

LA INSTITUCIONALIDAD DE LA SALUD EN VENEZUELA:

Una enfermedad de la razón

Jorge Díaz Polanco¹

INTRODUCCIÓN

Una de las características más resaltantes de la salud de Venezuela ha sido la pérdida progresiva de la institucionalidad, rasgo agravado en los últimos trece años, que no es exclusivo del sistema de salud, pero representa serios riesgos para la población, por las consecuencias que tiene para el acceso a los servicios y la vida de las personas.

En los últimos trece años no se ha cumplido con la aprobación de una Ley Orgánica de Salud y hemos asistido a la creación y desaparición de 4 Ministerios de Salud (Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, el Ministerio de Salud y Desarrollo Social, el Ministerio de Salud y, por último el Ministerio del Poder Popular para la Salud), además de ser uno de los despachos con mayor índice de rotación de Ministros. Ello ocurrió en un contexto de cambios que comenzaron con la necesidad de ofrecer garantías universales a la salud en la Constitución de 1999, lo que significaba rupturas con modelos anteriores. Pero han transcurrido trece años en los cuales no ha habido posibilidad de que el sistema salud haya llegado a constituirse en una institución y a permanecer más allá de los intereses de grupos políticos o concepciones ideológicas.

Conviene iniciar definiendo lo que entendemos por institucionalidad. Se trata de la existencia de un conjunto de actividades legítimamente consensuadas y expresadas en diferentes textos legales, que constituyen la base esencial para el funcionamiento de una organización, de su financiamiento y de las interrelaciones de ella con la sociedad. De esta forma, la expresión institucional de un sector muestra una forma de consenso ciudadano, generalmente de tipo constitucional, alrededor del cual se generan criterios técnicos y científicos que dan forma a la finalidad de la institución desde el punto de vista de su desempeño.

Dada la fragilidad institucional del sistema de salud, consideramos indispensable dar una rápida mirada histórica al devenir de la organización sanitaria venezolana, tomando en cuenta la necesidad de una nueva institucionalidad para la salud en el país. Esta mirada hará énfasis en tres ejes fundamentales: la intervención del Estado (las obligaciones públicas), la legitimidad institucional (los acuerdos constitucionales en cuanto a derechos garantizados) y las funciones esenciales de la institución sanitaria (el desempeño y los resultados).

¹ Sociólogo, Profesor-Investigador del Centro de Estudios del Desarrollo (CENDES) de la Universidad Central de Venezuela. Jefe del Área Desarrollo y Salud. Coordinador del Observatorio Venezolano de la Salud.

1. OBLIGACIONES PÚBLICAS Y LEGITIMIDAD INSTITUCIONAL EN UN BREVE RECORRIDO HISTÓRICO

1.1. Los comienzos de una organización sanitaria, 1930-1960

Los comienzos de la organización sanitaria en Venezuela los podemos ubicar en temas relacionados con la seguridad nacional y los asuntos relativos a la salud animal. Sólo en 1936 se crea el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (MSAS), cuya meta fundamental era la protección de la salud de los venezolanos. A pesar de la existencia de establecimientos de asistencia a la población afectada por problemas de salud, incluso durante la época colonial, éstos no podían considerarse hospitales, dada la ausencia de teorías y metodologías que explicaran y trataran satisfactoria y científicamente la salud y la enfermedad. Estos centros eran lugares que sólo podían ofrecer consuelo y acompañamiento, fundadas en nociones caritativas y carentes de una estructura relacional que permitiese la prestación eficiente y oportuna de servicios médicos eficaces. El descubrimiento de las teorías bacterianas a finales del siglo XIX y comienzos del XX y su impacto en las redes asistenciales a nivel mundial, darían como resultado, tanto incipientes organizaciones de salud, como explicaciones reduccionistas de la causalidad: Conocida la causa biológica, se controlaría el problema.

El descubrimiento y temprana explotación de los recursos petroleros venezolanos va a determinar un proceso importante de formación de recursos humanos dedicados a la salud. En efecto, las compañías extranjeras que comenzaron dicha explotación, requerían de una sanidad ambiental que permitiese el establecimiento de las “ciudades petróleo” con la capacidad de brindar servicios y alojamiento a sus funcionarios, pero con una escasa relación con la población local.

Las epidemias que entonces azotaban al país, sobre todo malaria y fiebre amarilla, fueron los objetivos fundamentales de las campañas de saneamiento ambiental y de prevención, así como el cuidado y vigilancia de puertos y aeropuertos. Los autores citados, identificaron los determinantes de tal empresa en las condiciones globales de la división del trabajo y en la expansión de intereses económicos transnacionales, promoviendo la erradicación y control de vectores causantes de las epidemias como subproducto de las iniciativas económicas. Por esas razones, muchos de nuestros epidemiólogos quienes enfrentarían con éxito tales males, se formarían en el exterior. A tales efectos, señala el Dr. Kerdell-Vegas (2011):

“Para 1961, la campaña antimalárica dirigida por Arnoldo Gabaldón, y el Programa de Vivienda Rural en la lucha contra el mal de Chagas y la Bilharzia van a concentrar los esfuerzos operativos y de investigación en Venezuela. Al mismo tiempo, el Dr. José Ignacio Baldó disminuye considerablemente la tuberculosis en toda la geografía venezolana. En relación con el Programa de Erradicación de la Malaria (...) el IX Informe de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) publicado en 1961,

presenta datos de los que se desprende que el área de malaria erradicada en Venezuela para 1960 (el 70% del territorio), es más del triple del área de malaria erradicada del resto de los países de América Latina”.



De ahí en adelante, comienzan a generarse modelos importantes de organización sectorial que incluyen, de manera predominante, una visión inicial de la atención primaria de salud (APS) que años después, las reuniones convocadas por la Organización Mundial de la Salud, definirán como la forma más importante de organización de los servicios sanitarios. Uno de los elementos centrales para entender este proceso, es la intervención del Estado en la organización sectorial de la salud, sobre todo a partir de los años 60. Según el Dr. Kerdell-Vegas (2011):

“En la década de los 60 hubo una tendencia en la orientación de la formación del personal de salud, hacia una visión integral del hombre que toma en cuenta sus aspectos biológicos, psicológicos, sociales y culturales. Se fortalece la política de atención primaria de salud, con énfasis cada vez mayor en los aspectos de promoción y prevención; con participación creciente de las comunidades en la planificación, ejecución, evaluación y control en las actividades del área de la salud. En las siguientes décadas, el desarrollo propugnado por los organismos internacionales, se comporta como paradigma hegemónico en la formulación de las políticas nacionales de salud para muchos países”.

La intervención del Estado no se notó sino muy tímidamente a comienzos del siglo XIX y es sólo en 1817 cuando se crea la primera Junta de Sanidad. En 1892 se construye el hospital José María Vargas en Caracas y pasarán cuarenta años antes de que se retome este tipo de iniciativas en el país (Maingón, 2003). Entre 1911 y 1930, el Estado asume una acción más definida en relación a la salud y genera diversas formas de organizar y legislar al respecto, pero sin conceder a la salud un espacio definido dentro de la administración pública. La primera ley de Sanidad Nacional data de 1912 y ya para 1930 era obligatorio el certificado médico expedido por la autoridad sanitaria para los trabajadores urbanos y petroleros, lo cual preparó el camino para los procesos de saneamiento ambiental y de urbanización que caracterizarán a nuestro país, especialmente a partir de los años 40 del siglo XX.

Para esta época la Academia nacional de Medicina era el principal interlocutor del Estado y las Fundaciones extranjeras como la Rockefeller y la Carnegie, estimularon la formación de epidemiólogos y malariólogos en el exterior. Nuestra organización sanitaria seguirá las líneas de la tradición francesa durante mucho tiempo, pero, a partir de 1910 con la publicación del Informe Flexner, Medical Education in the United States and Canada, la influencia anglosajona se afianzará y la formación de nuestro personal responderá a esos influjos siguiendo las líneas del creciente predominio de la experimentalidad y, más tarde, las doctrinas del integralismo sanitario.

