológicas**

El estudio que sirve de base a este trabajo se concentra en las actividades del programa de atención primaria de la MBA y del gasto causado para ejecutarlo dentro del sistema sanitario. El objetivo del estudio es establecer las relaciones entre tres grandes componentes: la operación del programa, el gasto destinado para ello, y las condiciones y situación de salud de la población beneficiaria. Es importante resaltar que la información de BA presenta limitaciones para su acceso público, ya que buena parte de las operaciones del programa no son coordinadas directamente por Ministerio aunque ha habido intentos de superar estas deficiencias. Esto obliga a plantear un esquema metodológico que permita hacer un balance de la validez de las estadísticas oficiales y su complementación con el estudio de casos y la información de fuentes primarias en relación con algunos de los principales indicadores. Se trata de elaborar una aproximación al análisis del impacto de la MBA en términos de su efecto sobre los principales indicadores de salud que se verían directamente afectados por la iniciativa. Al respecto debe tomarse en cuenta que este impacto no debe ser entendido solamente en el terreno de lo sanitario; uno de nuestros objetivos es destacar el carácter *político* de la MBA y en ese sentido, también la evaluación de impacto debe tomar en consideración este tipo de efectos finales. Conviene también destacar que la evaluación se dirige a contrastar los objetivos planteados con los logros alcanzados, teniendo en cuenta la relativa atribución de los efectos observados a las variables seleccionadas, en tanto en cuanto la salud no resulta ser sólo producto de la organización del sistema de salud, sino de un complejo juego de factores, entre los cuales la pobreza juega un papel preponderante. Se trata entonces de medir el efecto de la intervención en las condiciones de vida como producto de una forma de organizar el sistema de salud, condiciones de vida de las cuales hemos abstraído sólo una pequeña parte de sus componentes: la salud materno-infantil en sus indicadores más importantes.

* 1. **Niveles y Desarrollo de Barrio Adentro**

El objetivo formal de la misión es crear una estructura intra-territorial de servicios de salud para los sectores que habitan en barrios populares de difícil acceso. En términos proporcionales, se estima que la población que habita en estos barrios conforma el 60% de la población venezolana. Asimismo, la Misión tiene el propósito de avanzar en un proceso de construcción y consolidación de un SPNS, basado en los principios de universalidad, gratuidad, equidad y participación, según lo dispuesto en la Constitución Nacional aprobada el año 1999.

La Misión comprende un conjunto de programas y servicios que fueron apareciendo en diferentes etapas desde que fue creada y las cuales aún se encuentran en desarrollo. La primera etapa fue la de Barrio Adentro I (BA I), iniciada en el año 2003, cuya estructura y funcionamiento han sido ampliamente descritos. Dentro de esta etapa también se incluye la Misión Milagro (MM), definida como un programa de traslado y atención de pacientes venezolanos en centros de salud de Cuba. Es importante destacar que esta investigación privilegió a la MBA en su etapa I, aún cuando en algunos análisis se toman todos los niveles de la Misión. Este énfasis tiene el sentido de valorar las actividades de atención primaria de salud porque se supone que la atención primaria es capaz de mejorar los indicadores de salud por sí misma, al dar respuesta a los principales y más frecuentes problemas de salud, siempre y cuando se verifique un mejoramiento sustancial de la calidad de vida de la población, que no depende de la atención a la salud. En otras palabras, reconocemos la complejidad causal de los procesos de salud y enfermedad pero nos concentramos en el papel de la atención a la salud, especialmente de la salud materno-infantil dado el rápido impacto que es posible observar en estos indicadores. De esta manera el postulado según el cual la pobreza es uno de los mecanismos más eficientes en la producción de enfermedad y muerte, es perfectamente reversible, de manera que un empeoramiento de los indicadores de salud aquí seleccionados puede dar pistas consistentes acerca de la escasa o nula reducción de la pobreza y el poco avance en el mejoramiento de las condiciones de vida o viceversa.

En la etapa I de la MBA se instalaron 8.500 consultorios de atención primaria dentro de casas y locales prestados por las propias comunidades, además de 1.415 clínicas odontológicas, 3.014 sillones odontológicos, 457 ópticas y la asistencia de 5.000 entrenadores/as deportivos cubanos/as para apoyar en labores de prevención y promoción de la salud física. Estos consultorios se instalaron de manera provisional hasta que fueran reemplazados por módulos definitivos. En el año 2004, el Ministerio de Salud y Desarrollo Social (MSDS) emprendió un plan de construcción y equipamiento de módulos de salud con aportes de Alcaldías, Gobernaciones, Fondo de Inversión Social de Venezuela (FONVIS), Proyecto PAIS del Ministerio de la Defensa y Petróleos de Venezuela (PDVSA), pero hasta el año 2005 sólo se habían construido 600 módulos (7 % del total programado). Sólo algunas partidas de las aquí identificadas se conocen, de manera que el cálculo del gasto es complejo. De ahí en adelante, las cifras de nuevos centros de la MBA es imprecisa porque no obedecen a un plan establecido.

La segunda etapa, denominada Barrio Adentro II (BA II), se inició en el año 2004. Esta etapa estuvo dirigida a constituir un segundo nivel de atención, que absorbería gran parte de la demanda de servicios diagnósticos, consultas especializadas y emergencias, proveniente de los consultorios de BA I, lo cual supone un sistema de referencia en plena operación. En el año 2004, el MS propone la conformación de este segundo nivel con centros ambulatorios rehabilitados del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS). No obstante, para ese momento, sólo se abrieron 3 ambulatorios en la Ciudad de Caracas, a los que se renombró como Clínicas Populares. Durante el año 2005, el gobierno cambia la estrategia y decide crear una red de Centros de Diagnóstico Integral (CDI), Salas de Rehabilitación Integral (SRI) y Centro de Alta Tecnología (CAT), como parte del segundo nivel de atención, con apoyo de personal cubano y la compra de equipos médicos también procedentes de Cuba. Esta segunda etapa implicó un incremento de personal de nacionalidad cubana en 5.000 médicos/as y otro personal de salud.

A finales del año 2005, el Presidente de la República anuncia la tercera etapa, denominada Barrio Adentro III (BA III). En esta etapa se espera lograr la recuperación y modernización de los 299 hospitales públicos existentes en el país, más la creación de nuevos centros hospitalarios, destacando entre ellos dos nuevos centros cardiológicos infantiles. A mediados de este mismo año, se inició la captación en los barrios populares y se planteó la meta inicial de enviar 25.000 estudiantes venezolanos/as para comenzar la carrera de medicina integral comunitaria en el país, bajo la tutoría de médicos/as cubanos/as, mientras que 2.000 más iniciaban su formación en Cuba (MSDS, 2005). La siguiente tabla, describe los programas y servicios de la MBA.

|  |  |
| --- | --- |
| **Etapas** | **Programas y servicios** |
| Barrio Adentro I | Consultorios Populares o Casas de la Salud: atención de salud primaria, mediante consultas médicas gratuitas, visitas domiciliarias, suministro gratuito de medicamentos, vacunación, atención odontológica, atención oftalmológica, entrenamiento físico y recreación. |
| Misión Milagro: traslado de pacientes venezolanos/as a Cuba para recibir atención médica especializada e intervenciones quirúrgicas en 14 centros de salud cubanos, en Oftalmología, Cardiología, Pediatría, Enfermedades de la piel, Tumores, Enfermedades infecciosas, Enfermedades parasitarias, Enfermedades de la sangre, Enfermedades articulares, Órganos hematopoyéticos, Enfermedades endocrinas, Enfermedades sistema circulatorio, Enfermedades sistema nervioso. |
| Barrio Adentro II | Clínicas Populares: Atención ambulatoria especializada y emergencias por 24 horas en Medicina interna, Pediatría, Gineco-obstetricia, Salud mental, Cirugía general, Neonatología, Otorrinolaringología, Ortopedia, Cardiología, Dermatología, Oftalmología, Cirugía ambulatoria, Sala de partos, Sala de cuidado intensivo e intermedio, Sala de observación, Laboratorio e imagenología, Banco de Leche Materna y Odontología. |
| Centros de Diagnóstico Integral (CDI): atención especializada, de emergencia y diagnóstica las 24 horas. Incluye: Quirófano, Terapia intensiva, Observación, Laboratorio clínico, Laboratorio SUMA[[63]](#footnote-64), Rayos X Estacionario, Endoscopia, Ultrasonido diagnóstico, Sala de yeso, Electrocardiograma, Oftalmología clínica y seguimiento a enfermedades oftalmológicas y Anatomía patológica. |
| Salas de Rehabilitación Integral (SRI): rehabilitación en las áreas de Optometría, Podología (problemas con pies), Logopedia y foniatría (trastornos de lenguaje, habla y audición), Fisiatría, Gimnasios pediátrico y de adultos, Diatermia y Electroterapia para dolores, Medicina natural y tradicional, Hidroterapia, Terapia ocupacional, Termoterapia, así como Tratamientos para: Accidentes Cerebro Vasculares, Sistema Nervioso, Otorrinolaringología, Fracturas y esguinces, Bursitis, Hernias discales, Cicatrices y Quemaduras recientes. |
| Centros de Alta Tecnología (CAT): atención diagnóstica de alta complejidad que cuenta con Resonancia magnética nuclear, Tomografía axial computarizada, Utrasonido tridimensional no invasivo, Mamografía, Videoendoscopio, Laboratorio clínico, Rayos X Flotante, Electrocardiografía y Laboratorio SUMA. |
| Barrio Adentro III | Hospitales del pueblo: Atención las 24 horas del día y hospitalización dando prioridad a las enfermedades cardiológicas, SIDA; enfermedades renales. Consiste en la recuperación y modernización de 299 hospitales públicos, de los cuales 218 son del MSDS, 29 de INAGER, 33 del IVSS, 3 de PDVS y 13 de las FFAA. Adoptar un nuevo modelo de gestión que incluye: Reestructuración del aparato administrativo, Lucha contra la corrupción, Adecuación tecnológica, Adquisición de equipos e insumos de primera calidad, Dedicación exclusiva del personal de salud, Activación y consolidación de las contralorías sociales. |
| Nuevos hospitales: construcción y equipamiento de 5 nuevos centros: 2 cardiológicos infantiles y 3 centros hospitalarios en los estados Guárico, Amazonas y Carabobo. |

Cabe destacar, como característica resaltante de la MBA, que los recursos con los que ella opera así como su organización pertenecen a una estructura *ad hoc* que, sólo en términos formales, es coordinada por el Ministerio, órgano rector de las políticas de salud del gobierno venezolano. En la práctica, la coordinación del personal médico y el seguimiento a las actividades que éstos realizan ha estado a cargo de la misión médica cubana. Sin embargo, se conoce informalmente de los esfuerzos realizados por uno de los ministros de salud por coordinar e integrar los servicios de la MBA a los del Ministerio y los estados. Tales esfuerzos parecieran no haber dado sus frutos, al menos hasta el año 2006. De igual manera, los recursos son producto de asignaciones especiales aprobadas por el Presidente de la República, con cargo a los ingresos petroleros extraordinarios. Estas son algunas de las razones que explican las dificultades arriba señaladas para la obtención de información confiable.

* 1. **Enfoque metodológico, ámbitos y niveles de análisis**

La metodología se concentra en la primera etapa de la MBA, llamada Barrio Adentro I, específicamente en el programa de los Consultorios Populares, dado que éste es el que tiene más tiempo en marcha y una mayor cobertura en todo el país. El objetivo de la medición es conocer el impacto del gasto público invertido en el programa y de las actividades que realizan los consultorios populares, entendiendo por impacto la incidencia que puede ser atribuida al programa en términos de cambios favorables en el comportamiento de indicadores clave que expresan las condiciones de salud de la población que se encuentra bajo las coberturas normativas de atención y en el entendido de que tales indicadores responden rápidamente a las acciones sanitarias. El lapso de estudio abarca desde el año 2003 hasta el presente (2008).

El impacto del programa se ha considerado en tres ámbitos:

El *ámbito de las condiciones de salud*, que mide el mejoramiento o desmejoramiento de las condiciones de atención que tiene la población beneficiaria en cuanto a personal, bienes y servicios provistos por el programa, sobre la base de los criterios de universalidad y equidad, tal como lo establece el derecho a la salud consagrado en la Constitución Nacional.

El *ámbito de la situación de salud*, donde se medirá el comportamiento de indicadores relativos al estado de salud de la población cubierta por el programa, considerando aquellos que puedan se susceptibles de cambio por la intervención directa de éste y sobre los cuales se obtenga suficiente información confiable durante el período que el programa lleva ejecutándose.

El *ámbito del proyecto político bolivariano*, entendido BA como parte de una estrategia de consolidación del apoyo popular al gobierno nacional, en términos de su importancia en relación con los procesos electorales recientes y en sus relaciones con las misiones de carácter educativo, así como su función de mecanismo de control social.

La aplicación de la metodología se realizará en tres niveles:

Análisis general: en este nivel se hizo una compilación y construcción de series de toda la información disponible en fuentes oficiales dentro del contexto nacional y por estados, acerca de: i) la organización y actividades programáticas: ii) la estructura y datos de gasto; y iii) las estadísticas sobre situación de salud; iii) datos electorales. Igualmente se usarán los resultados de la encuesta epidemiológica realizada para el CONACUID[[64]](#footnote-65) entre octubre y noviembre de 2005 con financiamiento de la Unión Europea. Con esta información se procederá a realizar un análisis general sobre los impactos potenciales atribuibles al programa, tanto en el terreno sanitario como en el político-electoral y un balance acerca de la validez y alcances de la información, así como de la demanda de los servicios de BA, a la manera de la otra cara de la cobertura de servicios de este tipo.

Análisis de series: en este nivel se desarrollará un análisis sobre el comportamiento antes/después, de los indicadores que hayan tenido mayor validez y alcance en las condiciones y situación de salud de la población, y el análisis de la relación de estos indicadores con el comportamiento del gasto global de salud en el presupuesto nacional y el de BA.

Análisis de casos: Se usarán como complemento a la información de las series mencionadas, con base en las entrevistas realizadas en los módulos del área metropolitana de Caracas y el estado Vargas. Con este análisis se pretende obtener información cualitativa sobre los impactos del programa en las personas que son sus beneficiarias, sobre todo en relación a la calidad de la atención y a la oportunidad y continuidad de los suministros.

* 1. **Dimensiones de impacto en el ámbito de condiciones de salud**

El ámbito de las condiciones de salud comprende la configuración parcial de la oferta de personal, bienes y servicios que BA ha puesto a disposición de los sectores populares durante el tiempo de ejecución del programa, su comparación con la oferta sanitaria existente y el grado de reducción de los déficit de atención en forma global y por entidades federales, considerando las condiciones de disponibilidad, cobertura, acceso, calidad y oportunidad de la atención. El análisis se basa en los principios que rigen el derecho a la salud en la Constitución Nacional utilizados como parámetros normativos para medir los impactos y a los cuales apunta el programa en sus objetivos. Estos principios son:

* Universalidad: se entiende como igual acceso a toda la población que se encuentra cubierta por el programa. Sin embargo, es importante destacar que la medición del impacto se hará comparando las acciones y su eficiencia con la evolución de indicadores clave de salud del país.
* Equidad: se entiende como la distribución equivalente de bienes y servicios del programa al tamaño de la población y el déficit de condiciones de salud existente.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Dimensiones** | **Variables** | **Indicadores** |
| Disponibilidad | Personal  Instalaciones  Servicios  Medicamentos e insumos | Personal/Habitantes  N°  N°  Suficiencia y oportunidad |
| Cobertura | Población  Consultas  Vacunaciones  Partos | N°  N°  Tasa sobre población  N° x servicio |
| Acceso | Ubicación  Visitas  Horarios  Gratuidad  Requisitos de entrada  Demanda del servicio | Por nivel socio-económico  N° x hab.  8, 12 ó 24 horas  Total/Parcial  Admisión de pacientes  Uso x niveles socio-económicos x entidad federal |
| Calidad | Condiciones físicas y sanitarias  Información epidemiológica  Percepción de personal y usuarios | Módulo u otros  Disponibilidad  Encuesta de casos seleccionados |

* 1. **Dimensiones de impacto en el ámbito de la situación de salud**

El ámbito de la situación de salud incluye los indicadores de mortalidad que tengan posibilidad de ser impactados por el programa, de acuerdo con el tipo de atención que se presta, la población a la cual va dirigida y los alcances del programa según sus objetivos. Siendo un programa de atención primaria se hará énfasis en las enfermedades y causas de mortalidad prevenibles por la intervención, el equipamiento y la tecnología utilizada en la medicina comunitaria y general que se presta en los consultorios de BA, con especial referencia a los cambios en los indicadores de salud materno-infantil, a nivel nacional, por ser los de menor tiempo de impacto.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Dimensiones** | **Variables** | **Indicadores Casos** | **Indicadores nacionales** |
| Morbilidad general | Enfermedades agudas  Enfermedades crónicas  Accidentes | Tasas x tipos  Tasas x tipos  Tasas x tipos | Causas de consulta  Causas de consulta  Causas de consulta |
| Mortalidad infantil y algunos de sus componentes | Mortalidad Infantil total  Mortalidad post-neonatal  Mortalidad por deshidratación  Mortalidad por enfermedades respiratorias  Mortalidad por parasitosis y enfermedades hídricas  Mortalidad por accidentes  Mortalidad por enfermedades prevenibles  Mortalidad infantil proporcional | Tasas x población  Tasas x población  Tasas x población  Tasas x población  Tasas x población  Tasas x población  Tasas x población | Tasas x 1000 nvr  Tasas x 1000 nvr  Tasas x 1000 nvr  Tasas x 1000 nvr  Tasas x 1000 nvr  Tasas x 1000 nvr  Tasas x 1000 nvr  Tasas x 1000 nvr  N°/Mort. general |
| Mortalidad materna durante el embarazo | Mortalidad por falta de controles  Mortalidad por edad precoz  Mortalidad por aborto | N°  N°  N° | Tasa de MM x 1000 nvr |

La selección final de indicadores clave se hizo mediante un análisis de componente principal (ACP) de manera de usar sólo aquellos indicadores de los aquí referidos que muestren mayor correlación con la situación de salud de la población y con la calidad de la atención prestada. El ACP es una modalidad de análisis multivariado que permite identificar variables similares para la alimentación de indicadores, de manera que elimina complicaciones innecesarias o exceso de variables que miden el mismo fenómeno.

* 1. **Objetivos de la Investigación**

El estudio explora los impactos del programa BA y también la medición de estos impactos, a fin de dilucidar la lógica de dicho programa y el sentido real de sus impactos sobre la población y su significación en el contexto socio-político actual. Se utilizó para ello información documental y estadística proveniente de fuentes oficiales, y de investigaciones realizadas o en marcha sobre el programa. En el mismo estudio se trabajaron casos, con la idea de constatar la información y recabar evidencias sobre aspectos cualitativos del programa en el terreno y en contacto directo con la gente. De esta manera, los objetivos del estudio son:

a) Definir los impactos atribuibles a BA y, dentro de éstos, identificar aquellos esperados por los organismos responsables en los planes de ejecución llevados a cabo desde la puesta en marcha de la MBA, de acuerdo a la última información disponible.

b) Evaluar las posibilidades de medir los impactos esperados, observando la forma y ritmo de ejecución real de BA, así como el alcance y la validez de la información disponible para realizar estas mediciones, en casos seleccionados.

c) Determinar los impactos favorables del programa BA en las condiciones del sistema sanitario del país y la situación de salud de la población.

d) Analizar las funciones políticas que cumple BA en la actual coyuntura de transformación impulsada por el gobierno bolivariano

* 1. **Tratamiento de la información**

El carácter exploratorio del estudio y el hecho de que la implementación del programa todavía no ha sido completada por los organismos de gobierno, llevaron a realizar un primer balance general de toda la información disponible sobre el programa. Con base en este análisis se determinaron los impactos esperados y se realizó un balance de la capacidad de los datos para medirlos. El paso siguiente fue trabajar un análisis de series con un conjunto de indicadores en un período de años, a partir de la información válida disponible y elaborar los fundamentos para determinar si hubo o no impactos en los ámbitos ya indicados, especialmente a nivel nacional y, eventualmente, a nivel de las entidades federales.

En los estudios de caso se utilizó la observación de los consultorios y entrevistas realizadas a médicos/as del personal de salud, miembros de la comunidad integrantes de comités de salud, usuarios regulares y usuarios que hubieran acudido por razones de emergencia, en el área metropolitana de Caracas que concentra la mayor cantidad de consultorios y de personal.

* 1. **Limitaciones encontradas**

Es importante destacar que la misma forma de implantar el programa y el que esta implantación esté inacabada, trae una gran cantidad de dificultades para medir sus impactos. En general, la información no es reportada ni sistematizada regularmente por los organismos rectores y/o coordinadores de gobierno nacionales, como ya ha sido señalado en varias oportunidades. Los datos de las personas atendidas no son tabulados ni procesados por los entes públicos, tampoco son revisados por éstos. Cada médico/a registra la información, elabora su propio informe y lo entrega mensualmente al coordinador cubano que le corresponde. Los órganos gubernamentales locales no manejan estos datos, solamente el Ministerio cuando la coordinación cubana suministra la información, lo cual o no es frecuente o no se sabe cuando ocurre.

Las decisiones dentro del consultorio se toman de acuerdo con los lineamientos de la coordinación cubana. Asimismo, durante los años 2003 y 2004 el financiamiento del programa era manejado fuera del Ministerio y por diferentes órganos.[[65]](#footnote-66) Este carácter extra-institucional del programa hace que mucha información no se pueda obtener como es el caso de las cifras de presupuesto y gasto del programa antes del año 2005, de las cuales el Ministerio no tiene registro y las posibilidades de conseguir cifras consolidadas y consistentes son escasas. La poca información al respecto es la obtenida de gacetas oficiales cuando se refiere a montos aprobados por el parlamento (Asamblea Nacional), o las que ofrecen los órganos públicos por la prensa o el mismo Presidente de la República a través de su programa semanal *Aló Presidente*, del que existen regularmente transcripciones completas publicadas en página web. Los datos epidemiológicos y financieros de los últimos años han sido tomados de la reciente publicación de OPS sobre la MBA (OPS, 2006), a pesar de las observaciones que se han formulado a dicha publicación porque es la única fuente disponible y se supone que son datos oficiales.[[66]](#footnote-67)

Esto ha llevado a la necesidad de redefinir, al menos temporalmente, los objetivos del estudio. Para el año 2006 más del 80% de los consultorios funcionaban todavía en casas o locales provisionales y el equipo de salud dentro del consultorio no estaba operando por completo. La coordinación del consultorio con el sistema de salud público no funcionaba, puesto que los médicos cubanos no están autorizados para ello y, como se ha señalado anteriormente, las iniciativas desarrolladas en esta dirección desde el Ministerio, no han sido exitosas. Los médicos/as venezolanos/as que se encargarían de esta labor se encuentran estudiando, unos en Venezuela y la mayoría en Cuba, y lo estarán al menos por 5 años. El número de enfermeras es insuficiente para la cantidad de consultorios y las que se encuentran trabajando en su mayoría son auxiliares de enfermería. Asimismo, a falta de promotores comunitarios los miembros de la comunidad, constituidos en Comités de Salud, asumen esta tarea. También suplen las deficiencias de personal de enfermería y se ocupan de algunas de las funciones claves de coordinación como es la gestión permanente de los insumos, el equipamiento y mantenimiento de los consultorios. [[67]](#footnote-68)

* 1. **Los impactos atribuibles y esperados de Barrio Adentro**

El programa BA se diseña e implanta en el país sobre la base de los modelos de atención primaria en salud, medicina social y familiar que se han desarrollado en muchas partes del mundo desde la declaración de Alma Ata en el año 1978. A su vez, la medicina simplificada se implantó en todo el país a través de casi 4.000 ambulatorios o medicaturas rurales desde hace 40 años. No obstante, el país experimentó un acelerado proceso de urbanización, se produjo una elevada migración interna del campo a la ciudad y las políticas de salud, sobre todo después de los años 70, fueron apuntando a:

* Concentrar la atención en los centros urbanos, antes que expandirla a todos los espacios ocupados por la población.
* Desarrollar un enfoque médico-curativo que ancló la atención en grandes hospitales y en la medicina altamente especializada.
* Adoptar para el sistema público de salud un modelo primordialmente asistencialista que representa entre los venezolanos/as la última opción, estando el sistema de aseguramiento público y privado como la primera; y en segundo lugar, el pago directo al sector privado lucrativo y no lucrativo (D’Elia y col, 2005; Díaz Polanco, 2002).

Así pues, la MBA significa un intento por expandir un modelo de salud universal (no focalizado o concentrado), integral (no solamente curativo, ni especializado) y de naturaleza pública, no regido por reglas privadas sino públicas en la organización, prestación y financiamiento del sistema.

En consecuencia, el modelo de BA supone tomar como primeros impactos generales:

* Expandir la capacidad de atención y coberturas de salud a toda la población venezolana mediante nuevos recursos físicos, humanos y financieros
* Reorientar el tipo de atención hacia una atención de salud que contribuya a elevar la calidad de vida de las personas
* Contribuir al reordenamiento del sistema desde el punto de vista institucional y financiero, garantizando reglas universales de acceso y una base de beneficios colectivos comunes, equidad en el trato, distribución y condiciones de desigualdad económicas, sociales y culturales, y respuestas exigibles a los problemas de salud, tanto individuales como colectivas (D’Elia y col., 2005).
* Contribuir a consolidar el apoyo popular al gobierno bolivariano y a sus proyectos de transformación del país.

A fin de cumplir con los principios de universalidad y accesibilidad, se dispuso una fórmula de ubicación del personal de salud en la cual se debía lograr una relación de un médico/a por cada 1.250 personas y, por supuesto, estas prestaciones no tienen cargo alguno ni costo para el usuario.

|  |  |
| --- | --- |
| **Centros/servicios** | **Actividades** |
| Consultorios populares, Casas de la salud, Puntos de consulta (provisionales) | Consulta médica  Visita domiciliaria  Suministro de medicamentos  Vacunación |
| Consultorios populares  (módulos definitivos) | Consulta médica  Visita domiciliaria  Suministro de medicamentos  Vacunación  Residencia de médicos/as |
| Clínicas Odontológicas | Consulta |
| Ópticas | Consulta  Suministro de lentes |
| BA Deportivo | Actividades físicas, recreativas y deportivas para grupos de niños/as, adolescentes y jóvenes, mujeres eBArazadas y personas mayores. |

Este esquema es el se denomina “gratuito”, expresión con la que disentimos, ya que es obvio que los servicios prestados tienen costos y deben ser sufragados de alguna manera. Lo que ha venido ocurriendo es que, la mayor parte de los insumos, incluyendo los medicamentos utilizados, también provienen de Cuba constituyéndose esta provisión en una de las formas en que el gobierno cubano retribuye el petróleo entregado por Venezuela en condiciones especiales, las cuales están fijadas en los convenios aquí identificados.

Estos médicos/as, junto con comités de salud constituidos por los mismos médicos y, sólo en algunos casos, sometidos a consulta entre las comunidades, instalaron consultorios provisionales en casas de familia o locales rehabilitados, de manera transitoria. Estos consultorios provisionales serían reemplazados por módulos o establecimientos definitivos, que a su vez servirían de lugar de residencia para los médicos. En cada módulo se ubicaría a 2 médicos/as, por lo que cada consultorio tendría capacidad para atender 2.500 personas. En la siguiente gráfica se expone la arquitectura inicial de los módulos con forma octogonal.



**6. LOS RESULTADOS**

Los objetivos que se enumeran a continuación, resumen de manera general los logros que se propusieron para la MBA, de manera que a continuación pasaremos a examinar esos resultados, en función de los indicadores de impacto que han sido seleccionados. El análisis de algunos indicadores, sobre todo los relacionados con efectividad del gasto y situación de salud, se presentan en forma de series temporales de manera de distinguir las variaciones entre tres lapsos seleccionados: el primero, corresponde a los años previos a la descentralización de los servicios de salud y abarca desde 1985 hasta 1989; el segundo contempla la evolución de tales indicadores entre 1990 y 1998; por último se considera la gestión del gobierno bolivariano, entre 1999 y 2006. En el caso del análisis del uso de servicios por parte de la población, sólo se refiere a un año (finales del 2005) dado que la información proviene de la encuesta realizada por encargo de la Unión Europea y que ha sido citada anteriormente (WDC, 2006). Sin embargo debe destacarse la importancia de esta información en función de la comprensión total de la cobertura, tal y como lo señala Paganini (Paganini, 1998). Se han incluido, además algunos datos obtenidos en escuelas primarias para el año 2007 a manera de casos. Los objetivos que resumen las metas propuestas pueden, entonces, resumirse de la siguiente forma.

1. Expandir la capacidad de atención y coberturas de salud a toda la población venezolana mediante nuevos recursos físicos, humanos y financieros
2. Reorientar el tipo de atención hacia una atención de salud que contribuya a elevar la calidad de vida de las personas
3. Contribuir al reordenamiento del sistema desde el punto de vista institucional y financiero, garantizando reglas universales de acceso y una base de beneficios colectivos comunes, equidad en el trato, distribución y condiciones de desigualdad económicas, sociales y culturales, y respuestas exigibles a los problemas de salud, tanto individuales como colectivas.

Estos tres grandes rubros sintetizan los objetivos de BA y pueden ser apreciados en términos de los logros alcanzados en el desarrollo de las actividades del programa. Cada uno de ellos será examinado en términos de los diferentes indicadores seleccionados.

En la segunda parte enfocará el tema de las relaciones entre BA y el apoyo al gobierno bolivariano, entendiendo el programa BA como parte importante de la política nacional de salud, de acuerdo a lo anteriormente establecido:

1. Contribuir a consolidar el apoyo popular al gobierno bolivariano y a sus proyectos de transformación del país.

**6.1. Barrio Adentro y la expansión de cobertura**

Esta meta propuso, no solamente alcanzar la universalización de la cobertura de los servicios médicos de atención primaria, sino llevar hasta las barriadas populares más apartadas y necesitadas, nuevas formas de convivencia y de uso del tiempo libre, al incorporar actividades recreativas y deportivas entre sus tareas habituales. ¿Qué ocurrió entonces con la cobertura? Esta pregunta puede responderse de varias maneras. Una tiene que ver con la forma habitual en que se mide esta variable, es decir, cuántos habitantes son cubiertos por los servicios real o potencialmente existentes para una determinada población; otra, se refiere a la forma en que los usuarios de la red de BA usan estos servicios, es decir, a su demanda efectiva y que expresa la otra cara de la cobertura. En la primera forma de entender la cobertura hay que destacar la voluntad expresada de expandirla mucho más en aquellos estados menos favorecidos, es decir, aumentando la cobertura en los más pobres y menos urbanizados que en aquellos en los cuales el acceso a los servicios se ha dado de manera más fácil. La siguiente tabla muestra la capacidad de cobertura de la MBA por estados de Venezuela.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **CAPACIDAD DE COBERTURA DE LA MBA POR ESTADOS. VENEZUELA, 2005** | | | |
| **Estados** | **Población 2005** | **% de Pobl.** | **Cobertura** |
| **Amazonas** | **134.594** | **0,51** | **24,15** |
| **Anzoátegui** | **1.428.269** | **5,44** | **19,78** |
| **Apure** | **452.369** | **1,72** | **25,97** |
| **Aragua** | **1.617.333** | **6,16** | **13,76** |
| **Barinas** | **724.331** | **2,76** | **15,88** |
| **Bolívar** | **1.475.527** | **5,62** | **7,29** |
| **Carabobo** | **2.155.610** | **8,21** | **16,82** |
| **Cojedes** | **288.186** | **1,10** | **24,29** |
| **D. Amacuro** | **145.568** | **0,55** | **63,54** |
| **D.C.** | **2.073.768** | **7,90** | **65,10** |
| **Falcón** | **869.259** | **3,31** | **9,78** |
| **Guárico** | **716.896** | **2,73** | **18,13** |
| **Lara** | **1.736.983** | **6,62** | **14,82** |
| **Mérida** | **811.655** | **3,09** | **12,94** |
| **Miranda** | **2.765.442** | **10,54** | **11,30** |
| **Monagas** | **819.197** | **3,12** | **19,53** |
| **N. Esparta** | **422.668** | **1,61** | **17,15** |
| **Portugesa** | **839.881** | **3,20** | **57,75** |
| **Sucre** | **889.141** | **3,39** | **22,49** |
| **Táchira** | **1.134.710** | **4,32** | **0,44** |
| **Trujillo** | **685.442** | **2,61** | **10,94** |
| **Yaracuy** | **573.726** | **2,19** | **13,07** |
| **Zulia** | **3.486.850** | **13,28** | **30,90** |
| **Fuente: MS, 2006; INE, 2006. Cálculos propios** | | | |

Esta tabla muestra, además, la población de cada estado calculada para el 2005 y el porcentaje de población de cada estado con respecto al total nacional. Pasemos ahora al análisis más detenido de estos datos. La hipótesis asumida a partir de la meta propuesta señala que esta cobertura programada tendrá una relación inversamente proporcional con la magnitud de la población.

El gráfico 3 muestra la cobertura de la MBA según la concentración de la población por entidades federales.



La cobertura pareciera dividirse en dos grandes patrones. El primero, en la parte superior del gráfico, toma en cuenta sólo cuatro estados (Delta Amacuro, Portuguesa, Distrito Capital y Zulia) de los cuales sólo Delta Amacuro y Portuguesa pueden ser considerados, según su ingreso familiar medio para 2005, estados “pobres”. El resto de las entidades federales se sitúan en la parte inferior del gráfico y, de ellos, los estados más pobres (Trujillo, Amazonas, Táchira, por ejemplo) tienen menor cobertura que otros no tan pobres pero que concentran más población (Aragua, Miranda, Carabobo). De aquí que la cobertura pareciera estar más en función de la población que de la situación socio-económica de los estados. Sin embargo, hay que tener en cuenta que las políticas de cobertura responden a esta característica y además, en el caso venezolano, probablemente el DC y Zulia, han sido estados que han actuado como polos de atracción para la población, de manera que la población marginada en estos estados, podría haber ameritado una mayor cobertura que en otras entidades federales que, como en el caso de Trujillo, tiene una población más dispersa. Sin embargo, hay que destacar que la correlación entre ingresos familiares medios en todos los estados y la cobertura es absolutamente no significativa. Esto tiende a contradecir los objetivos de cobertura de BA, porque se suponía que tal cobertura estaba en función de la pobreza, medida por el parámetro de ingreso familiar medio. Al igual que con muchos indicadores, la apreciación real de la pobreza en Venezuela resulta sumamente difícil y se ha convertido en un tema crecientemente politizado.

Sin embargo el tema de la cobertura no estaría bien tratado si no se toma en cuenta la otra cara de la moneda. Mientras la capacidad instalada nos dice cómo podría ser la prestación, el uso de los servicios nos indica como es en realidad. A continuación se presenta el uso de servicios por tipo de red y por niveles socio-económicos de la población. En este último caso, se ha agrupado los establecimientos en tres categorías. La red convencional que se refiere a los establecimientos de salud dependientes del Ministerio o de las gobernaciones y que preexistían a la MBA; la Nueva Red que agrupa los consultorios populares y los establecimientos de la MBA y la red privada. Los gráficos 4 y 5 muestran esos datos para Venezuela.