Desde 1936, con la creación del MSAS en el gobierno de Eleazar López Contreras y su proyecto modernizador, la intervención del Estado en el sector salud aumentó progresivamente. En 1944 se creó el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS), específicamente diseñado para la atención a la salud de los trabajadores formales y sus familiares a través de un Seguro Social Obligatorio; se regionaliza la salud y la Constitución garantizaba la Seguridad Social y el derecho a la salud. Desde el punto de vista de la organización del sistema sanitario, a partir de 1950 comienza a prevalecer el gasto curativo sobre el preventivo reforzando el carácter clínico de la enseñanza y el modelo de aprendizaje que separaba las actividades de salud pública de aquellas que eran consideradas propiamente médicas, modelo internalizado en nuestras escuelas médicas y que ha dificultado una verdadera concepción integral de la salud.

La creación del IVSS apuntó en la misma dirección fraccionadora al conceder el privilegio de la atención médica a los trabajadores asalariados del sector privado y a sus familiares, quienes eran los únicos beneficiarios de este esquema restringido de Seguros Sociales. A diferencia de un sistema de seguridad social, el propósito del sistema de los seguros sociales era cubrir las contingencias que afectan la capacidad del trabajador para mantenerse activo en el mercado de trabajo. Pronto, diferentes gremios y grupos de interés de la sociedad venezolana comenzaron a diferenciarse del resto mediante el acceso a servicios exclusivos de salud a través de organismos de previsión social y la contratación de Pólizas de Hospitalización, Cirugía y Maternidad (HCM) a Compañías Aseguradoras Privadas. Así nacieron, entre otros, el Instituto de Previsión y Asistencia Social del Ministerio de Educación (IPASME), destinado exclusivamente a prestar servicios médicos a los trabajadores de la educación, y los institutos de previsión del profesorado de las Universidades Nacionales, entre muchos otros.

Los trabajadores del sector público no estaban protegidos por este sistema. Por lo tanto, estos regímenes eran paralelos al IVSS, de manera que sus cotizantes no contribuían al Seguro Social y tenían sus propios regímenes de prestaciones socioeconómicas y de salud. Al poco tiempo de su creación se modificó el Reglamento de la Ley del Seguro Social, extendiendo al sector público las prestaciones de salud del IVSS, produciendo entonces una doble y hasta la triple cotización. El denominador común de estos regímenes contributivos, es el de captar recursos públicos para asignarlos a un grupo específico, con claros efectos regresivos sobre la redistribución del ingreso pero, sobre todo, con impacto importante en la creciente ineficiencia del sector público de la salud.

“El FAM (Fondo de Atención Médica del IVSS) presenta múltiples problemas que se ido agudizando en los últimos diez años: un persistente déficit financiero, el de crecimiento sostenido de su cobertura y un bajo rendimiento de sus operaciones. El 70% de la población no tiene acceso a este seguro y más del 50% de los hogares carecen de ingresos para costear servicios de salud de carácter privado, debido a lo cual el sistema sanitario público

recibe la mayor demanda sin presupuesto ni capacidad suficiente para hacerlo. Además, los problemas de uno y otro sistema han contribuido a la aparición de sistemas paralelos, a los cuales tienen acceso fundamentalmente los trabajadores del sector público, sobreponiendo coberturas y multiplicando innecesariamente el gasto de salud del Estado” (D’Elia, 2001).

Lo que se observa a lo largo de este lapso (1936-1958), es el lento pero progresivo proceso de apropiación de los espacios públicos de salud por grupos de presión que acaparan para sí los recursos del Estado a fin de garantizar la protección social y de salud para sus miembros. Así nacen además de los ya descritos, numerosos centros de atención a la salud dependientes de gobernaciones y alcaldías. La fragmentación y segmentación del naciente “sistema” trajo como consecuencia el socavamiento de la institucionalidad inicial del MSAS, rasgo que no abandonará a nuestra organización sanitaria hasta el presente.

Entre 1960 y 1989 disminuye el gasto público y comienza a crecer en forma más organizada el sector de la medicina privada. En 1987 se promulga la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud (LOSNAS) que, dada la fragmentación de los servicios públicos de salud, intentó superar esos problemas mediante la unificación del sistema asistencial y su centralización en el MSAS. Esa ley, como sus mismos proponentes afirmaron alguna vez, nunca tendría viabilidad por los acuerdos establecidos en el mantenimiento del modelo asegurador de la salud (Testa y col., 1983).

1.2. Crisis del sistema socio-político y del sistema de salud, 1990

Basado en una economía fundamentalmente rentista-petrolera, el Estado venezolano se convirtió en una fuente de ingresos permanente que no requería de un esfuerzo productivo sistemático, de manera que la política se convirtió en la forma en que se pactaba el acceso y disfrute de la riqueza petrolera entre los grupos acordados. Algunas 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. En consecuencia, a partir de 1959 el ejercicio del poder se podría definir como la alternancia pactada entre dos grupos políticos. Por eso, durante parte de ese lapso de democracia post dictadura, el ejercicio de la ciudadanía se vio seriamente restringido y la base sobre la cual se diseñó el Estado, fue la exclusión social y política de importantes sectores de la población venezolana.

A mediados de los años 80 y frente a la evidencia del creciente deterioro del sistema político se crea la Comisión para la Reforma del Estado (COPRE) cuyo logro más destacado fue poner en marcha los procesos de descentralización, porque la más importante de las reformas –la reforma constitucional- nunca se llevó a cabo. La crisis del sistema político se hizo evidente en 1989 cuando se produce la asonada popular espontánea conocida como el “Caracazo” y algunos años después, los

intentos de golpes de estado (1992 y 1997). 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 así el sueño de una sociedad opulenta en la cual había llegado a existir pleno empleo, se dilapidó una gran cantidad de recursos, se deterioró gravemente la imagen de la democracia y de los partidos que habían venido sustentándola. Para quienes pudieron percibir las crisis que se avecinaban, fue imperiosa la creación de la COPRE que intentó sin éxito 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 decisión política para echar a andar la redistribución del poder y nunca se contó con un verdadero respaldo a las políticas de descentralización.

En la descentralización de la salud, los servicios fueron transferidos entre 1992 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 concibió 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. A pesar de ello, los estudios que se realizaron entre 2000 y 2005 en 12 estados pusieron de manifiesto que aquellas entidades federales que contaban con características específicas, lograron mejorar la gestión de sus sistemas regionales de salud. Tales características, se pueden resumir de la siguiente forma: liderazgo sectorial, apoyo político de la gobernación, continuidad político-administrativa y visión de futuro del sistema de salud.

Regían para aquel momento las disposiciones de 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 IVSS y el sector privado. Era, en suma, un sistema para pobres de solemnidad pero que, merced al “desfinanciamiento” progresivo al que fue sometido, predominaron crecientes tendencias a la privatización expresadas, entre otras cosas, en el pago directo o indirecto de los servicios que prestaba, agravando así los problemas de acceso.

Estas tendencias no variaron 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. La mejora de los servicios sanitarios no tuvo dolientes y es uno de los escenarios privilegiados para observar la crisis de legitimidad del sistema político que había venido imperando y que se expresó en el desmantelamiento de los partidos políticos y en la quiebra de los canales de intermediación entre la sociedad civil y el Estado. En diciembre de 1998 se aprueba apresuradamente la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud cuyo énfasis residía en la propuesta de permitir la participación del sector

financiero y asegurador privado en la administración de los fondos de salud, a la manera en que lo había hecho Chile, y Colombia, en cierta forma.