El uso de la llamada red convencional supera en gran medida el que se hace de la nueva red (MBA y Consultorios Populares). También es importante destacar el aumento del uso de la red privada, pese a los costos que ello implica y, sobre todo, la preferencia del estrato más pobre (E) por los servicios convencionales.

Esta tendencia es importante y se mantiene en todos los estados del país con pequeñas diferencias. Permítasenos ilustrar dos casos el Distrito Capital y el estado Miranda por ser los más poblados. Los gráficos 6 y 7 presentan esos resultados.

Estos datos ponen en evidencia que la demanda efectiva de servicios se sigue concentrando en la red pre-existente a la MBA pero, además, muestran el creciente uso de servicios privados, lo cual es especialmente importante en las entidades federales referidas, aún cuando en el estado Miranda se nota un uso mayor de la nueva red por parte del estrato E. Igualmente es importante destacar el uso de la red convencional por parte de los estratos A y B.

Así, la cobertura de la MBA, dista mucho de ser los cientos de millones de consultas referidas en las cifras oficiales. En cualquier caso si ello fuera cierto, pone en tela de juicio la calidad de tales actividades y su impacto en la población, como veremos más adelante.

Podría pensarse que tales datos son viejos y que sería necesaria nueva información. No disponemos de información más reciente pero, a manera de ejemplo, permítasenos mostrar el caso de cuatro escuelas del área metropolitana de Caracas de las cuales hemos obtenido información por una encuesta realizada en ellas y en la cual se incluían preguntas relativas al uso de los servicios. El siguiente gráfico ilustra esa situación.

Aún cuando se trata de casos sin representatividad -como sí la tienen los datos anteriores-muestran que la tendencia es la misma. Las escuelas consideradas se encuentran en zonas pobres de Caracas y la demanda de dirige fundamentalmente a los servicios de la red convencional y el uso de la nueva red es algo mayor superando escasamente un tercio de la demanda por hospitales y ambulatorios.

**6.2. Elevación de la calidad de vida: mejoramiento de los indicadores de salud materno-infantil**

Para la evaluación de este impacto hemos tomado tres indicadores básicos: La Mortalidad Infantil (MI), la mortalidad post-neonatal (MPNN) y la Mortalidad Materna (MM). Aún cuando hemos incorporado otros tales como la Mortalidad Infantil Proporcional (MIP) y la mortalidad de menores de 4 años (M-4), nos centraremos en el estudio de lo que ha pasado con los tres primeros porque el análisis de componente principal efectuado arroja una casi absoluta correlación entre la MI, la M-4 y la MIP.

Un primer acercamiento nos permitirá ver lo que ha ocurrido con la MI. Para estos análisis y basados en la experiencia del desarrollo y resultados del proyecto RESVEN[[68]](#footnote-69), hemos dividido las series epidemiológicas en tres momentos diferentes. El primero es el anterior a la política de descentralización y comprende el lapso 1985-1989; el segundo corresponde al manejo autónomo de los servicios de salud que ocurrió, con diferencias entre las entidades federales, entre 1990 y 1998 y, por último el lapso 1999-2006 correspondiente a la gestión del actual gobierno y que abarca la puesta en marcha de la MBA. El gráfico 9 presenta la evolución de la tasa de MI (TMI) en los lapsos considerados, así como sus Tasas Medias de Reducción Anual (TMRA).[[69]](#footnote-70)

La TMRA entre 1998 y 2005 ha disminuido y corresponde a un estancamiento en el descenso de la MI y a un aumento importante de este indicador sobre todo en el año 2002. La disminución de esta tasa puede estar influida por el descenso ocurrido anteriormente y las dificultades para continuar con la misma intensidad. Por ello se hace importante observar lo que ocurre con la TMPNN que es la más vinculada a la calidad de la atención a la salud (Starfield, 2001; Gutiérrez y Bertozzi, 2003). El gráfico 10 muestra el mismo análisis ahora en relación con este indicador.

Aquí la tendencia al deterioro es mayor porque la TMRA no sólo es menor en el lapso 1999-2005, sino que se vuelve negativa merced al aumento moderado pero sostenido de la tasa entre el 2000 y el 2005.

Pero el más dramático de todos los indicadores es el de mortalidad materna (MM). El siguiente gráfico muestra la evolución de dicha tasa entre 1985 y 2006, así como sus TMRA en los lapsos utilizados en los gráficos anteriores, es decir, antes durante y después de la experiencia descentralizadora de servicios de salud.



Este es el indicador que muestra mayor deterioro porque la tasa aumenta de manera clara a partir de 1999, con la excepción de una baja importante el año 2003.

El análisis de estos indicadores significa mucho más que la revisión de su evolución en los lapsos aquí considerados. Se trata de que la iniciativa en políticas de salud ha estado centrada en gran medida, según el discurso oficial, en la salud materno-infantil. En el caso de la mortalidad materna, está demostrado que la concentración de consultas en embarazadas, guarda estrecha relación con la disminución significativa de la mortalidad materna.

En el libro “Barrio Adentro: Derecho a la salud e inclusión social en Venezuela”, podemos leer: *“…la cobertura prenatal se observa que aumentó de 25 por ciento en 1997 a 57 por ciento en 2003…al calcular el número de controles por mujer embarazada éste resulta en un promedio de 10,5 por mujer embarazada”* (p. 100). Si esto hubiera ocurrido, la tasa habría disminuido rápida y pronunciadamente que no es, ciertamente, lo que se observa en este caso.

Se trata entonces de criterios epidemiológicos desconocidos porque la consulta prenatal, posee un protocolo bien definido, dirigido a controlar los riesgos y asegurar el parto en las condiciones apropiadas en cada caso. En los países en los cuales se alcanza un promedio como el señalado arriba, muy pocos por cierto, se ha logrado disminuir significativamente la mortalidad materna. ¿Por qué no ha ocurrido así en Venezuela? Es obvio que alguien miente y que el discurso oficial al respecto carece de fundamentación empírica real. O los datos se falsean para adecuarlos a las exigencias del gobierno, o los registros son deficientes o la intención de difundir resultados de esta magnitud tiene una intencionalidad distinta a la sanitaria. Pero lo más grave es que si los datos fuesen ciertos, habría que concluir que la calidad de la atención prenatal es pésima. Esto último es importante, sobre todo si se toma en cuenta la desarticulación del sistema de salud constituido por la MBA con el resto del sistema de salud, la crecientemente mala distribución de insumos que ha sido puesta de manifiesto en el estudio de los consultorios y la dudosa capacitación técnica del personal cubano denunciada muchas veces por diversos actores nacionales en el sector salud.[[70]](#footnote-71)

Estos temas pueden verse también en relación con la magnitud de la inversión realizada durante el lapso 1999-2006.

**6.3. Eficiencia y efectividad del gasto en salud**

Uno de los aspectos más difíciles de indagar ha sido, en el caso de BA, la magnitud de la inversión, que desde 1999 se está haciendo en el campo de la salud. Las cuentas nacionales y el gasto de las familias en el mercado interno provenientes de las fuentes tradicionales, así como los presupuestos sectoriales, son insuficientes para dar cuenta de la forma en que ha aumentado este gasto. Por otra parte, nunca existieron cuentas de salud en Venezuela, de manera que los cálculos acerca del gasto total –privado y público- ha sido siempre una labor de reconstrucción a partir de los análisis de los presupuestos oficiales. De esta manera, llegar a cifras aproximadas ha sido siempre una ardua labor. De todas maneras, entre los diferentes autores que han estudiado el tema, existe un cierto consenso acerca de la escasez del gasto público, la importancia del privado y la poca importancia concedida a salud en la agenda política de los gobiernos. Incluso, en algunas obras como las de Carlos Matus, cuando se ejemplifica la toma de decisiones por prioridades en los gabinetes, se señala a la salud como el sector al cual los ministros le conceden muy poca importancia y que a veces sólo puede aspirar a las migajas que deja otros sectores, como el económico y el militar. Ello ha sido así en Venezuela, pues el gasto sanitario público casi nunca ha rebasado – y sólo en años muy puntuales- el 2 % del PIB. Sin embargo, a partir del año 2001, aparece el llamado “gasto extraordinario” (léase extrapresupuestario) en salud. Esta situación puede verse reflejada en el gráfico 12.



Pero a partir del nuevo gobierno electo a finales de 1998, el discurso político comienza a priorizar la salud y la educación y el tema de la exclusión aparece planteado en términos de la inclusión de quienes nunca disfrutaron de acceso a los servicios de salud. En términos del gasto, esto parece haberse traducido en gigantescas asignaciones financieras al sector salud, de manera que en el año 2005, se llegó a la increíble suma que puede representar algo más del 9 % del PIB en un contexto de rápido aumento de los precios del petróleo en el mercado mundial.[[71]](#footnote-72) Si se compara este punto máximo con lo invertido en 1998, el aumento significa un 483 % con respecto al gasto total en 1998, cifra inimaginable en toda la historia del sistema de salud de Venezuela. Afortunadamente, la publicación hecha por OPS en Caracas sobre la MBA que hemos citado anteriormente, ofrece algunas cifras que es importante tener en cuenta. Esa misma fuente nos permite distinguir entre los muy diferentes porcentajes que corresponden al gasto destinado a la red tradicional (hospitales y ambulatorios pre-existentes a la MBA) y aquel destinado a la MBA. Tomando como ejemplo el año 2005, sólo 1,85 % del PIB estuvo dirigido a la red tradicional; el resto (7,32 %) fue destinado, mayormente, al financiamiento de la MBA como la nueva red de salud (OPS, 2006).

Pero lo más importante es que esa magnitud de la inversión es extra presupuestaria, proviene de fuentes sospechadas pero nunca claramente identificadas y no existe forma de acceder a una contabilidad de dicho gasto porque esa inversión no responde a necesidades identificadas en el presupuesto, sino en el programa político del Presidente quien, al acceder libremente a las reservas internacionales, sin contraloría, toma las decisiones en un entorno cerrado, al cual nadie, salvo los iniciados, tiene acceso. Sin embargo, para poder apreciar y evaluar cuán efectivo ha sido ese gasto, se ha construido una serie histórica desde 1985 elaborando, a partir de dicho año, los lapsos correspondientes a los indicadores que revisamos con anterioridad. Igualmente, para completar dicha serie hasta lo más actual posible, se ha utilizado los datos aportados por OPS.

En primer lugar, es importante resaltar el hecho de que el análisis de las relaciones entre gasto en salud y Mortalidad Infantil (MI), éstas han resultado ampliamente significativas.

Para ello seleccionamos un grupo de países de la OECD y Venezuela, con el objeto de comparar cómo se dan estas relaciones en cada uno de esos países, tal y como se muestra en el gráfico 13.



Con excepción de Venezuela, todos los coeficientes R se encuentran negativos y por encima de 0,8 lo cual pone de manifiesto que esta relación es altamente significativa, es decir, la MI varía en sentido inversamente proporcional al gasto en todos los países excluido Venezuela. Si acortamos la serie de los datos, esta inusual tendencia, cambia un poco. Así para el lapso 1985-2005 el coeficiente R para Venezuela es de 0,62. Al compararlo con otros países latinoamericanos sin embargo, este coeficiente sigue siendo bajo. El caso de Chile es emblemático al respecto dado que el mencionado coeficiente para el mismo lapso, llega a 0,98 (Aedo, 2006; Szot, 2002).

De entre esos países, hemos seleccionado cuatro más Venezuela con el objeto de construir un índice de efectividad del gasto en relación con la MI, según la siguiente fórmula, en la cual el Indice de Efectividad (IE) es una función del producto de la razón gasto/TMI por la TMRA del lapso considerado:

**IE= (PIB/TMI)\*(TMRA)**

Su aplicación y resultados para 5 de los países considerados arroja los resultados que pueden observarse en el gráfico 14.



El siguiente gráfico, muestra el detalle para Venezuela en el mismo lapso anterior, pero en él se compara este índice de efectividad con el volumen del gasto como porcentaje del PIB. Esta representa una aproximación inicial a la efectividad del gasto y a su empleo eficiente que debe ser discutida y profundizada pero cuya lógica es un indicio de la evidente incapacidad de los nuevos servicios médicos para mejorar los indicadores básicos, a pesar de la enorme inversión.



Esta tendencia histórica del índice y del volumen del gasto corrobora lo que ya habíamos visto en el gráfico 12 en el cual no existía correlación alguna entre volumen del gasto y reducción de la MI. Aquí nuevamente, la correlación de existir, sería inversa. Como puede apreciarse, el sistema paradójicamente se comporta con mayor efectividad en aquellos momentos de menor disponibilidad financiera. Se trata de volver a nuestra interpretación en términos de la influencia que la organización sectorial ejerce sobre el funcionamiento del sistema de salud. Mientras entre 1992 y 1996 ese índice sube, el volumen del gasto tiende a descender y lo contrario ocurre a partir de este último año, sin que el notable aumento del gasto a partir de 2002, tenga impactos significativos sobre la MI.



Igualmente nos hemos permitido elaborar un modelo que compara la MI en tres escenarios: Uno, la tasa oficial reportada por el Instituto Nacional de Estadísticas para el año 2005; el segundo muestra lo que habría ocurrido de mantenerse la TMRA correspondiente al lapso 1990-1998 y un tercer escenario que muestra lo que debería haber ocurrido de acuerdo al impacto del aumento del gasto en salud como porcentaje del PIB. El gráfico 11 presenta esos escenarios. La misma situación anterior puede analizarse con relación a la Mortalidad Materna (MM), tal y como puede verse en el gráfico 17.



En ambos casos, los espacios entre las tasas reales y ambas hipótesis, ponen de relieve los espacios de ineficiencia e ineficacia del gasto en que se ha incurrido ubicables en los vacíos entre la evolución de los indicadores de acuerdo a cada escenario. Los cálculos responden a las siguientes ecuaciones para la tendencia (T) y para la efectividad del gasto (PIB):

T= ((TMRA **90-98**)\*(T**b**-T**a**))\*-1

E= (T\*(TMRA **90-98** \* PIB)-T)\*-1

En donde la Tendencia (T) es igual a la TMRA correspondiente al lapso, multiplicada por la diferencia entre tasas sucesivas y convertida en positivo (-1). Para el caso del impacto del PIB, se añade el producto de la Tasa por el PIB.

Lo que estas cifras ponen de manifiesto es la enorme incapacidad del sistema de salud venezolano para dar respuestas a las necesidades y demandas de la población. Este argumento queda ampliamente demostrado con las cifras de la incidencia del dengue, malaria y otras enfermedades infecto-contagiosas que últimamente han azotado a Venezuela. Al respecto, el Diario El Nacional publica el 7 de enero de 2008, la denuncia del Dr. José Félix Oletta, ex ministro de saludlo siguiente:

*CONTINÚAN EPIDEMIA DE DENGUE Y CENSURA EPIDEMIOLÓGICA  
Continúa la epidemia de dengue en todo el país y la única respuesta concreta oficial es insistir en la censura de información epidemiológica.  
El último Boletín Epidemiológico se publicó el 29 de diciembre de 2007.  
Han transcurrido 5 semanas epidemiológicas, 40 días y no hay información oficial sobre esta epidemia y otros problemas de salud. La única información disponible es la de la prensa nacional.*

El 7 de enero de 2008, el Diario El Universal destaca:

***Registrados 221 casos de dengue en la isla de Margarita***

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

***Igualmente, en el estado Falcón se registró la primera víctima de esta enfermedad en lo que va de año.***

Por su parte, el diario Tal Cual, en la misma fecha destaca:

***Zancudos derrotaron a la Reserva***

*El Aedes aegypti parece ser invencible. Pese al despliegue de 50 mil reservistas durante una operación especial los casos de dengue llegaron a 80 mil en 2007****UNA ORDEN*** *En el Aló Presidente número 300, el presidente Hugo Chávez no perdió la oportunidad de exigirle al ministro de Salud, Jesús Mantilla, las explicaciones pertinentes sobre el Aedes Aegypti. Entonces lo interrogó sobre las incidencias de la enfermedad en el Zulia –el estado con mayor número de casos durante el 2007– y las metas que tiene su despacho en el corto plazo.  
  
El ministro quedó sin palabras y titubeó. Entonces exclamó el primer mandatario: "¡Aflójate un poco, chico! ¡Aflójate!" y, en efecto, el ministro se aflojó –quizás demasiado para el gusto del primer mandatario– diciendo que su pretensión era la de reducir en 60% los casos de dengue para junio. "¿Cómo?", se preguntaría el Presidente en su interior. Y entonces exteriorizó que "¡no!", que aquel número no era suficiente, sobre todo considerando la cercanía de la temporada de lluvias.*

Son innumerables los ejemplos que se pueden identificar a la hora de señalar el bajo desempeño del sistema de salud.

Esto se hace aún más evidente si tomamos en cuenta los objetivos más importantes que se propuso la MBA para Venezuela y que fueron mencionados anteriormente. Con respecto a ellos, es importante hacer un balance. Con relación a la cobertura y a la infraestructura prometida, esas metas nunca fueron cumplidas, como puede observarse en la tabla de la página 77. Aún cuando dicha tabla sólo muestra la cobertura potencial existente para el año 2005, es de esperar que estas cifras hayan mejorado, de acuerdo a las declaraciones hechas continuamente al respecto por los funcionarios de salud del gobierno en la prensa nacional. Por otra parte, no se puede entender cómo, con una concentración de 10,7 consultas sobre el total del 57 % de las parturientas (OPS, 2006) no solamente no haya caído drásticamente la tasa de MM, sino que haya aumentado. Esto es sumamente importante dada las características de la atención prometida por la MBA, centrada, en gran medida, en la salud de la madre y del niño.[[72]](#footnote-73)

Uno de los objetivos principales es el referente a la reorganización del sistema de salud. Queda claro, como se ha visto en los datos referentes al gasto y al uso de los recursos en relación con los principales indicadores, que la inversión hecha ha sido casi totalmente inútil y que, lejos de contribuir a la unificación del sistema, lo que se ha hecho es fragmentarlo aún más, no solamente en términos de los oferentes de servicios de salud, sino a la dualidad de funciones en lo que respecta al sector público de prestadores, con el consecuente aumento de las transferencias al sector privado. Esto es justamente lo contrario a los objetivos propuestos y atenta claramente contra la constitución de un SPNS. Al respecto, el diario El Universal, entrevistando al Dr. Bianco, señala:

*"Lo primero que queremos es sentarnos a discutir cara a cara con Chávez", dijo Bianco, quien recordó que desde el año 2003, cuando se firmó en apoyo a la creación del sistema Barrio Adentro, quedó pendiente una reunión para discutir la creación de un Sistema Público Nacional de Salud. Desde su punto de vista es necesario crear una ley y un reglamento que permita la integración de las múltiples instituciones que se manejan a nivel nacional, estadal, municipal e incluso con la misión cubana. "El IVSS, Ipasme, así como los servicios de atención médica de la industria petrolera o otros sectores también deben formar parte de ese sistema único", agregó.[[73]](#footnote-74)*

En ese mismo reportaje, el Presidente de la Sociedad de Médicos Bolivarianos apunta:

*"El caos que vive el sector salud actualmente nace en el incumplimiento de lo establecido en la Carta Magna. La Constitución dice que lo principal es el núcleo de atención primaria, y no los hospitales o los centros de diagnóstico integral, como se pensó en la cuarta república"…. "Los sueldos de los médicos deben ser revisados, para evitar la fuga de cerebros a otros países. Por años el Estado invirtió grandes cantidades de dinero para formar a profesionales que ahora están en la Comunidad Europea. Rescatemos el orgullo de ser médico en Venezuela a través de un buen sueldo y mejores condiciones"[[74]](#footnote-75)*

Una situación similar puede observarse en el caso de la cobertura de vacunaciones. Para 2007, hubo 0% cobertura de vacunación para prevenir la parotiditis y hasta el momento se han reportado más de 152.850 casos hasta Junio de 2008 (MPPS, 2008). Igualmente, la cobertura de vacunación contra el sarampión sólo ha llegado al 54%, la más baja en 14 años (MPPS, 2008; OPS, 2007). En términos generales, este tipo de cobertura fundamental para prevenir enfermedades sobre todo en la población más joven, ha sido deficiente, factor que ayudaría a explicar el resurgimiento y recrudecimiento de algunas enfermedades. El gráfico 18 ilustra lo que planteamos y en él se observa la disminución marcada a partir del año 2004.



Uno de los aspectos más resaltantes en la paradójica relación entre el gasto y los indicadores aquí utilizados. El sistema público de salud en Venezuela, pareciera actuar más eficiente y eficazmente en la medida en que los recursos públicos asignados al mismo son menores. Esto es altamente contrastante con lo que ocurre, al menos en los países que hemos tomado como referencia, pero que podría generalizarse a la gran mayoría de países y a sus sistemas de salud. ¿Cómo puede entenderse esta paradoja? Sin pretender agotar lo rico que esta situación puede ser desde el punto de vista de sus causas, creemos necesario resaltar lo que se establecía en la Constitución de 1961 con respecto a la salud. En ella el SPNS, o lo que existía como tal para esos momentos, daba cuenta del indigente; las condiciones de vida de una creciente clase media y, por supuesto, de los sectores dominantes, hacían posible satisfacer razonablemente su demanda por la vía de los servicios que habían logrado desarrollar con aporte parcial de recursos públicos, los llamados regímenes especiales. Por otra parte, los servicios privados se hallaban a disposición de estas clases, bien por la vía del pago directo, bien por la vía del aseguramiento individual o colectivo. Por su parte, los trabajadores formales, en ese momento la mayoría de la fuerza laboral, disponía, mal que bien, de los servicios del IVSS. Así, los recursos, aunque escasos, daban una cierta satisfacción a la demanda. La situación hoy día es de insatisfacción lo cual puede verse refleja en la manera cómo la gente percibe la protección a su salud. El gráfico 19 muestra esa situación. Salvo en los estratos A y B en los cuales la protección privada es ligeramente superior a la desprotección, en todos los demás estratos la percepción de desprotección a la salud (NP) es muy superior a quienes perciben disponer de algún tipo de protección a la salud. Por otra parte, la protección del IVSS está directamente relacionada con el nivel socio-económico, de manera que los más pobres están menos protegidos. De esta manera es evidente que independientemente de las iniciativas que se tomaron en el lapso 1999-2006 para cubrir las necesidades de salud, la población sigue percibiendo abandono de la misma y desprotección frente a la enfermedad.

El creciente deterioro del salario real y de las condiciones generales de vida de la clase media, aunado al empobrecimiento general de la población que trajo consigo la desindustrialización y la informalización del trabajo (Díaz Polanco, 2002), dificultaron cada vez más el acceso a los servicios como había venido ocurriendo. Discursivamente, el SNPS se planteó como una prioridad nacional y se propuso entonces, como se ha señalado varias veces a lo largo de estas páginas, la necesidad de fundar un SPNS unificado, de cobertura universal de financiamiento público y tendente al logro de la equidad. Pero, lejos de lograrlo, esas metas se han ido alejando en la medida en que las respuestas han estado dirigidas a la satisfacción inmediata de problemas ya instalados en la población, sin previsión de futuro para organizar y gestionar un SPNS como el que se planteó en el texto constitucional. Pero como hemos mostrado en las largas citas anteriores, tampoco las respuestas desde los servicios públicos y desde los programas del MPPS han sido eficaces. El recrudecimiento de enfermedades fácilmente prevenibles como sarampión y parotiditis y de otras como la malaria y el mal de Chagas, ponen claramente de manifiesto la incapacidad de enfrentar estos problemas y la carencia de recursos humanos calificados para hacerlo. Adicionalmente, la asignación de recursos financieros a las Misiones, entre ellas la MBA, ha sido públicamente reconocida por el gobierno, de manera que no sólo se trata de capacidad técnica, sino operativa. El Diario El Universal en su edición del 19 de septiembre de 2008, reseña:

*Petróleos de Venezuela redujo en 65% asignaciones a misiones*

*Los pilares de los programas sociales recibieron mucho menos dinero*

*Petróleos de Venezuela (Pdvsa) redujo fuertemente sus aportes a las misiones sociales, según consta en los estados financieros del primer semestre que presentó el holding estatal…A Barrio Adentro I, II y III también llegaron menos recursos. Luego de recibir 709 millones de dólares en el transcurso de los primeros seis meses de 2007, el programa social vio cómo se evaporaba el dinero para el mismo período de este año. Apenas dos millones de dólares desembolsó Pdvsa para financiar la red de ambulatorios.[[75]](#footnote-76)*

Veamos ahora el otro ámbito de impactos, el político, es decir, el relacionado con *politics* porque todo lo que hemos revisado hasta ahora, es, obviamente, político (*policy*).

**7**. **EL NEGOCIO DE LA SALUD Y LA SALUD DEL NEGOCIO**

Salud, en los términos del intercambio propuesto en los convenios Cuba-Venezuela, implica no sólo la participación de médicos y personal de salud en la prestación de servicios en Venezuela sino, sobre todo, colocar a Cuba como el principal proveedor de insumos y tecnología que son, no solamente producidos por Cuba, sino principalmente intermediados por la isla. Ello incluye la infraestructura que se construyó para la MBA. No es posible saber el monto de tales negociaciones; sin embargo, lo que queda claro es que es un volumen apreciable de medicamentos y tecnología que se proveen al país es producto de tal intermediación. Así la MBA, también se constituye en un espacio privilegiado para el negocio de la salud. El tema económico se encuentra aquí en profunda relación con el político. Es de hacer notar el caso de la compañía “Constructora Alba Bolivariana” a la cual le fue otorgada la concesión para la construcción de todos los módulos de la MBA. Esa Compañía es subsidiaria de otra que depende del Ministerio de Exteriores Cubano y cuenta en Caracas con un solo empleado, según puede constatarse en el Registro Nacional de Contratistas.[[76]](#footnote-77) Este tema merece una especial consideración porque en el artículo 4 de la recién aprobada Ley de Contrataciones, que deroga la Ley de Licitaciones, establece:

*“Se excluyen de la aplicación del presente decreto con Rango, Valor y Fuerza de Ley, los contratos que tengan por objeto la ejecución de obras, la adquisición de bienes y la prestación de servicios, que se encuentren en el marco del cumplimiento de acuerdos internacionales de cooperación entre la República Bolivariana de Venezuela y otros Estados, incluyendo la contratación con empresas mixtas constituidas en el marco de estos convenios.” [[77]](#footnote-78)*

De esta forma, aún aquellas empresas con las características de la que acabamos de describir, quedan perfectamente dentro del marco de la Ley.

Hemos venido sosteniendo que salud no es sólo “policy”, sino más aún que eso, es también “politics”. En el caso de la revolución cubana, la salud ha sido una de las formas más exitosas de expansión, como lo demostró el caso de Africa, especialmente en Angola (Fainsilver, 1993). Pero según esta misma autora:

“*A finales de 2005 había personal médico cubano colaborando en 68 países en todo el mundo”* (Fainsilver, 2006: 82).

Para 2006 en las escuelas de medicina cubanas había más de 10.000 becarios de países en desarrollo (Fainsilver, 2006). Esta “diplomacia médica” ha servido a Cuba para acumular capital simbólico, es decir, buena voluntad, prestigio y, en algunos casos, poder. En palabras de Fainsilver:

*“Ningún otro país aparte de Cuba ha desarrollado doctores como artículo de exportación. Esto ha redituado generosamente tanto al gobierno de Cuba como a los doctores individuales involucrados, pues ganan bastante más dinero en el exterior que en Cuba”* (Fainsilver, 2006: 84).

Globalmente, los ingresos estimados por concepto de servicios médicos exportados forman la mayor parte de los ingresos no turísticos de Cuba, sobrepasando los 2.300 millones de dólares norteamericanos. (Fainsilver, 2006: 93). En relación con los beneficios a los que nos hemos referido anteriormente, Fainsilver señala:

*“Venezuela absorbe las pérdidas por alzas de los precios del petróleo, cosa que ha ocurrido en un grado considerable a últimas fechas. El tráfico comercial entre Venezuela y Cuba sobrepasó los 2.400 millones de dólares estadounidenses en 2005 y los 1.200 millones de dólares en el primer trimestre de 2006. Además, por el lado de la ayuda entre 2002 y 2006, Cuba ha recibido alrededor de 50 millones de dólares por una variedad de programas de desarrollo físico del fondo de la Organización de Países Exportadores de Petróleo. Estas recompensas muestran que el esfuerzo de la diplomacia médica ha valido la pena, por no hablar de los importantes beneficios humanitarios.”* (Fainsilver, 2006: 93)

Con las nuevas demandas desde América Latina, especialmente de parte de Venezuela y Bolivia, los cubanos están resintiendo la escasez de médicos. Por supuesto que la formación de nuevo personal de salud continúa, no sólo para la isla, sino también para Venezuela y los demás países de América Latina muchos de los cuales, casi sin solicitarlo, han recibido este apoyo.

Por otra parte, todo lo que significa el mercado de medicamentos ha representado una expansión importante para Cuba, sobre todo porque en la isla se lleva a cabo el ensamblaje y “maquila” de medicamentos, con materias primas de procedencia mayormente China y La India.[[78]](#footnote-79) Pero el tema de las relaciones entre la salud y la política no debe verse solamente en el campo de lo sanitario. Hacerlo sería perder de vista lo que quizá constituya el meollo del problema, sobre todo en el caso que nos ocupa.

Lo que aquí se ha estado presentando muestra que los objetivos estrictamente de salud que se propuso la MBA, no fueron alcanzados porque a fin de cuentas el impacto sobre los principales indicadores de salud ha sido nulo cuando se los compara con la inversión realizada; lo mismo podría afirmarse de los objetivos político-electorales pero con una diferencia. Si bien es cierto que las Misiones en general y especialmente la MBA, jugaron un papel importante en el caudal electoral de Chávez, no lo es menos que sus ineficiencias actuaron en sentido contrario: le restaron apoyo popular en el referéndum de diciembre del 2007. Por primera vez desde que asumió el poder en 1999 el gobierno de Chávez perdió una consulta popular. Lo importante de dicha consulta era que proponía una reforma constitucional tendente a centralizar aún más las decisiones y a legitimar el carácter socialista del Estado venezolano. No estamos afirmando que los resultados electorales dependan de la gestión de las misiones; lo que decimos es que este factor jugó un papel importante en dichos resultados. Barrio Adentro no es la excepción. En un estudio realizado por Molina en el cual se realiza un análisis de las variables que influenciaron el voto para las elecciones presidenciales de 2006, queda claramente demostrado que la variable más influyente fue el clientelismo, entendido éste como la participación de la población en las misiones promovidas por el régimen (Molina, J., 2008).

De esta forma, queda claro que el propósito de la MBA fue mucho más político-electoral que sanitario y ello adquiere sentido en el contexto de los intentos de la implantación de un régimen personalista y autoritario, siendo la MBA uno de los mecanismos de control más eficaces para entronizar el voto popular.

Las iniciativas tomadas desde el amparo de la Ley Habilitante que le fue concedida al Presidente en el año 2007, ponen de manifiesto que a pesar de la derrota electoral de su propuesta, los cambios planteados en la negada reforma tienden a imponerse por la vía de los hechos. Uno de los principales ejemplos lo constituye el anteproyecto de Ley de Salud que plantea la re-centralización de los servicios y pone en manos del Ministerio, toda la competencia, poder y autoridad con respecto a los problemas de administración y gestión de la red de establecimientos de salud a nivel nacional y cuyo primer paso ha sido la creación del sistema metropolitano de salud para Caracas y su abrupta adscripción al MPPS y el acto ilegítimo de imponer 26 nuevas leyes, algunas de ellas orgánicas. Este acto abusivo ha sido posible gracias a la Ley Habilitante cuya vigencia terminó en junio de 2008. Algunas de tales leyes eliminan por completo el derecho al debido proceso y hacen desaparecer los pasos legales que implicaba la expropiación de bienes privados en beneficio público, de manera que la expropiación no requiere de juicio alguno ni de inmediata compensación del propietario. La MBA sigue actuando como paliativo de la protesta popular frente a los abusos de poder. La reforma constitucional derrotada el 2 de diciembre de 2007, se ha impuesto por la vía de los hechos y es probable que ello haya sido así, porque el gobierno haya entendido que el principal obstáculo para su aprobación en aquella oportunidad, era la propuesta de reelección indefinida de Hugo Chávez, tema que no es abordado en las nuevas leyes.

¿Qué sentido tiene el tratar de imponer subrepticiamente los planes que fueron rechazados, Ley de Salud incluida, en el referendo de reforma constitucional? Los resultados hasta ahora conocidos de tal referendo muestran que, entre otras cosas, hubo una gran abstención dentro de las filas de los partidarios del gobierno, lo cual indica la falta de consenso y las reconsideraciones que se han venido produciendo sobre algunas de las propuestas incluidas en dicha consulta. [[79]](#footnote-80) Sin embargo, ello no ha llevado al gobierno a propiciar diálogos o negociaciones con los principales actores de la oposición. Recientemente y frente a las elecciones que de Gobernadores y alcaldes que se deberán celebrar en noviembre de 2008, el Presidente ha manifestado que si la oposición gana muchas gobernaciones, “habrá guerra” (sic).[[80]](#footnote-81) Esta opinión en reforzada por Eleazar Díaz Rangel cuando afirma que la victoria de la oposición en gobernaciones y alcaldías colocaría al país en una situación de inestabilidad y señala que hay planes para ello.[[81]](#footnote-82) Una denuncia similar ha sido hecha por el General retirado y ex ministro de defensa Raúl Isaías Baduel quien acusa al gobierno de propiciar un clima pre-insurreccional, entre otras cosas, por las ofensas proferidas contra la Fuerza Armada de boca ministro de defensa a cargo.[[82]](#footnote-83)

El bajo desempeño en salud y especialmente en la MBA así como de otras iniciativas oficiales, ha sido reconocido públicamente por el mismo gobierno. A la vez que se usa este hecho para descalificar a los funcionarios a cargo, también se lo ha tratado de utilizar para reforzar el liderazgo de Hugo Chávez, a quien sus seguidores más cercanos consideran por encima de tales deficiencias y ajeno a toda responsabilidad. No así el resto de la población.

Hay que tomar en cuenta que todos esos elementos están inscritos dentro del esquema general de la propuesta del ALBA. Aquí estamos asumiendo que dicha propuesta representa el intento de establecer en la región, un proyecto de hegemonía cuya base principal no es otra que la abultada y creciente renta petrolera venezolana. Para ese proyecto, resulta indispensable la existencia de un liderazgo impoluto porque el proyecto se fundamenta en el voluntarismo de sus protagonistas, a pesar de que busque sustento teórico en visiones historicistas del devenir social. De esta manera, el desempeño desdice del propósito o, dicho de otra forma, las obras del gobierno de Chávez ponen de manifiesto el carácter de su gestión. Revisemos algunas realidades.