A pesar de las innumerables evidencias de que la privatización iba en contra de la equidad y la eficacia del financiamiento de los sistemas de salud, no hubo manera que los decisores de la época entendieran el cúmulo de problemas que tal propuesta significaba y, sobre todo, la exclusión que provocaría, dada la informalización creciente del mercado de trabajo y la progresiva pérdida del poder adquisitivo del salario promedio que caracterizaba a la economía venezolana del momento, además de la creciente pobreza. La Ley fue aprobada en noviembre de 1998, de espaldas a la creciente oposición que la misma generó en sectores profesionales, gremiales y sindicales de la época, y posteriormente derogada, en 1998.

Este 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 porcentaje de abstención².

Desde la instauración en 1999 de la Asamblea Nacional Constituyente (ANC), se acentúa marcadamente la intervención del Estado. La nueva Constitución supera las limitaciones que contenía la Constitución de 1961, en la cual el acceso a los servicios públicos de salud existía en virtud de la pobreza. Se suponía que las clases más pudientes podían enfrentar sus problemas de salud a través de la seguridad privada y ésta creció de manera exponencial en el lapso comprendido entre 1960 y 1998.

En 1999, con la ascensión al poder de Hugo Chávez por la vía electoral, la Asamblea Nacional Constituyente (ANC) formuló, dentro de la nueva Carta Magna, una propuesta en la cual quedaban comprendidos los principios fundamentales de un Sistema Público Nacional de Salud (SPNS) con base en los siguientes consensos acerca de la problemática institucional del sistema de salud en Venezuela:

- La organización fragmentada e inequitativa del sistema sanitario, en la cual coexisten por separado dis-tintos sectores sin una efectiva regulación, coordinación ni comunicación entre sí. Estos sectores son el sistema de seguros sociales, los sistemas de previsión social de los funcionarios, el sistema asistencial público y el sistema privado (lucrativo y no lucrativo).
- Una concepción predominante de la salud como enfermedad, altamente medicalizada y circunscrita a servicios, dando poca importancia a la prevención, promoción y saneamiento ambiental y a los determinantes sociales de la salud y la enfermedad.

² 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 % (Carrasquero, Maingón y Welsch, 2005)

- Una tendencia hacia el tratamiento privado de la salud; es decir, como problema a cargo de cada quien, que es eventual y parcialmente atendido por el Estado cuando las personas no están afiliadas a seguros médicos (públicos o privados) o carecen de medios económicos para pagarla.
- Las prácticas centralistas y clientelares que penetraron con fuerza en el sector, socavando las posibilidades de institucionalizar la salud en las políticas públicas y en la cultura como un derecho ligado a la vida y al bienestar colectivo alcanzado.

De esta manera, en la Constitución de 1999, la salud se entiende como parte del derecho a la vida y al mayor nivel de bienestar posible. Ambas expresiones dieron una relevancia a este derecho en el país que no se había logrado en anteriores constituciones. Asimismo, para garantizar el derecho a la salud formulado de esta manera, la Constitución dispuso tres garantías:

- La rectoría del Estado en las políticas de salud, que incluye la regulación de las instituciones públicas o privadas que cumplen una función dentro del sector.
- La creación del Sistema Público Nacional de Salud (SPNS), entendido como la unificación de la gestión y prestación de servicios de salud públicos, bajo el esquema político federal de la República y descentralizado del gobierno, con carácter intergubernamental, descentralizado y participativo, prohibiendo expresamente su privatización y el cobro directo de estos servicios a los usuarios.
- El financiamiento público y un presupuesto que permitiese cumplir con los objetivos de la política sanitaria, así como una industria nacional de insumos y la adecuada formación de profesionales y técnicos.

A tales efectos, la Constitución dictó el mandato de promulgar una nueva Ley Orgánica de Salud en un plazo máximo de dos años. Sin embargo, salvo los lineamientos generales establecidos en la mencionada Constitución y habiendo transcurrido 12 años de haber sido aprobada, la Ley de Salud no existe. La propuesta que se había preparado por un cuerpo técnico del MSAS en 1999, producto de la consulta abierta efectuada a través de la Comisión Presidencial para la Reforma de la Seguridad Social y la Salud, no fue aprobada en el marco de la Ley Habilitante que facultaba al nuevo Presidente elegido ese año para sancionarla, pasando a ser responsabilidad de la Asamblea Nacional. Posteriormente, entre los años 2000 y 2002, el Ejecutivo preparó varias versiones de ley que fueron descartadas, entre ellas la del año 2002, enfocada en crear un SNPS como un conjunto integrado de políticas, acciones, fuentes financieras, instituciones y redes de carácter gubernamental, con participación de los tres ámbitos federativos de gobierno.

Estas leyes, siguiendo los consensos de la Asamblea Constituyente y las disposiciones de la Constitución aprobada en 1999, proponían la desaparición del IVSS y la adscripción de sus diferentes regímenes dinerarios a los Ministerios afines a cada uno, en tanto que los establecimientos de salud dependientes del IVSS pasarían a formar parte del MSAS. En particular, las leyes proponían:

- Sistema Único, aunando en el MSAS la rectoría nacional y normativa y reagrupando todos los sistemas públicos existentes hasta entonces.
- Descentralizado, organizado como un sistema intergubernamental (SIS), evaluadas las transferencias de competencias hasta entonces efectuadas y profundizando el manejo operativo autónomo de los sistemas regionales de salud.
- Participativo, permitiendo y estimulando la “responsabilización” del funcionamiento y resultados del sistema en su conjunto.
- Intersectorial, al entender que la salud no es sólo un problema médico, sino la consecuencia de múltiples factores de diverso orden que concurren a la preservación o a la pérdida de la salud.
- Financiamiento y Provisión Públicos, para lograr la coherencia entre el origen, la administración y el destino de los fondos, tema central que define la naturaleza del sistema de salud.

La defensa del IVSS no se hizo esperar. Diferentes equipos desfilaron por ese Instituto que se caracteriza por ser ineficiente e inviable financieramente, pero ninguno de esos equipos fue capaz de sanear el IVSS. En la práctica, se trataba de comenzar a dar los pasos para superar el seguro laborista y convertirlo en seguridad social ciudadana. Esta, fue otra oportunidad que se perdió.

Pero un nuevo tema vino a complicar más el asunto. El MSAS, por disposición del Presidente Chávez y mediante la adscripción a él de otros ministerios y dependencias de carácter social, se transformó en Ministerio de Salud y Desarrollo Social (MSDS) y, lejos de racionalizar el gasto corriente y favorecer a las entidades federales descentralizadas, se interrumpió el proceso de racionalización a que el MSAS había estado sometido desde el año 2000 y que apuntaba a la reducción de su tamaño, de sus gastos de funcionamiento y a su especialización en el ejercicio de la rectoría de un sistema nacional de salud descentralizado. Una de las consecuencias de tales decisiones, fue una nueva oleada de privatización, expresada en las crecientes transferencias del sector público al sector privado, dada la incapacidad del sector público para satisfacer la demanda.

1.3. Misión Barrio Adentro, 2003-2011

En el año 2003 aparece la Misión Barrio Adentro (MBA), como producto de un agudo conflicto político e institucional que abrió un nuevo escenario en el que el gobierno decidió, después que el Presidente Chávez ganara el referendo revocatorio de 2004 y las elecciones de 2006, desviarse de la Constitución de 1999. La MBA nació como parte de un mecanismo político-electoral con la ayuda de Cuba, a través de un Convenio de Cooperación firmado con ese país el año 2000. El uso de las misiones como recurso electoral fue descrito por el mismo Presidente en Reunión de Alto Nivel de Gobierno en noviembre de 2004 y sirvió para fijar nuevos objetivos estratégicos desde un concepto de Estado centralista, cívico-militar y popular, como medio de consolidación del poder frente a los “adversarios”.

La MBA tuvo una rápida expansión y se ofreció inicialmente como una modalidad de Atención Primaria de Salud (APS). En apenas dos años se instalaron más de 14.000 médicos de nacionalidad cubana en casas de familia de sectores populares urbanos, traídos al país y coordinados por el gobierno de Cuba a través de la Misión Médica Cubana. Su instalación fue posible por el apoyo de las comunidades, más de 50.000 efectivos de las Fuerzas Armadas y el apoyo financiero y técnico de Petróleos de Venezuela (PDVSA). No obstante, a partir de 2005 la MBA comenzó a declinar llegando a menos del 10% de la población debido a: el retiro de unos 4.500 médicos cubanos de los “consultorios populares” que representaban más del 80% de los puestos de salud instalados y cuyas condiciones de improvisación dejaron de ser sostenibles; el incumplimiento en más de un 60% de las metas de construcción y dotación de módulos de servicio donde se instalarían estos médicos; y la decisión de abrir una nueva modalidad de centros para un alcance poblacional menor (los Centros de Diagnóstico Integral, CDI) con personal médico y equipos de procedencia cubana.

La declinación de la MBA fue admitida por el gobierno en el año 2009, cuando el Presidente de la República manifestó en el Aló Presidente N° 341: “...Detectamos 2.000 módulos de Barrio Adentro abandonados; sin médicos...” y más específicamente, en Venezolana de Televisión (VTV), declaró que habían 2.149 abandonados, 1.199 funcionando a medio turno y sólo 950 con médicos permanentes. Señaló también que estas cifras provenían de la propia Misión Médica Cubana; y que se iniciaría una etapa de “reimpulso de la Misión”. Esto significa un 50% de módulo inoperativos, sobre la base de 4.298 módulos de Barrio Adentro I (suma de los indicados en la misma fuente), y una reducción de actividad en el 27,8% de los módulos restantes a “medio turno”. Las razones de este acelerado declive fueron:

1. El haber surgido –al igual que todas las misiones- de un profundo cuestionamiento y rechazo al orden institucional establecido, razón por la cual adoptaron un modelo operativo no institucionalizado y, de hecho, renuente a la institucionalización, es decir, a ser regido por decisiones de las autoridades competentes, a ser incorporadas a los planes y políticas públicas

- en curso, y a ser sometidos a la regulación y supervisión de los órganos contralores.
2. El configurarse como un modelo de inclusión social sujeto a la adhesión de la población a los fines parcializados del proyecto político de gobierno, usando para ello constantemente un esquema de polarización. Las misiones adoptaron la forma de un “emblema” de la gestión de gobierno, donde el reconocimiento de los “excluidos” se hacía como consecuencia de la negación de la que fueron objeto por parte de “otros”, siendo éstos todos aquellos que en algún momento se convirtieran en críticos o adversarios del proyecto de gobierno.
 3. La ausencia de un modelo institucional de gestión y de práctica en salud probado. En el 2004, la Defensoría del Pueblo señalaba que los médicos cubanos debían ser formados por especialistas venezolanos en terapéutica y que era necesario aumentar el personal médico venezolano en los puestos de salud. A partir del 2005, comenzó el reclutamiento de jóvenes venezolanos para formarse en la carrera de medicina integral comunitaria (MIC) bajo la tutoría de los cubanos. Pero, hasta el presente, la práctica médica de estos profesionales no ha sido certificada por autoridades académicas nacionales ni es objeto de regulación por parte del Ministerio de salud.

De esta forma, seis años después de su inicio, el gobierno hubo de reconocer el fracaso de la MBA, sobre todo en lo relacionado con la APS que se supone era desarrollada por el nivel I de la MBA y que, como toda forma de APS, hacía énfasis en la prevención y estaba enfocada, en gran medida hacia la salud de la madre y del niño. Las evidencias muestran que después de doce años de ser creada la MBA, la Tasa de Mortalidad Infantil (TMI) no ha descendido en respuesta a la inversión realizada y la Tasa de Mortalidad Materna (TMM) ha aumentado alcanzando niveles similares a los de 1989.

Para el año 2006, con la reelección del Presidente Chávez, se pone en práctica la intención de crear un nuevo modelo de “Estado Comunal”, en el marco de una sociedad que ya no será democrática y republicana—como lo dicta la Constitución de 1999— sino revolucionaria y socialista. Esta intención se concretó en el Proyecto Nacional Simón Bolívar o “Los 5 motores” —programa de gobierno del Presidente Chávez— usado para proponer otra Constitución —que fue rechazada en referendo de 2007— y en la cual se establecía el concepto de Poder Popular, entendido como una forma de soberanía del Estado en la que el pueblo y la sociedad organizada no es autónoma, sino que ejecuta sus directrices provenientes de un sistema de gobierno de planificación centralizada.

Con base en este concepto, en el artículo 141 de la Propuesta de Reforma Constitucional, las misiones se definieron como: “organizaciones de variada naturaleza, creadas para atender a la satisfacción de las más sentidas y urgentes necesidades de la población, cuya prestación exige de la aplicación de sistemas excepcionales, e incluso experimentales, los cuales serán establecidos por el Poder

Ejecutivo mediante reglamentos organizativos y funcionales” , sin estar sometidas a los controles de la constitución ni las leyes, como si la burocracia tradicional.

A pesar de que la Reforma Constitucional fue rechazada, en el 2008 se reformó la Ley de la Administración Pública, en cuyo artículo 131 se estableció que las misiones son potestad del Presidente y serán decretadas por éste cuando las circunstancias lo ameriten, bajo la ejecución de órganos o entes públicos, conforme a la planificación centralizada.

A partir de entonces, el gobierno inició una política de centralización de la administración pública mediante la promulgación de decretos-ley por facultad habilitante. En este proceso de centralización, el gobierno revirtió inconstitucionalmente competencias estatales en materia de salud de estados gobernados por sectores de oposición: Distrito Metropolitano y Miranda-, además de transformar todos los ministerios en órganos del Poder Popular –que transformó al de salud en Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS)- y crear 6 Vicepresidencias Ejecutivas con la finalidad de convertir la conducción del Ejecutivo en un “ente político y no meramente administrativo para luchar contra la burocracia y los retardos administrativos”. El efecto de la recentralización, como bien lo señaló el MPPS en su Memoria y Cuenta de 2009, generó fuertes obstáculos financieros para cumplir con las obligaciones y los compromisos de pagos contractuales.