No existen evidencias sustentables que demuestren que la pobreza haya disminuido en Venezuela desde la instauración del gobierno de Hugo Chávez. Si bien es cierto que los estratos sociales más desfavorecidos han visto aumentar nominalmente sus ingresos y su consumo en el mercado interno, ello no significa de ninguna manera que tal aumento tenga un impacto favorable en sus condiciones de vida. Inclusive en los últimos meses de 2008 se ha reportado una disminución significativa de la demanda en el mercado interno. (Rodríguez, 2008). Esta situación contrasta ampliamente con las cifras oficiales de pobreza que muestran una disminución de 25 % (INE, 2008). El aumento de las importaciones de productos alimenticios y de manufacturas en general hecho para responder una demanda que no puede ser satisfecha por la producción nacional, indujo un aumento del consumo, que al propio tiempo que se señala como una de las causas de la escasez selectiva de alimentos, también ha sido interpretado como un crecimiento económico del país y un mejoramiento del nivel de vida de la población, sobre todo porque ese aumento del consumo se produjo en los estratos sociales tradicionalmente más deprimidos. Sin embargo, como hemos señalado, ese crecimiento tiene pies de barro porque se basa en el precio de las exportaciones de crudo, en las masivas importaciones de alimentos y se encuentra en abierto contraste con la apremiante búsqueda de opciones energéticas, tanto en países desarrollados, como en países en desarrollo. También lo impone la supervivencia ambiental del planeta. En consecuencia, ese proyecto hegemónico se ha ido construyendo sobre la base de la ruina progresiva del incipiente desarrollo nacional y de someter al aparato productivo venezolano a la quiebra progresiva. Junto a este deterioro sólo se privilegia el corto plazo para el cual se diseña una estrategia de apoyo social a las clases más preteridas de la sociedad venezolana de forma tal que se refuerce su dependencia del Estado todopoderoso y en particular de quien en esta coyuntura histórica lo encarna. Se refuerza así carácter mesiánico y personalista de los programas sociales del gobierno venezolano actual. En su informe anual la ONG Provea informa acerca de la situación alimentaria en Venezuela:

“*En relación con el* ***derecho a la alimentación****, algunos indicadores de la situación alimentaria experimentaron una mejoría. Es el caso del elevamiento del nivel de consumo de alimentos en 2004 y 2005, el leve incremento del poder adquisitivo del salario mínimo en relación con la canasta alimentaria y la mayor accesibilidad de los sectores más vulnerables a los alimentos, a través de programas sociales como Mercal…* *Llama la atención, sin embargo, que tales esfuerzos no se correspondan con una mejoría clara de los indicadores nutricionales, que siguen evidenciando una grave situación en cuanto a desnutrición.”* (Provea, 2005).

Seguidamente enfatizan en cómo los indicadores de nutrición no han alcanzado siquiera los niveles que tenían para 1999 y 2000. Sobre el tema de la pobreza y la desigualdad social, así como sobre la salud, Francisco Rodríguez, ex presidente de la Oficina de Asesoría Económica y Financiera de la Asamblea Nacional (OAEFAN), señala:

“*De acuerdo al Banco Central de Venezuela, la desigualdad ha empeorado durante la administración de Chávez con un coeficiente de Gini (una medida de la desigualdad económica en la cual cero significa perfecta igualdad y uno perfecta desigualdad) que ha aumentado de 0.44 a 0.48 entre 2000 y 2005. Pero las estadísticas de pobreza y desigualdad cuentan sólo una parte de la historia. Muchos aspectos del bienestar de los pobres no están reflejados en las cifras relativas al ingreso monetario. Es en esos espacios en los cuales los seguidores de Chávez afirman que el gobierno ha logrado sus principales triunfos. Tal es el caso de las Misiones que han concentrado hacia las comunidades pobres la provisión de educación, salud y otros servicios básicos. Sin embargo las mismas estadísticas oficiales no muestran signos de un mejoramiento sustancial en el bienestar de los venezolanos y, en algunos casos por el contrario, lo que señalan es un preocupante deterioro. El porcentaje de recién nacidos de bajo peso pasó de 8,4 a 9,1 entre 1999 y 2006. Para el mismo lapso el porcentaje de viviendas sin acceso corriente pasó de 7,2 a 9,4 y casi se triplicó el número de familias con viviendas de piso de tierra, creciendo de 2,5 a 6,8 por ciento. En Venezuela uno puede ver las Misiones en todas partes: en innumerables anuncios publicitarios a lo largo de las calles de Caracas, en las camisas rojas que se regalan a los participantes en los programas del gobierno y usadas por los seguidores de Chávez en sus actos públicos y en el abultado presupuesto que se destina a tales Misiones y actos públicos. El único lugar donde a uno se le hace difícil encontrarlas, es en las estadísticas de desarrollo humano.”* (Rodríguez, 2008. Traducción nuestra).[[83]](#footnote-84)

En cuanto a la situación asistencial, la incoordinación que existe entre los nuevos programas del gobierno (Misiones), específicamente BA y la red pre-existente, ciertas cifras resultan reveladoras del abandono en que se encuentran los hospitales, como se puede ver en la siguiente tabla.



Muchas más evidencias podrían ser presentadas para abundar en el tema de la ineficiencia en materia de asistencia social a la población, tema que contrasta, paradójicamente, con la inicial aceptación social generalizada de las iniciativas del gobierno en esta materia. Una señal inequívoca a este respecto es la no correspondencia entre los beneficios que la población está recibiendo y el aumento del Producto Interno Bruto (PIB) experimentado principalmente gracias al crecimiento de los precios del petróleo. Entretanto, aumenta el flujo de recursos que se destinan a apoyo de actividades similares en otros países y no se estimula el aparato productivo. Las cifras proporcionadas por Keller y Asociados (2005) respecto a la forma en que se ha distribuido el ingreso nacional, aportan evidencias al respecto. Según la mencionada firma para 2005 y con base en el presupuesto nacional, de 58.000 millones de dólares, sólo 5.838 millones fueron destinados a políticas asistenciales, mientras 20.000 millones se dedicaron a política exterior. El resto fue fundamentalmente al gasto corriente porque, a diferencia de lo prometido y difundido en la campaña electoral que lo llevó a la Presidencia, Hugo Chávez ha hecho crecer la burocracia oficial y el aparato del Estado tres veces su tamaño anterior, si lo evaluamos por el número de Ministerios que pasó de 13 en 1998 a 24 en 2008. Es claro que en estas cifras no se toma en cuenta el gasto extra-presupuestario porque su estimación es difícil dado el carácter no formal de su asignación.

Esto ha conducido a una hipertrofia del Estado y a una creciente y notoria ineficiencia en la mayoría de los servicios públicos no ciertamente sólo porque se hayan nacionalizado o estatizado, sino por la increíble ineficiencia de la administración pública instaurada en el gobierno del Presidente Chávez y las prioridades expansionistas de su política exterior. Además -aunque no se dispone de evidencias al respecto y no es específicamente tema de estas páginas- no está de más considerar el tema de la corrupción administrativa, en el sentido de la desviación de los recursos de su destino original.

La función de estas políticas asistenciales no es dar respuesta a los problemas de la población, sino satisfacer momentáneamente una demanda que permita el diseñar y afianzar proyectos de más largo aliento y que incluyen a varios países de América Latina. Pero ese proyecto también depende de las realidades socio-políticas de los países socios y se ha visto alimentado por las crecientes fallas y desaciertos políticos estadounidenses que ponen de manifiesto una crisis importante de su hegemonía en nuestra región. Estas fisuras son constante y oportunamente aprovechadas por el gobierno venezolano.

Según Inmanuel Wallerstein, no se trata de una crisis coyuntural del capitalismo occidental, sino de una crisis de transición del sistema-mundo que resulta del fracaso de las superpotencias para transformar la realidad en beneficio de la población (Wallerstein, 2005). Calificando el siglo XX como el siglo estadounidense, Wallerstein afirma:

*“El siglo estadounidense fue una realidad geopolítica, pero una realidad geopolítica en la que la otra así llamada superpotencia, la Unión Soviética, tuvo un papel, una voz, pero no el poder para hacer otra cosa más que pavonearse dentro de su jaula; y así, en 1989, la jaula explotó hacia dentro. Sin embargo con este estallido desapareció también la subyacente justificación política de la hegemonía estadounidense y cambió asimismo la geopolítica del sistema-mundo…”* (Wallerstein, 2005: 42).

Este juego de poderes se ha visto, pues, inevitablemente alterado y para la América Latina, se ha abierto un conjunto de oportunidades las cuales han sido más favorables para aquellos países en los cuales se logró conformar movimientos sociales alternos al poder establecido que, al denunciar los abusos históricos de tal sistema de dominación neo-colonial, propusieron también la asunción directa del poder por parte del pueblo oprimido y excluido de los beneficios sociales que sólo disfrutaron las minorías y que las democracias llamadas liberales no supieron satisfacer. Su antecedente, obviamente, fue Cuba y su revolución y no es para nada casual que la asociación entre Cuba y Venezuela para expandir esa revolución se construya con base en la exportación de asesoría técnica y financiera para la asistencia a las masas desposeídas de América Latina e incluso a poblaciones marginadas de los Estados Unidos y hasta del Reino Unido.

La constante paradoja entre el liberalismo y la democracia política, según la cual el primero (liberalismo) permite la influencia del poder por presiones económico-financieras corporativizadas para favorecer su propios intereses y la segunda (la democracia política) intenta anular tales influencias por la vía de la intervención para el logro de la equidad y la búsqueda de mayor equilibrio social, ha sido conceptualizada por Crouch (2004) como “Posdemocracia”. Según al autor, la Posdemocracia implica una fase sumamente compleja que incorpora aspectos de la pre-democracia y si el proceso democrático pudiese representarse en una parábola, ésta última, la Posdemocracia, estaría en la fase final de dicha parábola. Esa Posdemocracia se caracteriza por la pérdida progresiva de interés de la gente común en los asuntos públicos; una suerte de retraimiento de la vida política y de concentración en la cotidianeidad, destacándose entre sus orígenes, el desarrollo de la intervención de los medios de comunicación social en la venta de las opciones políticas, siguiendo el modelo publicitario que no incita respuestas sino que condiciona comportamientos de consumo y, por supuesto, en la pérdida de las bases sociales que sustentaron a los partidos políticos en el auge de dicha parábola (Crouch, 2004).

Aún cuando el análisis de Crouch está referido a Europa y específicamente al caso del gobierno del partido Laborista en el Reino Unido, esta compleja fase post-democrática[[84]](#footnote-85) podría evocarse para tratar de entender lo que ha ocurrido en Venezuela con la revolución bolivariana que es, sin duda, uno de esos movimientos políticos que se ha infiltrado en los intersticios de la crisis del sistema-mundo. Rememorando las mejores tradiciones autoritarias y militaristas del siglo XIX en Venezuela, el régimen de Hugo Chávez se presenta como el portador de las banderas de la nueva independencia, de su continuación, interrumpida tras la desaparición de Bolívar, tras largos años de entrega a los intereses del imperialismo y de mezquinas luchas internas por el poder, intentando reagrupar los intereses de las clases oprimidas en torno al partido único[[85]](#footnote-86). De manera que, frente al fracaso de la democracia, que al final poco tuvo de liberal, se hace necesario retomar el sueño bolivariano de la construcción de una América Latina unida frente a la hegemonía, hispánica primero y norteamericana después. De esta forma, el gobierno enfrenta los acuerdos regionales y sub-regionales con propuestas y promesas de apoyo energético cuyos proyectos parecen ser inviables, tanto desde el punto de vista técnico, como ambiental y político, uniendo de esa manera, los elementos míticos del pasado libertario con los de la modernidad. De allí que la democracia no se presenta más como el logro de derechos sociales cada vez más avanzados y de construcción de ciudadanía, sino como de sacrificios que es necesario realizar para completar la obra inconclusa de Bolívar, de la reconstrucción de nociones “erradas” o inapropiadas tales como la alternabilidad en el poder o la independencia de los poderes nacionales, sustituidas por el liderazgo mesiánico que debe ser ratificado, so pena de ser calificado como enemigo de la patria.

Este último aspecto es especialmente importante, sobre todo si se toma en cuenta la proximidad de los argumentos que esgrimió el gobierno de George Bush a raíz de los acontecimientos del 11 de septiembre al declarar la guerra sin cuartel al terrorismo y a sus cómplices a quienes identificó como todos aquellos que “no estén conmigo”. Los mismos argumentos han sido usados en Venezuela por el Presidente para justificar el despido de empleados públicos y la consecuente persecución a periodistas, medios de comunicación, estudiantes y Universidades. Esta comunidad de pensamiento, no es casual. Recuerda vagamente la interdependencia entre la antigua URSS y los Estados Unidos, planteada por Wallerstein.

Las tendencias electorales actuales en los países de América Latina apuntan hacia un fortalecimiento de los partidos de izquierda, justamente en esta coyuntura de debilitamiento de la hegemonía estadounidense. Con la excepción de Colombia y Perú, todos los demás países de nuestro continente han elegido o reelegido a gobiernos socialistas o socialdemócratas más o menos progresistas. Eso no quiere decir que exista absoluta coherencia entre esos distintos gobiernos y sus líneas de política en materia internacional, lo cual quedó de manifiesto a raíz de las reacciones de Brasil frente a la iniciativa de nacionalización del gas por parte de Bolivia o en las declaraciones del presidente brasileño en contra de la reforma constitucional que garantizaría su segunda reelección. Pero sí son coincidentes con el antiimperialismo y esa coincidencia representa la base sobre la cual pretende erigirse este nuevo proyecto hegemónico en América Latina y en el cual, Cuba y Venezuela, representan el eje alrededor del cual se procura organizar el discurso y la acción política. Significa, además, la supervivencia de una de las pocas experiencias del “socialismo realmente existente” que quedan en el mundo, como es el caso de Cuba, cuya práctica en la construcción del socialismo sirve de soporte a las políticas internas de la nueva alianza, a pesar de la aperturas que se ha visto últimamente en Cuba hacia el consumismo y algunas libertades civiles.

Los convenios, acuerdos y proyectos formulados requieren, entre otras cosas, de un Estado técnicamente capaz de enfrentar los retos que suponen satisfacer los términos del intercambio en un contexto de ganar-ganar. El Estado que se fue consolidando en los más de 40 años de democracia representativa, ha tratado de ser históricamente negado y técnicamente desmantelado por el gobierno de Chávez porque fue clientelista, excluyente y corrupto. Pero en lugar de superar sus limitaciones y fallas las ha repetido, magnificándolas y agregándoles un componente adicional: la ineficiencia. Por eso, la salida más coherente que garantizaría el éxito de tal proyecto en Venezuela sólo parece posible mediante una progresiva escalada de la represión política que neutralice a las fuerzas opositoras, controle los medios de comunicación y limite las libertades públicas, mientras hacia fuera se exhiben cifras falseadas sobre el progreso económico-social y se “vende” el modelo bolivariano por la vía de subsidios, ayudas y apoyos a los gobiernos aliados. Eso parecía mucho más fácil de lograr antes del referendo para la Reforma Constitucional efectuado en diciembre de 2007 que Chávez supuso que ganaría. En esa consulta, rechazada por la población, se pretendía, entre otras cosas, extender indefinidamente el mandato de Chávez e instaurar en las escuelas un modelo ideologizado y militarizado de educación controlado directamente por el Estado para afianzar el modelo clientelar en la educación (Mundó, 2008).[[86]](#footnote-87) Sin embargo, la aprobación de las nuevas leyes por vía habilitante anteriormente mencionada, replantean el escenario político y renuevan la amenaza contra los derechos ciudadanos.

Pero de ninguna manera ello garantiza que el proyecto hegemónico financiado por Venezuela, asesorado por Cuba y ejemplificado –hasta ahora- por Bolivia y Nicaragua, pueda dar resultados dirigidos hacia la construcción de la unidad Latinoamericana bajo la petro-hegemonía venezolana. Falta más análisis para decidir sobre su viabilidad porque el proyecto se fundamenta, además de los altos precios del petróleo, en otros importantes factores como son: el giro a la izquierda de muchos gobiernos latinoamericanos; la profunda crisis del modelo hegemónico estadounidense en la región y en el mundo, el futuro del sistema político cubano y la no siempre inocente incondicionalidad de grupos afectos al gobierno venezolano, por mencionar sólo los que nos parecen más importantes. Estos elementos no constituyen criterios suficientes para tener certeza acerca del futuro, pero si suscitan escenarios que deben ser cuidadosamente explorados porque tendrán implicaciones trascendentes para todo el continente.

Dentro de este panorama, la salud y su estrategia política más importante aquí considerada, la MBA, ha jugado un papel muy importante para conformar a la población. Cuando se piensa en la cantidad de personas que nunca tuvieron opción alguna de atender su salud y se observa cómo la MBA llegó a esos espacios, es claro comprender cómo pudo la población agradecer el servicio y *pagarlo* electoralmente. Sin embargo, sus costos, la ineficiencia de la gestión y la imposibilidad de mantener a mediano plazo el subsidio a la demanda de servicios, hacen que sus resultados se desvanezcan en la medida en que se amplía la brecha entre la satisfacción inmediata y su continuidad y oportunidad, surgiendo así la imagen de cómo se utilizaron las necesidades de salud de la población para recabar información estratégica y calmar, al menos momentáneamente, la protesta frente a la incapacidad del régimen.

Este asunto puede contribuir en forma significativa a poner en duda la legitimidad del gobierno. Esa tendencia a deslegitimar su accionar se acentúa cuando, con base en la Ley Habilitante que se le concedió a Chávez a partir del año 2007, las reformas constitucionales anotadas, que no pudo imponer por vía electoral, lo están siendo de hecho, sobre todo en materia educativa y de salud. El gráfico 20 muestra la evolución de la aceptación social que tienen en promedio las Misiones, y la MBA en especial, según los datos de un par de reconocidas firmas encuestadoras. En el caso específico de la MBA, esta tendencia marcadamente decreciente coincide con la mostrada por la efectividad del gasto, lo cual puede sustentar la hipótesis de la ampliación de la brecha entre el discurso político y el impacto real.

Valga la pena mencionar dos cosas más: una, tiene que ver con los determinantes de la salud. Es ampliamente conocido que el estado de salud no depende de los servicios médicos sino en una porción limitada. La salud de la población tiene más que ver con sus condiciones de vida, de manera que si los indicadores de salud muestran deterioro, uno puede fácilmente deducir que las condiciones de vida han empeorado de manera muy significativa. La otra es que para el momento en que esto se escribe, está a punto de ser promulgado un decreto Ley que recentraliza los servicios, anula la autoridad de las organizaciones estadales de salud y convierte a la prestación de servicios en una rama más del inexistente sistema de seguridad social, ignorando de la manera más abierta y explícita, los logros obtenidos mediante el manejo autónomo de la salud en algunos estados de la República. El negocio de la salud florece, pero la salud del negocio está en serio peligro.

No basta comprender y analizar, o incluso pronosticar lo que ha pasado y puede ocurrir. Eso se hace a partir de las tendencias que se observan en el presente. No obstante, nuevos actores políticos han entrado en escena, nuevos puntos de vista están emergiendo y se acentúan las incoherencias y contradicciones en un equipo de gobierno que no puede darle respuestas eficaces a tales situaciones. Debemos, entonces ir un paso más allá y proponer lo que en ese cambiante escenario pueda ser posible y viable en términos de disponer, efectivamente de un SPNS en Venezuela.

**8. LA SALUD POSIBLE**

Es posible imaginar que habría ocurrido si toda la inversión hecha en salud hubiese tenido un destino apropiado y si las políticas hubiesen estado dirigidas a la creación de UN SPNS Quizá también con la cooperación -temporal, legalmente ajustada y debidamente programada- de Cuba en aquellas áreas en las cuales fuese necesaria.

Nadie puede poner en discusión lo correcto que es en Venezuela el fortalecimiento de la red primaria de atención a la salud. Nuestro perfil epidemiológico, aún con el inicio del cambio en nuestra pirámide demográfica, reclaman un acción definida centrada en este tipo de enfoque. Desde ese punto de vista, la iniciativa de la MBA es correcta. Sin embargo, en el momento en el que se la define como una de las estrategias fundamentales para el mantenimiento del poder político, pierde su esencia y se desvirtúa su valor, incluso en el panorama político-electoral a mediano y largo plazo. La real o pretendida ignorancia del desempeño del Estado venezolano en materia de salud, aparece como una de las razones por las cuales no se ha podido avanzar en este terreno. Se ignora la experiencia de algunos estados en materia de atención primaria. Para citar sólo un par de ejemplos, mencionemos la práctica de Aragua con los Núcleos de Atención Primaria (NAP) o la de Sucre con el énfasis que la administración descentralizada de la salud dio a los problemas materno-infantiles, especialmente a los programas dirigidos a estimular la lactancia materna. Esas y otras tentativas pusieron en marcha lo que hoy se denomina la “contraloría social” pero no se exigían votos o lealtad a cambio, no al menos explícitamente.

Uno de los objetivos básicos de la red primaria es ordenar el sistema, es decir, servir de puerta de entrada a la demanda de servicios y orientar esa demanda hacia los distintos niveles de la red para su solución parcial o total. Aún cuando esta estrategia pueda influir sobre la disminución del costo de los servicios por la vía de planificar el acceso a otros niveles de atención de mayor complejidad, no es ésa su finalidad. El sistema debe garantizar, al mismo tiempo, el acceso oportuno a la tecnología de punta cuando ello sea necesario. Pero es que ese sistema (uno de cuyos componentes más importantes son los sistemas de referencia y contrarreferencia) no existe ni la MBA contribuyó en forma alguna a desarrollarlo. Cuando nos referimos al ordenamiento del sistema, estamos dando por sentado que entre los diferentes niveles de atención existe un vínculo funcional y una coordinación normativa que permite el flujo de usuarios desde y hacia esos diferentes niveles. Esa red no existe. Era necesario crearla reestructurando lo que existía, no yuxtaponiendo una nueva red a la pre-existente, como si se tratase de un combate entre adversarios irreconciliables.

Pero ese ordenamiento depende, de manera significativa, de la forma en que se financia el sistema. Un sistema público requiere de financiamiento público y administración pública de los fondos, es decir, requiere de coherencia entre los diferentes “momentos del financiamiento” de manera que su origen, administración y destino final, guarden coherencia entre sí (Díaz Polanco, 2004). Este principio general no opera causalmente, sino prescriptivamente y su formulación proviene de la experiencia factual, de la existencia, funcionamiento y eficacia de sistemas de salud que cumplen con tales requisitos. No es, de ninguna manera, invención del analista sino una ley abstracta que surge de las evidencias mismas; basta sólo con observar el hecho en los sistemas públicos de salud existentes en el mundo que se comportan eficazmente, lo cual no quiere decir sin problemas o de manera perfecta. Piénsese solamente en el paradigma del NHS británico, que aún manteniendo esa coherencia, enfrenta problemas con las listas de espera y la tendencia a perder personal profesional por falta de estímulos económicos o por introducir “demasiado mercado” en su funcionamiento (Pollock, 2004).

Ese poder ordenador de la red primaria requiere, pues, de la existencia de un *sistema*, de una coordinación normativa y operativa, tanto a nivel del órgano rector nacional, como a los niveles regionales dependientes de él o descentralizados, según sea el caso. Por eso, el tema central que plantea la creación y puesta en marcha de un sistema de salud, es un conjunto de reglas claras, sometidas a consenso de los actores involucrados lo cual conlleva un conjunto de “recompensas y castigos”, por así decir, un sistema de evaluación de resultados que permite identificar y corregir los problemas que van surgiendo en su funcionamiento.

Si se pensase en el sistema como en una orquesta, cabe preguntarse: ¿Quién dirige esa orquesta? El tema de la rectoría –función principalísima en el sistema de salud- se ha convertido en Venezuela en una suerte de limbo político. Los numerosos anteproyectos que surgieron desde el año 2000 en adelante no se refieren al Ministerio, sino “al órgano con competencia en salud” de manera que aún dentro del mismo aparato del Estado, existe la duda acerca de la instancia a la cual corresponde dicha función. No debe haber duda alguna al respecto. Partir de la concepción de la salud como un derecho ciudadano –no como un bien personal- supone dar respuesta a esa pregunta de forma contundente. La salud de los venezolanos debe ser una responsabilidad del Estado a cuyo cumplimiento contribuyan todos los ciudadanos y así está establecido es la Constitución de 1999. Responder a esa pregunta implica de alguna manera, definir las relaciones entre la sociedad civil y el Estado porque lejos de vender la idea de la “gratuidad” de la salud, los ciudadanos deben estar perfectamente conscientes de los costos que tiene y de cómo están pagando por ella, no importa que ese pago provenga en su mayor parte de la renta petrolera porque esa renta es, en fin de cuentas, parte de su ingreso. De aquí que si bien es cierto que el Estado, a través del Ministerio debe tener la rectoría del sector, esa función debe ejercerla de acuerdo a los dictados de los ciudadanos y no de la autoridad central. El Estado está al servicio de los ciudadanos y no a la inversa, el Presidente es el empleado más importante de los ciudadanos, al igual que el Ministro de Salud, y no a la inversa.

No cabe ninguna duda que es el Estado el que debe formular las políticas. Pero tampoco cabe ninguna duda en que ese proceso debe recoger fielmente las diferencias y las necesidades regionales, de manera que tales políticas expresen de manera fidedigna lo que son las prioridades en materia de salud y se pueda proceder de manera justa y razonada a la asignación de los recursos públicos y garantizar la equidad. ¿No es eso lo que la Constitución de 1999 quiere impulsar cuando habla de que el sistema de salud debe ser descentralizado? La autonomía para fijar prioridades regionales y exigir recursos al Estado debe ser una potestad de las gobernaciones y las alcaldías y las parroquias porque son esas instancias las más cercanas al ciudadano y son aquellas sobre las cuales éste puede ejercer influencia directa. La descentralización de los servicios de salud ocurrida en Venezuela entre 1993 y 1998, en el marco de las iniciativas de la COPRE, permitió a algunos estados avanzar notoriamente en el desempeño de sus sistemas regionales de salud pero no lo hicieron por ser descentralizados; lo lograron porque en esos estados existía la firme voluntad política, así como la capacidad y la organización, para aprovechar esos nuevos “espacios de decisión” que se crearon merced a la transferencia de competencias (Bossert, 1999 y 2000). Lejos de extirpar tales experiencias de la memoria histórica, se hace necesario tenerlas muy en cuenta para corregir los errores que se cometieron y avanzar. No caben aquí consideraciones ideologizantes, ni etiquetas simplistas para descalificar la gestión descentralizada de la salud. Se hace indispensable retomar las experiencias y, entonces sí, cumplir con el mandato constitucional.

Se trata mediante la rectoría del SPNS, que sea único, lo cual tiene implicaciones muy importantes desde el punto de vista de su equidad y de su gestión. No existe contradicción entre este carácter y el hecho de que sea descentralizado. Muy por el contrario, para poder descentralizarlo, hay que hacerlo uno sólo, con las mismas normas y reglas y con un financiamiento suficiente, oportuno y justo. Esta unicidad del SPNS, depende del papel del Estado y de sus capacidades técnicas y políticas, esto es, de su rectoría. Pero lo más importante de la unicidad del sistema de salud tiene que ver con la equidad y la igualdad. No existen razones valederas para que grupos de interés –Fuerza Armada incluida- tenga privilegios en la atención a la salud. Los llamados regímenes especiales, al captar total o parcialmente recursos públicos para privatizarlos también total o parcialmente, se convierten en inequitativos y regresivos desde el punto de vista de las políticas redistributivas del ingreso. Sin embargo, la salida no viene dada por decretar su desaparición, sino por negociar su integración sobre la base del crecimiento ininterrumpido de la calidad de los servicios con los cuales se pretende sustituir al régimen especial, de manera que quien cede la competencia reciba, al menos, aquello de que disfrutaba. La prestación de servicios de salud pasaría a ser un legítimo derecho ciudadano y no un privilegio de minorías o de grupos especiales. No tendrían los funcionarios públicos que recurrir a las clínicas privadas, como no fuera porque el Estado mismo haya establecido con ellas convenios para la prestación de servicios públicos accesibles a cualquiera, independientemente de su condición económica o social cosa que, obviamente, no ha ocurrido.

La función de rectoría implica pues un conjunto de decisiones políticas que pueden hacerse *sobre* el sector o *en* el sector. Las primeras tienen que ver con el alto gobierno y expresan el consenso nacional acerca de las políticas de salud necesarias; las segundas dependen de los poderes descentralizados y sectoriales.

Desde el punto de vista de su organización y de acuerdo a los principios de los cuales hemos partido, el financiamiento se constituye en la piedra angular. Un SPNS debe tener financiamiento público. Pero no cualquier financiamiento público. Las experiencias internaciones señalan claramente que los mejores sistemas de salud en el mundo se financian con recursos públicos de origen fiscal, tributarios, no contributivos (Díaz Polanco y otros, 2002). En Venezuela este tema es particularmente sensible dada la tradición laborista del sistema de atención médica del IVSS, centrado en los trabajadores formales. El tema del financiamiento implica el derecho ciudadano a la salud y por ello remite esta discusión a la consideración de la conducta impositiva del venezolano y a la supuesta gratuidad con que se presta el servicio de salud; no se trata de que sea gratuito, se trata de quién paga y aquí quien debe pagar es el Estado, vía impuestos. De esa manera se logra dentro del sistema de salud la solidaridad. Los impuestos sobre la renta son el mecanismo más apropiado para lograr la justa redistribución del ingreso, cuando esos impuestos son recabados con justicia y equidad. Desde el punto de vista político ello supone un arreglo institucional muy complejo porque se afectan intereses burocráticos y empresariales tradicionalmente orientados a la corrupción y a la evasión. Ejemplos acerca de esta situación son los sueños rotos de la Comisión Presidencial para la Reforma de la Salud y la Seguridad Social. El ciudadano tiene derecho a saber que la salud no es gratis y que la está pagando y está siendo solidariocuando cancela anualmente sus impuestos. Para el financiamiento de la salud se requiere entonces la creación de un Fondo Nacional (FNS) que reúna los recursos necesarios y luego los distribuya al sistema descentralizado de la forma en que hemos planteado más arriba, es decir, en forma descentralizada, técnicamente fundamentada y sometida a consenso.

En forma coherente con lo que hemos planteado acerca de los momentos de financiamiento, la administración de tales recursos asignados, debe ser pública. La experiencia de la descentralización en algunos estados pone de manifiesto, entre otras cosas, cómo pueden mejorarse algunas condiciones de trabajo del personal mediante el pago oportuno y suficiente. Pero ése es sólo un aspecto. Los estados que se organizaron para recibir las competencias en salud lo hicieron mediante la constitución de un cuerpo de trabajo colectivo, coordinado y dirigido a metas bien establecidas. Esas Organizaciones Estadales de Salud (OES) demostraron que eran muy capaces de gestionar eficientemente los recursos y mejorar sensiblemente su asignación. La administración pública de los recursos no implica, pues, la ingerencia ineficiente –y a veces abusiva- del gobierno central. Por el contrario, la eficiencia y efectividad en ese manejo depende fundamentalmente de que tales recursos sean administrados regional y localmente y que su ejecución y resultados puedan ser revisados y evaluados periódicamente, tanto por las mismas OES, como por el gobierno central y, sobre todo, por los ciudadanos. Esa evaluación debería hacerse contra los compromisos que se adquieran en el momento de la negociación y asignación de recursos.

Otra importante función de los sistemas de salud es la prestación de los servicios. Aquellos que tienen un carácter básicamente preventivo y masivo, requieren de relaciones de coordinación y complementación por otras instancias públicas. Es lo que se conoce como intersectorialidad. El resultado de esas alianzas depende, en gran medida, de la calidad y autoridad del liderazgo en salud en cada región, en cada estado, en cada municipio. Cuando se trata de servicios estrictamente médicos que requieren de tecnología de diverso grado de complejidad y de insumos de alto costo, la red de salud debe funcionar igualmente de manera integrada sobre la base de un sistema eficiente y completo de información que permita el intercambio instantáneo de datos para la consideración de los casos. En Venezuela hubo intentos que trataron de dar una salida a este problema, como el Sistema de Información del Modelo de Atención Médica Integral (SISMAI), durante la gestión del fallecido Ministro Gilberto Rodríguez Ochoa y que, por omisión funciona en gran número de estados de la República. Pero no existe oficialmente como EL sistema de información. Este es uno de los mejores ejemplos de competencias que no deben descentralizarse en el sector. La información, en la medida en que es el insumo básico para la toma de decisiones, debe ser una atribución exclusiva del gobierno central, componente esencial de su rectoría pero esa información debe tener carácter público porque los ciudadanos tienen derecho a saber lo que ocurre en materia de salud.

Otro tema importante es el tipo de relaciones que se ha establecido y que se debe establecer con el sector privado de prestadores de servicios de salud y con los proveedores de insumos. Así como el en pasado el sistema de salud en Venezuela estuvo sometido (y probablemente lo sigue estando) a un proceso de privatización, se trata ahora, de emprender la *publificación* de dicho sistema, de invertir el proceso. La red privada debe quedar integrada al SPNS mediante convenios que le permitan al Estado utilizar esos servicios de forma conveniente, tanto desde el punto de vista financiero, como desde el punto de vista de la calidad de la atención. El hecho de que un prestador sea privado no privatiza la prestación. El sistema de salud en Canadá, es el mejor ejemplo. No existen es ese país prestadores públicos pero el servicio es público porque el financiamiento también lo es, y porque la rectoría está en manos del Estado. Es claro que éste es un ejemplo extremo; simplemente viene a cuenta para ilustrar lo que queremos afirmar.

Cualquier legislación que se formule debería reforzar los mecanismos de acreditación y certificación de TODOS los establecimientos de salud en el país, de manera de garantizar que, independientemente de cuál sea la adscripción administrativa del servicio en cuestión, éste cumpla con las exigencias de los protocolos respectivos. De esa manera, y a costos negociados, el sector privado tendría un doble papel. Por un lado, dar respuesta, al lado de la red pública, a la demanda de servicios por parte de la población; por otro lado, prestar servicios adicionales a quienes así lo requieran y puedan pagar por ello. Debe existir una perfecta equivalencia entre la calidad y tipo de servicios prestados tanto en establecimientos públicos como en privados. En todo caso, es el sector público el responsable de la calidad y, como debería ser, lo bueno entra por casa. Este esquema garantizaría un financiamiento importante para el sector privado pero supondría, al mismo tiempo, su supeditación a las normas y procedimientos y a los precios de los servicios tarifados de forma consensual, impidiendo así que la salud se convierta en un negocio que, como se ha visto antes en el caso de nuestro país, es poco saludable.

En gran medida, estos aspectos son los que rescató la Comisión Presidencial para la Reforma de la Salud y la Seguridad Social a comienzos de siglo y que fueron olvidados y echados al traste por los acontecimientos posteriores. Por eso, no hay mucho de nuevo en esta proposición; recoge las experiencias de muchos países y trata de superar los problemas de equidad en la prestación de servicios de salud a la población por la mejor vía posible: echar los fundamentos básicos del SPNS los cuales han venido siendo postergados durante casi diez años en virtud de los intereses políticos de los nuevos grupos en el poder a partir de 1999.

La salud no es una mercancía y mucho menos, una mercancía política. No es un instrumento proselitista; es un derecho ciudadano y ese derecho, al igual que los demás que suponen el ejercicio de la ciudadanía, debe conseguirse y mantenerse, independientemente de los cambios en los grupos de poder. No hay nada, ni siquiera la supervivencia de un régimen político, que justifique su uso para fines diferentes.