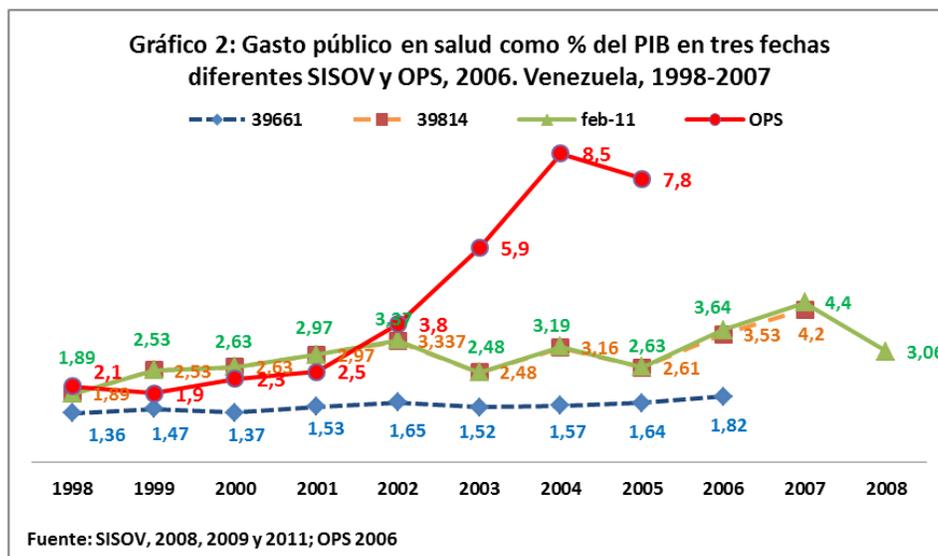
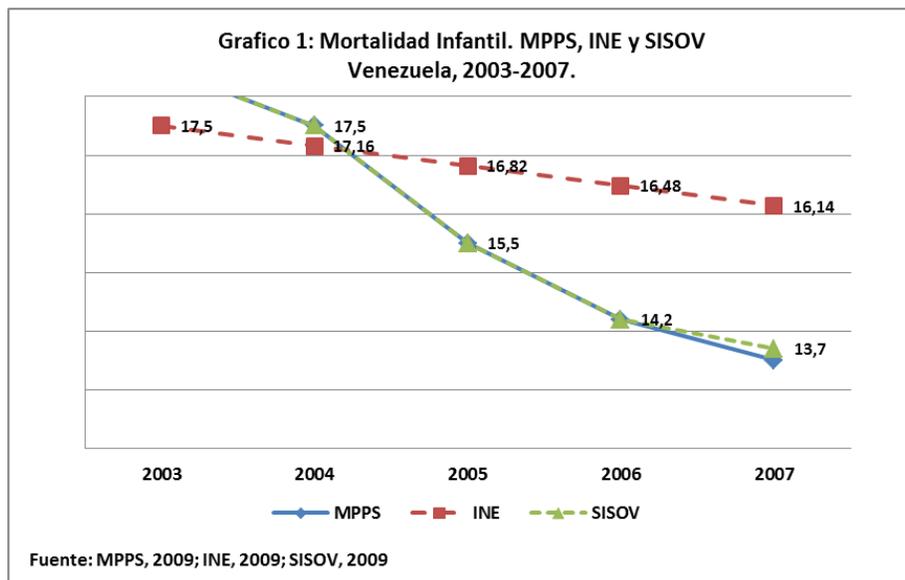
2. GESTIÓN DEL SISTEMA SANITARIO, SU DESEMPEÑO Y RESULTADOS

Lo que ha ocurrido desde 2000 en adelante ha sido un paulatino proceso de recentralización de los servicios sanitarios y una creciente incapacidad para la gestión del sistema. Además, despojado de sus técnicos más importantes, el MPPS ha ido perdiendo su capacidad rectora, sobre todo después de los acuerdos bilaterales entre Cuba y Venezuela que dieron como resultado la creación de la MBA , dejando a la red de servicios pre-existente en una situación muy crítica desde el punto de vista financiero y operativo que se expresa cada día en la migración de médicos, la suspensión de servicios, la falta de dotación de medicamentos y vacunas, las muertes por falta de asistencia médica, y las protestas del personal profesional y de los usuarios.

A los graves problemas de gestión se agregan las restricciones de acceso a la información. En Venezuela, de los innumerables ministros de salud que han desfilado por el despacho correspondiente, muchos de ellos han sido militares sin noción alguna de salud pública, hasta el punto de que uno de ellos decretó “el silencio epidemiológico” impidiendo durante un par de años los Boletines Epidemiológicos Semanales del Ministerio³. Sin un sistema de información confiable no es posible la toma de decisiones en materia de política sanitaria. Actualmente no existe un sistema de información en salud, salvo los que aún mantienen algunos estados del país.

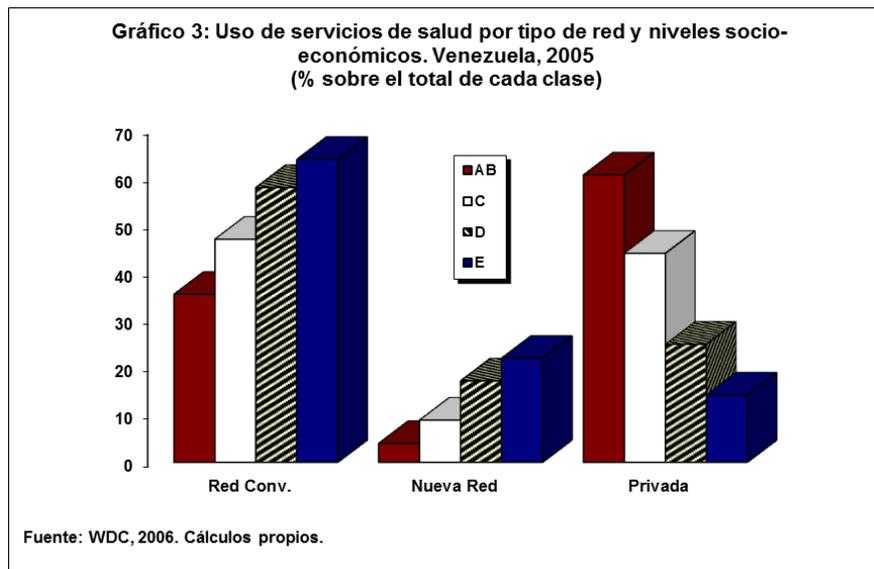
³ El Ministro Manuel Montilla en junio de 2007 decretó que: “...a partir de hoy no acepto más canales endémicos, no acepto más la nomenclatura propia y el verbo propio de la epidemiología en Venezuela”.

De hecho, una de las maneras en que se expresa la crítica situación en la que se encuentra el sector salud, es justamente la inconsistencia de información, gracias a la cual los venezolanos ignoramos la realidad sanitaria. Como ejemplo de lo que aquí afirmamos, los gráficos 1 y 2 presentan inconsistencias referidas a la mortalidad infantil y al gasto en salud como porcentaje del PIB. El primero (Gráfico 1) presenta la información sobre las TMI por tres fuentes diferentes entre 2003 y 2007, mientras en segundo presenta las cifras de gasto público en salud como porcentaje del PIB de tres fuentes diferentes en tres momentos distintos.



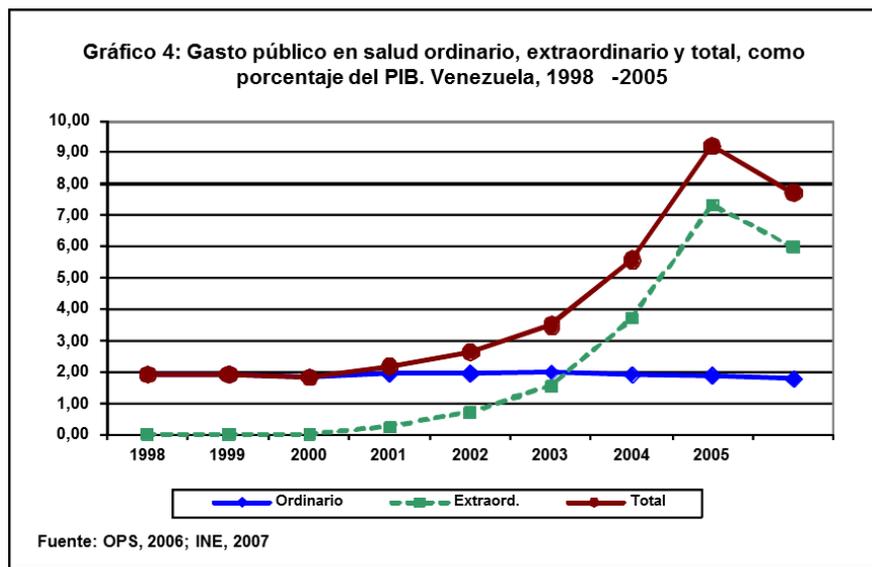
En las evaluaciones hechas sobre el desempeño de las instituciones de salud a partir de la creación de la MBA se han destacado, entre otros aspectos, el quiebre de la rectoría del Ministerio de Salud, al funcionar la MBA como un sistema paralelo, absorbiendo la mayor parte de los recursos públicos y bajo la coordinación directa de la Misión Médica Cubana, acordada por parte del gobierno nacional como un componente esencial de los intercambios previstos en los convenios suscritos entre Cuba y Venezuela. Este sistema paralelo, bajo una rectoría diferente a la del MPPS ha contribuido a una mayor fragmentación de los servicios, a un “no-sistema” y a la multiplicación de la ineficiencia e ineficacia de las prestaciones sanitarias.