Por otra parte, ninguno de los asuntos que sobre las características del SPNS han sido señalados aquí, se construyen instantáneamente; requieren de esfuerzo, voluntad política, capacidad para negociar, apertura democrática y vocación de servicio. Pero sobre todo requieren de tiempo para incorporar los cambios y las transformaciones en lo técnico y en lo político y ha pasado mucho tiempo desde que se abrió la posibilidad de transformar radicalmente el SPNS. Ahora es necesario recuperarlo y aprovecharlo lo mejor posible. Difundamos resultados, llamemos a la discusión y el debate, creemos los espacios necesarios; hagamos que no sea demasiado tarde.

**REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

AEDO, Cristian (2006): “Las reformas de la salud en Chile” en: LARRAIN, F. y VERGARA, R.: La transformación económica de Chile. Santiago de Chile.

ALAYON, Rubén (2006): La Revolución Bolivariana: Derrotando la pobreza. Superando la exclusión. Profundizando la democracia. Caracas s/e.

BANCO CENTRAL DE VENEZUELA: Informe Económicos. Varios años.

BETANCOURT, Rómulo (1969): Venezuela, política y petróleo, Editorial Senderos, Bogotá, Colombia.

BOSSERT, Thomas (1999) “Decentralization of Health Systems: Decision Space, Innovation and Performance*.*” En: Nº 17*.* Serie de LACHSR Health Sector Reform Initiative. Harvard School of Public Health.

BOSSERT, Thomas *(2000), “*Decentralization of Health Systems in Latin America: A Comparative Analysis of Chile, Colombia, and Bolivia.” Nº 29*.* Serie de LACHSR Health Sector Reform Initiative.Harvard School of Public Health.

BOERSNER, Demetrio (1983): Cuba and Venezuela: Liberal and Conservative Possibilities”, en: LEVINE, Barry B. (Ed.) (1983): The New Cuban Presence in the Caribbean. Westview Press. Boulder, Colorado. USA.

BRONFMAN, Mario y DIAZ POLANCO, Jorge (1978): “Transferencia de Tecnología en Educación Médica. La adopción del plan A-36: Un ejemplo de solución espúrea”, en: Primer Seminario Nacional sobre Transferencia de Tecnología en la Educación. Universidad Simón Bolívar, Caracas.

CARRASQUERO, José V.; MAINGON, Thais y WELSCH, Federico (2006): Venezuela en Transición: Elecciones y democracia 1998-2000. CDB Publicaciones/REDPOL. Caracas.

CASTRO, Fidel (1971): La Historia me absolverá. Ediciones políticas / Editorial de Ciencias Sociales. Instituto Cubano del Libro, La Habana.

CONSEJO NACIONAL ELECTORAL (2008): www.cne.gov.ve

CROUCH, Colin: Posdemocracia. Editorial Taurus. México, 2004.

DATOS (2005): Pulso Nacional. Encuesta 2005. Caracas.

D’ELIA, Yolanda y otros (2005): “Estudio sobre la Misión Bario Adentro. Informe Final” Presentado a PROVEA. Caracas (mimeo).

DIAZ POLANCO, Jorge (1992): “El Proceso de toma de decisiones en políticas de salud en la década de los 80. El caso de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud”. Informe técnico para la OPS. CENDES. Caracas.

DIAZ POLANCO, Jorge (Coordinador) (2002): La Reforma de Salud de Venezuela. Aspectos políticos e institucionales de la descentralización de los servicios de salud. Ediciones de la Fundación Polar. CENDES-IDRC-IESA-CORPOSALUD-MSDS. Caracas.

DIAZ POLANCO, Jorge (Coordinador) (2004): La Descentralización de la Salud en Venezuela: Aprendamos de la experiencia. Ediciones de la Fundación Polar. CENDES-IESA-CORPOSALUD-CIEPROL-MSDS. Caracas.

DIAZ POLANCO, Jorge (2006): “La Seguridad Social en Venezuela: ¿De Seguro a Seguridad?”, en: MAINGON, Thais (Coord.): Balance y Perspectivas de la Política Social en Venezuela. ILDIS. Fundacion Friedrich Ebert, Caracas.

DIAZ POLANCO, Jorge (2006a): “Salud y Hegemonía Regional. Las relaciones Cuba-Venezuela 1999-2006”, en: Foreign Affairs en español. Instituto Tecnológico Autónomo de México (ITAM). Vol 6 N° 4 . Ciudad de México, 2006. pp. 95-105

EDICIONES DE LA SECRETARIA DE LA PRESIDENCIA DE LA REPUBLICA DE VENEZUELA (1961): Venezuela y Cuba. Rompimiento de Relaciones. Respaldo Nacional. Caracas.

EQUIPO PROCESO POLÍTICO (1978): CAP 5 años. Un juicio crítico. Editorial Ateneo de Caracas.

FAINSILVER, Julie (1993): Healing the Masses. Cuban health politics at home and abroad. University of California Press, Berkeley.

FAINSILVER, Julie (2006): “La Diplomacia Médica Cubana”, en: Foreign Affairs en español. Instituto Tecnológico Autónomo de México (ITAM). Vol 6 N° 4 . Ciudad de México, pp 81-94

GÓMEZ, L; LÓPEZ, M.; MAINGÓN, T. (1989): De Punto Fijo al Pacto Social. Desarrollo y Hegemonía en Venezuela (1958-1985), Fondo Editorial Acta Científica Venezolana, Caracas.

GUTIÉRREZ, J.P. y BERTOZZI, S. (2003) “La brecha de la salud en México medida a través de la mortalidad infantil”. Salud Pública de México. Vol. 45, Nº 3. pp. 102-109.

HARNEKCER, Martha (2004): “Edición del discurso del Presidente de la República del 12 de noviembre de 2004” (mimeo).

INSTITUTO LATINOAMERICANO DE INVESTIGACIONES SOCIALES (ILDIS) (2000): Informe Social 5. 1999. Caracas.

IRAZÁBAL, Carlos (1974): Hacia la democracia. José Agustín Catalá Editor, Caracas.

JAEN, María H., SALVATO, Silvia y DAZA, A (2004): Costos y Sostenibilidad Financiera del Sistema Público Nacional de Salud. Edición preliminar. IESA, Caracas.

KELLER Y ASOCIADOS (2005): “La Encrucijada Electoral Venezolana” Abril 2005.

LEVINE, Barry B. (Ed.) (1983): The New Cuban Presence in the Caribbean. Westview Press. Boulder, Colorado. USA.

MARQUEZ S., Carlos (1969): Historia de Cuba. Desde Cristóbal Colón a Fidel Castro. Las Américas Publishing Company. New York.

MINISTERIO DE SALUD Y DESARROLLO SOCIAL (2007): Programa Ampliado de Inmunizaciones.

MOLINA, José E. (2008): “Ideología, Clientelismo y voto en las Elecciones Presidenciales de 2006”. Universidad del Zulia (Mimeo en proceso de publicación)

MOVIMIENTO VENEZOLANO POR LA PAZ Y LA LIBERACION NACIONAL (S/F): Kennedy, Betancourt y Cuba. Caracas.

MPD (Ministerio de Planificación y Desarrollo de la República Bolivariana de Venezuela) (2001): Líneas Generales del Plan de Desarrollo Económico y Social de la Nación, 2001-2007. pdf. 149 pp.

MIRES, Fernando (1979): La Revolución no es una Isla. Ediciones Hombre Nuevo. Medellín, Colombia.

MSDS (2005): Barrio Adentro: Expresión de atención primaria de salud. Dirección General del Despacho. Coordinación Nacional de Atención Primaria. Caracas.

MPPS (2008): Boletín Epidemiológico Nº 26 hasta el 28 de Junio de 2008. Caracas.

MPPS(2007): Programa Ampliado de Inmunizaciones

MPPS (2008): www.mpps.gob.ve

MUNDO, Mabel ) 2008: Las Misiones Educativas. Análisis de una política pública. ¿Para la inclusión o para el clientelismo político? Proyecto Estudio de la Cultura Política: El rendimiento gubernamental y el comportamiento electoral del venezolano. FONACIT, Caracas.

OECD (2007): www.oecd.org

OPS (1962): Revista Panamericana de la Salud. Vol 2 N° 12. Washington, D.C.

OPS (2006): Barrio Adentro: Derecho a la salud e inclusión social en Venezuela. Caracas.

OPS (2007): Resumen de Vacunaciones 2007. Caracas.

PAGANINI, José María (1998): “La cobertura de la atención de salud en América Latina y el Caribe”, en: Revista panamericana de Salud Pública 4(5) OPS/OMS. Washington DC, pp 305-310.

POLLOCK, Allyson (2004): NHS plc. The privatisation of Our Helath Care. Verso, Reino Unido.

PROVEA (2004): Informe sobre los Derechos Humanos en Venezuela. Caracas.

RANGEL, Domingo A. (1968): El Proceso del Capitalismo Contemporáneo en Venezuela. Ediciones de la Dirección de Cultura de la Universidad Central de Venezuela, Caracas.

RANGEL, Domingo Alberto (1971): La Oligarquía del Dinero, Editorial Fuentes, Caracas.

RESVEN (2005): “Impacto de la Descentralización en el desempeño de los sistemas regionales de salud y en las condiciones de salud de la población Venezolana”. Informe final de investigación. Caracas.

RODRIGUEZ, Francisco (2008): “An Empty Revolution. The unfulfilled promises of Hugo Chávez”, en: Foreing Affairs. ITAM, Marzo/Abril. México

ROSSEL PUIG, Washington. (2004): “Recuerdos de aquel primer viaje.” Documento en PDF. Facultad Médica “Enrique Cabrera” ISCM, La Habana.

SANTANA, Elizabeth (2006): Barrio Adentro: Misión esperanza, Misión Vida. Colección Alfredo Maneiro. Serie Testimonios. Ministerio de la Cultura. Editorial El Perro y La Rana. Caracas.

SILVA MICHELENA, José A. (1970): Crisis de la Democracia. CENDES-UCV. Caracas.

SONNTAG, Heinz y MAINGON, Thais (1992): Venezuela: 4-F. Un Análisis Socio-político. Editorial Nueva Sociedad. Caracas.

STARFIELD, Barbara. (2001): “Improving equity in health: a research agenda”. International Journal of Health Services. Vol. 31, Nº 3. pp. 545-566.

SZOT M, Jorge (2002). Mortalidad infantil e indicadores económicos en Chile: 1985-1999. *Rev. méd. Chile*, ene. 2002, vol.130, no.1, p.107-112.

TESTA, Mario (1983): “Atención Primaria en Salud: Elementos para el análisis de la propuesta”, en: VERONELLI, Juan C. (Coordinador): Administración de la Salud en América Latina. Fondo de Cultura Económica, México.

TESTA, Mario, DÍAZ P, Jorge, VERA, Sara y GOLDFELD, Ricardo (1983): Estructura de Poder en el Sector Salud. CENDES, Caracas.

UNION EUROPEA-WORLD DEVELOPMENT CONSULTANTS (2006): Encuesta Epidemiológica (Mimeo). CONACUID, Caracas.

WALLERSTEIN, Immanuel (2005): La Decadencia del Poder Estadounidense. Estados Unidos en un mundo caótico. Ediciones ERA, México.

WORLD DEVELOPMENT CONSULTANTS (WDC-Unión Europea, 2006): Salud Pública, hábitos de vida y consumo de drogas en la República Bolivariana de Venezuela. I Encuesta Epidemiológica a hogares. Informe Final. Caracas.

1. *Diario El Nacional, 04/10/2007* [↑](#footnote-ref-2)
2. *Especialmente importantes fueron los casos del Centro de Investigaciones Económicas y Sociales en el Ecuador (CIES), el Centro Brasileño de Estudios en Salud de Brasil (CEBES)y México con el grupo que creó la Maestría en Medicina Social en la UAM-Xochimilco* [↑](#footnote-ref-3)
3. *Estas evidencias provienen de las entrevistas realizadas a varios Directores Regionales de Salud de Venezuela, durante el desarrollo del proyecto RESVEN* [↑](#footnote-ref-4)
4. *Las cifras oficiales señalan que un 56,2 % de los votantes sufragó por Hugo Chávez y que la abstención en esas elecciones presidenciales fue de 36,6 % (Carrasqueño, Maingón y Welsch, 2005)* [↑](#footnote-ref-5)
5. *Por gratuidad debe entenderse acá la prestación de servicios de salud sin pago directo por parte del usuario.*  [↑](#footnote-ref-6)
6. *En sus mejores momentos, el IVSS dio cobertura al 30% de la población, correspondiente a los trabajadores formales y sus familiares.* [↑](#footnote-ref-7)
7. *Testimonio proporcionado por quienes se entrevistaron con el Presidente* [↑](#footnote-ref-8)
8. *Uno de esos intentos fue el auspiciado por el Instituto Latinoamericano de Investigaciones Sociales (ILDIS) que funcionó con actores políticos durante los primeros meses del año 2004. Esas actividades concluyeron en un documento que identificaba los principales problemas del sector y proponía algunas soluciones, Se le definió como un documento de trabajo a ser considerado por los actores del país, sobre todo, los decisores. Sin embargo, esta última actividad, que garantizaría el consenso, nunca llegó a realizarse por el intento de los actores gubernamentales participantes de imponer un proyecto de Ley preelaborado, fuera del ámbito de la discusión que estaba teniendo lugar.* [↑](#footnote-ref-9)
9. *El nombre del Ministerio cambió de MSDS a MPPS, Ministerio del Poder Popular para la Salud* [↑](#footnote-ref-10)
10. *El Universal, reportaje especial de Ralph Shusler “Médicos Cubanos continúan en Vargas, del 31-01-2001.* [↑](#footnote-ref-11)
11. *Comunicado de la Embajada de Cuba en Venezuela. “...El único grupo de 108 cubanos presente en Venezuela es el que integra las brigadas médicas, que por mutuo acuerdo con el Gobierno Venezolano viajan a prestar ayuda humanitaria y desinteresada a propósito de la catástrofe de Vargas. Estos trabajadores de la salud se mantendrán en el país hasta que las autoridades venezolanas estimen pertinente”. En: www.el-Nacional.com/referencia/documentos/pdf/comunicuba.pdf*  [↑](#footnote-ref-12)
12. *Idem. El Universal 31-01-2001.* [↑](#footnote-ref-13)
13. *El Universal, “Atienden a 40 pacientes por galeno”, 31-01-2001.* [↑](#footnote-ref-14)
14. *Idem, El Universal 31-01-2001.* [↑](#footnote-ref-15)
15. *Idem, ILDIS 1999, pág.20.* [↑](#footnote-ref-16)
16. *Diario El Universal, Correo del Pueblo, “Médicos Cubanos”. Caracas, 07-02-2000.* [↑](#footnote-ref-17)
17. *Compañía Anónima Nacional Teléfonos de Venezuela* [↑](#footnote-ref-18)
18. *Luego de la tragedia, algunas comunidades solicitaban la permanencia de las brigadas médicas cubanas en las zonas de desastre: “Gilberto Colmenares quien en emotiva intervención planteó solicitar al gobierno nacional extender la permanencia de la Brigada Cubana, debido a que la emergencia médica aún no ha cesado en el estado Vargas” Idem, ILDIS, 2000. pág. 21.* [↑](#footnote-ref-19)
19. *Artículos III y IV, Disposición Especial, del Convenio de Cooperación Cuba-Venezuela (2002).* [↑](#footnote-ref-20)
20. *“Artículo IV. Disposición Especial.* ***La República de Cuba ofrece gratuitamente a la República Bolivariana de Venezuela los servicios médicos, especialistas y técnicos de la salud para prestar servicios en lugares donde no se disponga de ese personal. Los médicos especialistas y técnicos cubanos en la prestación de sus servicios en la República Bolivariana de Venezuela ofrecerán gratuitamente entrenamiento al personal venezolano de diversos niveles que las autoridades soliciten. La parte venezolana cubrirá los gastos de alojamiento, alimentación, transportación interna.El gobierno de Cuba garantizará a todos los galenos y demás técnicos sus salarios y la atención adecuada a los respectivos familiares en la Isla” (Convenio Integral de Cooperación entre la República de Cuba y la República Bolivariana de Venezuela).*** [↑](#footnote-ref-21)
21. *Los requisitos generales son: ser venezolano/na, hacer solicitud por carta al Presidente Hugo Chávez, exponer el problema con respaldo de informes médicos y haber sido evaluado el caso por un comité médico que opera en la Presidencia de la República.*  [↑](#footnote-ref-22)
22. *Según reportaje de la Habana: “...alrededor de 2 mil pacientes venezolanos recibieron atención médica especial en Cuba en cumplimiento del Convenio de Cooperación Integral suscrito por los presidentes Fidel Castro y Hugo Chávez en octubre del año pasado, según balance del Centro de Salud 'La Pradera'...Ayer llegaron a La Habana otros 75 pacientes venezolanos...El director del Centro Internacional de Salud 'La Pradera', Pedro Llerena... informó ayer que 1.871 venezolanos fueron atendidos en diferentes centros de salud de la Isla con un total de 734 operaciones”.* [↑](#footnote-ref-23)
23. *Diario El Universal. Caracas, 17-02-2001.* [↑](#footnote-ref-24)
24. *Entrevista a Rubén Alayón Monserat (Excoordinador del Plan Barrio Adentro del Municipio Libertador), realizada por Lucía Espinoza Aguirre y Thais Maingon en el marco de un estudio de política social en el Instituto Latinoamericano de Investigaciones Sociales (ILDIS) el 16-08-04.* [↑](#footnote-ref-25)
25. *Idem.* [↑](#footnote-ref-26)
26. *Idem.* [↑](#footnote-ref-27)
27. *Programa Aló Presidente N° 174 (14-12-2003; pág. 4): “...me consta que Fidel Castro ha estado él mismo en persona calculando cuántos medicamentos, preguntándonos a nosotros; me ha llamado varias madrugadas para preguntarme que bueno, según nuestra opinión cuál es la enfermedad más común en el barrio tal o en la Goajira...Fidel se ha puesto a estudiar todo eso con un equipo médico y a determinar cuál es el mejor stock de medicina, el más adecuado, incluso tomando en cuenta las características de la población, la cultura de la población, incluso me consta que en Cuba han puesto en marcha un plan extraordinario de fabricación de medicamentos, han estado fabricando medicamentos en emergencia para que no le falte a un solo médico cubano, a un solo barrio, a una sola casa del médico”. En línea:*