Otro de los factores que es necesario considerar de estas evaluaciones, es el bajo uso de los servicios de la MBA por parte de la población. La encuesta de morbilidad realizada a finales de 2005 por la consultora World Development Consultants, donada por la Unión Europea al otrora CONACUID (2006), ya ponía de manifiesto que el porcentaje total de uso de los servicios de la MBA era ligeramente superior al 17%, mientras que el grueso de la demanda se concentraba en hospitales públicos y privados. El gráfico 3 muestra el comportamiento del uso de servicios por parte de la población frente a la última enfermedad padecida, distinguiendo entre estratos socioeconómicos.



En contraste, mientras que el presupuesto ordinario en salud destinado a la red de servicios públicos no varió significativamente durante los últimos años, los recursos extraordinarios tuvieron un aumento exponencial con la aparición de la MBA en el 2003, destinando buena parte de éstos a sus gastos. Esas tendencias se muestran en el gráfico 4. Según la Oficina Panamericana de la Salud (OPS), la MBA significó un aumento del gasto total público en salud del 9% del PIB, cifra astronómica, si se toma en cuenta que casi nunca en nuestra historia ese porcentaje llegó a 2% (OPS, 2006). En cambio, el MPPS mostró durante estos años –como lo presenta la

Memoria y Cuenta de 2009- constantes insuficiencias presupuestarias que no permitieron cumplir con los planes sanitarios y que significó en algunos estados el cierre de servicios. De acuerdo con las estadísticas la Organización Mundial de la Salud (OMS) el gasto público en salud en Venezuela se encontraba para el 2008 en el orden de 5,4% del PIB, cuando el promedio de la región de las Américas es de 12,6%. En cifras globales, en Venezuela el gasto en salud privado es superior al público, y en términos per cápita es sustancialmente inferior a lo que gastan países como Cuba, Uruguay, Argentina, Chile y Brasil.



Los datos también destacan otra característica que mencionamos anteriormente y es la referida al incremento significativo del uso de la red privada de servicios de salud en todo el país. Estas tendencias se pueden constatar con igual fuerza en cada una de las entidades federales. De esta forma, lejos de poner en funcionamiento un SPNS de acuerdo al mandato constitucional, lo que se ha experimentado en la red asistencial es una modalidad de privatización que ha permitido, merced al uso de la red asistencial privada, dar respuestas de corto plazo a la demanda de servicios.

La privatización de la salud sigue estando presente en muchos hospitales y ambulatorios públicos. Lo demuestran las permanentes denuncias hechas a través de los diferentes medios de comunicación social. Esta situación ha llegado a tal extremo de descontrol que existen, a las puertas de algunos hospitales de Caracas y otras ciudades del país, buhoneros que expenden diferentes insumos médicos. El diario El Carabobeño, en su edición del 24/01/2012, reseña el siguiente comentario de una usuaria de la Ciudad Hospitalaria Enrique Tejera en Valencia:

“Familiares de pacientes denuncian “especulación” de buhoneros en la CHET

Pese a la dotación que recibió la semana pasada la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” (CHET), familiares de pacientes recluidos en este centro asistencial tienen que comprar los insumos necesarios para la atención de sus seres queridos.

Miriam Fernández tiene a su madre internada en el área de cirugía menor debido a problemas gastrointestinales. Señaló que diariamente compra medicamentos e insumos que debería suministrar el hospital. Denunció la especulación de la cual son víctimas muchas personas por parte de los buhoneros, quienes se aprovechan de la situación para aumentar considerablemente el valor real de los insumos.

A veces salimos a comprar las medicinas en la farmacia, pero si a medianoche nos piden algo tenemos que acudir a los buhonero y pagarlo al doble”, aseguró Fernández. Fernández señaló que tuvo que comprar protectores gástricos, tubos de ensayo, inyectoras y sueros orales. Los pacientes que requieren cirugía, les piden un kit de operación, que venden las grandes cadenas farmacéuticas, con un precio que oscila entre mil 200 y mil 500 bolívares.

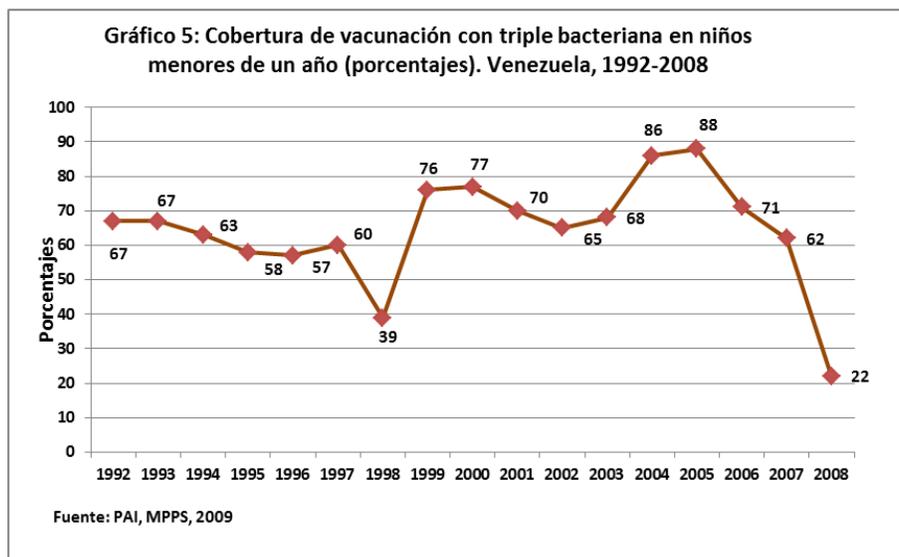
Pese a todas las carencias que tiene el hospital, pacientes y familiares destacan la labor de los médicos y enfermeras, quienes entre dificultades ofrecen un buen servicio. “No puedo quejarme de los médicos, con pocos recursos hacen milagros”, aseguró.

Fernández hizo un llamado al Gobierno Nacional, y lo instó a resolver la crisis hospitalaria que atraviesan los principales centros de salud del país, y a dotarlos de insumos y medicamentos para su correcto funcionamiento”.

En el caso venezolano, y pese a las dificultades para el acceso a la información, la salud dejó de ser un negocio de particulares, para convertirse en un negocio del gobierno. Las modalidades financieras y los montos destinados a la adquisición de equipos y suministros para el sector salud, han estado intermediadas por el gobierno cubano, de manera que parte importante de los beneficios obtenidos se queda en La Habana. Según Fainsilver (2006), para el año 2005 los ingresos de Cuba por concepto de cooperación técnica en salud, fueron mayores que los obtenidos por el turismo, siendo Venezuela la mayor responsable de esa disparidad. Aunque muchos hospitales han sido sometidos a procesos de remodelación y se ha invertido en ello una importante suma de recursos, estos procesos, cuando se han iniciado, han quedado detenidos por la falta de supervisión y de coherencia en las políticas gubernamentales, por los problemas de corrupción a los que se ha relacionado la intermediación de Cuba, de acuerdo con los informes de la Contraloría General de la República.