    *http://www.gobiernoenlinea.ve/docMgr/sharedfiles/Alo\_Presidente\_174.pdf*  [↑](#footnote-ref-28)
28. *Este decreto apareció publicado con el número 2745, en Gaceta Oficial N° 37.865 del 26 de enero de 2004.* [↑](#footnote-ref-29)
29. *Entre los años 2000 y 2003, la Federación Médica Venezolana (FVM) realizó varios trámites ante los órganos judiciales del país para impedir la práctica de la medicina por parte de los médicos cubanos. Primero, fueron las denuncias de práctica ilegal de la medicina por parte de las Brigadas Médicas Cubanas en mayo de 2000 y julio 2001 ante la Fiscalía General de la República. Después fue un recurso de amparo ante la Sala Constitucional del Tribunal Supremo de Justicia (TSJ) en marzo de 2002, declarado con lugar en octubre de ese mismo año y posteriormente anulando en febrero de 2003 por la misma sala. Un tercer intento, fue la solicitud de un recurso de nulidad del Convenio suscrito entre la Alcaldía Libertador y el Colegio de Médicos de Caracas para acreditar a los médicos cubanos de Barrio Adentro, ante la Corte Primera de lo Contencioso del TSJ que fue admitido en agosto de 2003 y apelada ante la Sala Constitucional del TSJ por el MSDS y la Alcaldía Libertador en septiembre de 2003, por violación del derecho a la salud y errada. Dicha apelación se desestimó por considerar que la solicitud debía ser hecha ante la Sala Político Administrativo del TSJ.*  [↑](#footnote-ref-30)
30. *Según Fernando Bianco, presidente del Colegio de Médicos del DC, eso significaba: “...supervisar para saber quiénes vendrían, si verdaderamente eran médicos, evaluarlos, revisar sus papeles, constatar titularidad, su experiencia, visitarlos y asistirlos constantemente...” (D’Elia 2005: 22).* [↑](#footnote-ref-31)
31. *En esta evaluación, la Defensoría del Pueblo señala los siguientes problemas: “En el área de Caracas, el Gobierno Metropolitano (que tiene adscrita la mayor parte de los hospitales y ambulatorios del área metropolitana) obstruye el funcionamiento de la atención primaria en salud. Descalificaciones políticas, generando una matriz de opinión, debido a la pugnacidad y polarización del gremio médico. Campaña desfavorable de los medios de comunicación al Plan Barrio Adentro”. (Defensoría del Pueblo, 2004).*  [↑](#footnote-ref-32)
32. *Diario El Universal, Los Cubanos mandan en el Hospital Militar. Caracas, 10-06-2004.* [↑](#footnote-ref-33)
33. *Diario El Mundo. Caracas, 10/10/2004* [↑](#footnote-ref-34)
34. *Diario El Nacional, B26. Caracas, 16/04/2006* [↑](#footnote-ref-35)
35. *Damián Prat, habitante del sector, denuncia que los módulos de Barrio Adentro han sido abandonados por el propio gobierno que los promueve: “Casi todos están a medio hacer, paralizados, desde hace año y medio. Y los pocos que están concluidos, como el de la gráfica, ubicado en el Core 8, no se usa y se encuentra rodeado de basura y aguas putrefactas. Ya ha sido saqueado de tanto abandono*. *El gobierno no le cumple ni a Barrio Adentro.” Diario El Nacional. Caracas, 10/05/2006.*  [↑](#footnote-ref-36)
36. *Entrevistas realizadas en algunos módulos y comunidades por ellos servidas, en el área metropolitana de Caracas.* [↑](#footnote-ref-37)
37. *Con una Dirección Nacional y Coordinaciones Regionales y Locales en todo el país. De acuerdo con la Defensoría del Pueblo, para finales del año 2003, la Dirección Nacional de la Misión Médica Cubana estaba integrada por 31 miembros (Defensoría del Pueblo 2004).* [↑](#footnote-ref-38)
38. *Coordinación Nacional de Atención Primaria (MSDS). Boletín Nº 1, 08-03-2004.* [↑](#footnote-ref-39)
39. ***MSDS 2005; pág 3.*** [↑](#footnote-ref-40)
40. *Idem.* [↑](#footnote-ref-41)
41. *Según José León Uzcátegui (Director de Educación del MSDS): “Capacitar a los médicos venezolanos que prestan servicio en el Plan Barrio Adentro será la tarea fundamental que tiene previsto desarrolla el Ministerio de Salud y Desarrollo Social, a partir del año 2004” (El Nacional,17-12-2003).* [↑](#footnote-ref-42)
42. *El aporte de la misión cubana se expresa en medicamentos y equipos y las transacciones que se efectúan para la adquisición de tales insumos, es desconocida. En las entrevistas realizadas en módulos de atención de logró determinar que estos insumos llegan a los módulos vía embajada cubana, pero se desconoce si ello implica una transacción comercial o se trata de donaciones. Esta situación, así como el detalle del financiamiento deberá ser explorada más adelante.* [↑](#footnote-ref-43)
43. *Recientemente un grupo de investigadores y profesionales de la salud venezolanos ha enviado una comunicación a OPS en Washington, denunciando el carácter panfletario de dicha publicación, poniendo de manifiesto sus fallas metodológicas y solicitando una rectificación de parte de la OPS.* [↑](#footnote-ref-44)
44. *Esta confidencialidad, incluye a los informantes, quienes se verían afectados de ser identificados acá. De todas formas, la limitación de la información acerca del papel de la Misión Cubana, es un tema de público conocimiento.* [↑](#footnote-ref-45)
45. *En el Taller de Alto Mando celebrado entre los días 12 y 13 de noviembre del año 2004, el presidente Chávez dijo lo siguiente: “Hay una encuestadora internacional recomendada por un amigo que vino a mitad del 2003, pasó como 2 meses aquí y fueron a Palacio y me dieron la noticia bomba: “Presidente, si el referéndum fuera ahorita usted lo perdería.” Yo recuerdo que aquella noche para mí fue una bomba aquello, porque ustedes saben que mucha gente no le dice a uno las cosas, sino que se la matizan. Ese (SIP) es muy malo. “No, estamos bien, estamos sobrados”. Entonces fue cuando empezamos a trabajar con las misiones, diseñamos aquí la primera y empecé a pedirle apoyo a Fidel” (Harnecker 2004:40).*  [↑](#footnote-ref-46)
46. *Fuente: www.ine.gov.ve, 2007* [↑](#footnote-ref-47)
47. *Información confidencial obtenida en entrevista personal. No se puede revelar la fuente para proteger al informante quien así lo exigió.* [↑](#footnote-ref-48)
48. *Este tipo de cambio está referido al valor de mercado del dólar estadounidense. Desde comienxos del 2008, el bolívar sufrió una transformación y el cambio oficial pasó de Bs. 2150 a Bs. Fuertes (BS.F) 2,15 siendo el valor del mercado paralelo de Bs. 3,98 para finales de septiembre de 2008* [↑](#footnote-ref-49)
49. *El partido Causa R (con la R al revés) surgió en las industrias siderúrgicas del sur del país, como un caso extraño en que se invirtió el proceso: en lugar de dar origen a los sindicatos, éstos fueron quienes conformaron el partido. Su líder, Andrés Velásquez, un trabajador siderúrgico, logró obtener el segundo lugar en las elecciones presidenciales de 1984.* [↑](#footnote-ref-50)
50. *Este panorama político ha cambiado desde entonces. Las grandes contradicciones internas en el gobierno han producido escisiones. Podemos ha pasado a la oposición y varios grupos pequeños de apoyo al gobierno han construido visiones revolucionarias diferentes a las oficiales, sobre todo en términos de su oposición a la creciente corrupción de funcionarios en el gobierno y a la forzada creación de Partido Socialista Unico de Venezuela (PSUV) el cual pareciera haber surgido de manera excesivamente centralista en sus decisiones y en su composición, marginando las aspiraciones políticas de estos grupos disidentes.* [↑](#footnote-ref-51)
51. *Convenio Integral de Cooperación entre la República de Cuba y la República Bolivariana de Venezuela. La Habana, Cuba, abril de 2000.* [↑](#footnote-ref-52)
52. *Ibídem* [↑](#footnote-ref-53)
53. *El informe técnico de la OAEFAN a que se hace referencia llego a manos del autor por una vía estrictamente confidencial por lo cual se evita citar la fuente exacta. La OAEFAN es un órgano técnico encargado de evaluar el impacto económico y financiero de las decisiones legales que toma y/o aprueba la Asamblea Nacional. Como en muchos otros rubros, la información de esta naturaleza, no se encuentra a disposición del público y las estadísticas oficiales en materia sociodemográfica y de salud han demostrado ser poco confiables y difícilmente actualizables razón por la cual, en éste y otros casos analizados a lo largo de los diferentes informes presentados, los datos son de fuente primaria y la información oficial aparece sólo como una referencia comparativa.* [↑](#footnote-ref-54)
54. *Diario El Universal, Cuerpo A. Caracas, 24/04/2006.* [↑](#footnote-ref-55)
55. *En Venezuela, la educación básica primaria abarca seis años de escolaridad. El nombre Robinson procede el pseudónimo utilizado por Don Simón Rodríguez, maestro de Bolívar y precursor de las reformas educativas en Venezuela.* [↑](#footnote-ref-56)
56. *Esta característica improvisada de las decisiones gubernamentales, han sido, además, presenciadas por el autor durante el tiempo en que dirigió el proyecto de reforma del sector salud en Venezuela, entre los años 2000 y 2001, con sede en el MS y en conversaciones directas con el entonces Ministro de Salud, Dr. Gilberto Rodríguez Ochoa.* [↑](#footnote-ref-57)
57. *Es conocido el hecho de cómo, merced a una referencia hecha a Cristóbal Colón por el Presidente, como el primer responsable de los males de la América Latina, grupos de afectos al gobierno, destruyeron una estatua de descubridor en una céntrica plaza venezolana, escultura que, por otra parte, era un símbolo hermosísimo de esa plaza y una obra de arte insustituible*. [↑](#footnote-ref-58)
58. *Diario El Universal. Caracas, 22 de abril de 2006* [↑](#footnote-ref-59)
59. *Diario REFORMA, sección Internacional. Ciudad de México, 21 de abril de 2006* [↑](#footnote-ref-60)
60. *Véanse a este respecto los datos presentados por la pubnlicación de OPS citada en la bibliografía (OPS, 2006).* [↑](#footnote-ref-61)
61. *Esta información proviene de docentes quienes nos la han hecho llegar de manera confidencial.* [↑](#footnote-ref-62)
62. *Son conocidos los casos de la llamada “lista de Tascón” , apellido del diputado que la elaboró, y que identifica con detalles a quienes firmaron contra Chávez en el Referéndum Revocatorio, usada para “limpiar” la administración pública de posibles y actuales “contrarrevolucionarios”. Igualmente. El programa “Maisanta” (nombre legendario de los llanos venezolanos y supuesto pariente del Presidente), que fue usado para identificar con todos los detalles posibles, la intención de voto de los venezolanos para fines similares. Todo esto ha sido reconocido públicamente por el Presidente Chávez quien, en alguna oportunidad llegó a afirmar que la “lista Tascón” ya había cumplido su cometido y debía “enterrarse” (SIC).* [↑](#footnote-ref-63)
63. *Sistema de Ultra Micro Análisis para la vigilancia serológica de Dengue, Hepatitis, SIDA, Chagas, Rubéola y Citogemalovirus; y para fortalecer la vigilancia epidemiológica, bancos de sangre y la pesquisa neonatal.* [↑](#footnote-ref-64)
64. *CONACUID: Comisión Nacional contra el uso ilícito de las drogas. Actualmente esta Comisión ha cambiado su nombre a Oficina Nacional Antidrogas (ONA).* [↑](#footnote-ref-65)
65. *La información relativa a los problemas de disponibilidad pública de la información de BA la hemos obtenido de forma confidencial, de manera que no nos es posible identificar aquí las fuentes. Esta situación esa, además, ampliamente conocida por todos los venezolanos, quienes no disponen de dicha información por vías regulares* [↑](#footnote-ref-66)
66. *A mediados del 2007 un grupo de profesionales de la salud venezolanos formularon un conjunto de observaciones a este documento las cuales fueron enviadas a todos los Ministros de Salud y en las cuales se señalaban más de 100 fallas.* [↑](#footnote-ref-67)
67. *Entrevistas realizadas en los módulos seleccionados del área metropolitana de Caracas.* [↑](#footnote-ref-68)
68. *El proyecto Reforma de la Salud en Venezuela (RESVEN) se desarrollo entre los años 2000 y 2005 y evaluó el impacto de la decsnetralización de los servicios de salud en doce estados de Venezuela. Ver referencias bibliográficas.* [↑](#footnote-ref-69)
69. *La TMRA mide la intensidad del descenso anual de cada tasa o dicha intensidad en períodos seleccionados.* [↑](#footnote-ref-70)
70. *La Federación Médica Venezolana introdujo por ante el Tribunal Supremo de Justicia, una demanda por ejercicio ilegal de la medicina, en la medida en que el personal de salud cubano, no satisfizo el requerimiento de la reválida profesional para su práctica Véase, entre otros, los siguientes artículos de prensa: Médicos Aragüeños protestaron a los cubanos: Diario El Siglo. Maracay, 20/11/2003;Pacientes atendidos por médicos cubanos asisten masivamente al Hospital Central: Diario El Impreso. Maracay, 18/11/2003. Posiciones similares fueron asumidas por muchos colegios de médicos de los diferentes estados, además del caso de Aragua.* [↑](#footnote-ref-71)
71. *Acerca de la magnitud del gasto extraordinario y del gasto total en salud, hay divergencias entre los analistas. Unos consideran este gasto cercano al 5 % del PIB; otros, como OPS, llegan a estimarlo en 9%. En todo caso, se trata de un aumento muy significativo de este gasto so se le compara con la tendencia histórica* [↑](#footnote-ref-72)
72. *Es importante señalar que aquí la MM puede ser entendida como una razón en virtud de que su cálculo se ha hecho en relación con los nacidos vivos registrados (NVR)* [↑](#footnote-ref-73)
73. *El Universal. 28 de enero de 2008* [↑](#footnote-ref-74)
74. *Ibídem* [↑](#footnote-ref-75)
75. *Diario El Universal, 19 de septiembre de 2008. Cuerpo 1 p.12* [↑](#footnote-ref-76)
76. *Como dato anecdótico y curioso, el correo electrónico de dicha empresa, al menos en el momento en que se ubicó en el internet y en el Registro Nacional de Consultores era: alcapone@yahoo.com* [↑](#footnote-ref-77)
77. *Esta nueva Ley de Contrataciones fue promulgada en la Gaceta Oficial número 38.895 el 25 de marzo de 2008* [↑](#footnote-ref-78)
78. *Información confidencial. Comunicación personal.* [↑](#footnote-ref-79)
79. *Nos referimos a los resultados conocidos hasta ahora, porque el Consejo Nacional Electoral (CNE), a la fecha en que este libro se escribe, no ha hecho públicos los resultados totales del referendo, aunque sí el hecho de que la propuesta de Reforma fue derrotada por una mínima diferencia.* [↑](#footnote-ref-80)
80. *Programa Aló Presidente, domingo 27/01/2008* [↑](#footnote-ref-81)
81. *Diario Ultimas Noticias 27/04/2008* [↑](#footnote-ref-82)
82. *Rueda de prensa reseñada por Unión Radio Noticias. Caracas 08/05/2008* [↑](#footnote-ref-83)
83. *“But according to the Venezuelan Central Bank, inequality has actually increased during the Chávez administration, with the Gini coefficient (a measure of economic inequality, with zero indicating perfect equality and one indicating perfect inequality )increasing from 0.44 to 0.48 between 2000 and 2005. Poverty and inequality statistics, of course, tell only part of the story. There are many aspects of the well-being of the poor not captured by measures of money income, and this is what Chávez’s supporters claim that the government has made the most progress—through its misiones, which have concentrated on the direct provision of health, education and other basic public services to the poor communities. But again, official statistics show no signs of a substantial improvement in the well-being of ordinary Venezuelans, and in many cases there have been worrying deteriorations. The percentage of under-weight babies, for example, increased from 8.4 percent to 9.1 percent between 1999 and 2006. During the same period the percentage of households without access to running water rose from 7.2 percent to 9.4 percent, and the percentage of families living in dwellings with earthen floors multiplied almost threefold, from 2.5 to 6.8 percent. In Venezuela one can see the misiones everywhere: in government posters lining the streets of Caracas, in the ubiquitous red shirts issued to program participants and worn by government supporters at Chavez rallies, in the bloated government budget allocations. The only place where one will be hard-pressed to find them is in the human development statistics.”* [↑](#footnote-ref-84)
84. *Aunque en la traducción al español del libro de Crouch se habla de posdemocracia, preferimos aquí utilizar el prefijo post, más acorde con su origen latino.* [↑](#footnote-ref-85)
85. *El Movimiento Quinta República (MVR) ha sido sustituido por el Partido Socialista Unido de Venezuela (PSUV)* [↑](#footnote-ref-86)
86. *Véase, además, el proyecto de Reforma Constitucional presentado por el Presidente para ser refrendado en 2007* [↑](#footnote-ref-87)