Las iniciativas fomentadas desde el Poder Ejecutivo en salud y aplaudidas por los demás poderes del Estado, han devenido en mecanismos de corrupción, ineficiencia, mayor fragmentación y segmentación de los establecimientos públicos de salud, especialmente en lo referente a la APS, en la cual la MBA ha demostrado ser un fracaso. Esto ha hecho que el énfasis –en contra de cualquier iniciativa razonable en función de un SPNS- se coloque ahora en la tecnología de punta que se adquiere de diferentes compañías internacionales a través de Cuba, proceso que aumenta innecesariamente los costos y, por lo tanto, minimiza la posibilidad de lograr equidad y cobertura universal. Los CDI y los CAT han pasado a ser las “vitricas de la salud” dejando de lado la prioridad en APS, trabajando en función de lo inmediato y no de metas más a mediano y largo plazo.

Un dato fundamental para poner de manifiesto el bajo desempeño del sistema de salud, son las vacunaciones, cuyas coberturas han bajado en 32% del año 2005 al 2010. El caso más impactante es la cobertura de triple bacteriana que se muestra en el gráfico 5. Estas cifras revelan un riesgo sanitario de la población de menores de un año que genera un aumento significativo de la morbilidad por estas enfermedades prevenibles en la niñez⁴. Por otra parte, se mantiene un número elevado de muertes maternas e infantiles. De acuerdo con la Red Epidemiológica de las Sociedades Médicas, las muertes de niños y embarazadas en Venezuela revelan un bajo nivel de cobertura de control prenatal y fallas en los programas de erradicación de enfermedades prevenibles por vacunas.



⁴ Las cifras de morbilidad por estas enfermedades, no están disponibles en ninguna fuente oficial

En lo que se refiere al personal de salud, es innegable el deterioro de sus condiciones de trabajo lo cual ha producido una importante emigración hacia el sector privado y países extranjeros, asunto que ha sido reportado por la Federación Médica Venezolana. Además bajo el influjo de la experiencia cubana, han egresado nuevos médicos de carreras cuya legitimidad está en tela de juicio. Al respecto, el Profesor de la UCLA Héctor Allán Núñez Sotelo, representante ante el Consejo Universitario de esa casa de estudios, señalaba:

“Las prácticas profesionales (pasantías rurales) del Programa de Medicina del Decanato de Ciencias de la Salud UCLA, se realizan durante 10 semanas, en los Ambulatorios Rurales Tipo I y II, en los Estados Lara, Portuguesa y Yaracuy. (...) Hoy en día esos tiempos han quedado en el pasado. Hemos sido desplazados y excluidos, sin previo aviso, de los Hospitales Tipo I, de los Ambulatorios Rurales Tipo II y I, por la política populista que creó los Médicos Integrales Comunitarios. La masificación improvisada de jóvenes venezolanos, que tienen un título de Médico Integral Comunitario, pero que desconocen las dosis de medicación de pediatría, que en gran mayoría nunca han atendido un parto, entre otras carencias; es decir, jóvenes que fueron producto de un fraude académico, a través del Programa Nacional de Formación, promovido por el Ministerio de Educación Superior para la época, ocupan espacios que bien pudimos compartir”⁵.

Hoy día, a pesar de la presencia de médicos cubanos y de los egresados de la carrera de MIC, sigue existiendo déficit de personal en los establecimientos de salud, no sólo en términos cuantitativos, sino también cualitativos. Cualquier propuesta de reinstitucionalización del sector deberá incluir necesariamente una política de mejora sustancial de las condiciones de trabajo de todos los profesionales de la salud y la reorientación de los que se han formado en medicina comunitaria hacia, quizá, otras profesiones y actividades ligadas al sector y no solamente hacia la medicina, en primer lugar, para subsanar el fraude académico y en segundo lugar, por razones económicas: La inversión hecha debe rescatarse.

3. CONCLUSIONES: CONSENSOS Y RETOS

El grave deterioro de la legitimidad institucional y el mal desempeño del sector salud en nuestro país durante los últimos trece años, es un hecho innegable y reconocido varias veces por el mismo gobierno. Contrariamente a lo establecido en la Constitución de 1999, lo que ha ocurrido es un deterioro creciente de los establecimientos hospitalarios y un desmantelamiento progresivo de sus capacidades operativas y de su equipamiento. La reinstitucionalización de la salud pasa por alcanzar nuevos consensos, sobre la base de los postulados y disposiciones constitucionales. Estos consensos giran en torno a la rectoría, la descentralización y el financiamiento público.

⁵ Comunicación vía correo electrónico del Profesor a la red Médicos de Venezuela de fecha 24/01/2012

3.1. La rectoría y descentralización del sistema de salud

Lo primero que debe regir en un sistema de salud universal, es la potestad que tiene el Estado de planificar y poner en ejecución las políticas de salud de acuerdo a las necesidades de la población y ello requiere que el órgano encargado –ministerio de salud- posea la capacidad técnica y el liderazgo político que le permitan, no sólo elaborar esas propuestas y supervisar su realización, sino hacerlo de manera que ellas expresen el consenso de las regiones, porque la descentralización es también un rasgo característico de los sistemas de salud más avanzados del mundo actual. Es necesario, por otro lado, revertir el estado de fragmentación del sistema de salud, reuniendo dentro de un mismo marco de funcionamiento legal e institucional a los distintos regímenes de salud que existen en el país.

Unificar, tecnificar, descentralizar, regular y legislar constituyen las prioridades de política para tener la posibilidad en Venezuela de un sistema de salud equitativo, eficiente y eficaz. Una política de salud que intente este rescate en los años por venir, deberá enfrentar muchos obstáculos que provienen, tanto del sector público, como del sector privado y de la sociedad en su conjunto. Los diferentes grupos de intereses, en defensa de sus privilegios, intentarán mantener una organización regresiva como la actual y estas tendencias se afianzarán en la medida en que empeoren las condiciones de vida y la economía siga estancada y dependiente produciendo más inflación y desempleo y sub-empleo.

En consecuencia, deberán diseñarse estrategias de negociación y acuerdos con el sector privado, desde un Ministerio de Salud revestido de autoridad técnica y ética que establezca las reglas del juego y que sea el actor central -más no único ni omnipotente- del conjunto de actores que deberán concertar. La sociedad deberá entender los problemas que genera el fraccionamiento de los establecimientos y será necesario establecer un período de transición en el cual aprendamos a vivir la salud como un proceso democrático, fijando metas a lograr, informando oportuna y claramente, y desarrollando las actividades necesarias para alcanzarlas.

La institucionalidad de un SPNS es también un problema de organización por niveles de complejidad y no dependiente de la oferta y la demanda, como otros bienes o servicios de la sociedad. Y esto es así porque los Sistemas Públicos de Salud son gestionados por el Estado y responden al ejercicio de un derecho cuya garantía de cumplimiento reside en el Estado y sus aparatos de gobierno. Un sistema de salud, es pues, la expresión institucional de un derecho ciudadano y no solamente la respuesta ante una necesidad.

La organización del sistema tiene mucho que ver con el comportamiento en el uso de los servicios. Comúnmente se cree que la tecnología de punta y los mejores profesionales se encuentran en hospitales y clínicas, de forma que es altamente frecuente el autodiagnóstico y la automedicación como formas de enfrentar problemas de salud. No es en vano que la mayoría de los sistemas que funcionan en

forma adecuada, se encuentran organizados por niveles de complejidad y es conocido el hecho de que se esperaría que el 80% de la demanda sea atendida y resuelta en el nivel primario.

3.2. El modelo de financiamiento del sistema de salud

La gestión de las instituciones de salud está en íntima relación con su financiamiento. Un sistema de salud de cobertura universal y con una organización destinada a dar cumplimiento al derecho a la salud de todos los ciudadanos, debe tener financiamiento y administración públicos. Estas evidencias provienen del examen de más de 70 sistemas de salud de diferentes países y regiones del mundo en los cuales queda demostrado que cuando existe coherencia entre el origen de los fondos, su administración y su destino final, tales sistemas tienden a ser más eficientes, eficaces y equitativos.

La experiencia mundial revela que los sistemas de salud son más eficientes y equitativos, en la medida en que su financiamiento proviene de recursos fiscales no contributivos. Este asunto adquiere especial relevancia porque determina la naturaleza –pública o privada- del sistema de salud. En otras palabras, no se trata de que los establecimientos sean bienes públicos, sino que actúen en consecuencia, de manera que la administración de los fondos asignados y su programación, respondan a los intereses generales de la región o de la sociedad.

De esta forma, la magnitud de la inversión pública en salud es un indicador de la naturaleza del sistema. Pero no basta que se gaste mucho. Es necesario que esa inversión cumpla con las metas planificadas, de manera que se obtengan los objetivos planteados y, sobre todo, que el sistema esté organizado y el gobierno disponga de métodos equitativos y consensuados de asignación de recursos financieros. Por esa razón la transparencia y la rendición pública del uso de los recursos se convierten en componentes esenciales de la gestión de un SPNS.

Un último elemento, no por ello de menor peso, tiene que ver con la sostenibilidad del financiamiento. La naturaleza rentista de nuestra economía y la dependencia del petróleo –rasgos que se acentúan en el tiempo- hacen que la salud se financie con recursos provenientes de estas fuentes, de manera que su permanencia en el tiempo se encuentra amenazada por los vaivenes del mercado mundial de los hidrocarburos. La opción de este tipo de financiamiento sólo es posible en condiciones de crecimiento económico y generación de empleo productivo.

Esta característica del financiamiento y la conciencia del usuario del proceso mediante el cual se soporta financieramente el sistema, constituye un mecanismo regulador de la demanda, en el sentido de orientarla de acuerdo a un uso racional de sus facilidades, en virtud de que, de alguna manera, el ciudadano está pagando los servicios que recibe. La salud no es gratis, cuesta muchísimo dinero. El problema central es quién financia, y si ese financiamiento es proporcional a los niveles de ingreso. El SPNS está en condiciones de ser solidario desde el punto de vista social

porque quien paga sus impuestos financia el sistema para quienes no pueden hacerlo.

Por estas razones, queda claro que la administración de los fondos de salud no puede ser privada. La demanda de los servicios implica el uso inmediato de los recursos asignados para que la prestación sea oportuna y eficaz, de manera que no habría espacio para la capitalización de fondos de salud, como sí podría ocurrir con algunas prestaciones dinerarias de la seguridad social. Establecer entonces la administración de los fondos en forma coherente al origen de los mismos, resulta requisito indispensable para la institucionalización y buen funciona-miento de un sistema de salud.

La equidad se logra cuando, independientemente de la magnitud de los impuestos pagados, se reciben las mismas prestaciones en cantidad y calidad. Esto no implica la desaparición del subsector privado de prestadores de servicios, quedando sujeto a la regulación del Estado. Lo financiero no debe ser entendido como un fin en sí mismo, sino como un medio que permite mayor eficiencia y equidad. El gran problema de las reformas sanitarias de los años 90, fue el de convertir éstas en reformas financieras, introduciendo en la dinámica del sistema de salud, una noción empresarial, igual a la que se podría aplicar a cualquier actividad económica, sin entender que el ámbito de la salud no puede ni debe constituirse en un espacio de negocios. Lo que ha venido ocurriendo ha sido una enfermedad de la razón.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

APONTE, Carlos (2010): "Evaluación de Impacto y Misiones Sociales: Una aproximación general", en: Fermentum año 17 N° 48. Mérida, Venezuela. Pp 58-95.

BOSSERT, Thomas (2000): "Guidelines for Promoting Decentralization of Health Systems in Latin America." N° 30. Serie de LACHSR Health Sector Reform Initiative. Harvard School of Public Health, June 2000.

CASTELLANOS, Pedro Luis (1983): "Notas sobre el Estado y la Salud en Venezuela", en: Cuadernos de la Sociedad Venezolana de Planificación. Nos. 156-158: 69-121. Universidad Central de Venezuela, Caracas.

D'Elia, Yolanda (2001): EL ROL DEL IVSS EN LA REFORMA DEL SECTOR SALUD. INFORME FINAL. Universidad Simón Bolívar (USB)-Unidad de Políticas Públicas / Universidad Católica Andrés Bello (UCAB)- Instituto de Investigaciones Económicas y Sociales (IIES). Caracas (mimeo).

D'ELIA, Yolanda y otros (2005): "Estudio sobre la Misión Barrio 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 y BORGES GUITIAN, Sayndra (2010): "Institucionalidad y rectoría de los sistemas de salud: El caso de Venezuela", en: Cuadernos del CENDES, Vol. 27 N° 75: 73-94. Caracas.

DIAZ POLANCO, Jorge (2006): "La Seguridad Social en Venezuela: ¿Del Seguro a Seguridad?", en: MAINGON, Thais (Coord.): Balance y Perspectivas de la Política Social en Venezuela. ILDIS. Fundación 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

DIAZ POLANCO, Jorge (2008): Salud y Hegemonía en Venezuela: Barrio Adentro, continente afuera. CENDES-UCV. 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 (2004): “Reforma y Descentralización de la Salud en Venezuela: Alcances, limitaciones y perspectivas”, en: Política y Gestión, vol 7. Homo Sapiens Ediciones. Santa Fé, Argentina, 2004. Pp 147-170

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

GARCIA MALDONADO, Leopoldo (1971): Educación y Salud Pública. Ediciones del MSAS. Caracas.

GONZALEZ, Marino (2000): “Descentralización y Mortalidad Infantil.” Informe técnico para el Proyecto Salud del MSAS. Caracas

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

INE (2011). www.ine.gob.ve

JAEN, María H (Coordinadora); SALVATO, Silvia y DAZA, Abelardo y RIVAS, Jaynee(2006): Costo de la Salud en Venezuela. Gasto y sostenibilidad financiera del sistema de salud. Ediciones IESA. ISBN 980-217-284-7. Caracas.

KERDELL-VEGAS, Francisco (2011): “Reflexiones sobre el sistema de salud venezolano” (mimeo)

MAINGON, Thais (2003): “Cien años de política de salud en Venezuela” (Mimeo). Tesis Doctoral. Instituto de Estudios Políticos. Facultad de Ciencias Jurídicas y Políticas de la Universidad Central de Venezuela.

OBSERVATORIO VENEZOLANO DE LA SALUD (2011): “Algunos problemas de la información en salud”. Documento de trabajo. Caracas. (www.ovsalud.org)

OECD(2011): www.oecd.org

PROVEA (2006). Informe Especial. El derecho a la Salud en el Proyecto Bolivariano. INFORME ANUAL SOBRE LOS DERECHOS HUMANOS EN VENEZUELA, Octubre 2005 - Septiembre 2006. Caracas.

PROVEA (2008). 10 años de la situación del Derecho a la Salud en Venezuela. INFORME ANUAL SOBRE LOS DE-RECHOS HUMANOS EN VENEZUELA, Octubre 2007 - Septiembre 2008. Caracas.

PROVEA (2010). INFORME ANUAL SOBRE LOS DERECHOS HUMANOS EN VENEZUELA, Octubre 2009 - Septiembre 2010. Caracas.

PROVEA (2011). INFORME ANUAL SOBRE LOS DERECHOS HUMANOS EN VENEZUELA, Octubre 2010 - Septiembre 2011. Caracas.

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

QUINTERO, Rodolfo (1985): La Cultura del Petróleo. Universidad Central de Venezuela

Facultad de Ciencias Económicas y Sociales División de Publicaciones, 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.

RED DE SOCIEDADES CIENTÍFICAS MÉDICAS DE VENEZUELA. Comisión de Epidemiología. Alerta epidemiológica N° 168. Balance de Salud del año 2010 en Venezuela. 14 de enero de 2011.

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.

SILVA MICHELENA, José A. (1970): Crisis de la Democracia. CENDES, Universidad Central de Venezuela. Caracas

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

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.